

# RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 1998

## 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>**

**Avis / Dossiers : A-125616 97575**

**Événement : Un jeune Amérindien de 23 ans, connu comme ayant un long passé cardiaque, décède d'une insuffisance respiratoire attribuable à une fibrose pulmonaire avec congestion.**

Le jour de son décès, l'homme a été vu au dispensaire de la réserve de Manouane pour fatigue et palpitations. Son pouls était à 200 par minute. Sa tension artérielle était à 90/40 et la saturation d'oxygène, à 97 %. De l'Ativan lui a été donné et on a joint, par téléphone, le médecin au CLSC de Matawinie. On tente alors de le traiter par téléphone, mais on n'a pas les médicaments qu'il faudrait. On ne peut effectuer le transport vers le centre hospitalier, puisque l'ambulance de la réserve n'est pas disponible. On doit donc faire appel au service ambulancier de la région de Saint-Michel-des-Saints. Lorsque les ambulanciers arrivent sur place, le patient est en état de choc. L'oxygène est donné par masque et des tentatives sont faites avec le combitube. Les mesures de réanimation seront arrêtées 40 minutes plus tard. La victime n'a jamais été transférée vers le centre hospitalier ou vers le CLSC où des médicaments étaient disponibles.

Les conditions préhospitalières de la réserve de Manouane ont été revues. En avril 1997, le personnel des services préhospitalier de la régie régionale a rencontré plusieurs responsables de la réserve de Manouane, dont le responsable des services de santé. Des discussions ont alors eu lieu pour l'amélioration du transport ambulancier, la formation des infirmières et la formation des premiers répondants. Toutefois, il semble bien que le responsable de la réserve n'ait pas donné suite à cette rencontre. En février 1998, la régie régionale a envoyé une lettre de suivi qui est demeurée sans réponse.

### **Recommandation :**

Que le chef de bande de la réserve de Manouane revoie la gestion de ses services de santé et apporte les correctifs nécessaires afin d'assurer la protection de la vie humaine des membres de sa réserve.

Que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'assure que le personnel infirmier qui prodigue les soins d'urgence possède la formation requise.

### **Organismes visés :**

Conseil de bande de Manouane

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**Avis / Dossiers : A-124607 96331**

**Événement : Un homme de 73 ans décède d'une arythmie ventriculaire sur une myocardite active.**

L'homme ayant été victime d'un arrêt cardiaque à son domicile, un appel est fait au centre de réception 9-1-1 du service de police de Gatineau. Une voiture de patrouille est dirigée immédiatement vers le domicile de l'homme, soit au 26 de la rue Toulon. L'appel est ensuite transféré au service ambulancier. Le répartiteur envoie par erreur un véhicule ambulancier au 26 de la rue Pilon. Ne trouvant pas le numéro civique sur la rue Pilon, les ambulanciers communiquent avec les policiers. Une fois l'information juste reçue, le véhicule ambulancier de Gatineau se trouvant trop loin, on envoie un second véhicule, du secteur de Hull cette fois. Les techniciens ambulanciers sont arrivés chez la victime 18 minutes après l'appel initial.

Le temps de réponse recommandé pour un service ambulancier en zone urbaine est de huit minutes ou moins. Dans le présent cas, le délai supplémentaire est imputable à la prise de renseignements erronés. Toutefois, lors d'une étude demandée par la Régie régionale à l'hiver 1997, des données pour l'année 1994 indiquaient un temps de réponse de 14 minutes, aux appels urgents en milieu urbain pour le secteur de Gatineau.

Par ailleurs, de 16 h 45 à 8 h 00 le matin du lundi au jeudi et de 19 h 15 à 8 h les samedis/dimanches, il n'y a que trois véhicules ambulanciers pour couvrir une superficie de 1400 kilomètres carrés et desservir une population estimée à 221 600 personnes.

Ainsi, au moment des événements, un véhicule ambulancier était affecté à un transport vers l'Ontario, un second du secteur de Hull était sur la rue Toulon. Le seul véhicule disponible était près de la rue Pilon à Gatineau. Le répartiteur ambulancier, en cas d'urgence, pouvait affecter un véhicule ambulancier d'une autre compagnie, mais il ne pouvait pas savoir si un tel véhicule se trouvait dans les secteurs concernés, plus proche et disponible à intervenir.

Les grandes agglomérations urbaines (Montréal et Québec) se sont dotées d'une seule centrale de coordination pour tous les appels urgents de leur territoire. Dans l'Outaouais, le 9-1-1 est dirigé vers la centrale de police municipale, laquelle, après avoir traité l'appel, le transfère vers d'autres intervenants (pompiers, ambulanciers, etc.). Les différentes compagnies effectuant du transport ambulancier sont quelque peu cloisonnées les unes des autres par leurs délimitations territoriales ou zone d'exploitation.

**Recommandation :**

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (RRSSSO), par son coordonnateur des services préhospitaliers, s'assure que la couverture ambulancière est adéquate, et ce, autant en rapidité d'intervention qu'en quantité de ressources, plus particulièrement le soir, en secteur urbain.

Que la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais (CTAO) modifie son protocole de prise d'appels de façon à réduire le risque d'événements similaires en vérifiant systématiquement l'adresse où il y a l'urgence.

Que la RRSSSO vérifie auprès des diverses entreprises ambulancières de son territoire si celles-ci reçoivent des données nominatives (particulièrement l'adresse de l'appelant) des centrales policières de 9-1-1, équipées d'afficheurs d'adresse. Si ces données ne sont pas, comme dans le cas présent, transmises aux ambulanciers faute d'équipement de réception, la situation serait à corriger dans les meilleurs délais.

Que les divers intervenants des services de répartition d'appels préhospitaliers urgents dans l'Outaouais, c'est-à-dire la RRSSSO et les différentes entreprises de transport ambulancier de la région 07, mettent en place une centrale de coordination des appels urgents qui recevra, traitera et répartira tous les appels préhospitaliers urgents.

**Organismes visés :**

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais  
Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais  
Ambulances ACS  
Ambulances Shields enr.  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Avis / Dossiers : A-124454 95916**

**Événement : Un jeune homme de 20 ans décède d'un arrêt cardiorespiratoire alors qu'il est attablé au Knowlton Pub à Lac-Brome.**

Selon l'enquête du coroner, le personnel du Knowlton Pub n'a pas su répondre à la détresse de la victime. Aucun employé n'avait la formation ou les connaissances nécessaires pour se rendre compte de la gravité de l'état de la victime. Aucun employé ne possédait de formation en secourisme ou en réanimation cardiorespiratoire.

La " chaîne survie " est un concept décrivant une suite d'interventions essentielles à la survie des victimes d'arrêts cardiaques. Cette chaîne est composée de quatre maillons : l'accès rapide aux services d'urgence, aux manoeuvres de réanimation de base, à la défibrillation et aux soins avancés en réanimation. Or, force est de constater que tous les maillons d'une telle chaîne ont été faibles dans le présent dossier. Effectivement, l'appel au 9-1-1 a été fait 5 minutes après l'affaissement de la victime, les manoeuvres de réanimation cardiorespiratoires n'ont été entreprises qu'à l'arrivée des policiers, soit 10 minutes après l'affaissement, l'accès à la défibrillation n'a été possible qu'à l'arrivée des ambulanciers 30 minutes après l'affaissement et les soins avancés en réanimation n'ont été prodigués qu'à l'arrivée à l'hôpital, presque une heure après l'affaissement.

Le temps étant le principal obstacle au bien-être des victimes d'arrêt cardiorespiratoire et de traumatismes graves, le coroner estime que la communauté de Knowlton devrait se doter d'un service de premiers répondants. À cet effet, la Régie régionale de la

Montérégie a déjà élaboré le cadre de gestion nécessaire à l'implantation d'un tel service et est en mesure de soutenir les initiatives en ce sens.

**Recommandation :**

Que la Ville de Lac-Brome :

- implante à Knowlton un service de premiers répondants;
- accompagne l'implantation d'un tel service d'une campagne d'information et d'éducation de la population.

Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail rappelle aux employeurs du Québec l'existence et la teneur du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins, en priorité aux personnes en charge de lieux publics, tels que bars, salles de spectacles, cinémas, amphithéâtres, etc., et s'assure de sa mise en application.

**Organismes visés :**

Ville de Lac-Brome

Commission de la santé et de la sécurité du travail

**Avis / Dossiers : A-124377 95937**

**Événement : Un homme de 56 ans s'écroule au sol, en arrêt cardiorespiratoire, alors qu'il était au Casino de Hull. On l'a transporté au centre hospitalier, mais l'équipe de réanimation n'a pas obtenu les réponses hémodynamiques espérées et le décès a été constaté.**

Considérant l'achalandage important et les attentes élevées de la clientèle à l'égard du service qu'elle reçoit du casino, la direction de Loto-Québec a pourvu ses services médicaux d'un moniteur-défibrillateur semi-automatique (MDSA) ainsi que d'un conduit de ventilation Combitube. Leur utilisation combinée est regroupée sous l'appellation protocole C-MDSA.

Au moment de l'événement, l'infirmier en devoir effectuait un remplacement et provenait d'une agence de placement d'infirmiers de la région. Il ne possédait aucune formation pour l'utilisation du protocole C-MDSA. Ainsi, l'infirmier n'a pas utilisé le matériel de réanimation qu'il avait à sa disposition.

Par ailleurs, Loto-Québec, par l'intermédiaire de son directeur médical, a élaboré un protocole pour la réanimation cardiaque et l'utilisation du C-MDSA. Ce protocole a été transmis au coordonnateur médical des Services préhospitaliers d'urgence de l'Outaouais pour commentaires. Certaines lacunes ont été relevées lorsque le protocole du Casino a été comparé avec d'autres protocoles du genre en utilisation dans différents milieux au Québec. Or, on ne sait pas clairement si des correctifs ont été apportés à la procédure initiale proposée par le service médical du casino.

**Recommandation :**

Que la direction médicale de Loto-Québec revoie le protocole d'intervention C-MDSA et y apporte les correctifs nécessaires, tels qu'exposés dans la lettre qui lui a été adressée le 30 octobre 1997 par le coordonnateur médical des Services préhospitaliers d'urgence de l'Outaouais.

Que la direction du Casino de Hull s'assure que tout le personnel infirmier travaillant au service médical, y compris le personnel remplaçant ou occasionnel, a reçu la formation pour l'utilisation du protocole C-MDSA et que ce même personnel participe à une mise à jour des connaissances de la façon recommandée.

**Organismes visés :**

Casino de Hull  
Loto-Québec

**Avis / Dossiers : A-124146 96408**

**Événement : Un pensionnaire de 86 ans, hébergé à la Villa St-Rodrigue de Charlesbourg, une résidence privée pour personnes âgées autonomes, décède d'un arrêt cardiorespiratoire consécutif à l'artériosclérose.**

L'homme avait été trouvé en bas de son lit par la préposée. Cette dernière l'a aidé à se relever et à s'asseoir sur le bord du lit, le dos non appuyé et les jambes pendantes. Il est ainsi laissé seul pendant trente minutes. Au retour de la préposée, l'homme fait une chute de son lit une deuxième fois et son état semble critique. La préposée, n'ayant aucune connaissance en réanimation cardiorespiratoire, au lieu de composer immédiatement le 9-1-1, communique plutôt avec la propriétaire de la résidence pour l'informer de la situation et continue à vaquer à ses occupations auprès des autres résidents. Après l'arrivée de la propriétaire, il se passe 26 minutes avant qu'on réagisse et qu'on appelle le 9-1-1, et ce, après avoir pris le temps de réaliser qu'en définitive, il n'y avait rien à faire, pas même des manoeuvres de réanimation. En définitive, le personnel de la résidence n'a pas su répondre adéquatement à la détresse de la victime.

La grande majorité des personnes qui composent le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus de notre population actuelle souhaitent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel, soit leur propre résidence ou, dans bien des cas, chez un tiers qui lui offre chambre, pension et autres services, y cherchant la convivialité et l'intimité.

Le réseau public reconnaît ces attentes et y répond en première ligne par des soins et des services à domicile prodigués par le personnel qualifié de ses CLSC.

Or, l'autonomie de la personne demeure une notion relative, très flexible, très élastique, comportant une zone grise, laquelle est perçue comme " accommodante ", dont la méthode actuelle d'évaluation est par CTMSP (Classification par types en milieu de soins et services prolongés). Le problème demeure parfois d'avoir à convaincre les intéressés qu'un placement est devenu nécessaire; la résidence privée est un encadrement sécuritaire

pour la personne âgée, qui ne se résigne pas à quitter ce type de vie familiale. Les moyens dissuasifs apparaissent nettement insuffisants pour intervenir et relocaliser une personne non autonome hébergée dans une résidence sans permis. Lorsqu'il y a résistance de toutes parts, s'engage alors un long processus de persuasion auprès de la famille et du propriétaire.

Par ailleurs, il importe d'associer éléments dissuasifs et éléments persuasifs afin de faciliter, de part et d'autre, un contrôle responsable à l'égard des propriétaires qui administrent des résidences privées d'hébergement pour personnes autonomes, à l'égard aussi des personnes qui s'y trouvent, quant à la qualité des soins et des services qu'elles reçoivent, attendu que le nombre de ces résidences et des personnes âgées autonomes ne fera que s'accroître avec les années.

Pour pouvoir exercer un contrôle de la qualité, il faut être en mesure d'identifier facilement les résidences pour personnes âgées autonomes exploitées sur un territoire donné, de même que celles qu'on a l'intention d'exploiter. Il faut se donner un répertoire à jour par région. Or, une municipalité est la source première d'information, puisque le propriétaire doit obtenir un permis pour pouvoir modifier l'immeuble qui va héberger les personnes âgées autonomes.

**Recommandation :**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- maintienne à jour, dans le réseau de la santé, un répertoire des résidences privées pour personnes âgées autonomes;
- réglemente la notion d'autonomie de la personne et uniformise l'outil d'évaluation de celle-ci dans tout son réseau;
- légifère pour conférer aux organismes du réseau de réels pouvoirs d'intervention coercitifs rapides et efficaces dans les cas d'illégalité et de clandestinité, avec des sanctions appropriées à l'égard des propriétaires fautifs;
- en concertation avec la Conférence des régions régionales et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, favorise la mise en oeuvre de programmes de qualification continue des résidences privées d'hébergement pour personnes âgées sur tout le territoire du réseau de la santé.

Que la Fédération de l'Âge d'or du Québec et le Regroupement des résidences pour retraités du Québec sensibilise leur clientèle respective à la nécessité d'un bail type, d'une formation reconnue de préposé aux bénéficiaires avec certification en réanimation cardiorespiratoire.

Que le ministère des Affaires municipales avise les municipalités de l'importance, pour leur inspecteur en bâtiments, d'informer le CLSC de toute demande de permis pour convertir un immeuble en résidence pour personnes âgées autonomes.

Que la propriétaire de la Villa St-Rodrigue :

- s'inscrive à un programme de qualification continue;
- installe une rampe pour l'escalier menant du rez-de-chaussée au premier étage et ailleurs dans la résidence, le cas échéant.

**Organismes visés :**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Conférence des régies régionales

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Fédération de l'Âge d'or du Québec

Regroupement des résidences pour retraités du Québec

Ministère des Affaires municipales

Villa St-Rodrigue

**Avis / Dossiers : A-122853 95753**

**Événement : Une dame âgée de 82 ans, résidant au Foyer Notre-Dame de Laval, décède d'une ischémie myocardique chronique associée à une insuffisance coronarienne consécutive à de l'athéromatose sévère.**

La dame a été découverte dans sa chambre par une préposée, alors qu'elle était par terre, inanimée. La préposée a contacté le 9-1-1. À l'arrivée des policiers, aucune manoeuvre de réanimation n'avait été entreprise chez la victime. Il s'est donc écoulé environ vingt minutes avant que lesdites manoeuvres soient entreprises par les policiers, en attendant les services ambulanciers.

Par ailleurs, l'analyse toxicologique a mis en évidence la présence de 4840 nmol/L de Dextrométophan, alors que le seuil se situe aux environs de 750 nmol/L. Ce taux élevé, quoique non létal, souligne une surdose, et, en raison de son âge et de sa condition de santé, peut avoir contribué au décès. Le Dextrométophan est une substance que l'on trouve dans les sirops pour la toux ou des décongestionnants que l'on peut acheter en vente libre dans les pharmacies.

**Recommandation :**

Que le Foyer Notre-Dame :

- adopte des mesures de contrôle plus serré pour les médicaments en vente libre et consommés par les bénéficiaires;
- s'assure que tout le personnel connaisse les manoeuvres de réanimation et que cette formation fasse l'objet d'une mise à jour;
- adopte des directives claires et non équivoques demandant à son personnel de pratiquer immédiatement les manoeuvres de réanimation sur les bénéficiaires en détresse tant et aussi longtemps que les secours d'urgence ne seront pas arrivés.

**Organisme visé :**

Foyer Notre-Dame

**Avis / Dossiers : A-121314 95356**

**Événement : Une femme de 66 ans décède d'une arythmie cardiaque subite fatale consécutive à une insuffisance coronarienne aiguë associée à une athérosclérose marquée de l'artère coronaire antérieure descendante gauche.**

En début de nuit, les ambulanciers ont été appelés, car la victime se plaignait d'un mal de gorge, d'une difficulté respiratoire et d'une faiblesse marquée amplifiée nettement depuis deux jours, accompagnée d'une insomnie et d'une perte d'appétit. Les ambulanciers ont noté une respiration superficielle à 36 par minute. Cependant, il n'y avait aucun signe de détresse respiratoire. La victime est transportée, en position semi-assise et sous oxygène, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal.

Elle a été vue au triage par une infirmière à 1 h 22. Considérant les symptômes et les réponses obtenues de la patiente ainsi que les signes vitaux normaux, l'infirmière a classé la priorité de la patiente en code IV, en vertu du protocole de triage (tour de rôle, couleur verte, soit un patient se présentant avec un problème de santé aigu, mais pas nécessairement grave, pour lequel le temps d'attente n'est pas nécessairement un facteur critique. Ce type de patient est vu dans un délai n'excédant pas quatre heures, à tour de rôle, selon l'heure d'arrivée à l'urgence). La patiente a été placée sur une civière, dans le corridor, à la vue. Ce n'est qu'à 5 h 30, lorsque son tour était venu de voir le médecin, que l'infirmière a découvert la patiente apparemment décédée.

L'analyse de la situation à l'urgence de l'hôpital cette nuit-là a démontré qu'on a fait tout ce qui pouvait être fait pour que les patients soient vus le plus tôt possible selon le code de priorité qui leur était accordé. De sorte que, dans ledit contexte, il était impossible que l'unique médecin de garde ait pu voir la victime avant. Effectivement, au début du quart de nuit, il y avait 58 patients étaient couchés dans les secteurs et couloirs, dont 43 sous la responsabilité du médecin de garde. Entre 0 h 1 et 5 h 30, il s'est présenté 29 autres patients, dont 4 exigeaient des soins immédiats du médecin (problèmes cardiaques sévères et arrêts cardiorespiratoires).

Toutefois, bien que, selon le protocole de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, certains cas codés jaune, vert foncé ou vert exigent une réévaluation de l'état du patient par le personnel infirmier lors du délai d'attente, tous les cas ne sont pas vus dans les délais fixés et ne sont pas réévalués. Cela n'écarte pas la possibilité d'une détérioration de l'état d'un patient lors de la prolongation du délai pour être vu.

Les patients allongés ou couchés dans les corridors ne disposent pas de sonnette pour donner l'alarme en cas de détérioration de leur état. Malgré le caractère subit du décès de la patiente, nul ne peut affirmer à 100 % qu'elle n'aurait pas pu sonner l'alarme si elle avait disposé d'une sonnette.

Même en s'assurant d'un séjour maximal de 12 heures pour les patients couchés dans le département de l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le nombre de patients couchés (taux le plus bas sur 10 hôpitaux de la Régie régionale de Montréal-centre selon

l'analyse de 1997-1998) fera toujours en sorte qu'il faudra coucher des patients dans les couloirs dudit département.

La plus grande disponibilité des tests en laboratoire et des examens radiologiques lors du quart de nuit fait en sorte qu'il y a plus de patients libérés dans un délai maximal de 12 heures que durant les quarts de jour et de soir.

La réduction des séjours au département des urgences est en partie tributaire du nombre de lits disponibles sur les étages. Or, le nombre de lits disponibles sur les étages est en constante diminution depuis 1995, alors que l'achalandage de l'urgence suit la courbe inverse.

La non-disponibilité de ressources médicales de première ligne de 20 h 00/22 h 00 à 8 h 00 dans la zone que l'hôpital dessert fait en sorte que lors des quarts de nuit le département de l'urgence peut se retrouver avec un nombre important de cas résiduels à 0 h 1. De plus, il faut ajouter à cette non-disponibilité l'impossibilité de prévoir l'arrivée au cours de la nuit de plusieurs cas d'urgence immédiate en un court laps de temps et d'un pourcentage plus élevé de patients qui devront être couchés. Deux situations auxquelles on pourrait remédier en ajoutant un médecin supplémentaire au début ou au cours de la nuit.

Si les médecins travaillant à l'urgence décidaient aujourd'hui d'opter pour la rémunération à forfait durant les quarts de jour et de soir, leur demande serait analysée à partir des données du ministère de la Santé et des Services sociaux. Or, celui-ci a évalué à la baisse le nombre de patients qui se présentent sur pied annuellement à l'urgence.

Le saturomètre, qui existe depuis peu, permet de mesurer la saturation en oxygène chez une personne, donc, en conséquence, le pourcentage d'oxygène qu'on lui administre. Si les techniciens ambulanciers disposaient d'un saturomètre, ils pourraient, s'il y a lieu d'administrer de l'oxygène à une personne souffrant d'une maladie pulmonaire et en difficultés respiratoires, toujours s'assurer que la saturation en oxygène est de 92 %, ce qui éliminerait le risque d'insuffisance respiratoire pour les personnes atteintes de bronchite chronique obstructive.

À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la saturométrie est prise 2 à 3 minutes après qu'on a enlevé l'oxygène. Or, lorsqu'on cesse de donner de l'oxygène à une personne ne souffrant pas d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, la saturation en oxygène revient à la normale en quelques minutes. Toutefois, chez les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, vu certaines anomalies de ventilation, la plus grande partie du processus tendant vers la normalisation de la saturation en oxygène se fait en 5 minutes, mais le processus n'est complété qu'après 15 minutes. Donc, pour plus de certitude, une saturométrie après l'administration d'oxygène devrait se faire 15 minutes après l'arrêt de l'oxygène.

Plusieurs solutions prises pour résoudre le problème d'engorgement de Maisonneuve-Rosemont semblent intéressantes. Cependant, elles concernent plusieurs parties et exigent

l'examen de données permettant d'établir leur taux d'efficacité ou leur degré d'urgence vs d'autres solutions, au regard de leurs répercussions ou de leur faisabilité.

**Recommandation :**

Que l'Association des hôpitaux du Québec demande à ses membres :

- qu'en cas d'obligation de coucher ou allonger des patients dans les corridors on mette des sonnettes à la disposition de ces patients;
- qu'à l'expiration du délai d'attente fixé pour le code de priorité accordé à un cas il y ait réévaluation du cas.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- facilite la mise en place de la première recommandation en dégageant les crédits nécessaires;
- dégage les crédits nécessaires pour augmenter la capacité de coucher des patients dans les secteurs de l'urgence de Maisonneuve-Rosemont;
- dégage les crédits nécessaires pour augmenter la disponibilité à Maisonneuve-Rosemont des tests en laboratoire et des examens radiologiques (plaque simple) lors des quarts de travail de jour et de soir;
- dégage les crédits nécessaires pour augmenter le nombre de lits disponibles sur les étages de Maisonneuve-Rosemont;
- octroie à Maisonneuve-Rosemont un demi-forfait médecin supplémentaire lors du quart de nuit, si cela se révèle nécessaire;
- en collaboration avec Maisonneuve-Rosemont, procède à la révision des données du Ministère quant au nombre de patients qui se présentent sur pied annuellement à l'urgence de cet hôpital;
- prenne connaissance des solutions envisagées pour résoudre le problème d'engorgement de Maisonneuve-Rosemont, analyse le plus tôt possible leur taux d'efficacité, leur degré d'urgence vs d'autres solutions, leurs répercussions et leur faisabilité, et ce, en collaboration avec les parties concernées, et dégage les crédits nécessaires à la mise en place des solutions qui seront retenues.

Que les techniciens ambulanciers du Québec disposent d'un saturomètre leur permettant, s'il y a lieu d'administrer de l'oxygène à une personne souffrant d'une maladie pulmonaire et en difficultés respiratoires, de s'assurer que la saturation en oxygène de cette personne est de 92 %.

Que la Direction des soins infirmiers du département de l'urgence de Maisonneuve-Rosemont s'assure que les saturométries après administration d'oxygène sont toujours prises 15 minutes après l'arrêt de l'oxygène.

**Organismes visés :**

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Association des hôpitaux du Québec  
Urgences-santé

**Avis / Dossiers : A-117095 96002**

**Événement : Un pensionnaire d'un centre d'accueil et hébergement adapté aux malades psychiatriques chroniques décède d'une broncho-pneumonie droite.**

Il est découvert dans son lit, inconscient, par une infirmière, qui avisera les ambulanciers.

À l'arrivée de ces derniers, la victime était toujours inconsciente, sans pouls, sans respiration spontanée, sans tension artérielle, le visage cyanosé et les jambes marbrées.

Le moniteur cardiaque ne montrait aucune activité. Des manoeuvres de réanimation sont aussitôt entreprises et on les poursuit durant le transport à l'hôpital.

Le coroner souligne qu'à la lecture de ce dossier il est surprenant que le personnel soignant, présent lors de la découverte de la victime, n'ait pas commencé les manoeuvres de réanimation en attendant l'arrivée des ambulanciers.

**Recommandation :**

Que la direction du foyer Nouvel Axe de Tracy s'assure que le personnel soignant :

- entreprend le plus tôt possible des manoeuvres de réanimation chez un patient en arrêt cardiorespiratoire;
- est accrédité dans la réanimation cardiorespiratoire.

**Organisme visé :**

Foyer Nouvel Axe

**Avis / Dossiers : A-116920 91639**

**Événement : Un homme de 86 ans décède d'une insuffisance cardiaque au foyer Mgr Paquin à Sainte-Tite.**

La veille de son décès, le pensionnaire a avisé l'infirmière qu'il avait perdu son dentier inférieur. De plus, depuis la veille, on notait de la dyspnée avec voix faible et mains froides. Devant la détérioration de l'état de l'homme, les ambulanciers ont été demandés pour son transport au Centre hospitalier Centre-Mauricie, où le personnel et le médecin d'urgence avaient été avisés de la possibilité que la victime ait avalé sa prothèse dentaire.

Les résultats des radiographies des tissus mous du cou ne démontraient pas d'évidence de corps étranger et une laryngoscopie n'a décelé la présence d'aucune prothèse dentaire. Les examens semblant normaux, le patient est retourné au foyer où il décédera le lendemain matin. À la suite du constat de décès, le médecin a fait un examen visuel de la gorge, n'y trouvant rien de spécial. Toutefois, à l'aide d'un doigt, il a retrouvé la prothèse en avant dans le haut du larynx.

Les prothèses dentaires dans la gorge d'une personne, à moins d'être radio-opaques, ne sont pas détectables facilement au point de vue radiologique. De plus, des situations difficiles peuvent compliquer la pratique d'un examen avec laryngoscopie.

**Recommandation :**

Que les fabricants de prothèses dentaires incluent un marqueur radio-opaque dans les prothèses dentaires.

Que le Centre hospitalier Centre-Mauricie établisse le protocole suivant : si la première visualisation des films n'est pas concluante, on utilise une gorgée de baryum avec mie de pain comme véhicule, pour vérifier s'il y a obstruction ou non des voies aériennes par un corps étranger.

**Organismes visés :**

Servident

Centre hospitalier Centre-Mauricie

**Avis / Dossiers : A-115639 94800**

**Événement : Un homme de 79 ans est retrouvé effondré et inconscient chez lui. Amené à l'hôpital de Mont-Joli et transféré au Centre hospitalier de Rimouski, il y décède 30 minutes plus tard.**

L'investigation démontre que ce transfert était assez délicat, considérant que la victime avait un taux de saturation d'oxygène à peine 83 % à 86 %, avec initialement une saturation à 76 %. Ce patient aurait dû être stabilisé davantage à l'hôpital de Mont-Joli et, en rétrospective, il aurait dû être intubé.

De plus, les notes de l'infirmière qui accompagnait le malade lors du transfert sont trop imprécises. Elles indiquent, en effet, une tension artérielle stable et que le patient est également stable lors de son transfert. Or, pour un patient qui arrive dans un état aussi perturbé et dans la condition pour laquelle il était transféré, le coroner juge inacceptable d'avoir des notes d'infirmière aussi peu détaillées en ce qui concerne les signes vitaux.

**Recommandation :**

Que la direction des Services professionnels du Centre hospitalier de Mont-Joli :

- transmette une copie du rapport au président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et au Comité d'évaluation pour révision de l'acte médical et évaluation du transfert. Copie devrait également être transmise à la directrice du Nursing, au directeur et à l'infirmière-chef du Service d'urgence;
- fasse en sorte qu'un patient dont la condition est aussi instable et dont l'état respiratoire est aussi perturbé ait une stabilisation des voies aériennes et de l'oxygénation avec possiblement intubation et support ventilatoire avant son départ;
- s'assure que l'on note, lors du transfert d'un patient montrant une instabilité de cette nature, des signes vitaux au minimum aux cinq minutes, y compris la tension artérielle, le rythme cardiaque, le rythme respiratoire et la saturation.

**Organisme visé :**

Centre hospitalier de Mont-Joli

Source : <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=burecoro&txtCategorie=recomm1998>