

RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2000

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 : A-128115 100525

Événement : Un homme de 25 ans résidant à Hull, porteur du syndrome de Wolf-Parkinson-White, type A, décède d'une arythmie cardiaque à son domicile. Ce syndrome résulte d'une anomalie congénitale du réseau électrique du cœur, mais il répond habituellement favorablement à une intervention par moniteur défibrillateur semi-automatique, ce que possède la majorité des véhicules ambulanciers de la région de l'Outaouais.

L'homme connaissant sa condition cardiaque, communiquait avec le 911 en précisant avoir un malaise cardiaque et demandait de l'aide, car il sentait qu'il allait perdre connaissance. Arrivés sur les lieux, les ambulanciers ne pouvaient pas pénétrer dans le logement, la porte étant verrouillée. Ils ont donc demandé l'assistance des policiers, qui ont essayé en vain de communiquer avec l'homme par téléphone, mais sans obtenir de réponse. La permission est alors accordée aux agents sur les lieux de s'introduire dans le logement.

Or, le délai d'intervention entre l'appel initial au 911 et l'accès au corps a été de 38 minutes et 10 secondes. Selon le coroner, ce délai est inacceptable, compte tenu de la clarté du message que la victime a lancé au service 911. Ainsi, dès l'arrivée des ambulanciers sur les lieux, le fait de ne pas obtenir de réponse à la porte aurait dû provoquer une réaction " d'urgence " pour venir en aide à la personne en détresse.

Recommandation :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais émette des directives claires à toute intervention d'urgence qui implique la possibilité de causer des dommages matériels dans le but d'aider une personne dont la vie est en grand danger. (4)

Organisme visé :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

2-Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement : Un homme de 58 ans décède d'un infarctus du myocarde. Il n'avait aucune maladie connue antérieure à son décès et ne consommait pas de médicaments.

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du

Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

Un transfert immédiat du patient est demandé vers le Centre hospitalier régional de Rimouski. À ce moment, il n'y avait pas d'ambulance libre et le délai était de 30 à 45 minutes. Une demande a donc été faite par l'infirmière au Service ambulancier de Rimouski afin qu'il vienne chercher le patient. La région de Rimouski-Neigette est couverte par deux compagnies ambulancières. Le jour du décès, les trois véhicules desservant Mont-Joli n'étaient pas disponibles au moment de la demande de transfert. À la même heure, trois véhicules étaient libres à Rimouski. Toutefois, le Service ambulancier de Mont-Joli ne fit jamais de demande à celui de Rimouski pour réaliser le transport.

Par ailleurs, depuis une trentaine d'années, la mortalité associée à un infarctus du myocarde a diminué par différents ajouts, depuis la mise en place d'unités de soins intensifs de type coronarien jusqu'à l'usage plus récent d'agents thrombotiques. Pour être efficaces, ces agents doivent être donnés dans les 12 heures du début de l'infarctus. Bref, plus cette médication est donnée tôt, meilleures sont les chances de survie du patient. Les traitements de thromboses ne sont pas disponibles à Mont-Joli. Selon le coroner, les soins reçus par la victime à l'urgence du centre métissien de santé étaient très adéquats ainsi que le diagnostic et le délai de transfert vers le Centre hospitalier régional de Rimouski.

Recommandations :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le Centre métissien de santé et de services communautaires de Mont-Joli :

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski;
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Le Centre métissien de santé et de services communautaires de Mont-Joli

3-Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement : Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale.

Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture

jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible.

Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

Lors des situations d'urgence, il est important d'avoir un combitube sous la main. Dans certaines urgences d'hôpitaux majeurs, bien que les urgentologues soient aptes à installer des tubes endotrachéaux, il est dans l'habitude d'avoir sous la main un combitube afin de faire face à des situations difficiles et de pouvoir venir rapidement en aide à un patient pour le ventiler adéquatement.

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube;
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube.

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes.

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies

L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

4-Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement : Une dame de 60 ans, résidant en famille d'accueil, décède d'un infarctus du myocarde rupturé avec hémopéricarde.

Le chemin des Forts, à Saint-Joseph de Lévis, est desservi par la centrale 9-1-1 du Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches (CAUCA) dans la Beauce. Or, l'appel effectué à 19 h 03 a été reçu par la répartitrice et aucun policier ne s'est rendu sur place.

En fait, la répartitrice ignorait que ce secteur était couvert par le Service de sécurité publique de Lévis.

Quant au service ambulancier, l'investigation a démontré un délai de 10 minutes avant l'arrivée des ambulanciers. Ils sont restés au domicile de la victime pendant 23 minutes, et par la suite, ils ont mis seulement 4 minutes pour se rendre à l'hôpital.

Recommandations :

- Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.
- Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés.

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches

Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

5-Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement : Une dame de 40 ans est retrouvée sans vie à son domicile à la suite d'une insuffisance myocardique aiguë.

Le jour précédant son décès, elle s'était plainte de douleurs rétrosternales intenses irradiant dans le dos et d'engourdissements dans les bras et les mains. Les services d'urgence 9-1-1 ont été demandés et un médecin s'est présenté sur les lieux. On évalue alors sa pression, qui est élevée, et on installe un moniteur cardiaque qui met en évidence quelques anomalies au cœur. Néanmoins, vu son jeune âge, le médecin conclut à une hyperventilation et à de l'anxiété. Le médecin lui fournit donc un masque pour réduire son hypertension et l'enjoint de se présenter au CLSC le surlendemain.

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgences Santé et du Collège des médecins du Québec.

Organismes visés :

Urgences Santé

Le Collège des médecins

6-Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement : Un homme de 46 ans décède d'une fibrillation cardiaque après s'être effondré à son travail.

Arrivés sur les lieux, les ambulanciers installent un moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA). Un tracé d'électrocardiographie démontre la présence de fibrillation et indique que le patient doit être défibrillé. Le moniteur se met en mode défibrillateur et tente de préparer la charge en vue d'un choc cardiaque. Il indique, après quelques secondes, que la batterie est à plat et qu'il ne reste plus suffisamment de courant pour administrer le choc prévu.

Les ambulanciers remplacent rapidement la batterie par une seconde batterie de rechange (backup). L'appareil indique à nouveau que la victime est en " rythme défibrillable " et entreprend la charge automatique une seconde fois.

La nouvelle batterie se révèle incapable de recharger suffisamment l'accumulateur pour pouvoir administrer le choc requis. L'intervention sur place a duré 18 minutes compte tenu des deux manœuvres de défibrillation ratées et de l'attente d'un second véhicule et d'un deuxième appareil pour défibriller la victime.

Dans le présent cas, les ambulanciers ont correctement appliqué les consignes qui leur avaient été données quant à l'usage et à la vérification de leur appareil ainsi que du chargement et de la rotation des batteries rechargeables. Ils ne pouvaient donc pas prévoir que le matériel et les protocoles qu'ils suivaient avec minutie étaient inadéquats.

Recommandations :

Que la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie (CAM) :

- désigne un préposé avec formation adéquate responsable de l'évaluation périodique des équipements;
- institue un livre de bord de vérification des équipements, moniteurs et batteries, indiquant spécifiquement la date d'achat, la date d'entrée en fonction et, pour les batteries, la date d'expiration du manufacturier;
- ajoute au protocole actuellement en vigueur de vérification par module et de rotation de batteries, des essais mensuels de génération de chocs pour chacune des batteries et l'élimination systématique de toutes les batteries ne pouvant générer au moins 15 chocs après recharge maximale de 16 heures.

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie :

- fasse ou fasse procéder à une vérification périodique des livres de bord (log books) de chacun des appareils;
- veille à donner annuellement une mise-à-jour sur la manipulation et l'usage sécuritaire des moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Conférence des régies régionales se penchent sur ce dossier en s'assurant que tous les services ambulanciers du Québec soient mis au fait de cette problématique et soient formés en conséquence.

Que la compagnie Laerdal, manufacturier des piles, informe mieux ses clients et s'assure qu'ils procèdent régulièrement à des vérifications de mise à la charge, de nettoyage et d'inspection en ne se fiant pas exclusivement aux voyants lumineux pour juger de la capacité des batteries mises à leur disposition.

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

La Conférence des régies régionales

Laerdal Medical Canada Ltée

7-Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement : Un travailleur forestier (contremaître), à l'emploi d'une firme spécialisée dans l'émondage et l'abattage des arbres, décède d'une arythmie maligne secondaire à un infarctus du myocarde survenue lorsqu'il travaillait seul.

En revenant du dîner, les autres employés n'ont pas vu, ni cherché leur contremaître. Ce n'est que 30 minutes après s'être remis au travail qu'ils se sont inquiétés de son absence et sont partis à sa recherche. Une fois la victime retrouvée, les employés ont constaté qu'elle ne présentait aucun signe de vie. Ils se sont alors occupés de contacter leur employeur par radio-émetteur. Une autre équipe de travailleurs travaillant tout près s'est rendue sur place et a commencé les manœuvres de réanimation.

La CSST ordonne aux émondeurs d'arbres le long des lignes électriques de connaître les manœuvres de réanimation cardio-respiratoire pour qu'ils puissent rapidement porter assistance à un compagnon de travail victime d'un malaise ou d'un accident. Il semble évident dans ce cas que les premiers travailleurs arrivés sur les lieux n'ont rien entrepris pour réanimer la victime.

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation;
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit.

Organisme visé :

La CSST

8-Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement : Un homme de 62 ans de Sainte-Anne-des-Monts, ayant des antécédents de maladie cardiaque connus, décède d'une encéphalopathie anoxique sévère, à la suite d'une perte de conscience avec fibrillation ventriculaire survenue six jours auparavant.

Le délai ambulancier entre l'appel au 9-1-1 et l'arrivée auprès de la victime a été de cinq minutes, soit un délai idéal pour permettre une réanimation efficace. Toutefois, contrairement aux autres régions du Québec, les ambulanciers de la Gaspésie ne disposent pas de défibrillateurs semi-automatiques. Il s'agit d'un équipement utilisé par les ambulanciers pour effectuer une défibrillation, si une défibrillation ventriculaire est documentée sous moniteur. Il a été démontré que l'utilisation d'un tel appareil par les ambulanciers était aussi efficace que celle faite par le personnel hospitalier.

Recommandations :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie - Îles de la Madeleine :

- mette des défibrillateurs semi-automatiques à la disposition des services ambulanciers de la Gaspésie;
- fasse en sorte que le personnel ambulancier soit formé à l'usage de défibrillateurs semi-automatiques;
- désigne un médecin pour l'implantation du projet et la supervision médicale concernant l'usage des défibrillateurs semi-automatiques.

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

9-Avis / Dossier : A-128815 102775

Événement : Un homme de 47 ans, atteint d'une maladie cardiaque artéro-sclérotique, est victime d'un infarctus au moment où il faisait de la plongée sous-marine au Lac Saccacomie, à Saint-Alexis-des-Monts.

Il est ramené hors de l'eau et les ambulanciers sont rapidement demandés sur les lieux, mais mettront 30 minutes pour se rendre sur place.

La seule ambulance qui dessert le territoire de Saint-Alexis-des-Monts est stationnée au village voisin de Saint-Paulin, ce qui contribue à augmenter grandement le temps réponse aux appels de détresse. Par ailleurs, la région de Saint-Alexis-des-Monts connaît un essor touristique important et ceci a pour effet de faire gonfler sa population lors des périodes de vacances.

Recommandations :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie prenne les moyens nécessaires pour mieux desservir la région de Saint-Alexis-des-Monts en matière préhospitalière afin que les temps de réponse soient conformes à la moyenne québécoise.

Que ce rapport soit acheminé aux élus municipaux de Saint-Alexis-des-Monts afin qu'ils soient informés de la situation qui prévaut en matière de services pré-hospitaliers pour leur population. Ces derniers veilleront à informer leur population des solutions concrètes mises de l'avant par la Régie régionale.

Organismes visés :

La RRSSS Mauricie - Centre-du-Québec

La Ville de Saint-Alexis-des-Monts

10-Avis / Dossier : A-131262 101662

Événement : Un enfant âgé d'un an et 10 mois décède d'asphyxie par pneumonie d'aspiration aiguë, bronchiectasie et encéphalopathie anoxique néo-natale. L'enfant est né à la Maison des naissances Côte-des-Neiges sous les soins et la supervision d'une sage-femme. L'enfant avait alors souffert d'une asphyxie périnatale sévère entraînant un désordre épileptique, un retard de développement global sévère, une

quadriplégie spastique se compliquant de pneumonies d'aspiration récurrentes pour lesquelles il a dû subir une fundoplicature et la pose d'une gastrostomie.

Ce qui a vraisemblablement causé le dommage neurologique sévère est l'asphyxie périnatale; elle peut être attribuable à l'absence de monitoring électrique du cœur fœtal pendant la " longue " deuxième phase du travail, à la non-intervention médicale durant cette phase et aux 55 minutes de vie pendant lesquelles l'enfant ne respirait pas suffisamment, avant l'arrivée de l'équipe de réanimation de l'Hôpital de Montréal pour Enfants.

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- mandate le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS) à étudier les cas de réanimation pour documenter et élaborer des recommandations appropriées;
- favorise les collaborations concrètes interdisciplinaires entre sages-femmes et médecins omnipraticiens, obstétriciens et pédiatres;
- explore la possibilité d'intégrer les sages-femmes en milieu hospitalier;
- s'assure que le programme de formation des sages-femmes les prépare à donner des soins pour les cas sans complication, mais aussi à reconnaître les anomalies de la grossesse, du travail et de la naissance. Ce programme devrait aussi leur permettre d'apprendre à travailler en équipe avec les médecins.

Que le Collège des médecins du Québec :

- concrétise leur souhait " d'un véritable travail d'équipe entre médecins et sages-femmes ", article paru dans " Le Collège ", vol. XXXIX, no 3 - octobre 1999. (4)
- s'implique dans l'élaboration et l'exécution du programme de formation des sages-femmes.

Que l'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec s'ouvre à la possibilité d'une pratique en établissement.

Que la responsable du BAC en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières révise le programme, avec le Collège des médecins, à la lumière des recommandations du CETS.

Que la Maison des Naissances Côte-des-Neiges prenne connaissance de ce rapport et révise ce cas en équipe multidisciplinaire.

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le Collège des médecins

L'Ordre professionnel des sages-femmes

L'Université du Québec à Trois-Rivières

La Maison des Naissances Côte-des-Neiges

11-Avis / Dossier : A-132469 105699

Événement : Une dame de 71 ans décède d'un arrêt cardio-respiratoire avec anoxie cérébrale sévère au cours d'une chirurgie d'implants dentaires pratiquée en cabinet de dentiste privé.

La victime a reçu un analgésique local de xylocaïne 2 % avec épinéphrine 1/50,000. Un champ opératoire qui dégageait uniquement la bouche et le nez. Or, ce n'est qu'une heure après le début de l'intervention qu'on a réalisé que la patiente était en arrêt cardio-respiratoire avec absence de pouls. Or, les signes vitaux n'ont pas été pris régulièrement et aucun appareil de surveillance n'a été utilisé au cours de cette chirurgie. Un saturomètre aurait pu permettre d'intervenir plus tôt et de préciser la nature du problème sous-jacent.

Dans une salle de chirurgie, on devrait trouver à proximité du patient tout le matériel nécessaire pour donner rapidement les soins d'urgence advenant une complication. Or, dans le présent dossier, de précieuses minutes ont été perdues pour trouver la bonbonne d'oxygène dans la garde-robe de la cuisine. Toutefois, la bonbonne n'a jamais pu être utilisée, puisqu'on n'a pas trouvé le masque qui s'y adaptait.

Pour expliquer la complication peri-opératoire, l'étiologie médicamenteuse ne peut être prouvée, mais elle ne peut non plus être exclue. Les anesthésies locales, comme celles reçues par la patiente, ne doivent être utilisées que par des cliniciens expérimentés dans le diagnostic et le traitement des manifestations toxiques reliées à la dose et autres urgences aiguës qui pourraient résulter du bloc choisi. Il faut d'abord s'assurer qu'on peut disposer immédiatement d'oxygène, d'autres médicaments de réanimation, d'un équipement de réanimation cardio-respiratoire et du personnel nécessaire pour traiter adéquatement les réactions toxiques et les urgences connexes. Un retard dans le traitement approprié d'une manifestation toxique reliée à la dose, une ventilation inadéquate, quelle qu'en soit la cause ou une altération de la sensibilité peuvent provoquer une acidose, l'arrêt cardiaque et, possiblement, la mort.

Recommandations :

Que l'Ordre des dentistes du Québec :

- établisse des protocoles de sédation prolongée qui préciseraient d'une part les critères minimaux de surveillance à respecter lors d'une intervention chirurgicale prolongée, d'autre part, les doses optimales d'anxiolytiques et de substances anesthésiques locales à administrer lors d'une intervention, tout en tenant compte de l'âge des patients. Ces protocoles devraient être entérinés par l'Association des anesthésistes-réanimateurs du Québec;
- s'assure, lorsque le consentement opératoire est donné, que les professionnels ont bien informé les patients, notamment sur les risques potentiels reliés non seulement à la technique chirurgicale, mais également à la médication utilisée;

- s'assure que dans leurs cabinets privés, où il se pratique des chirurgies sous anesthésie locale, leurs membres aient à leur portée l'équipement minimal nécessaire pour répondre rapidement à une complication médicale ou anesthésique et que ce matériel soit entretenu adéquatement;
- maintienne à jour les compétences de leurs membres en réanimation cardio-respiratoire, afin d'aider le patient en difficulté avant sa prise en charge par l'équipe médicale habilitée.

Que le Syndic de l'Ordre des dentistes du Québec s'assure que les chirurgies qui se dérouleront à l'avenir à la clinique du docteur Pierre Dupont, au 1379 chemin Sainte-Foy, à Québec, seront sécuritaires pour les patients et que la posologie des médicaments administrés aux patients respecte les règles de l'art.

Organismes visés :

L'Ordre des dentistes du Québec
Le Syndic de l'Ordre des dentistes du Québec

12-Avis / Dossier : A-132947 106640

Événement : Un homme de 32 ans se suicide par pendaison, deux jours après avoir quitté l'urgence de l'hôpital Charles-Lemoyne où il avait été transporté pour idées et menaces suicidaires. Il y avait été amené par sa sœur, qui l'avait trouvé chez lui avec les draps pour se pendre et des lettres explicatives du geste qu'il voulait poser, datées de la même journée.

Le service de police de Longueuil avait télécopié à un médecin de l'hôpital les lettres à caractère suicidaire trouvées au domicile de la victime. Toutefois, le psychiatre qui a vu l'homme mentionnera ne jamais avoir eu en main ces documents. De plus, lors du congé de l'hôpital, la sœur de la victime n'a pas pu rejoindre le psychiatre pour lui expliquer l'état critique de son frère. On peut présumer que si le psychiatre avait été au courant du contenu des lettres et avait pu parler à la sœur de la victime, il aurait peut-être été convaincu que la victime pouvait passer à l'acte et son intervention aurait pu être différente.

Recommandations:

Que le service de police de Longueuil remette en main propre au médecin consultant, les documents qui peuvent influencer sur une décision médicale, telles que des lettres de suicide.

Que le département de psychiatrie du centre hospitalier Charles-Lemoyne mette en place un protocole pour les personnes admises pour tentative de suicide, qui inclurait, lorsque c'est possible, un dialogue avec un témoin de la personne suicidaire, afin d'avoir une version complémentaire à celle du patient.

Organismes visés :

Le Service de police de Longueuil
Le Centre hospitalier Charles-Lemoyne

13-Avis / Dossier : A-128065 104083

Événement : Une femme de 40 ans décède, par intoxication mixte à l'alcool et aux médicaments, quelques heures après avoir été amenée à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et avoir quitté en signant un refus de traitement.

Or, à son arrivée par ambulance à l'urgence, le cas était jugé urgent et mis en attente pour consultation médicale. L'infirmier contactait le Centre anti-poison pour connaître leur avis en rapport avec les médicaments que la victime disait avoir absorbés. Après avoir appris que les médicaments ingérés étaient à un dosage non toxique, l'infirmier modifia la codification du cas en semi-urgent et installa la victime dans un fauteuil. La victime a signifié à l'infirmier son désir de quitter et signé un refus de traitement. Ni l'infirmière responsable, ni le médecin de garde n'ont été avisés de l'admission de la victime, de la raison de sa consultation et de son départ.

Étant donné que l'état mental de la dame répondait aux critères de dangerosité grave et immédiate pour elle-même, la situation se trouvait d'emblée soumise à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. La signature d'un refus de traitement ne pouvait s'appliquer. De plus, l'évaluation médicale était de rigueur dans un premier temps pour documenter et traiter l'intoxication mixte et, dans un deuxième temps, pour évaluer le risque suicidaire sous-jacent.

Recommandations :

Que les autorités compétentes de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme :

- sensibilise les intervenants concernés à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui ainsi qu'aux applications de cette loi à une personne suicidaire qui consulte à la salle d'urgence;
- révisent les tâches de l'infirmier ou de l'infirmière préposé au triage lors d'une évaluation pour intoxication médicamenteuse.

Organisme visé :

L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

14-Avis / Dossier : A-127208 99521

Événement : Une femme de 50 ans, ayant des antécédents de dépression sévère et plusieurs tentatives de suicide dans le passé, met fin à ses jours avec une arme à feu.

Selon l'investigation du coroner, les ambulanciers ont mis 1 h 41 à arriver sur les lieux, alors que normalement, le temps réponse est de 45 minutes dans ce milieu rural.

Plusieurs facteurs ont contribué à ce long délai. Les techniciens ambulanciers ont compris, sur les ondes, une autre adresse que celle de la victime. La chaussée glissante a amené le véhicule à s'embourber dans un fossé. Une autre ambulance est demandée à la répartitrice. Cette demande semble avoir été oubliée, faute de véhicules disponibles.

Considérant le vaste territoire qu'un service ambulancier peut être appelé à couvrir en milieu rural avec des identifications de rues et de rangs, il est important que chacun des intervenants saisisse bien l'adresse de l'événement.

Par ailleurs, la conversation entre la centrale de répartition des appels, la compagnie ambulancière et les techniciens ambulanciers n'a pas été enregistrée. Un oubli qui se serait glissé lors du branchement d'un nouveau système de communication est à l'origine de ce problème.

Finalement, la victime n'a pas été intubée lors de son transport à l'hôpital, le combitube étant défectueux.

Depuis cet événement, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a émis différentes recommandations à l'entreprise ambulancière A.C.S. Le coroner désire également formuler d'autres recommandations supplémentaires.

Recommandations :

Que le service ambulancier A.C.S. :

- équipe ses techniciens ambulanciers d'un système de téléavertisseur avec affichage d'adresses;
- installe son système de communication adéquatement afin que les appels s'enregistrent systématiquement;
- demande au premier intervenant ou répondant de laisser en bordure de la route des clignotants ou une personne qui surveille l'approche de l'ambulance afin de lui indiquer l'endroit exact de l'événement;
- informe les policiers, en milieu rural vaste, de laisser les gyrophares en marche jusqu'à l'arrivée de l'ambulance;
- s'assure qu'une deuxième trousse de combitube soit tenue en permanence dans l'ambulance afin de parer aux déficiences occasionnelles.

Organisme visé :

Les Ambulances A.C.S.

15-Avis / Dossier : A-126749 102116

Événement : Un homme, détenu en cellule au poste de la Sûreté municipale de Saint-Hyacinthe pour non-respect d'engagement, se suicide par pendaison en utilisant le cordon de son sous-vêtement de type culotte d'exercice.

L'homme était alcoolique et toxicomane, en rechute d'une cure de désintoxication. Pour le responsable du bloc cellulaire, le prévenu est intoxiqué, agité et bruyant mais ne présente pas de risque de suicide. La déduction du policier, qui n'a reçu aucune formation pour évaluer le risque suicidaire, se fonde partiellement sur des impressions subjectives et ne s'appuie pas sur l'objectivité d'une méthode d'évaluation formelle.

Par ailleurs, le système de surveillance de la cellule est inadéquat. La position de la caméra et son angle ne permettent pas une surveillance complète de tous les lits. Cette lacune du champ de vision de la caméra a permis au prévenu de passer à l'acte à l'insu des policiers.

Finalement, durant son court séjour au bloc cellulaire, les policiers ont administré un hypnotique (Somnol) et un sédatif (Ativan) à la victime qui était en état d'ébriété. Or, malgré la mise en garde au sujet de l'alcool apposée sur le flacon de l'Ativan, on lui administre deux fois. Quoique cette pratique n'ait pas contribué directement au décès, elle apparaît suffisamment dangereuse pour mériter une recommandation.

Recommandations :

Que la Sûreté municipale de Saint-Hyacinthe :

- se procure la « Grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral » et la mette en application;
- offre aux responsables du bloc cellulaire de la formation dans l'évaluation du risque suicidaire;
- corrige les lacunes du champ de vision de la caméra de la cellule communautaire 5;
- développe et implante une échelle de vigilance progressive pour assurer la surveillance appropriée du prévenu;
- révisé la section 8 du numéro 01-05 « Politique et procédure » et la clarifie quant à l'administration des médicaments, surtout ceux reliés au sommeil et à l'anxiété chez les personnes sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

Organisme visé :

La Sûreté municipale de Saint-Hyacinthe

16-Avis / Dossier : A-130622 105102

Événement : Un travailleur de la Scierie Gallichan inc. d'Amos est mortellement blessé par une raboteuse lorsqu'il grimpe sur une poutre pour aider l'opérateur à débloquer un madrier pris dans l'engrenage de l'empileuse. Il s'est introduit sous l'appareil pour enlever la pièce de bois alors que l'opérateur, croyant la manœuvre de déblocage terminée, a reparti l'empileuse.

Un rapport a été produit par la CSST, colligeant les accidents de travail reliés au verrouillage des équipements entre 1997 et octobre 1999 dans les scieries du secteur Abitibi seulement. On rapporte une trentaine d'accidents dont la cause est le non-respect de la procédure de verrouillage, quand il y en a une, et même l'absence d'une telle procédure.

Il a été démontré que les gens se sont fiés à la technologie pour assurer leur protection.

Or, il arrive que cette technologie soit défectueuse ou encore mal utilisée. Ce faux sentiment de sécurité crée un climat de relâchement souvent fatidique. De plus, les

pressions que subit le personnel actif pour assurer la compétitivité de l'entreprise et sa rentabilité quotidienne amènent souvent les employés à déroger à la politique de sécurité de l'entreprise.

Par ailleurs, le temps écoulé entre le moment de l'accident et l'intervention chirurgicale a été trop long. Les services ambulanciers ont subi les contraintes des distances entre le lieu de l'accident, leur poste de départ et l'hôpital le plus proche, ainsi qu'entre leur lieu d'affectation et leur ambulance. En effet, il s'est écoulé plus d'une heure avant que l'ambulance n'ait fait l'aller-retour.

Recommandations :

Que la Scierie Gallichan inc. :

- identifie clairement toutes les parties mobiles de tous les équipements susceptibles de provoquer un accident et qui nécessitent des mesures particulières pour les manœuvrer ou les réparer;
- informe chaque nouvel employé de sa politique de sécurité et lui assigne un employé en parrainage jusqu'à ce qu'il ait intégré toutes ces notions;
- profite de l'arrivée d'un nouvel employé pour faire une mise à jour des mesures de sécurité et vérifier si les employés les respectent intégralement ;
- fasse une simulation d'accident au moins deux fois par année afin de s'assurer que chaque intervenant sache exactement quelle habitude adopter en de pareilles circonstances;
- s'assure qu'il y a sur les lieux du travail une ou des personnes capables de pratiquer quelques mesures d'urgence en assurant les premiers soins en attendant l'arrivée de l'ambulance et d'expliquer le contexte de l'accident aux intervenants médicaux.

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux conclue des ententes de partenariat avec des entreprises de transport et avec des compagnies ambulancières pour offrir à la région de l'Abitibi-Témiscamingue un service d'ambulance par hélicoptère, selon des modèles ontariens et américains.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux révise sa politique de rémunération des services ambulanciers afin de reconnaître de nouveaux modes de fonctionnement et donner ainsi à la population des régions éloignées un accès aussi rapide que possible à des services ambulanciers efficaces.

Que la compagnie Les ambulances Abitémis poste les ambulanciers à l'endroit où est situé leur véhicule ambulancier afin de réduire le temps d'intervention.

Organismes visés :

- La Scierie Gallichan inc.
- Le RRSSS d'Abitibi-Témiscamingue
- Le MSSS
- Les ambulances Abitémis

17-Avis / Dossier : A-129335 104455

Événement : Un homme de 73 ans, résidant au Centre d'accueil Saint-Joseph à Lévis, décède des suites d'une broncho-aspiration (s'est étouffé en mangeant).

Le coroner s'est intéressé à la Politique d'intervention en cas d'urgence chez les résidents.

Or, cette politique prévoit que, lors d'une situation inhabituelle ou d'un changement subit dans l'état d'un bénéficiaire, l'employé intervient dans l'immédiat et avise ensuite la coordonnatrice ou la chef d'unité. Celle-ci appelle alors le médecin traitant ou de garde qui se présentera sur les lieux et autorisera le transfert en ambulance.

Le coroner se dit inquiet d'une politique d'intervention semblable. Effectivement, en situation d'urgence (arrêt respiratoire, arrêt cardiaque, etc.), cette chaîne d'intervention met en péril les chances de succès de réanimation du patient concerné.

Recommandation :

Que le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis révise sa politique d'intervention en cas d'urgence tant pour les résidents que pour les bénéficiaires qui y travaillent afin de rendre l'intervention beaucoup plus rapide et efficace en cas de véritable urgence.

Organisme visé :

Le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis

18-Avis / Dossier : A-134870 105234

Événement : Un homme de 68 ans décède d'un arrêt cardio-respiratoire à la suite d'une asphyxie par un corps étranger (carotte).

Un délai de 18 minutes a été enregistré entre l'appel 911 et l'arrivée des ambulanciers au domicile. Ces derniers n'ont pas suivi la direction la plus courte que leur indiquait leur ordinateur de bord. Ainsi, de précieuses minutes ont été perdues à cause de l'erreur des ambulanciers qui ont pris la mauvaise direction.

Le coroner conclut que l'éloignement du domicile de la victime et les difficultés rencontrées par les ambulanciers lors de la recherche de la maison ont contribué à ce que le temps réponse soit très élevé et inacceptable.

Selon les bobines d'enregistrement du 911, on peut penser que l'arrêt cardio-respiratoire est survenu de 6 à 8 minutes après les débuts des problèmes respiratoires. L'ambulance, sans erreur de parcours, aurait été sur les lieux dans un délai de 8 à 9 minutes après l'appel 911, augmentant ainsi de façon significative les chances de survie de la victime.

Quant à une intervention rapide des premiers répondants, il est probable qu'ils auraient été sur place avant l'arrêt cardio-respiratoire et auraient probablement pu prévenir celui-ci en donnant de l'oxygène.

Le coroner déplore qu'Urgences Santé consacre cinq millions de dollars pour un système de répartition assisté par ordinateur et qu'il ne prend pas les mesures nécessaires pour que ses techniciens ambulanciers utilisent ce système, qui fait pourtant partie de l'arsenal de haute technologie pour sauver la vie de la population qu'il dessert.

Recommandations :

Que la Corporation d'Urgences Santé :

- continue la modernisation des écrans de bord des véhicules d'urgence de sa flotte afin que les ambulanciers puissent recevoir des messages clairs et facilement visibles;
- rappelle à ses membres l'importance de vérifier leur ordinateur de bord de façon régulière afin de s'assurer qu'ils se dirigent dans la bonne direction. Des protocoles opérationnels clairs devront être établis pour que les techniciens ambulanciers suivent les directives de leur ordinateur de bord; ces protocoles devraient être respectés et contrôlés.

Que la Communauté urbaine de Montréal et la Direction d'Urgences Santé revoient leur politique d'intervention sur les appels 911 assignés à Urgences Santé dans les codes 1.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux prenne ses responsabilités et clarifie par règlement ou législation l'instauration du premier répondant.

Organismes visés :

La Corporation d'Urgences Santé

La Communauté urbaine de Montréal

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

19-Avis / Dossier : A-134567 10573

Événement : Un homme de 36 ans décède d'un traumatisme crânio-cérébral avec fracture du crâne après une chute à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Montréal - Pavillon Saint-Luc.

L'homme avait été transporté en ambulance à cet hôpital à la suite à d'une chute avec perte de conscience dans un dépanneur de Montréal. À son arrivée à l'urgence, la victime était alerte et bien orientée. L'infirmière au triage a procédé à l'évaluation et demandé à l'homme d'aller dans la salle d'attente. Deux heures plus tard, celui-ci s'informait auprès d'une infirmière s'il allait être vu bientôt. On lui répondit par l'affirmative, l'invitant à retourner dans la salle d'attente. C'est à ce moment qu'il est tombé à la renverse et s'est heurté la tête sur le plancher de terrazo.

Recommandation :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Montréal instaure un protocole de soins pour le triage des gens qui ont perdu connaissance. Ces patients devraient être couchés sur une civière dès leur arrivée à l'urgence.

Organisme visé :

Le CHUM - Pavillon Saint-Luc

20-Avis / Dossier : A-130287 103287

Événement : Un enfant de 3 ans et demi décède d'une intoxication au Disopyramide qui lui était administré à la suite d'une investigation cardiaque pour pertes de conscience sans convulsion.

Une persistance des pertes de conscience justifiait l'augmentation de la posologie de 2,2 mg/kg/dose à 3,3 mg/kg/dose (pour un poids de 18 kg). La posologie dans les circonstances était adéquate, le dosage étant de 1 à 3 mg/kg/dose aux 6 heures. L'analyse du contenu des bouteilles a éliminé un problème de préparation de cette médication et les volumes restants sont conformes à la posologie prescrite. Ainsi, l'explication à la présence de 40,8 umol/l de Dysopyramide chez l'enfant, alors que la zone thérapeutique se situe entre 6,0 et 15,0 umol/l, demeure inconnue.

Par ailleurs, l'ambulance a mis 21 minutes pour parvenir au domicile de la victime. Ce délai est long, d'autant plus que le trajet était de 2 kilomètres seulement. Par contre, on ne peut affirmer qu'un délai moins long aurait changé l'évolution du problème de l'enfant.
Recommandations :

Que les Services préhospitaliers Laurentides - Lanaudière Ltée revoient le processus de prises d'appels et de répartitions des ambulances adopté pour un appel d'urgence et apportent les améliorations nécessaires afin que, lors de demandes urgentes, des services plus rapides soient fournis.

Que l'Hôpital Sainte-Justice, à la lumière du rapport du neuropathologiste Dr Yves Robitaille, s'assure que le dossier médical de la victime sera revu afin que les règles de l'art soient respectées lors de l'investigation clinique, particulièrement l'investigation neuropédiatrique.

Organismes visés :

Les Services préhospitaliers Laurentides - Lanaudière Ltée
L'Hôpital Sainte-Justice

21-Avis / Dossier : A-130372 102872

Événement : Un bébé de 5 mois, amené à l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour Enfants pour une réaction anaphylactique au lait de vache, décède d'une surdose d'épinéphrine administrée lors du traitement.

L'enfant a reçu 0,7 ml d'épinéphrine sous-cutané alors que la dose maximale est de 0,3 ml pour l'enfant et 0,5 ml pour l'adulte. À la revue de la littérature et des constatations autopsiques, il apparaît que la victime est décédée d'une choc cardiogénique dû à un trouble du rythme induit par la dose excessive d'épinéphrine qu'elle a reçue.

Recommandations :

Que les autorités de l'Hôpital de Montréal pour Enfants :

- voient à ce que le traitement allergique soit revu avec le personnel médical et infirmier, allant de l'urticaire au choc anaphylactique;

- suggèrent que l'on mette bien en évidence, à la fois pour les médecins et le personnel infirmier qui prépare les médicaments, des affiches sur ceux qui sont les plus fréquemment utilisés en salle d'urgence pédiatrique, avec leur dose respective.

Organisme visé :

L'Hôpital de Montréal pour Enfants

22-Avis / Dossier : A-129102 99735

Événement : Une collision frontale entre deux motoneiges fait une victime sur le sentier 365, dans le parc des Laurentides. L'accident serait dû à la vitesse d'un des deux véhicules.

L'élément important dans ce dossier est la difficulté rencontrée par les intervenants pour sortir les motoneigistes du sentier. Il y avait un manque flagrant de ressources matérielles pour venir en aide à des personnes blessées dans un sentier de motoneige comme celui-ci, afin de pouvoir les transporter jusqu'à l'ambulance ou à un hôpital.

La Sûreté du Québec avait été contactée pour une évacuation médicale par hélicoptère.

Malheureusement, les deux hélicoptères n'étaient pas en état de voler. Une demande a été adressée aux Forces canadiennes de Bagotville, mais les seuls hélicoptères disponibles étaient à Trenton en Ontario.

Aucune compagnie privée n'a été appelée pour obtenir un appareil, peut-être parce qu'on ignore qui est l'organisme payeur pour un tel service. Il pourrait même arriver que la facture soit transmise à la victime. Cela pourrait expliquer l'hésitation à utiliser un appareil d'une compagnie privée.

Recommandations :

Que chaque relais de motoneiges dispose du matériel pour venir en aide à des personnes blessées dans un sentier de motoneiges.

Que la Sûreté du Québec donne les consignes à tous les postes de la Sûreté du Québec de faire appel à des appareils de compagnies privées, advenant que leur hélicoptère ou celui des Forces canadiennes ne soit pas disponible.

Que les instances gouvernementales statuent sur l'organisme payeur lorsqu'une évacuation médicale par hélicoptère est faite par une entreprise privée.

Organismes visés :

Le ministère de la Sécurité publique

La Fédération des clubs de motoneiges du Québec

La Sûreté du Québec

23-Avis / Dossier : A-121353 95968

Événement : Une dame de 73 ans est heurtée par un véhicule automobile en traversant le boulevard Angrignon d'est en ouest à Lasalle, probablement pour se rendre au Carrefour Angrignon situé en face. Transportée à l'Hôpital général de Montréal, elle décédera 17 heures plus tard d'un choc traumatique et hypovolémique consécutif à une hémorragie récente avec hématomes dans les tissus mous.

On a estimé à environ 4 litres la quantité de sang perdu par la victime sur un volume normal total de 5 à 6 litres. Cette abondante perte sanguine explique pourquoi la dame avait une tension artérielle basse et était en état de choc. On a procédé à une réanimation avec des solutés et des produits sanguins dans le but de rétablir ou d'améliorer la tension artérielle. Mais cet apport liquidien a été trop généreux et mal dosé. En effet, sur une période de cinq heures, la patiente a reçu 12 litres de liquide et 900 cc de sang. Donc, un rapport de 13 pour 1, alors qu'il est suggéré un rapport 3 pour 1. À noter que 12 litres de liquide représentent 26 livres en poids. Le cœur de la victime ne pouvait " gérer " une telle surcharge de liquides.

Par ailleurs, le coroner note que la tenue du dossier d'hospitalisation était loin d'être exemplaire : notes souvent illisibles, heures rarement mentionnées, absence de notes d'évolution pendant des périodes critiques, prescriptions administrées mais non consignées, notes ajoutées a posteriori sans initiales de l'auteur, etc. Ainsi, le coroner investigateur avisé du présent décès ne pouvait pas faire la reconstitution exacte des événements et des soins reçus, à cause des carences et omissions dans la tenue du dossier.

Or, le coroner investigateur bénéficiant de pouvoirs limités, essentiellement administratifs, il a donc fallu procéder à une enquête publique, ce que le coroner enquêteur considère inacceptable.

Recommandations :

Que l'Hôpital général de Montréal :

- s'assure de corriger et d'améliorer la tenue du dossier d'hospitalisation;
- s'assure que les patients ne restent pas sans surveillance, de façon prolongée, à l'occasion d'un changement de quart de travail;
- s'assure que les analyses des tests sanguins soient réalisées plus rapidement pour les patients des soins intensifs.

Organisme visé :

L'Hôpital général de Montréal

Source : <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=burecoro&txtCategorie=recomm2000>