

RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2002

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 : 109007

Date de l'événement : 25 décembre 2000

Événement : Un jeune homme de 24 ans est mortellement blessé sur la route 148 à Mirabel, lorsqu'il quitte le véhicule dans lequel il prenait place, à la suite d'une altercation avec sa copine concernant la consommation d'alcool.

Le jeune homme circule à pied sur la route et deux véhicules réussissent à l'éviter. C'est alors que la victime change de direction et se dirige vers le dernier véhicule. L'impact est inévitable.

La passagère du véhicule impliqué appelle le 9-1-1, mais la communication est interrompue avant que la localisation de l'accident ne soit donnée. Le répartiteur, seul durant son quart de travail, rappelle la dame quelques minutes plus tard pour obtenir les coordonnées du lieu de l'accident. La téléphoniste de Bell Canada avise le service ambulancier de la région de cet appel. Le répartiteur du service ambulancier communique avec les techniciens ambulanciers du véhicule 309 quatre minutes après avoir reçu l'information sur l'accident. Il s'écoulera environ 30 minutes entre l'appel initial et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux.

Recommandation

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides ainsi que les Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière :

- s'assurent de la meilleure utilisation possible des ressources préhospitalières.

Organisations / personnes visées

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière

2-Avis / Dossier : 114269

Date de l'événement : 14 mars 2002

Événement : Un homme de 56 ans décède d'un traumatisme cranio-cérébral, à la suite d'une chute survenue la veille dans l'escalier du bar qu'il venait de quitter.

L'individu, trouvé en état d'inconscience en bas des escaliers, est transporté par les ambulanciers d'Urgences-Santé à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, où il subit une intervention chirurgicale intracrânienne afin d'éviter une collection sanguine comprimant le cerveau. Malgré les circonstances nébuleuses entourant la découverte de la victime, aucune notification de l'événement n'est faite aux policiers par les ambulanciers. L'état de l'individu ne s'est jamais amélioré, et le décès est constaté le lendemain matin.

Recommandation

Que le service d'Urgences-santé de la Ville de Montréal :

- fasse appel aux services policiers du secteur concerné lorsqu'il y a apparence de blessures traumatiques qui pourraient nécessiter une investigation appropriée.

Organisation / personne visée

Corporation d'Urgences-Santé

3-Avis / Dossier : 111578

Date de l'événement : 27 juillet 2001

Événement : Un enfant de 3 ans, porteur du syndrome de Prader-Willi, décède d'une asphyxie par broncho-aspiration en mangeant une guimauve.

Compte tenu de son état de santé, l'enfant avait besoin d'une attention quasi constante. Même la maison avait dû être considérablement modifiée pour assurer sa sécurité. Il suivait un régime sévère et on devait le protéger contre lui-même.

Le père a trouvé son enfant inerte et a immédiatement composé le 9-1-1. Le père était en état de panique, précisait que l'enfant ne respirait plus. Il a demandé une ambulance et a raccroché. L'intervention policière s'est faite 7 minutes et 40 secondes à la suite de cet appel, ce qui représente beaucoup de temps pour une obstruction aiguë des voies respiratoires supérieures. Quant à l'intervention du service ambulancier, elle a eu lieu après 12 minutes et 30 secondes après l'appel, ce qui représente un délai d'intervention beaucoup trop long pour pouvoir espérer des manœuvres de réanimation efficaces.

Recommandation

Que les responsables du service préhospitalier :

- étudient le dossier et, s'il y a lieu, apportent des correctifs afin de réduire le délai d'intervention dans de tels cas.

Organisation / personne visée

Ministère de la Santé et des Services sociaux

4-Avis / Dossier : 111066

Date de l'événement : 16 juin 2001

Événement : Un homme de 30 ans décède d'un traumatisme cranio-cérébral, un mois après avoir été victime d'une altercation avec un individu à la sortie d'un bar à Montréal. Ce dernier a poussé la victime au thorax, provoquant une chute au cours de laquelle elle est tombée et s'est heurtée la tête sur le trottoir.

À la suite de cet événement, il y a eu perte de conscience de 15 à 20 secondes, puis la victime est restée étendue de 10 à 15 minutes avant de se relever tranquillement. Elle a été amenée au CHUM - Pavillon Saint-Luc par un ami à 3 h 45, ils quitteront vers 6 h 10 sans que la victime soit vue par l'urgentologue. On les avait avisés que le temps d'attente serait long. Ce n'est que le lendemain soir, alors que l'homme avait dormi toute la journée, qu'un ami médecin s'est présenté à son chevet et a remarqué qu'il était incohérent et ne reconnaissait personne. Il y a eu transport ambulancier immédiat vers l'Hôpital Notre-Dame.

À l'admission, l'urgence est informée qu'il s'agit d'une chute au cours de laquelle l'homme s'est heurté l'arrière de la tête. C'est la note qui apparaît sur la seule feuille au dossier transmise au coroner, après une ordonnance demandant le dossier complet. Or, le coroner se demande s'il aurait été à propos, du point de vue médical, que la victime ait été évaluée immédiatement et placée en observation.

Recommandation

Que le CHUM – Pavillon Saint-Luc :

- révisé ce dossier et y apporte les correctifs nécessaires.

Organisation / personne visée

Centre hospitalier universitaire de Montréal - Pavillon Saint-Luc

5-Avis / Dossier : 111290

Date de l'événement : 14 juin 2001

Événement : Un travailleur de la Scierie Tech inc. du Lac-Drolet en Estrie décède d'un coup de chaleur. La veille, il présentait des symptômes de crampes de chaleur, de fatigue, d'épuisement, d'obnubilation, il était déshydraté et il perdait ses électrolytes.

L'homme, qui en était à sa deuxième journée pour cet employeur, exécutait un travail d'empileur manuel. Il enlevait les lattes des paquets de bois qui sortent des séchoirs et les empilait sur de nouveaux paquets, selon leur qualité et leur longueur. Cette activité d'empilage constitue un travail physique d'exigence moyenne. La température moyenne ce jour-là était de 30,4 °C, enregistrée vers 15 h. Il y avait très peu de vent et le soleil plombait sur les empileurs qui travaillaient dans la cour. La victime n'avait pas été mise au courant du danger des contraintes thermiques, en ambiance chaude, qui amènent une accumulation de chaleur dans l'organisme, suivie d'une élévation de la température interne. Elle ignorait également les mesures de prévention associées à ces contraintes, soit le repos, des poses fréquentes et l'ingestion de 750 ml d'eau par heure.

En aucun temps, que ce soit sur les lieux du travail où la victime s'est effondrée à 14 h, ou lors du transport ambulancier, sa température n'a été prise. Ce n'est qu'à l'urgence du Carrefour Santé du Granit à Lac-Mégantic, à 14 h 55 que l'infirmière au triage notait au dossier une température supérieure à 40 °C. Les notes d'observation du médecin ne font pas état de la température, et cette hyperthermie passe inaperçue.

Vu son neurologique précaire, avec un Glasgow à 3/15, le patient est intubé et un transfert vers le Centre hospitalier Fleurimont est organisé. Ce n'est qu'à 15 h 50 que le médecin note que la température du patient est à 41,7 °C. Malgré cette importante hyperthermie, le diagnostic différentiel possible de coup de chaleur n'a alerté personne. On administre immédiatement du Tylenol en suppositoire et on applique de la glace sur les aisselles et les régions inguinales. Le départ par ambulance se fait à 16 h 20, mais le sort de la victime est définitivement réglé, et les démarches médicales suivantes sont virtuellement vouées à l'échec. Une température de 41 °C amène rapidement la destruction des neurones cérébrales, le coma profond et la mort. Les chances de récupération ont fondu littéralement de minute en minute à partir du moment où, une fois

la victime inconsciente, personne n'a déterminé la cause ni déployé des mesures énergiques contre l'hyperthermie, cause de son coma et de son choc.

Les techniciens ambulanciers ne sont pas habilités à prendre la température corporelle dans aucun protocole, l'hypothèse du coup de chaleur ne les a pas effleurés non plus, n'ayant pas mis en branle dans l'ambulance le protocole sur le coup de chaleur, c'est-à-dire application de glace et circulation d'air maximale, etc.

Recommandations

Que la CSST et les CLSC :

- fournissent le plus d'information possible aux employés, employeurs et secouristes en industrie, sur la contrainte thermique et les coups de chaleurs ainsi que sur la façon de les prévenir et les reconnaître;
- incluent un thermomètre dans la trousse des secouristes et leur donne une formation sur son usage;
- s'assurent que l'employeur, dans un contexte de contraintes thermiques, avise son personnel de l'importance de boire de l'eau fréquemment, accorde des périodes de repos plus fréquentes en milieu frais, en évitant, si possible, les périodes debout et immobiles prolongées, respecte un rythme normal de travail et prévoit une période d'acclimatation sécuritaire pour les nouveaux employés;
- voient à ce que l'employeur fournisse de l'eau fraîche à ses employés, isole, si possible, les sources de chaleurs, et installe une ventilation et une climatisation adéquates, au besoin.

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

- sensibilisent leurs membres qui travaillent en première ligne, à la possibilité du coup de chaleur en période de canicule et chez les employés qui travaillent en contrainte thermique.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales :

- incluent le thermomètre parmi les outils nécessaires aux techniciens ambulanciers;
- voient à ce que l'utilisation du thermomètre soit incluse dans le protocole d'intervention préhospitalière du coup de chaleur;
- sensibilisent les techniciens ambulanciers à la possibilité d'un coups de chaleur dans certains contextes, afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour faire baisser la température le plus rapidement possible durant le transport.

Organisations / personnes visées

Commission de la santé et de la sécurité du travail

CLSC (tous les)

Ministère de la Santé et des Service sociaux

Régies régionales de la santé et des services sociaux

Collège des médecins du Québec

6-Avis / Dossier : 104051**Date de l'événement : 17 novembre 1999****Événement : Un adolescent de 14 ans décède d'un hématome aigu sous-dural deux jours après une séance de judo au cours de laquelle il a reçu un coup de genou à la tête.**

Le traumatisme aurait été suivi d'un malaise, mais il n'y a pas eu de perte de conscience. Le lendemain, la victime se plaignait de céphalées et ne serait pas allée à l'école. Le jour de son décès, l'adolescent s'est présenté à sa séance de judo et aurait couru environ 15 minutes avant de perdre conscience. Il était à ce moment en arrêt cardiorespiratoire. Une réanimation a été pratiquée, mais sans succès.

Il n'y a pas de traumatisme bénin. Chaque traumatisme doit être pris très au sérieux compte tenu des conséquences importantes qui peuvent survenir. Le présent cas est une démonstration flagrante que tout traumatisme crânien sans perte de conscience peut avoir des complications pouvant conduire au décès.

Recommandations

Que l'Hôpital Sainte-Justine :

- revoie son algorithme pour les patients ayant des traumatismes crâniens. Le coroner laisse aux experts la décision de déterminer si l'algorithme doit être modifié.

Qu'il y ait :

- une meilleure information et une meilleure éducation quant à l'importance des traumatismes crâniens dans les sports.

Qu'une stratégie :

- soit déployée au Québec pour que les associations médicales en viennent à un consensus quant à l'investigation et au traitement des traumatismes crâniens survenant dans les sports.

Que les athlètes, les entraîneurs et les parents :

- soient bien informés par rapport à la détection et la conduite à adopter lors de traumatismes crâniens.

Organisation / personne visée

Hôpital Sainte-Justine

7-Avis / Dossier : 112369**Date de l'événement : 28 septembre 2001****Événement : Un amérindien de 23 ans est trouvé pendu par un membre de sa famille 15 minutes après qu'il soit descendu au sous-sol de la résidence familiale, à Uashat (Sept-Îles). Il avait exprimé à plusieurs reprises son désir de s'enlever la vie.**

Les policiers sont appelés sur les lieux sans que personne ne décroche le corps. Aucune manœuvre de réanimation n'est débutée par les policiers qui laissent le corps dans cette position. Ils prennent des photos et des mesures même si aucun constat de décès n'a été fait. Ce n'est que 30 minutes après leur arrivée que les ambulanciers auront accès à la

victime. C'est à ce moment que le corps sera décroché et transporté au centre hospitalier de Sept-Îles pour constat de décès.

Recommandations

Que le ministère de la Sécurité publique :

- s'informe de l'efficacité du Service de police de Uashat-Maliotenam notamment en matière d'intervention d'urgence de prévention du suicide.

Que le Service de police de Uashat-Maliotenam :

- révise l'intervention policière exécutée dans ce décès afin de prendre les dispositions nécessaires en vue d'améliorer le service aux citoyens.

Organisations / personnes visées

Ministère de la Sécurité publique

Service de police de Uashat-Maliotenam

8-Avis / Dossier : 110048

Date de l'événement : 29 mars 2001

Événement : Une femme de 37 ans, hospitalisée dans l'aile psychiatrique de l'Hôpital Royal Victoria pour une psychose post-partum, décède d'un choc hypovolémique secondaire à l'hémorragie externe et interne abondante attribuable à la section de l'artère carotide droite, qu'elle s'est infligée avec un morceau de vitre.

La victime avait accouché deux mois auparavant, soit le 25 janvier, et depuis, elle avait des comportements étranges. Le 6 mars elle se présentait au Centre local de services communautaires (CLSC), sans rendez-vous, pour de la fatigue. Elle est alors dirigée vers la travailleuse sociale, elle obtient une consultation en santé mentale et devait recevoir de l'aide chez elle le 17 mars. Lors de la visite du CLSC à cette date, la dame n'était pas à la maison. La travailleuse sociale a alors appelé la police et la Direction de la protection de la jeunesse. En soirée, la victime a appelé la police et Urgences-santé, affirmant que son enfant était malade. Les ambulanciers ont observé qu'elle était anxieuse et que l'enfant n'était pas malade, et ils ont quitté. Au milieu de la nuit, la dame est sortie avec ses deux enfants, s'est rendue chez un voisin lui demandant de prendre soin de ses enfants parce qu'ils étaient en danger. Elle s'est mise à courir dans la rue, sans souliers ni manteau avant d'être conduite à l'urgence de l'Hôpital Royal Victoria.

La patiente s'est enfermée dans sa chambre en emboîtant la poignée de la porte d'entrée de sa chambre et celle de la salle de bain adjacente. Elle a utilisé un morceau de vitre qu'elle a obtenu en cassant la fenêtre de sa chambre, après avoir décollé la moustiquaire avec un couteau.

Or, dans le Répertoire des normes et procédures du ministère de la Santé et des Services sociaux, Guide général, Hôpital général de courte durée, on trouve au chapitre des unités de courte durée psychiatrique, une norme de fenêtre dite sécuritaire. Au chapitre des chambres d'observation, on décrit une porte qui s'ouvre vers l'extérieur, sans poignée intérieure ni accès à la serrure extérieure à clé. On prévoit une fenêtre d'observation en verre résistant. Pour la fenêtre et la porte, tout équipement susceptible de causer des blessures ou présentant une faiblesse doit être particulièrement enlevé.

Recommandations

Que le commandant du Poste de quartier 33 Service de police de la Ville de Montréal :

- prenne connaissance de ce dossier et sensibilise ses policiers patrouilleurs de la dépression post-partum, laquelle peut être d'intensité psychotique et mener à des gestes suicidaires ou homicides.

Que la Direction des services professionnels du CLSC Parc Extension :

- diffuse ce rapport d'investigation à tous les intervenants ayant eu affaire à la victime dans sa période post-partum, pour les sensibiliser à l'intensité psychotique de la dépression post-partum de la victime et à ses nombreux appels à l'aide.

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

- retrace les techniciens ambulanciers qui se sont rendus chez la victime le 17 mars, à sa demande, pour évaluer son bébé. Ils auraient dû y détecter l'intensité psychotique de la dépression post-partum de cette dernière dans cette demande.

Que la Direction des services professionnels de l'Hôpital Royal Victoria :

- révisé l'état des chambres de l'unité psychiatrique du pavillon Allen Memorial, afin d'éviter qu'une situation semblable se reproduise. La victime a eu accès à un couteau, à une vitre et elle s'est enfermée en emboîtant les deux poignées des portes de sa chambre.

Que l'Association des hôpitaux du Québec soit :

- sensibilisée à cet événement, afin de favoriser la sécurité du réseau psychiatrique.

Organisations / personnes visées

Service de police de la Ville de Montréal

Urgences Santé

Hôpital Royal Victoria

Association des hôpitaux du Québec

9-Avis / Dossier : 109369

Date de l'événement : 27 janvier 2001

Événement : Un jeune Inuit de 16 ans décède 11 jours après avoir été trouvé pendu dans sa chambre de la résidence familiale de Purvinituq.

Demeurant à moins de 10 minutes de l'hôpital, l'ambulance a mis 45 minutes à se rendre au domicile. La mère de la victime a téléphoné à cinq reprises à l'hôpital pour obtenir l'aide nécessaire. À une occasion, elle a dû retourner le chauffeur d'ambulance à l'hôpital puisqu'il était seul et n'avait pas de formation. Par ailleurs, le coroner ne parvient pas à objectiver un si grand délai puisque les heures des appels ne sont pas enregistrées. Il en est de même pour la requête de l'ambulance. Le coroner n'est pas certain si l'ambulance a été dépêchée dès le premier appel. Il semble que la réceptionniste n'avait pas une idée claire de la situation. Cependant, il est certain qu'entre l'appel initial et l'arrivée définitive de l'ambulance, il y a un délai appréciable.

Ce délai est principalement attribuable à deux causes. Tout d'abord, le renvoi du chauffeur de l'ambulance, qui n'a pas de formation de technicien ambulancier. L'autre cause réside dans l'organisation du service ambulancier. Après 17 h 00 jusqu'à 8 h, la clinique étant fermée, l'infirmière est chez elle ou quelque part au bout du téléphone et l'ambulance est à la résidence du chauffeur. Lors d'une urgence, on joint l'infirmière et

l'ambulancier. Les deux se rejoignent à l'hôpital puis se rendent à l'endroit de l'urgence. Un délai de 15 minutes est chose courante.

Recommandations

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- examine la situation qui prévaut dans les agglomérations éloignées de la province et suggère, propose ou apporte les correctifs susceptibles de réduire les délais de réponse de l'ambulance;
- étudie la possibilité de donner une formation équivalente à celle de technicien ambulancier aux chauffeurs d'ambulance de ces agglomérations éloignées.

Organisation / personne visée

Ministère de la Santé et des Service sociaux

10-Avis / Dossier : 113012

Date de l'événement : 15 janvier 2001

Événement : Un homme de 34 ans, souffrant de troubles schizo-affectifs, se suicide en se jetant du pont Jacques-Cartier. L'homme était en congé temporaire de deux heures du service de psychiatrie de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal.

Les statistiques du Bureau du coroner indiquent que, de 1986 à 2001, 143 personnes se sont suicidées en se jetant du pont Jacques-Cartier. Ces données sont d'autant plus troublantes que sur les 179 suicides commis à partir des ponts entourant l'île de Montréal, un si grand nombre ait lieu à partir du pont Jacques-Cartier.

Afin d'analyser cette situation, le coroner a suscité la formation d'un groupe de travail pour se pencher principalement sur la problématique du suicide à partir du pont Jacques-Cartier. Ce groupe devrait proposer des mesures réalistes, efficaces, faisables sur le plan technique et financier et surtout implantables à court et moyen terme, afin de réduire le nombre de suicides à cet endroit. Tous les membres de ce groupe devraient trouver des solutions innovatrices pour assurer une meilleure protection de la vie humaine.

Recommandations

Que la Société des ponts fédéraux limitée :

- fasse préparer une étude de faisabilité sur l'installation de barrières antisauts sur le pont;
- fasse installer des téléphones dont la communication serait reliée à un centre de crise.

Que la Ville de Montréal, de concert avec la Ville de Longueuil :

- étudie la pertinence de créer une patrouille cycliste pour accroître la sécurité des piétons, des cyclistes et des personnes en détresse.

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

- s'assure que les hôpitaux et la corporation d'Urgences-santé de Montréal métropolitain réservent un accueil approprié et un suivi coordonné aux personnes qui ont fait une tentative de suicide au pont Jacques-Cartier.

Que Suicide-Action Montréal :

- assure la formation des policiers, pompiers et autres intervenants de première ligne interpellés lors des tentatives de suicide au pont Jacques-Cartier.

Que la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, de concert avec Suicide-Action Montréal et le Bureau du coroner :

- sensibilise mieux les médias à l'effet d'entraînement et favorise une couverture médiatique responsable pour réduire les risques de suicide.

Que le président du groupe de travail:

- mette en place un mécanisme de suivi des recommandations et réunisse le comité au moins une fois par année pour faire le point.

Organisations / personnes visées

Société des ponts fédéraux

Ville de Montréal

Ville de Longueuil

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

Suicide-Action

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

12-Avis / Dossier : 106323

Date de l'événement : 24 mai 2000

Événement : Une femme de 24 ans, policière à la Sûreté municipale de Mirabel, se suicide chez elle avec son arme de service. On appelle immédiatement le 9-1-1.

Les policiers de la police régionale des Deux-Montagnes, arrivés rapidement sur les lieux, constatent que la victime ne présente aucun signe vital et que l'arme à feu est encore dans la main droite. Ils protègent la scène, prennent des photos et ne tentent aucune manœuvres de réanimation. Les ambulanciers arrivent quelques minutes plus tard et tiennent à entreprendre le protocole de réanimation, car la mort ne semble pas évidente. Ils demandent à déplacer la victime afin de procéder aux manœuvres de réanimation. Les policiers manifestent leur désaccord, préoccupés à protéger la scène. Des discussions s'engagent entre les policiers et les techniciens ambulanciers. La victime est finalement déplacée et les ambulanciers commencent les manœuvres de réanimation. Les policiers contactent alors le directeur du Service de police de Deux Montagnes, qui ordonne à ses policiers de ne pas faire déplacer le corps même s'il ne s'agit pas d'une mort évidente. Les ambulanciers cessent toutes manœuvres de réanimation devant l'impossibilité pour eux de transporter la victime vers un centre hospitalier pour d'autres manœuvres plus spécifiques ou pour faire constater le décès.

Recommandations

Que la direction du Service de police de Deux-Montagnes :

- s'assure que tous les membres de son service connaissent les critères de mort évidente, en particulier les directeurs. Ainsi, ils s'assurent de la protection de la vie humaine en l'absence de tels critères même s'ils sont en présence d'une scène de crime potentielle. Il importe de rappeler que c'est à l'autopsie que l'on peut démontrer la présence de lésions vitales et que de prioriser des photos au lieu d'entreprendre des manœuvres de réanimation rend complètement impossible

toute chance de survie, même si les individus sont moralement convaincus que ces manœuvres seront vaines. Il est également possible de faire « une scène de crime » même si le corps n'est plus sur les lieux.

Que le contenu des cours donnés aux étudiants en techniques policières :

- définisse une mort évidente et de ce qu'implique l'absence de mort évidente.

Que l'Association des directeurs de police :

- soit sensibilisée au contenu du présent rapport.

Organisations / personnes visées

Service de police régionale de Deux-Montagnes

Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille

Association des directeurs de police et de pompiers du Québec

13-Avis / Dossier : 112784

Date de l'événement : 16 octobre 2001

Événement : Une jeune femme de 24 ans décède d'embolies pulmonaires au Centre hospitalier Saint-Eustache.

Comme antécédent familial pertinent, on retient un père souffrant de thrombophlébites à répétition avec séquelles d'embolies pulmonaires. Il semble que cette thrombophilie n'était pas transmissible à ses filles.

Dix jours avant son décès, la victime avait consulté à trois reprises, dont deux à l'urgence du Centre hospitalier Saint-Eustache, pour dyspnée et douleur pleurétique.

Lors de la première visite à l'urgence, on conclut à un bronchospasme léger et la jeune femme reçoit un traitement d'inhalothérapie. Elle est soulagée par une médication calmante. Il n'a été aucunement fait mention des antécédents familiaux ou de la récente prise d'anovulants. La deuxième visite s'effectue à la Polyclinique Saint-Eustache où une radiographie pulmonaire démontre un infiltrat au lobe inférieur droit. L'image est compatible avec une pneumonie, à corroborer sur la clinique; un contrôle est suggéré. Une antibiothérapie lui est prescrite. Dès le lendemain, elle consulte à nouveau à l'urgence du Centre hospitalier Saint-Eustache, présentant les mêmes symptômes de dyspnée et de douleurs pleurétiques. Une radiographie de contrôle est effectuée, confirmant un infiltrat du lobe pulmonaire inférieur, compatible avec une pneumonie. Une forte médication lui est prescrite, et la patiente est libérée, devant être revue au besoin. À cette dernière visite, il n'est pas non plus question des antécédents familiaux ou de la prise d'anovulants. Il n'est nulle part fait mention de la lecture du dossier antérieur dans lequel était inclu le bilan de coagulation demandé quelques semaines auparavant, dans le cadre préventif de prescription d'anovulants.

Bien qu'une pneumonie puisse expliquer les symptômes de la patiente, on devait garder en tête un diagnostic différentiel et considérer toutes les hypothèses. En effet, l'évolution observée n'était pas conforme avec celle du diagnostic initial, la victime ayant été sous antibiothérapie, sans amélioration. On aurait dû envisager la possibilité d'une embolie pulmonaire, surtout à la troisième visite et faire un minimum d'investigation pour éliminer ce diagnostic, telle l'utilisation du D-Dimer par Elisa comme méthode diagnostique initiale.

Par ailleurs, l'ambulance est arrivée 20 minutes après l'appel initial, ce qui constitue un délai déraisonnable, l'ambulance devant parcourir 12 kilomètres, ainsi qu'un manque d'organisation mettant la vie du public en danger.

Recommandations

Que le dossier :

- soit revu par le Comité de l'évaluation de l'acte médical du Centre hospitalier Saint-Eustache, le Collège des médecins du Québec et l'Association des médecins d'urgence du Québec.

Que les Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière et la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides :

- voient à l'amélioration du temps d'intervention de leurs techniciens ambulanciers.

Organisations / personnes visées

Centre hospitalier Saint-Eustache

Collège des médecins du Québec

Association des médecins d'urgence du Québec

Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

14-Avis / Dossier : 109636

Date de l'événement : 19 janvier 2001

Événement : Un homme de 37 ans décède d'une arythmie cardiaque maligne au volant de son véhicule automobile à Chambly.

Les policiers sont appelés à 10 h 20 et arrivent sur les lieux à 10 h 21. La victime est assise au volant, sans respiration ni pouls. Ils sortent l'homme du véhicule, le couchent au sol et entament les manœuvres de réanimation. Les ambulanciers sont appelés à 10 h 22, reçoivent leur affectation à 10 h 24 et quittent à 10 h 25. Ce n'est qu'à 10 h 39 que les ambulanciers de l'unité 219 arriveront et constateront l'absence de signes vitaux. Deux chocs seront donnés. Entre l'appel initial pour l'obtention du service ambulancier et l'arrivée sur les lieux, il s'est déroulé 17 minutes.

Or, l'unité 219, qui a répondu à l'appel, est basée à Saint-Jean-sur-Richelieu. Le territoire de Chambly était couvert par l'unité 348 arrivée au Centre hospitalier du Haut-Richelieu à Saint-Jean-sur-Richelieu à 9 h 51 et par l'unité 221 qui était au même centre hospitalier depuis 10 h 04.

Recommandations

Que le centre d'appel du service d'ambulance :

- prenne les mesures pour déplacer systématiquement une unité de la région de Saint-Jean-sur-Richelieu vers le territoire de Chambly, à un endroit prédéterminé, lorsque les ambulances qui couvrent le territoire de Chambly et des environs ne sont pas disponibles, afin de réduire les délais d'intervention.

Que le service d'incendie des municipalités qui n'ont pas de centre hospitalier sur leur territoire :

- soit muni d'un défibrillateur cardiaque semi-automatique et ait le personnel qualifié pour l'utiliser rapidement en situation d'urgence, lorsque les ambulanciers ne peuvent être sur les lieux dans un délai de quatre à huit minutes.

Organisations / personnes visées

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Union des municipalités régionales de comté du Québec

15-Avis / Dossier : 108456

Date de l'événement : 5 novembre 2000

Événement : Un homme de 86 ans décède d'un infarctus du myocarde à son arrivée à l'urgence du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, Pavillon Gatineau, après y avoir été transporté d'urgence dans une auto-patrouille du Service de police Gatineau-Métro.

Au moment de l'appel au service d'urgence 9-1-1, les policiers se sont rapidement rendus au domicile de la victime. Toutefois, aucun véhicule ambulancier du secteur n'était disponible à ce moment. Un véhicule du secteur de Buckingham (ville voisine à environ 25 kilomètres de distance) a été appelé pour effectuer l'intervention. Devant l'état de la victime et le délai que prendrait l'ambulance, les policiers ont préféré assurer le transport eux-mêmes.

Cette situation démontre bien une carence dans la couverture de soins ambulanciers. En ce qui concerne les temps de réponse, il n'existe pas de normes établies. En effet, un document ministériel précise « chaque minute compte », mais ne donne que des suggestions concernant ces temps de réponse. De plus, la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais (CTAO) ne fournit pas à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais de données statistiques récentes sur les temps de réponse. Ainsi, la Régie n'est pas non plus en mesure de nous informer s'il y a amélioration ou détérioration des temps de réponse. Par ailleurs, la compagnie ambulancière confirme qu'en moyenne une fois par jour toutes les équipes ambulancières sont utilisées à 100 %. Cette saturation peut durer de quelques minutes à quelques heures, sans façon de le prédire. Lorsqu'une telle situation se produit, des techniciens ambulanciers sont appelés à leur domicile afin de prêter main forte à la prestation. Ces délais supplémentaires peuvent être de quelques minutes à une heure.

Dans le rapport Dicaire remis au ministre de la Santé et des Services sociaux rendu public en décembre 2000, on note « une stagnation dans le développement des services préhospitaliers d'urgence » ainsi qu'un manque d'imputabilité. Le rapport souligne des disparités régionales quant aux ressources financières qui y sont allouées. L'absence de centrale de coordination d'appels dans plusieurs régions du Québec, notamment la région de l'Outaouais, nuit à la collecte des données. Le rapport somme les autorités de mettre en place non seulement une norme pour les appels ainsi que les objectifs de performance, mais aussi des centrales de communication.

Recommandations

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

- établisse, lors de la prochaine entente contractuelle avec les compagnies ambulancières, des balises claires et précises quant aux performances attendues (temps de réponse, durée et fréquence des périodes de saturation des services ambulanciers, etc.);

- établit, lors de la prochaine entente contractuelle avec les compagnies ambulancières, des moyens permettant de mesurer, de comptabiliser et de vérifier si les temps de réponse moyens répondent aux objectifs visés;
- continue à améliorer l'efficacité des réseaux de services préhospitaliers en utilisant les services de premiers répondants formés dans les secteurs appropriés;
- vérifie les temps de réponse moyens dans les diverses municipalités de son territoire pour mieux connaître la situation et cibler les zones problématiques;
- rencontre la CTAO dans le but de mettre en place un plan clair sur les exigences à satisfaire lors des appels urgents, lorsque les ressources ambulancières sont utilisées à 100 %;
- veille, advenant la mise en place de normes provinciales quant aux temps de réponse, à modifier la flotte ambulancière en conséquence ou augmente le nombre d'intervenants, le cas échéant (premiers répondants).

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- adopte les objectifs fixés par le rapport Dicaire quant aux temps de réponse (huit minutes en centre urbain) et émette une directive opérationnelle à cet effet;
- modifie le mode de calcul et d'attribution des budgets pour les services ambulanciers et élimine les disparités régionales pour permettre d'atteindre les objectifs escomptés;
- rende les régies régionales imputables en les obligeant à produire annuellement un rapport sur les interventions préhospitalières, plus particulièrement le temps de réponse moyen des services d'urgence de leurs territoires et des moyens envisagés pour améliorer la situation si les normes ne sont pas respectées.

Que la Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais :

- rencontre la régie régionale pour définir un plan d'action lorsque les ressources sont utilisées à 100 %, assorti d'un délai maximal acceptable pour l'ajout de ressources supplémentaires;
- participe à la compilation de statistiques en fournissant à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais les données sur le minutage des temps de réponse.

Organisations / personnes visées

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coopérative des techniciens ambulanciers de l'Outaouais

16-Avis / Dossier : 108310

Date de l'événement : 7 septembre 2000

Événement : Un homme de 80 ans décède d'une ischémie myocardique, le lendemain de son transport par ambulance à l'Hôpital général du Lakeshore de Pointe-Claire.

Le délai entre le premier appel au 9-1-1 et l'arrivée des premiers ambulanciers auprès de la victime a été de 18 minutes. Les manœuvres de réanimation n'ont débuté qu'à l'arrivée du médecin, soit environ 13 minutes plus tard. Les manœuvres se sont poursuivies et l'homme a alors eu un pouls spontané. Peu après, il retombait en arrêt cardiorespiratoire, les manœuvres ont été reprises et la victime transportée à l'hôpital où elle décéda le lendemain.

Il est certain qu'un œdème aigu pulmonaire à l'occasion d'un infarctus probable, chez un homme de 80 ans avec une maladie cardiaque athérosclérotique sévère documentée à l'autopsie, est associé à un fort mauvais pronostic. Cependant, peu importe les antécédents, la comorbidité et la condition lors de l'événement, plus l'intervention initiale est rapide, meilleures sont les chances de survie. Dans ce cas particulier, il y a eu un délai de 16 minutes entre les deux appels de l'épouse, et l'homme n'était pas encore en arrêt cardiorespiratoire lors du second appel. Il y avait donc certains espoirs de le stabiliser s'il y avait eu intervention plus rapide.

Selon la politique ministérielle de mai 1992, l'intervention d'Urgences-santé doit se faire à l'intérieur d'un temps de réponse inférieur à huit minutes (dans 90 % des cas). Urgences-santé a démontré que, dans les minutes précédant l'appel de l'épouse de la victime, deux transports urgents furent demandés, ce qui fait qu'à 12 h 26, il n'y avait que six ambulances pour desservir Laval et Montréal, et qu'on estimait que le véhicule le plus près se situait à 31 minutes 40.

Recommandations

Qu'Urgences-santé :

- tiennent un registre faisant état des commentaires des chefs d'équipe et superviseurs des secteurs qui n'ont pu être desservis adéquatement;
- tiennent des statistiques sur l'évolution du temps de réponse et en fasse un élément du contrôle de qualité.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- voie à ce que l'objectif ministériel de mai 1992 soit atteint.

Organisations / personnes visées

Urgences Santé

Ministère de la Santé et des Services sociaux

17-Avis / Dossier : 110625

Date de l'événement : 16 mai 2001

Événement : Une femme souffrant de désordre schizo-affectif, décède d'un polytraumatisme avec possiblement une composante de noyade terminale, après une chute d'un quai au vieux port de Montréal.

La notion de suicide implique le geste intentionnel de se donner la mort. Or, n'ayant trouvé aucune lettre d'adieu écrite par la victime, il est possible que ce soit une chute accidentelle.

Par ailleurs, lorsque la dame a été sortie de l'eau, elle ne présentait pas de caractéristiques de mort évidente. Des mesures de réanimation auraient dû être entreprises par le Service de police de la Ville de Montréal sur les lieux, ce que les ambulanciers ont d'ailleurs fait jusqu'à l'arrivée du médecin qui a constaté le décès.

Recommandation

Que le Service de police de la Ville de Montréal, et particulièrement le personnel du poste 23 :

- sensibilise son personnel au fait qu'en l'absence des critères de mort évidente, des manœuvres de réanimation soient entreprises jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.

Organisation / personne visée

Service de police de la Ville de Montréal