

RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2001

Dossiers touchant de près ou de loin le préhospitalier

Recherche et compilation : Stéphane Gascon, paramédic

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

1-Avis / Dossier : 110331

Date de l'événement : 25 avril 2001

Événement : Un homme de 52 ans est retrouvé inanimé à son domicile, décédé d'un infarctus du myocarde, environ trois heures après avoir été libéré de l'urgence du Centre de santé Vallée de l'Or de Senneterre, où il s'était présenté pour une douleur rétro-sternale importante avec irradiation dans le bras et hypertension artérielle.

Lors de la visite à l'urgence, il y a eu prise de la tension artérielle et d'un électrocardiogramme lequel s'est avéré normal. Un simple appel téléphonique a été fait au médecin de garde, lequel prescrivait par téléphone un comprimé d'Ativan. Le patient quittait par la suite l'hôpital sans que le médecin ne soit venu le voir, la douleur étant disparue.

Un seul médecin était de garde sur place à ce moment. Il existe un sérieux problème de disponibilité médicale à Senneterre où les effectifs devraient être d'environ six médecins. Il semblerait qu'il n'y avait qu'un seul médecin résident à Senneterre au moment de cet incident et les besoins étaient comblés par des médecins visiteurs pour le reste. Selon le coroner, il est inconcevable qu'un homme diabétique de 52 ans qui se présente à l'urgence pour une douleur rétro-sternale ne soit pas vu par un médecin bien que son ECG soit normal. Il est connu que l'ECG peut se positiver plus tardivement à la survenue de l'infarctus. Ce patient aurait eu plus de chance d'être encore en vie s'il avait été vu par un médecin et gardé en surveillance coronarienne ou transféré dans un autre Centre ayant les disponibilités pour s'en occuper.

Recommandation

Que le Collège des médecins du Québec :

- étudie l'acte médical et le contexte de pratique au Centre de santé Vallée de l'Or de Senneterre.

Organisation / personne visée

Collège des médecins du Québec

2-Avis / Dossier : 109439

Date de l'événement : 31 janvier 2001

Événement : Un jeune de 18 ans étudiant au Collège d'enseignement général et professionnel de la région de l'Amiante, a présenté une difficulté respiratoire avec écume à la bouche et s'est affaissé après s'être assis alors qu'il venait de faire des exercices de réchauffement pendant une trentaine de secondes en vue de faire disputer un match de badminton.

Les ambulanciers qui devaient procéder au transport de la victime ont du quitter les lieux en faisant un détour de quelques 3 à 4 minutes pour sortir par une autre porte que celle par laquelle ils étaient venus étant que cette dernière était obstruée par de la neige non déblayée.

Par ailleurs, l'investigation a révélé que le professeur d'éducation physique qui est intervenu auprès de la victime avait suivi un cours de RCR il y a une dizaine d'années sans remise à jour de ses connaissances en premiers soins. Enfin, l'enquête policière a révélé qu'au début de l'année scolaire, la victime avait remis un questionnaire vierge portant sur sa condition physique. Son professeur d'éducation physique ignorait donc ses problèmes cardiaques malgré le fait que cet élève était suivi à l'école par une éducatrice spécialisée.

Recommandations

Que la direction du Collège d'enseignement général et professionnel de la région de l'Amiante :

- s'assure, en tout temps de l'année, lorsque l'école est ouverte, l'accès aux portes soit facile et ce afin de faciliter une évacuation d'urgence;
- s'assure que les professeurs d'éducation physique bénéficient d'une mise à jour régulière de leurs connaissances en premiers soins, incluant les techniques de base de réanimation cardiorespiratoire;
- s'assure, lorsqu'un élève souffre d'un handicap physique, d'une bonne collaboration entre les divers intervenants, principalement avec les professeurs d'éducation physique et les éducateurs spécialisés.

Organisation / personne visée

Collège d'enseignement général et professionnel de la région de l'Amiante

3-Avis / Dossier : 109055

Date de l'événement : 29 décembre 2000

Événement : Un homme de 51 ans demeurant à Laval, décède à son domicile d'une ischémie myocardique aiguë secondaire à une athérosclérose coronarienne marquée.

L'épouse ayant trouvé la victime inconsciente signalait le 9-1-1 à 9h06. La personne d'Urgences Santé lui a posé diverses questions usuelles de base avant de transférer l'appel au médecin de garde en précisant à la conjointe qu'une ambulance était en route. Toutefois, avant de transférer la communication au médecin, le téléphoniste l'informe que la victime est décédée, sur la foi des propos de la conjointe.

Le médecin parle avec la conjointe et demande à son tour si la victime est froide et rigide. Devant la réponse affirmative de cette dernière, le médecin dit à la conjointe qu'un médecin ira sur les lieux pour constater le décès, mais ça va être long. Il lui souhaite ses condoléances. La conversation prend fin à 9h09. L'ambulance est affectée à cet appel à 9h08. La même ambulance sera réaffectée à un autre appel à 9h10. Or, ce n'est que 6 heures 38 minutes plus tard qu'un médecin se présentera au domicile et ce, après des rappels par la conjointe à Urgences-Santé et, finalement, au service de police.

Recommandations

Que la Corporation d'Urgences-Santé :

- respecte les protocoles de réanimation tels qu'ils sont reconnus sur l'ensemble du territoire du Québec;
- rappelle de façon claire et sans équivoque à ses médecins qu'un constat de non-réanimation doit être confirmé par les ambulanciers ou, encore, par des gens aptes à le faire qui ne sont pas liés d'une façon ou d'une autre à la victime présumée;
- s'assure qu'il est clair pour tout son personnel qu'une non-réanimation ne constitue pas un constat de décès;
- s'assure que son personnel respecte les consignes établies par cet organisme, considérant qu'il y a trop de situations semblables à celles-ci chez Urgences-Santé;
- se questionne sur la pertinence d'avoir des médecins à qui on transfère certains appels comme dans le présent cas, ce qui semble amener plus de confusion;
- s'assure de savoir en tout temps le rôle de chaque employé, que ce soit au niveau des ressources humaines ou des véhicules ambulanciers.

Organisation / personne visée

Corporation d'Urgences-Santé

4-Avis / Dossier : 109198

Date de l'événement : 22 décembre 2000

Événement : Une dame de 73 ans décède d'arythmie.

Depuis plusieurs mois, la victime avait eu plusieurs épisodes de défaillance cardiaque ainsi qu'une biopsie plurale. Elle était bien connue au Centre hospitalier St-Mary's et son état avait soulevé la possibilité d'une amyloïdopathie.

Un mois précédent son décès, la dame avait été hospitalisée et un diagnostic de défaillance cardiaque biventriculaire avait été posé. Par ailleurs, un échocardiogramme avait permis de déceler un problème de cardiomyopathie de type restrictif. Deux semaines plus tard, elle fut admise de nouveau parce qu'elle était en défaillance cardiaque. Il est donc décidé de procéder à une angiographie afin de déterminer si l'insuffisance cardiaque est secondaire à un mal fonctionnement du muscle ou à son problème d'amyloïde. La procédure a permis de prendre note que la patiente avait eu plusieurs épisodes de tachycardie ventriculaire et en conséquence, afin de la stabiliser, il est convenu de la transférer à l'unité des coronariens de l'Hôpital Royal-Victoria.

Quelques heures passées, elle est stabilisée. Elle est retransférée au Centre hospitalier St-Mary's. Lors de son transport, la patiente est sur moniteur. Le personnel accompagnant notent plusieurs épisodes de tachycardie ventriculaire. À quelques minutes près du Centre hospitalier, on positionne la patiente pour une réanimation car une tachycardie fibrillation ventriculaire soutenue est constatée. Une discussion est amorcée au sein du personnel à bord de l'ambulance à savoir si le défibrillateur devrait être utilisée. Finalement,

l'infirmière qui, apparemment, ne semblait pas connaître les moyens proposés par le technicien ambulancier décide de maintenir une réanimation cardiovasculaire manuelle. Le décès est constaté à l'arrivée.

Recommandations

Que la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier St-Mary's :

- revoie les détails du transport ambulancier de la patiente et s'assure d'un protocole clair d'intervention des infirmières accompagnatrices lors de transport ambulancier.

Que la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier Royal-Victoria :

- revoie la gestion de la patiente au sein de leur établissement à la suite du cathétérisme du 22 décembre. Apporter les modifications nécessaires à leur procédure s'il est jugé à propos.

Organisations / personnes visées

Centre hospitalier de St. Mary
Hôpital Royal Victoria

5-Avis / Dossier : 108402

Date de l'événement : 1^{er} novembre 2000

Événement : Une femme de 79 ans décède d'une tamponnade cardiaque secondaire à une dissection de l'aorte thoracique ascendante.

Une semaine auparavant, la dame avait consulté à une clinique médicale du boulevard Curé-Labelle à Laval, accusant une douleur thoracique accompagnée de dyspnée. Cette douleur était accompagnée d'un serrement à la gorge. Le médecin demande une radiographie pulmonaire ainsi que du sternum et des articulations sterno-claviculaires, laquelle sera lue ultérieurement. La victime reçoit son congé avec une prescription de Myoflex (onguent anti-inflammatoire), de Célébrex (anti-inflammatoire) et d'Empracet avec codéine (analgésique narcotique). Le médecin ne demande donc pas une radiographie d'urgence lui permettant de la visualiser le jour même ou encore ne demande pas à ce qu'on procède à un électrocardiogramme. Il n'informe pas la patiente de reconsulter à nouveau si sa douleur persiste ou s'aggrave.

Or, sur la photocopie du rapport de la radiographie pulmonaire prise lors de cette consultation, on y retrouve une note écrite du médecin rencontré : «À discuter avec le médecin de famille» Toutefois, dans le dossier médical, il n'est fait mention nulle part du contenu de cet ajout manuscrit au rapport radiologique. Quelques jours plus tard, continuant à présenter sa douleur au thorax et au cou, la dame, en allant récupérer ses films radiologiques, se serait fait dire par le médecin qu'elle semblait avoir quelque chose à l'aorte.

Elle consultait donc son médecin de famille, lequel émettait la possibilité d'un diagnostic d'anévrisme disséquant de l'aorte thoracique. Une demande immédiate a été faite à un chirurgien thoracique qui prévoyait rencontrer la patiente en urgence le lendemain matin.

Malheureusement, la dame a été retrouvée inanimée par la personne devant la reconduire à son rendez-vous.

Recommandation

Que le Collège des médecins du Québec :

- procède à l'évaluation de la conduite médicale dans ce dossier.

Organisation / personne visée

Collège des médecins du Québec

6-Avis / Dossier : 108015

Date de l'événement : 10 octobre 2000

Événement : Un homme de 68 ans décède d'un infarctus aigu du myocarde, sous endocardique et antéro-septal.

Les antécédents médicaux ont révélé une histoire antérieure de dyslipidémie, hypertension artérielle et tabagisme. La journée précédente la victime s'est présenté à l'Hôpital Saint-François d'Assise pour des brûlements thoraciques. À ce moment, il présentait dyspnée d'effort et nausées. D'ailleurs, il est noté que les brûlements rétro-sternaux étaient présents depuis 15 jours. Un électrocardiogramme a été effectué et on diagnostiqua un rythme sinusal normal avec PR court et normal. Une gastroscopie en externe a donc été suggérée.

Le lendemain, il fut trouvé inanimé dans son lit. Le décès a été constaté à l'Hôpital Saint-François d'Assise bien que les manœuvres de réanimation ont été exercées.

Recommandation

Que le Directeur des services professionnels du CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assise :

- revoie le dossier médical de la victime compte tenu de l'évolution clinique qu'a connu le patient ainsi que des constatations faites suite à l'autopsie. Cette évaluation est nécessaire afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées quant au diagnostic et au suivi.

Organisations / personnes visées

Centre hospitalier universitaire de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise
CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assises

7-Avis / Dossier : 107904

Date de l'événement : 23 septembre 2000

Événement : Un homme de 88 ans, demeurant à la Résidence Éden sise sur le boulevard Lévesque à Laval, décède d'embolies pulmonaires bilatérales massives secondaires à une thrombophlébite sous-jacente à un œdème du membre inférieur gauche.

L'infirmière de garde arrivée au chevet de la victime constate que l'homme est en piètre état et a besoin d'assistance médicale. Elle le laisse seul avec des préposés afin d'aller

aviser le 9-1-1. À son retour, elle initie des manœuvres de réanimation environ 4 minutes pour s'arrêter, déterminant que le résident était décédé. Elle recontacte avec le 9-1-1 afin d'annuler l'appel.

Par ailleurs, à l'arrivée des ambulanciers, de précieuses minutes ont été perdues puisqu'ils cherchaient le numéro de la chambre et que le poste de garde était inoccupé. De plus, l'infirmière déclarait que la famille ne voulait pas de réanimation, mais aucun formulaire à cet effet n'était présent au dossier.

Le constat de décès est un acte médical qui ne relève pas de l'infirmière. De plus, les circonstances de décès permettent de relever plusieurs lacunes dans le cours des événements et pour lesquels le coroner formule des recommandations afin d'y remédier.

Recommandations

Que la Direction de la Résidence Éden de Laval :

- s'assure que son personnel connaisse les patients qui ont exprimé par écrit leur désir de ne pas être réanimés;
- s'assure que des directives d'entreprendre les manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers leurs soient transmises pour tous les autres patients;
- s'assure que l'infirmier(e) reste auprès du patient et lui porte secours et qu'une autre personne soit désignée pour contacter le 9-1-1;
- s'assure qu'un membre du personnel soit désigné pour accueillir les ambulanciers à leur arrivée afin de les diriger rapidement vers le patient.

Que la RRSSS de Laval :

- prenne connaissance du rapport et partage son expertise avec les centres d'hébergement pour personnes âgées et les conseille, le cas échéant.

Organisations / personnes visées

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Résidence Éden

8-Avis / Dossier : 107230

Date de l'événement : 8 août 2000

Événement : Un jeune homme de 23 ans décède d'une thrombo-embolie pulmonaire massive exactement six (6) jours après son arrivée par avion à Laval de Los Angeles.

La victime ne se sentait pas bien depuis la journée de son départ et à ce moment, il se plaint d'une petite grippe. Son état s'aggrave dès qu'il arrive à Montréal. N'étant guère mieux, il consulte deux (2) jours plus tard au Centre d'urgence de Salaberry. En plus d'une toux, il présente une douleur thoracique. Suite à l'analyse des radiographies et des symptômes perçus chez le patient, le médecin diagnostique une pneumonie et un antibiotique est alors prescrit.

Le décès est survenu quatre (4) jours suivant la consultation.

Finalement, l'origine de l'embolie est demeurée indéterminée. Compte tenu de l'absence des signes radiologiques et du voyage en avion qui avait été effectué, le coroner se demande si le médecin aurait dû penser à une embolie pulmonaire.

Recommandation

Que le Collège des médecins du Québec :

- alerte les médecins sur la relation entre les embolies pulmonaires et les vols longs courriers.

Organisation / personne visée

Collège des médecins du Québec

9-Avis / Dossier : 106143

Date de l'événement : 20 mai 2000

Événement : Une femme de 41 ans, souffrant de problèmes respiratoires importants (asthme chronique), décède par asphyxie alors qu'elle était amenée en taxi à l'urgence du CLSC de Forestville parce qu'elle étouffait et avait du mal à respirer.

Le chauffeur de taxi s'est empressé de se rendre à l'urgence où l'infirmière, seule au poste, lui a ouvert la porte (la porte étant barrée) à l'aide d'un bouton qui actionne le déverrouillage de la porte d'urgence afin d'aller le rejoindre et se rendre au chevet de la dame en détresse. L'infirmière décide de revenir au CLSC pour réveiller le médecin de garde qui dormait dans une chambre du sous-sol et appeler de l'aide supplémentaire. Mais la porte de l'urgence s'est refermée et voilà que tout le monde est «enfermé» à l'extérieur.

L'infirmière n'avait pas la clé de la porte. De plus, à l'extérieur il y a un bouton pour les usagers qui doit être actionné après minuit afin d'avertir l'infirmière de l'urgence. Ce même bouton est sensé actionner en même temps une autre sonnette située dans le poste de travail du centre d'hébergement afin de répondre aux usagers, advenant que l'infirmière de l'urgence soit occupée. Or, personne n'est venu. Effectivement, une vérification ultérieure a permis de confirmer que le système, même actionné, ne fonctionnait pas. Finalement, c'est en forçant la porte verrouillée de l'entrée des ambulances qu'elle a réussi à entrer. Le délai est évalué entre 3 et 5 minutes.

Dans le cas du CLSC de Forestville, les portes sont verrouillées de nuit à la demande de la CSST, afin d'assurer une protection adéquate de l'infirmière. Cette situation découle d'une réorganisation de services ayant apporté une coupure de poste d'un homme de maintenance et/ou du gardien de sécurité de nuit, laissant ainsi l'infirmière seule à l'urgence. Or, le coroner est d'avis que si des mesures de sécurité doivent être prises par un CLSC afin de protéger le personnel, il lui semble que ces mesures ne doivent priver en aucune façon les bénéficiaires des services auxquels ils ont droit et encore moins aux services d'urgence.

Par ailleurs, deux jours avant ce décès, une plainte pour des problèmes de santé occasionnés par la présence de moisissure avait été adressée à la Direction de la santé publique par un autre locataire de l'immeuble où résidait la victime. Il s'est avéré que l'immeuble était insalubre et dangereux pour la santé des habitants par la présence d'un champignon d'une espèce reconnue pour être pathogène chez l'humain. Or, il existe au Québec un organisme appelé le Réseau Québécois de l'Enseignement sur l'Asthme (RQEA) dont les objectifs sont d'améliorer la qualité de la vie des asthmatiques et de réduire les conséquences néfastes de la maladie. Leurs services éducatifs sont

offerts par le biais des Centres d'enseignement aux asthmatique (CEA) que l'on retrouve dans plusieurs établissements de santé au Québec. Toutefois, la région de la Côte-Nord est plutôt dépourvue de ces services. Ainsi, si un tel service avait été dispensé à Forestville, il est possible de supposer que la victime aurait pu bénéficier d'une meilleure information et que la détection de l'insalubrité de son immeuble aurait pu se faire plus tôt ou à tout le moins elle aurait pu prendre des mesures pouvant diminuer les risques d'aggravation de son état.

Recommandations

Que le CLSC de Forestville :

- réviser les mesures de sécurité mises en place sur le quart de nuit en prenant en considération le droit du public à l'accessibilité des services de santé d'urgence et ce, 24 heures sur 24.

Que le CLSC de Forestville :

- réviser les mesures de sécurité mises en place sur le quart de nuit en prenant en considération le droit du public à l'accessibilité des services de santé d'urgence et ce, 24 heures sur 24.

Organisations / personnes visées

Ministère de la Santé et des Services sociaux
CLSC de Forestville

10-Avis / Dossier : 105611

Date de l'événement : 24 mars 2000

Événement : Un homme de 39 ans cesse subitement de respirer alors qu'il est assis au salon de sa résidence avec sa conjointe.

Les policiers de la Sûreté municipale de Boisbriand sont avisés via le 9-1-1 se présente sans délai sur les lieux et constate que la victime est en arrêt cardiorespiratoire et, constatant que la victime est en arrêt cardiorespiratoire débute les manœuvres de réanimation. Au même moment c'est-à-dire lors de l'appel via le 9-1-1, une ambulance a été demandée sur les lieux. Cependant, les ambulanciers sont arrivés sur place 37 minutes après la réception de l'appel téléphonique. Malgré les manœuvres avancées de réanimation pratiquée par l'équipe en place au Centre hospitalier de St-Eustache, le décès est constaté.

Recommandation

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

- réviser le système actuellement en place pour répartir les véhicules ambulanciers dans le but d'assurer une meilleure disponibilité des ressources en place, de concert avec les services ambulanciers de la région.

Organisation / personne visée

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

11-Avis / Dossier : 104560**Date de l'événement : 17 décembre 1999****Événement : Une dame de 61 ans, résidant dans le rang St-Achillée ouest à Château-Richer, décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale.**

Voyant l'état précaire de madame, son fils contactait le 9-1-1 afin de demander l'assistance d'une ambulance. Plus de 10 minutes ont été nécessaires entre le moment de l'appel et le moment où une ambulance ait quitté le point de service pour se mettre en direction. Les techniciens ambulanciers fonctionnaient sur appel, à la maison, et ils étaient protégés par une convention collective liant les employeurs du réseau de la santé et les syndicats des techniciens ambulanciers. L'article 14.07 de la convention stipule que le trajet doit se faire à l'intérieur d'un trajet de 5 minutes, excluant les circonstances incontrôlables telles les conditions météorologiques. On s'aperçoit donc que la convention donne beaucoup de latitude aux techniciens ambulanciers pour se rendre au travail lorsque les conditions météorologiques sont non clémentes. Le coroner se demande quels sont les moyens de contrôle et les limites.

En plus des 10 minutes avant que les ambulanciers se mettent en direction, il a fallu environ 30 autres minutes pour s'y rendre, alors que le domicile de madame était relativement éloigné, dans un rang tortueux, et dans des conditions routières non idéales malgré les soins que la Ville semble y apporter.

Finalement, le rang St-Achillée se divise en partie est et ouest à un certain endroit. Il faut donc être très attentif pour la signalisation. De plus, sur le rang St-Achillée ouest, sur un même côté de la rue on peut y retrouver des numéros pairs et impaires ; bien que l'ambulance ait été guidée afin de se rendre le plus rapidement possible au chevet de la victime, une telle situation pourrait dans certains cas causer un préjudice à des personnes seules et dans le besoin.

Recommandations

Que le service Ambulance Côte-de-Beaupré :

- voie à ce que l'exemption de cinq minutes de délai qu'accorde la clause 14.07 de la convention collective des techniciens ambulanciers dans certains cas soit appliquée de façon restrictive. Tout délai excédant les cinq minutes devrait être sérieusement justifié.

Que la Ville de Château-Richer :

- revoie la numérotation des résidences sur le rang St-Achillée ouest afin de s'assurer que les intervenants puissent se localiser rapidement lors d'une situation d'urgence et s'assure aussi que la signalisation des rangs soit adéquate;
- réévalue l'entretien du rang St-Achillée afin de s'assurer qu'il respecte bien les règles de l'art et que les citoyens peuvent y circuler en sécurité, compte tenu de sa géographie particulière.

Organisations / personnes visées

Ambulances Côte-de-Beaupré

Ville de Château-Richer

12-Avis / Dossier : 104359**Date de l'événement : 11 décembre 1999****Événement : Un homme de 76 ans décède d'un infarctus du myocarde, deux heures après avoir eu un accident avec son véhicule automobile.**

La victime circulait en direction nord sur le chemin Grand-Bernier à Saint-Blaise lorsqu'il perd le contrôle, effectue un tête à queue et fait une sortie de route. Le véhicule s'est retrouvé couché dans un fossé. La chaussée était enneigée et glacée.

Le rapport indique que les pneus du véhicule étaient particulièrement usés.

La victime est sortie sans assistance du véhicule accidenté. Il est également sorti du fossé pour se rendre aux abords du chemin afin d'arrêter un véhicule qui passait au même moment. Il a réussi à communiquer avec un remorqueur.

Étant donné le froid, le remorqueur avait invité la victime à attendre à l'intérieur de la remorqueuse en attendant qu'il ait terminé les manœuvres pour embarquer le véhicule sur la plate-forme. La victime a été trouvée inerte sur le plancher de la remorqueuse.

L'état de santé de la victime était fragile et il ne pouvait être soumis à des situations stressantes ou physiquement exigeantes. Conséquemment, l'effort qu'il a mis pour aller chercher du secours et le stress provoqué par l'accident lui ont été fatal.

Recommandations

Que la publicité actuelle sur les pneus d'hiver :

- devrait être reprise à chaque année à la fin de l'automne.

Que la conduite automobile sur les routes glacées et enneigées :

- ne soit permise qu'avec des pneus d'hiver. Les pneus dits quatre saisons sont des pneus trois saisons et ne sont nullement sécuritaires sur une route enneigée ou glacée.

Organisation / personne visée

Société de l'assurance automobile du Québec

13-Avis / Dossier : 110629**Date de l'événement : 23 avril 2001****Événement : Un homme de 70 ans décède d'un status post-traumatique maxillo facial de type Lefort 3 par arme à feu, avec défaillance multi-systémique, 27 jours après avoir été retrouvé dans sa résidence située sur le boulevard Talbot à Stoneham.**

Cette maison n'était pas apparente du boulevard Talbot, étant isolée de la route. Les ambulanciers furent appelés à 00h51 et quittèrent immédiatement pour se rendre sur les lieux. Ils y arrivèrent à 2h08, après de longues et ardues recherches dues à l'attribution des numéros civiques non consécutifs, à une pauvre identification de l'adresse de la résidence de la victime et à l'entretien d'un chemin privé qui a fait que l'ambulance a eu de la difficulté à monter la côte.

Recommandations

Que la municipalité de Stoneham :

- s'assure que les numéros civiques de propriétés privées et commerciales à l'intérieur de cette municipalité soient attribués dans un ordre progressif sur une même rue. Au besoin, faire les modifications qui s'imposent;
- s'assure que tous les propriétaires identifient clairement et lisiblement l'extérieur de leur propriété afin de les rendre repérables dans des délais raisonnables advenant une situation d'urgence.

Organisation / personne visée

Municipalité de Stoneham-et-Tewkesbury

14-Avis / Dossier : 109761

Date de l'événement : 8 mars 2001

Événement : Un amérindien de Betsiamites se suicide par pendaison, à l'aide de la bordure qu'il a décousue de sa couverture, dans une salle d'isolement de l'urgence du centre hospitalier régional de Baie-Comeau.

L'homme y avait été amené par le service de police car il était devenu agressif et voulait se suicider par arme à feu dans une résidence. Le médecin de l'urgence décide de le garder pour la nuit afin qu'il rencontre le psychiatre le lendemain matin. Le patient est mis en salle d'isolement barrée et non contentionné, considérant qu'il était devenu plus coopératif. On pouvait le surveiller par une fenêtre d'une autre salle et une autre petite fenêtre dans la porte. Le médecin de garde exigeait une surveillance étroite et demandait un service privé à cet effet.

Or, au moment du geste fatal, les policiers avaient quittés les lieux, le gardien de sécurité était retourné à son poste et l'infirmière effectuait une ronde aux 5 minutes, en attendant l'arrivée du préposé à la surveillance qui avait été demandé.

Ce décès soulève la question de prise en charge, de surveillance et de protection des personnes à haut risque de suicide. Surveillance et protection à être exercées soit par les autorités médicales, soit par les autorités policières, considérant que de tels décès doivent et peuvent être évités. Or, il appert que les intervenants de ces milieux n'ont pas la même interprétation de leurs rôles et responsabilités lorsqu'une personne en état d'arrestation devient un patient ou lorsque les policiers escortent une personne à un centre de santé.

Recommandations

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- prenne les dispositions nécessaires afin que la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* »Q. c. P-38.001 soit modifiée ou précisée afin que les notions de «prise en charge» et de «mise sous garde» soient définies;
- émette les directives nécessaires à l'égard du personnel médical et hospitalier dans le but de clarifier leur rôle et responsabilité lorsqu'une personne est amenée dans un établissement de santé , en application avec la Loi concernée.

Que le ministère de la sécurité publique :

- émette les directives nécessaires à l'égard des policiers dans le but de clarifier leur rôle et responsabilité lorsqu'ils amènent une personne dans un établissement de santé , en application avec la Loi concernée.

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

- établissent un protocole d'entente afin que toute ambiguïté soit dissipée chez les divers intervenants lorsqu'un patient ou un prévenu est amené à un établissement en application avec la Loi concernée.

Organisations / personnes visées

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Sécurité publique

15-Avis / Dossier : 109014

Date de l'événement : 28 décembre 2000

Événement : Un homme de 26 ans est retrouvé pendu à une poutre dans le sous-sol de sa résidence.

La victime avait utilisé une corde de nylon jaune qu'il avait enroulé plusieurs fois autour de son cou. Les deux ambulanciers du service Ambulance Percé Service ont omis, lors de leur arrivée, de décrocher la victime et de procéder aux manœuvres pertinentes. Malgré la demande des policiers arrivés sur les lieux après eux, les ambulanciers ont refusés d'intervenir, déclarant que le cas relevait du transporteur funéraire. Ce sont donc les policiers qui ont détachés la victime et relâché la corde. Aucune manœuvre de réanimation ne fut tentée. L'état de la victime ne répondait absolument pas aux critères de morts évidentes. Les ambulanciers auraient donc dû intervenir selon les règles de l'art et procéder aussitôt au transport de la victime vers le centre hospitalier le plus près.

Recommandation

Que les responsables de Ambulance Percé Service :

- rappelle à leurs membres les notions de morts évidentes et l'importance de porter assistance et de mener dans les meilleurs délais tout patient vers un centre de soins.

Organisation / personne visée

Ambulance Percé Service

16-Avis / Dossier : 106702

Date de l'événement : 26 juin 2000

Événement : Un homme de 39 ans se suicide par intoxication au monoxyde de carbone dans son véhicule stationné dans une allée d'un secteur industriel de Laval.

Appelés sur les lieux, les ambulanciers ne procèdent à aucune réanimation et quittent les lieux sans transporter la victime à l'hôpital pour le constat de décès. Ainsi, l'homme est laissé aux bons soins des policiers qui feront office de gardien de cadavre jusqu'à l'arrivée

du médecin d'Urgences-Santé qui se présentera deux heures plus tard pour le constat de décès.

Seul un médecin a juridiction pour constater un décès sauf les cas de mort évidente répondant à des critères bien précis. C'est donc une personne présumée vivante tant et aussi longtemps que son décès n'a pas été constaté par un médecin. Toute personne a droit de recevoir les soins requis par son état. Le législateur ne permet donc pas aux ambulanciers de se substituer au médecin.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a mis sur pied un projet pilote de mise en application de directives de non-réanimation. Ce projet-pilote a été élaboré en 1988 après consultation et concertation des différents intervenants. Les RRSSS des Laurentides et de Lanaudière ont adopté cette façon de faire. Le coroner s'explique mal la raison pour laquelle cette façon de faire de fonctionne pas à Laval. Par ailleurs, le coroner doit être contacté lorsque le décès est constaté et non pas avant. Ce qui revient à dire qu'il n'a aucune juridiction avant. Les intervenants vont devoir adopter des directives très claires en pareille situation.

À noter qu'une situation semblable s'est répétée le lendemain dans un autre décès à Laval, où les ambulanciers n'ont pas assuré le transport à l'hôpital en précisant aux policiers qu'un médecin viendrait constater le décès dans quelques heures.

Recommandations

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

- adopte les directives de non-réanimation du projet-pilote de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (6 janvier 1988) et demande à son service préhospitalier sur son territoire de s'y conformer.

Que la Corporation d'Urgences-Santé :

- révisé son intervention dans la présente affaire et, sans restreindre la portée de ce qui suit, notamment à savoir si les ambulanciers ont fait leur ABC et obtenu un tracé plat au moniteur avant de quitter les lieux.

Que le service de police de Laval :

- prenne connaissance des directives de non-réanimation du projet-pilote;
- adopte comme directives que ses membres exigent que les ambulanciers restent sur place tant que le décès n'est pas constaté dans un délai raisonnable de moins d'une heure. Si un médecin n'est pas disponible à l'intérieur de ce délai, ordonnent le transport par ambulance au centre hospitalier;
- demande à ses membres de noter à leur rapport les actions posées par les ambulanciers.

Organisations / personnes visées

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Corporation d'Urgences-Santé

Service de police de Laval

17-Avis / Dossier : 105317**Date de l'événement : 10 mars 2000****Événement : Une femme de 59 ans décède suite à une intoxication aiguë à l'amitriptyline associée à une noyade.**

La victime était dépressive depuis plusieurs années et elle avait même fait une tentative de suicide il y a 28 ans.

Depuis un certain temps, elle était anxieuse à l'idée que son conjoint devait prendre sa retraite. Cette anxiété était liée à un sentiment d'insécurité financière. D'ailleurs, elle parlait ouvertement de son insécurité et que cela l'empêchait d'aimer la vie. Toutefois, elle ne parlait pas de suicide.

Un soir en rentrant de son travail, le conjoint a retrouvé la victime couchée dans la baignoire avec le visage à l'eau. Paniqué, il réussit tout de même à communiquer avec le 9-1-1 d'où il est mis en contact avec Urgences Santé. En attendant l'arrivée des ambulanciers, le conjoint essaie de suivre tant bien que mal les directives du préposé d'Urgences Santé. À un moment donné, le conjoint a été transféré à un médecin. Le médecin demande alors au conjoint s'il peut déplier les bras ou les jambes de la victime. Le médecin explique donc au conjoint que c'est de cette façon qu'on vérifie si une personne est décédée et vu qu'il ne pouvait réussir cet examen sur la victime cela venait confirmer son décès. Le médecin a offert ses condoléances et a terminé l'appel. Le médecin a annulé l'ambulance qui avait été appelée sur les lieux sans même demander aux techniciens de confirmer l'état de la victime.

Finalement, le constat de décès a été fait par le médecin d'Urgences Santé qui était de garde sur la route et ce, 1h 40 après que le conjoint ait entré en communication avec un de leur préposé.

Recommandations**Qu'Urgences Santé :**

- réviser sa façon de faire dans de telles situations et que les décisions prises le soient sur des observations objectives faites par des gens compétents;
- respecte les protocoles de réanimation tels qu'ils sont reconnus sur l'ensemble du territoire Québec;
- rappelle à ses médecins qu'un constat de décès ne se fait pas au téléphone à partir des observations d'une personne émotionnellement impliquée;
- qu'un rappel soit effectué auprès d'Urgences Santé sur ce qu'est un constat de mort évidente et qu'actuellement la notion de mort apparente n'existe pas.

Organisation / personne visée

Corporation d'Urgences-Santé

18-Avis / Dossier : 099111**Date de l'événement : 3 décembre 1998****Événement : Un homme de 46 ans de Mirabel se suicide par intoxication au monoxyde de carbone, dans un contexte d'un divorce qu'il n'accepte pas.**

Appelé par les policiers lors de la découverte de la victime, le coroner déclinait juridiction, le décès n'ayant pas été constaté. Un policier signait un formulaire de refus de soins et les ambulanciers quittaient en laissant le corps sur place. Le constat de décès n'a eu lieu que 3 heures plus tard et deux ambulances ont été dépêchées sur les lieux. Tout cela parce que les policiers ont cru à une mort suspecte. Le coroner précise que ces derniers ne sont pas habilités par la Loi pour signer un refus de soins. Ils ne devraient jamais s'immiscer dans les décisions concernant le consentement ou le refus aux soins, peu importe la raison ou la situation.

Par ailleurs, la victime vivait un stress émotif important étant affecté par des procédures judiciaires de divorce. S'ajoutait à cela, des procédures incidentes telles une demande d'ordonnance intérimaire et la saisie avant et après jugement. Son avocat avait été informé que la victime n'était pas en mesure de comprendre et de prendre les décisions concernant le déroulement des procédures judiciaires. L'avocat représente les intérêts de quelqu'un qui ne peut se défendre adéquatement. Il se doit d'agir avec prudence. Or, il n'existe pas de protocole ou de lignes directrices du Barreau pour permettre à un avocat de concilier les droits de son client et son état.

Finalement, quelques semaines avant le décès, le psychologue avait contacté le Centre de crise Arthur Buis alors que la victime n'allait pas bien. Il se faisait répondre que l'équipe volante qui effectue les visites à domicile est fermée les fins de semaine. On lui précise que l'homme doit nécessairement être référé par le CLSC ou par les intervenants de la ligne Info-Santé. Ni le psychologue, ni l'organisme de prévention du suicide le Faubourg ne peuvent référer de clients. Devant l'insistance du psychologue, on accepte de faire exception pour l'héberger, si le client se rend chez-eux. Ce que la victime n'a pas fait, malgré qu'elle ait exprimé le désir de s'y rendre.

Recommandations

Que la sûreté municipale de Mirabel :

- s'assure que tous ses membres connaissent la directive interne en cas de mort apparente et demandent une ambulance pour transporter le sujet vers un centre hospitalier sans délai, si un médecin ne peut constater un décès sur place et ce, même si la scène est suspecte;
- effectue un rappel annuel auprès de ses membres des directives applicables en cas de mort apparente;
- émette une directive claire à l'effet que ses membres ne doivent jamais signer un refus de soins pour un citoyen pour aucune considération.

Que le Barreau du Québec :

- demande à ses sections locales de contacter les Centres de prévention du suicide de leur région afin d'élaborer des protocoles d'intervention lorsqu'une personne est impliquée dans des procédures judiciaires et manifeste des idéations suicidaires ou des éléments dépressifs inquiétants et s'assure de la diffusion des protocoles auprès de ses membres;
- sensibilise ses membres sur la problématique du risque de suicide chez certains clients et les ressources disponibles en identifiant les situations à risque et émette

des lignes directrices à ses membres sur des façons de faire, tel la demande d'ordonnance de suspendre les procédures.

Que la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides :

- ait en tout temps sur son territoire, des équipes volantes disponibles pour répondre aux situations de crise et pour se rendre au domicile du client;
- reconnaisse comme personnes pouvant référer aux Centres de crise, les professionnels de la santé, les psychologues, les thérapeutes qui traitent un patient, le centre le Faubourg et tout autre centre de prévention.

Organisations / personnes visées

Sûreté municipale de Mirabel

Barreau du Québec

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

19-Avis / Dossier : 105909

Date de l'événement : 21 avril 2000

Événement : Un homme de 33 ans, atteint de schizophrénie paranoïde, est en détention à l'établissement de Rivière-des-Prairies sur ordonnance de la Cour pour évaluation, afin de déterminer s'il est apte à subir son procès.

Il décède d'une encéphalopathie anoxique consécutive à un arrêt cardiorespiratoire survenue 6 jours auparavant. Ce dernier est relié à l'état d'excitation, au stress, à l'effort physique intense ainsi qu'à la privation partielle d'oxygène associée à l'utilisation d'une serviette et au maintien de la position ventrale lors de la maîtrise et la tentative de mise sous contention.

Lors de son enquête, le coroner s'est questionné sur la façon dont on doit maîtriser le plus sécuritairement possible une personne en situation de crise. De plus, le coroner s'est interrogé sur les causes profondes qui ont conduit la victime à l'établissement de détention de Rivière-des-Prairies, alors que l'ordonnance prévoyait l'institut Pinel et au fait que la place d'une personne atteinte de schizophrénie en état de crise n'est pas dans un établissement de détention.

Recommandations

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- complète la mise en application de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, notamment de son article 8, et donne les lignes directrices aux Régies régionales dont celle de Montréal-Centre.

Que le Comité Blanchette :

- fasse participer à ses travaux des représentants de la Sécurité publique et de la Justice.

Que le Comité de la Santé mentale du Québec :

- assure le suivi de la problématique reliée à l'incarcération des personnes atteintes de maladies mentales par le biais d'avis au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Que la Régie régionale de Montréal-Centre :

- dans le cadre de son plan d'action en santé mentale, voie incessamment à la désignation des services d'aide en situation de crise ou Centre de crises pour l'ensemble de son territoire et qui sont capables de donner des services 7 jours sur 7, 24 heures sur 24;
- intègre aux différentes tables de concertation, des policiers et des représentants de la Sécurité publique et de la Justice;
- s'assure que les hôpitaux devant figurer à l'Arrêté ministériel soient capables de donner les services et d'accueillir des prévenus pour fin d'évaluation.

Que le Collège des médecins du Québec et l'Association des médecins psychiatres du Québec :

- se penchent sur la possibilité de préciser la portée clinique des termes «danger grave et immédiat» mentionnés à l'article 7 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* ainsi que la notion de garde visée par l'article 28 du Code civil du Québec du Québec. Ces deux organismes devront travailler en collaboration avec des juristes, des représentants du Comité de la santé mentale du Québec et de diverses autres associations, dont l'Association québécoise de la schizophrénie.

Que le Collège des médecins du Québec:

- publie dans son Bulletin un article général sur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, tout en mettant l'accent sur le rôle de premier plan que les médecins sont appelés à jouer;
- voie à la diffusion, par une publication spécifique, de toutes informations concernant la portée clinique de l'article 7 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et de l'article 28 du Code civil du Québec.

Que la Régie régionale de Montréal-Centre, la Direction générale des services à la population du ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et l'Institut Pinel :

- se penchent sur les problèmes spécifiques éprouvés par l'Institut Pinel et en optimise le rendement tout en tenant compte de sa vocation particulière.

Que la Régie régionale de Montréal-Centre et le CLSC des Faubourgs :

- accroissent les activités de l'organisme UPS-J au Palais de Justice de Montréal afin que ce dernier prenne en charge les dossiers des prévenus visés par une ordonnance d'évaluation en vertu de l'article 672.11(a)c.cr.

Que le ministre de la Justice :

- s'assure que l'Arrêté ministériel soit distribué à l'ensemble des personnes susceptibles de l'utiliser, notamment aux juges, aux Substituts du procureur général ainsi qu'aux avocats de la défense.

Que les Juges en chef de la Cour du Québec et de la Cour Supérieure, les Substituts chef-adjoints du procureur général pour la région de Montréal, le Bâtonnier du Québec et le président de l'Association des avocats de la défense de Montréal :

- fasse parvenir un avis à leurs collègues, ou à leurs membres, afin de les sensibiliser au problème d'engorgement de l'Institut Pinel et, du fait que ce dernier ne respecte pas les ordonnances.

Que les médecins conseils oeuvrant au Palais de Justice de Montréal :

- ne recommande plus systématiquement l'Institut Pinel pour procéder aux évaluations mais considèrent l'ensemble des hôpitaux mentionnés à l'Arrêté ministériel;

Que les Substituts chefs-adjoints du procureur général pour la région de Montréal :

- assure un suivi des dossiers concernant les ordonnances pour évaluation médicale.

Que le sous-ministre de la Sécurité publique et le directeur général des services correctionnels :

- s'assurent que des prévenus puissent bénéficier d'un transport qui les amènent du Palais de Justice de Montréal vers les hôpitaux.

Que les sous-ministres de la Sécurité publique et de la Santé et des Services sociaux :

- procèdent incessamment à la révision, à l'actualisation et à la mise en application du protocole d'entente de 1989 concernant les soins de santé.

Que la Corporation d'Urgences-Santé se penche sur l'opportunité pour que l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies :

- se munisse d'un moniteur défibrillateur semi-automatique et dans l'alternative veille à l'encadrement de l'activité et à la formation du personnel.

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec :

- étudie la possibilité d'élaborer un protocole de distribution des médicaments pour les établissements de détention, dont celui de Rivière-des-Prairies.

Que le sous-ministre de la Sécurité publique, le directeur général des services correctionnels, en collaboration avec la direction de l'administration de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies :

- mettent en place des mesures ou des directives afin d'éviter l'utilisation de serviette comme moyen de protection ainsi que le maintien de la position ventrale, lors de techniques de maîtrise ou de mises sous contention;
- mettent en place des directives précises concernant l'appel 911, dont la nécessité de placer l'appel le plus tôt possible.

Que le sous-ministre de la Sécurité publique, le directeur général des services correctionnels du Québec :

- veillent à ce que le comité de travail sur les ressources humaines considère l'importance de dispenser aux agents des soins de santé et aux agents des services correctionnels, de la formation continue concernant l'intervention en situation de crise et pouvant impliquer un prévenu ou détenu éprouvant des problèmes de santé mentale;
- terminent le travail de normalisation et de standardisation de l'ensemble des directives provinciales ou propres à chacun des établissements de détention et voient à leur diffusion auprès des utilisateurs;
- voient au parachèvement du code d'éthique pour l'ensemble du personnel des établissements de détention;
- revoient les délais de conservation du système DACOR et la façon dont les informations y sont colligées ainsi que la possibilité de fournir des statistiques utiles à partir de cette banque de données.

Que le ministre de la Sécurité publique et la directrice de l'École nationale de Police du Québec :

- suivent l'évolution des travaux du Comité formé en Ontario et chargé de l'étude des décès survenus à l'occasion de la maîtrise d'individus en état de crise.

Organisations / personnes visées

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Sécurité publique

Ministère de la Justice

Comité Blanchette

Comité de la Santé mentale du Québec

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Collège des médecins du Québec

CLSC des Faubourgs

Association québécoise de schizophrénie

Association des avocats de la défense de Montréal

Juges en chef de la Cour du Québec

Juges en chef de la Cour Supérieure du Québec

Bâtonnier du Québec

Ministère de la Sécurité publique - Direction générale des services correctionnels

Corporation d'Urgences-Santé

Établissement de détention de Rivière-des-Prairies

Institut Pinel

Ordre des pharmaciens du Québec

École nationale de police du Québec

Substituts chef-adjoints du procureur général de la région de Montréal

20-Avis / Dossier : 105171

Date de l'événement : 26 février 2000

Événement : Une jeune toxicomane de 21 ans décède d'une intoxication à l'alcool, au PCP et aux opiacés. Elle était également porteuse du virus de l'hépatite C.

Vers 4h05 du matin, le 9-1-1 de la région de Montréal recevait un appel pour une personne trouvée en arrêt cardiorespiratoire. À son arrivée, le médecin d'Urgences-Santé constate que les techniciens ambulanciers procèdent à une ventilation mécanique et administre à deux reprises 2 milligrammes de Narcan. La victime reprend conscience et un rythme respiratoire spontané. Le médecin quitte les lieux vers 5h31 en recommandant aux amis de la jeune femme de la garder réveillée et en les avisant qu'elle serait «correcte» au matin. Les jeunes gens qui étaient présents ont réussi à la garder éveillée jusqu'à 7h00 puis se sont endormis. Ce n'est qu'à leur réveil, vers midi, qu'ils constataient que la victime était froide et n'avait pas de pouls.

Le Naxolone (Narcan) supprime les effets des opiacés incluant la dépression respiratoire, la sédation et l'hypotension. Sa demi-vie est d'environ 64 pour plus ou moins 12 minutes. Il est recommandé de garder sous surveillance les patients qui ont répondu de façon satisfaisante au Naxolone car la durée d'action de certains narcotiques peut dépasser celle du Naxolone.

Recommandations

Que le Collège des médecins du Québec :

- évalue la qualité des actes médicaux posés par le médecin d'Urgences-Santé, notamment quant à la surveillance à accorder à la patiente compte tenu de son état clinique.

Que la Direction des services professionnels d'Urgences-Santé :

- regarde ce dossier et fasse un protocole d'utilisation du Naxolone et des conduites à tenir avec les patients ayant reçu ce produit.

Organisations / personnes visées

Collège des médecins du Québec

Corporation d'Urgences-Santé

21-Avis / Dossier : 106529

Date de l'événement : 26 novembre 1998

Événement : Une dame de 89 ans, demeurant à la Résidence Champagnat à Iberville pour une démence mixte avec tendance à la fugue et errance, décède suite à une chute ayant été provoqué par un autre bénéficiaire qu'il l'aurait poussé, lequel refusait qu'elle entre dans sa chambre.

L'unité où vivait la victime était aménagée pour répondre aux besoins des personnes souffrant de démence et présentant un dysfonctionnement de comportement qui dérange les résidents lucides. Pour être admises sur cette unité, les personnes hébergées ne doivent plus avoir la notion de territoire pour ne pas être affectées si d'autres résidents ayant perdu cette notion se trompent de chambre. Or, le résident qui a fait chuter la dame ne répondait pas au profil requis pour y être admis car il avait une forte notion de territoire et n'acceptait pas que les personnes hébergées et confuses puissent se tromper de chambre et entrer dans la sienne.

Par ailleurs, au CHSLD Champagnat, il n'y a pas de ligne de conduite précisant dans quel délai, après l'admission d'un résident, le niveau d'intervention des soins soit être établi. Le niveau d'intervention de soins n'avait pas été établi et il n'y avait pas de rencontre avec la famille et le médecin traitant et ce, malgré l'hébergement depuis deux mois. Au cours de cette période, la victime avait été visitée deux fois par la famille.

Finalement, dans l'établissement, un médecin doit être appelé avant de demander une ambulance pour transférer un résident vers un centre hospitalier. Il n'est cependant pas prévu qu'une infirmière puisse appeler l'ambulance de sa propre initiative lorsque la nécessité de transfert est évident et qu'un médecin ne peut être rejoint rapidement. Il n'y a pas de politique établissant dans quelles circonstances si c'est un médecin ou une infirmière qui doit prendre la décision du transfert de la personne hébergée vers les services d'urgence, en tenant compte des circonstances et du niveau d'intervention de soins préétabli.

Recommandations

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

- s'assure que chaque bénéficiaire soit classé adéquatement et que le milieu de vie qui lui est assigné soit sécuritaire pour lui-même et les autres résidants.

Que le CHSLD Champagnat :

- s'assure que chaque bénéficiaire soit classé adéquatement et que le milieu de vie qui lui est assigné soit sécuritaire pour lui-même et les autres résidants;
- s'assure que lors des transferts à l'hôpital, une information écrite pertinente soit envoyée avec le bénéficiaire afin de permettre au médecin receveur d'avoir toutes les données pertinentes pour assurer une conduite adéquate de même que le niveau d'intervention de soins à prodiguer;
- s'assure que les bénéficiaires aient le niveau optimum de médication pouvant contrôler leur trouble de comportement;
- s'assure que le niveau d'intervention soit inscrit au dossier dès la demande d'admission lors de l'évaluation par la Régie régionale, lequel processus devrait être repris dans le milieu après un laps de temps raisonnable de quelques jours suite à l'admission et révisé périodiquement;
- s'assure que le médecin de garde puisse être rejoint en tout temps et établisse des codes de priorité comme il en existe dans les établissements hospitaliers; la coordonnatrice ou la responsable du quart de travail devenant responsable de la conduite à tenir advenant le cas où un médecin ne peut pas être rejoint malgré les procédures prises lors d'une situation jugée urgente.

Organisations / personnes visées

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

CHSLD Champagnat

22-Avis / Dossier : 108995

Date de l'événement : 5 janvier 2001

Événement : Un homme de 71 ans, arrêté sur l'accotement de la route 393

Palmarolle, est mortellement blessé lorsqu'il reprend la route sans regarder et se fait heurter par un fardier qui était en manœuvre de dépassement.

L'appel au 911 logé par téléphone cellulaire a été reçu par Télébec à Montréal, lequel avisait par la suite le centre de répartition du 911 à Rouyn-Noranda. Or, il s'est écoulé 7 minutes avant que la sûreté du Québec de La Sarre soit avisée de l'accident. De plus, ce n'est qu'à l'arrivée du patrouilleur que celui-ci a fait appel aux ambulanciers.

Lors de son transport à l'hôpital de La Sarre, les ambulanciers avaient avisés les services d'urgence de l'arrivée d'un blessé en état de choc évolutif, polytraumatisé avec lacerations. Ce n'est que 10 minutes après l'arrivée que le médecin de l'urgence, devant l'état du patient, se décide à mettre en branle le code d'intervention d'urgence.

Il s'est passé plus d'une heure entre l'accident et l'arrivée de la victime à l'urgence. Cet accident est pourtant survenu, tout au plus, à 7 ou 8 kilomètres du centre hospitalier, du poste de police et des services ambulanciers. Ainsi, l'accumulation des délais rencontrés

dans le présent dossier lors des étapes de l'opération de sauvetage incite le coroner à formuler des recommandations.

Recommandations

Que Télébec :

- inclue dans le service 911, les appels provenant des téléphones cellulaires, voire même d'améliorer la portée et l'accessibilité du réseau téléphonique cellulaire en Abitibi.

Que Télébec et les municipalités de la région qui ont mis le réseau 911 en place :

- logent le centre de répartition des appels 911, en plein cœur de l'Abitibi Ouest, soit à La Sarre, évitant ainsi les transferts par Rouyn-Noranda où on peut être moins au fait de la géographie du secteur Abitibi Ouest, d'où difficulté supplémentaire pour repérer la provenance des appels.

Que le centre de répartition 911 :

- s'enquérissent de la possibilité d'avoir des blessés dans un événement qui leur est signalé et que, au moindre doute, on appelle immédiatement les ambulanciers au même titre que les policiers.

Que le Réseau de la Santé et des Services Sociaux des Aurores Boréales :

- veille à mettre à l'urgence du centre hospitalier de La Sarre, un responsable disponible en permanence pour la mise en branle du Code d'urgence afin d'éliminer toute tergiversation lors de la survenance d'un événement de nature à mettre le Code en application.

Organisations / personnes visées

Télébec

Fédération québécoise des Municipalités

Centre de répartition des appels 911 de Rouyn-Noranda

Réseau de la Santé et des Services sociaux des Aurores Boréales

23-Avis / Dossier : 106627.

Date de l'événement : 25 juin 2000

Événement: Le conducteur décède d'un polytraumatisme après avoir été victime d'un accident de la route où il a perdu le contrôle de son véhicule automobile et percuté un arbre.

Un témoin a rapporté que les ambulanciers temporaires qui sont venus porter secours à la victime sur les lieux de l'accident auraient fait preuve d'un manque de coordination à l'égard des gestes qu'ils ont posé. De plus, l'équipement (moniteur-défibrillateur semi-automatique) à bord de l'ambulance a failli lorsque la victime a fait un arrêt cardiaque durant le transport.

L'investigation démontre que la vitesse et un taux d'alcool supérieur au seuil légal de 80 mg par 100 ml sont les éléments distinctifs qui ont causé l'accident. Même si la victime a subi des lésions mortelles, il est essentiel de questionner la qualité des soins qui ont été offerts par le service ambulancier impliqué.

Recommandation

Que ce rapport :

- soit porté à l'attention du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Organisation / personne visée

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie

24-Avis / Dossier : 103363

Date de l'événement : 4 octobre 1999

Événement : Un ambulancier passager d'un véhicule de la Compagnie Ambulance 2000 inc est mortellement blessé alors que le conducteur perd le contrôle. Au moment de l'accident, la chaussée était mouillée et ils circulaient en direction sud sur la route 133 à Sabrevois.

L'équipe d'ambulanciers avait répondu à un appel et se rendait sur les lieux lorsque l'arrière du véhicule s'est mis à dérapier avant même d'avoir terminé une manœuvre de dépassement. L'ambulance s'est donc retrouvée en voie inverse, a percuté l'accotement pour aller s'écraser sur un ponceau. Les roues se sont détachées de la boîte et le devant du véhicule s'est retrouvé à l'envers dans un fossé de 2,75 mètres de profond.

En plus des vérifications annuelles auprès d'un mandataire de la SAAQ, l'employeur détenait une entente de service avec un autre intervenant pour qu'à tous les 3 mois une vérification mécanique soit faite sur ses véhicules. Le rapport indique que la dernière inspection sur le véhicule ambulancier impliqué dans l'accident remonte à près d'un an et celle effectuée par la SAAQ à 10 mois. En parallèle, un programme d'inspection des véhicules et du matériel médical devait être fait quotidiennement par les équipes de techniciens ambulanciers. Un formulaire devait être complété pour chaque inspection. Il est noté que le dernier formulaire complété remonte à près de 2 mois avant l'accident. Bien que l'état usé des pneus avait été rapporté, les vérifications n'ont pas rapporté de déféctuosité majeure relativement aux autres équipements du véhicule. Il n'y avait pas de coussin gonflable à l'avant droit car celui-ci n'était pas une option sur les modèles des véhicules fabriqués en 1994. De plus, le coussin de gauche avait été enlevé afin de permettre au conducteur d'activer une sirène de la même façon qu'un klaxon standard.

Malgré la force de l'impact, aucune trace de ceinture de sécurité n'a pu être décelé sur le corps de la victime. On indique qu'il y ait possibilité que la ceinture n'ait pas bloqué adéquatement même si celle-ci a du être coupé pour dégager la victime.

Le véhicule devait être remplacé par un neuf d'ici quelques jours.

Il semblerait que la vitesse sans être excessive était trop rapide pour les conditions routières et l'état des pneus de l'ambulance.

Recommandations

Que la Société d'assurance automobile du Québec :

- revoit les normes acceptables d'usure des pneus des véhicules d'urgence afin que ces derniers ne puissent rouler qu'avec une usure laissant une marge de sécurité plus acceptable.

Que les régies régionales de la santé et des services sociaux :

- s'assurent que les propriétaires d'ambulance fassent respecter de façon stricte la vérification des véhicules au début de chaque quart de travail.

Que le ministère des Transports et la Société d'assurance automobile du Québec :

- retirent de la route tous les véhicules ambulanciers non munis de ballons gonflables bilatéraux afin de diminuer les risques de traumatisme chez les intervenants à hauts risques;
- veille à ce qu'un système d'entretien préventif soit instauré et son suivi strict avec contrôle par les instances responsables.

Organisations / personnes visées

Régies régionales de la santé et des services sociaux

Société de l'assurance automobile du Québec

Ministère des Transports