

RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2003

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 : 119817

Date de l'événement : 13 juin 2003

Événement : Un jeune homme de 21 ans perd le contrôle de son automobile et heurte un véhicule stationné sur la rue Roger-Pilon à Montréal. Il décède deux jours plus tard d'une embolie pulmonaire aiguë massive à la bifurcation des artères pulmonaires.

À la suite de l'accident, l'homme est transporté par ambulance à l'hôpital Sacré-Cœur où l'investigation met en évidence une fibrillation auriculaire et une fracture de la malléole interne et du péroné. Des consultations en cardiologie et en traumatologie sont demandées. Il est vu le matin par le cardiologue qui conclut à un syndrome secondaire à l'effet adrénérgique de l'accident et à la prise d'alcool et de Sudafed. En après-midi, comme le rythme cardiaque est revenu à un rythme sinusal, le patient est libéré de la cardiologie. Une attelle de Zimmer est prescrite par le résident en orthopédie pour immobiliser le genou gauche et une chirurgie est prévue en soirée pour réparer la fracture de la malléole. Le patient est avisé au cours de la soirée que l'opération est annulée et reportée au lendemain. La chirurgie sera reportée une deuxième fois, deux jours plus tard. Le lendemain soir, le patient est trouvé en convulsion par des ambulanciers. Son décès sera constaté après des manoeuvres de réanimation infructueuses.

Recommandation

Que le Collège des médecins du Québec:

- étudie ce dossier et formule des suggestions concernant la possibilité d'anticoagulant en prophylaxie.

Organisation / personne visée

Collège des médecins du Québec

2-Avis / Dossier : 116862, 116863

Date de l'événement : 6 octobre 2002

Événement : Un policier de la Sûreté du Québec et un surveillant routier du ministère des Transports sont mortellement heurtés par un véhicule automobile alors qu'ils étaient à positionner des cônes, afin de protéger un corridor de sécurité pour un autobus en panne en bordure de l'autoroute 15 Nord à Laval. L'autobus empiétait d'environ 30 cm sur la voie de gauche.

C'est une chute de pression d'air dans le système de freinage d'urgence qui a occasionné l'arrêt de l'autobus. Ainsi, une telle baisse de pression oblige le conducteur à s'immobiliser dans un court délai. Toutefois, le coroner est d'avis qu'un tel système a

certainement sa raison d'être, mais le conducteur devrait disposer d'un peu plus de temps pour immobiliser son véhicule de façon sécuritaire.

La méthode de travail utilisée par les deux travailleurs pour établir une zone de déviation n'était pas sécuritaire. Par ailleurs, l'installation des cônes par les victimes s'est faite en marchant face au trafic, pour revenir par la suite en marchant dos au trafic, à plus de 50 mètres à l'arrière de la camionnette du Ministère et de l'auto-patrouille. C'est à ce moment que l'accident est survenu.

Pour ce type de situation, obligeant une déviation du trafic, les procédures, tant de la Sûreté du Québec que du ministère des Transports, sont incomplètes.

Les procédures de la Sûreté du Québec traitent de dossier de sécurité, de corridor de sécurité, mais aucunement de la façon la plus sécuritaire pour bloquer la route, que ce soit par l'installation des fusées ou d'autres moyens de signalisation, par le positionnement de l'auto-patrouille qui devrait servir de protection entre les policiers circulant sur la chaussée et les véhicules roulant en direction de l'obstacle.

Pour ce qui est des directives du ministère des Transports, on constate qu'elles ne sont pas claires quant à la position du véhicule qui devrait servir de protection entre les intervenants sur la chaussée et les véhicules circulant en direction de l'obstacle, au moment de l'installation de la signalisation de déviation ou de fermeture de route.

Recommandations

Que la Sûreté du Québec:

- se dote d'une procédure sécuritaire (en particulier sur le positionnement du véhicule d'urgence qui devrait faire office de barrière entre le policier à pied et les véhicules se dirigeant vers l'obstacle) pour s'assurer de respecter la santé et la sécurité du ou des policiers qui procèdent à la fermeture d'une route ou d'une partie de route;
- s'assure que tous ses membres sont informés d'une telle procédure.

Que le ministère des Transports:

- se dote d'une procédure sécuritaire (en particulier sur le positionnement du véhicule d'urgence qui devrait faire office de barrière entre les intervenants sur la chaussée et les véhicules circulant en direction de l'objet, pour s'assurer de respecter la santé et la sécurité des travailleurs qui procèdent à la fermeture d'une route ou d'une partie de route);
- s'assure que tous ses travailleurs soient informés d'une telle procédure.

Que Transports Canada:

- soit sensibilisé aux conséquences de l'immobilisation dans un court laps de temps d'un véhicule comme un autobus, après une chute de pression dans le système de freinage d'urgence et étudie des modifications qui pourraient être faites pour laisser plus de temps au conducteur.

Organisations / personnes visées

Sûreté du Québec

Ministère des Transports

Transports Canada

3-Avis / Dossier : 114539

Date de l'événement : 15 février 2002

Événement : Un homme de 30 ans est trouvé sans vie sous son véhicule tout-terrain (VTT), dans un sentier à Notre-Dame-des-Prairies. Le véhicule est sorti de piste avant de heurter une petite butte dure, et provoquent le renversement du véhicule sur la victime. L'accident serait attribuable à la vitesse ainsi qu'à une capacité affaiblie par l'alcool.

Les ambulanciers sont avisés de l'accident par le 9-1-1, qui ne transmet pas l'appel aux policiers. Un témoin se rend à l'intersection du sentier et du rang de la Deuxième-Chaloupe, dans l'attente des secours. Les policiers, prévenus par un journaliste, arrivent sur les lieux et élaborent un moyen d'évacuer la victime avec les ambulanciers en attendant l'arrivée du traîneau d'évacuation et d'une motoneige. Un premier ambulancier a pu se rendre au chevet de la victime grâce à un motoneigiste qui passait, afin de d'entamer des manœuvres de réanimation. Le blessé est transporté au Centre hospitalier régional de Lanaudière où son décès sera constaté.

Recommandations

Que les corps policiers de la région de Lanaudière:

- prennent connaissance de ce rapport d'investigation et unissent leurs efforts à ceux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région Laurentides-Lanaudière, afin de concevoir un protocole d'évacuation des blessés sur les sentiers de VTT et de motoneiges, tout en augmentant la disponibilité du traîneau et de la motoneige d'évacuation.

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

- prennent connaissance de ce rapport d'investigation et unissent leurs efforts à ceux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région Laurentides-Lanaudière, afin de concevoir un protocole d'évacuation des blessés sur les sentiers de VTT et de motoneiges, tout en augmentant la disponibilité du traîneau et de la motoneige d'évacuation.

Organisations / personnes visées

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Postes de la Sûreté du Québec - Lanaudière

Postes de la Sûreté du Québec - Laurentides

4-Avis / Dossier : 118152

Date de l'événement : 22 janvier 2003

Événement : Un travailleur de la compagnie Galerie du tapis de Baie-Comeau décède d'un traumatisme thoracique avec perforation cardiaque par une côte fracturée, après à une chute d'une échelle alors que cette dernière, appuyée entre le plancher du rez-de-chaussée et celui du premier étage a glissé.

La victime était peintre et plâtrier et travaillait dans une maison à Pointe-Lebel. C'est son épouse, inquiète de ne pas le voir revenir à la maison, qui s'est rendue sur place et l'a

trouvé étendu par terre, inerte. Appelés sur les lieux, les ambulanciers ont fait un constat de mort apparente sans utiliser le moniteur selon le protocole en vigueur. Appelés ailleurs d'urgence, les ambulanciers ont quitté les lieux sans plus tarder, pour y revenir moins d'une heure plus tard et transporter la victime à l'hôpital pour que le décès soit constaté.

Recommandations

Que la compagnie Galerie du tapis apporte les correctifs selon le code de sécurité en vigueur pour les travaux de construction, particulièrement en ce qui a trait au travail en milieu isolé et à l'utilisation d'échelles et d'escabeaux:

- s'assure qu'une méthode de surveillance efficace, intermittente ou continue est mise en application, lorsqu'un travailleur exécute seul un travail dans un lieu isolé où il lui est impossible de demander l'assistance;
- lorsqu'une échelle est utilisée comme moyen d'accès à un chantier de construction, s'assurer que celle-ci dépasse le palier supérieur d'au moins 90 cm et est solidement fixée en place.

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord:

- procède à l'évaluation et au suivi appropriés de cette intervention.

Organisations / personnes visées

Compagnie Galerie du tapis

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

5-Avis / Dossier : 119148

Date de l'événement : 15 janvier 2003

Événement : Un homme de 87 ans décède d'insuffisance cardio-respiratoire multifocale le lendemain d'une chute survenue à la maison, alors qu'il avait perdu l'équilibre. Une fracture de la hanche était alors diagnostiquée. La victime avait un lourd passé médical qui le rendait très vulnérable aux complications du traumatisme qu'il avait subi la veille et des effets secondaires de certains médicaments.

Il a été amené au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau avant d'être transféré au Centre hospitalier de Sept-Îles pour une chirurgie. Durant son transport par la firme Ambulances Côte-Nord de Baie-Comeau, l'homme a fait un arrêt cardio-respiratoire. On a dû immobiliser l'ambulance pour entreprendre les manœuvres de réanimation. Après trois tentatives infructueuses les ambulanciers ont réussi à l'intuber.

Par la suite, l'ambulancier a repris la route afin de se rendre au CLSC de Port-Cartier le plus près. Comme il ne connaissait pas le chemin et qu'il n'y avait aucune signalisation sur la route 138 pour s'y rendre, il dû s'arrêter pour s'informer.

Recommandation (tel que présenté sur le site Internet).

Un homme de 87 ans décède d'insuffisance cardio-respiratoire multifocale le lendemain d'une chute survenue à la maison, alors qu'il avait perdu l'équilibre. Une fracture de la hanche était alors diagnostiquée. La victime avait un lourd passé médical qui le rendait très vulnérable aux complications du traumatisme qu'il avait subi la veille et des effets secondaires de certains médicaments.

Il a été amené au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau avant d'être transféré au Centre hospitalier de Sept-Îles pour une chirurgie. Durant son transport par la firme Ambulances Côte-Nord de Baie-Comeau, l'homme a fait un arrêt cardio-respiratoire. On a dû immobiliser l'ambulance pour entreprendre les manœuvres de réanimation. Après trois tentatives infructueuses les ambulanciers ont réussi à l'intuber.

Par la suite, l'ambulancier a repris la route afin de se rendre au CLSC de Port-Cartier le plus près. Comme il ne connaissait pas le chemin et qu'il n'y avait aucune signalisation sur la route 138 pour s'y rendre, il dû s'arrêter pour s'informer.

Organisations / personnes visées

Ambulances Côte-Nord

Ministère des Transports

6-Avis / Dossier : 117234

Date de l'événement : 10 novembre 2002

Événement : Un homme de 74 ans décède à la suite d'une chute du deuxième étage de sa résidence, dans un contexte de délire paranoïde.

Depuis le décès de son épouse survenu en 1996, le comportement de l'homme avait changé. Il avait réorganisé sa vie sociale en se retirant chez-lui et avait développé une méfiance du monde qui l'entourait. Sont apparues des hallucinations visuelles sous forme de « bonhommes verts » qui occupaient de plus en plus sa maison et son espace vital. La cause la plus plausible de la chute serait que la victime était aux prises avec des hallucinations agressantes. Dans une poussée paranoïde et possiblement pour se sauver ou pour mettre à l'abri ses biens monétaires, il aurait essayé de repousser ces bonhommes et se serait projeté dans la fenêtre, d'où la chute fatale.

La victime avait donc des problèmes de santé mentale qui inquiétaient fortement ses enfants, mais elle refusait toute évaluation médicale. Sa fille aurait adressé des demandes d'aide à la Sûreté du Québec, au CLSC ainsi qu'à son psychologue personnel. Or, on lui aurait fait part de procédures juridiques et de frais d'avocat et de Cour, afin qu'un juge prenne en considération la demande de la famille. Cette notion et la culpabilité de s'attirer la colère de son père lui ont fait cesser ses démarches. Or, toute personne peut demander au tribunal une ordonnance à subir une évaluation, en adressant une « requête introductive d'instance pour évaluation psychiatrique ». Il n'y a aucun frais associé à ces démarches.

Recommandations

Que l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec:

- fasse connaître dans la population générale, à l'occasion d'activités thématiques ou lors d'événements locaux s'y prêtant, les buts et procédures de Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale;
- voie à ce que les citoyens exposés à des situations dans lesquelles la Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale pourrait s'appliquer puissent se confier que les proches d'un malade aient accès à une information rigoureuse et ayant fait l'objet d'un protocole à la grandeur du Québec;

- voie à ce que les intervenants sociaux concernés favorisent l'accompagnement du requérant d'une ordonnance qui vit souvent une situation de crise familiale et n'a pas toujours une connaissance du système juridique;
- voie à ce que chacun des CLSC établisse avec les corps policiers de sa région un protocole de référence systématique des cas pour lesquels le corps policier aura été interpellé pour évaluer la dangerosité d'un individu.

Organisation / personne visée

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

7-Avis / Dossier : 114543

Date de l'événement : 19 mars 2002

Événement : Une femme de 70 ans décède d'une asphyxie par obstruction des voies respiratoires alors qu'elle mangeait dans un restaurant de Saint-Lazare.

Des manœuvres de réanimation ont été débutées par les policiers et les ambulanciers qui tentaient, sans succès, de ventiler la victime. Ni les policiers ni les ambulanciers n'ont pratiqué la méthode de Hemliech afin de dégager les voies respiratoires.

La femme souffrait d'une néoplasie très expansive du palais et des amygdales, laquelle était traitée avec de la radiothérapie. Des effets secondaires reliés aux traitements lui causaient des problèmes de dysphagie ainsi qu'une insuffisance vélopharyngienne.

Recommandation (tel que présenté sur le site Internet)

Une femme de 70 ans décède d'une asphyxie par obstruction des voies respiratoires alors qu'elle mangeait dans un restaurant de Saint-Lazare.

Des manœuvres de réanimation ont été débutées par les policiers et les ambulanciers qui tentaient, sans succès, de ventiler la victime. Ni les policiers ni les ambulanciers n'ont pratiqué la méthode de Hemliech afin de dégager les voies respiratoires.

La femme souffrait d'une néoplasie très expansive du palais et des amygdales, laquelle était traitée avec de la radiothérapie. Des effets secondaires reliés aux traitements lui causaient des problèmes de dysphagie ainsi qu'une insuffisance vélopharyngienne.

Organisations / personnes visées

Sûreté du Québec - MRC Vaudreuil-Dorion Ouest

Coopérative des employés techniciens ambulanciers de la Montérégie

8-Avis / Dossier : 119553

Date de l'événement : 20 mai 2003

Événement : Une femme de 39 ans est trouvée pendue par un membre de sa famille dans le logement qu'elle habitait seule, à Laval.

À l'arrivée des ambulanciers, le corps présentait une certaine rigidité cadavérique rendant impossible l'ouverture des voies respiratoires. Aucune manœuvre de réanimation n'a pu être faite. Après consultation auprès du médecin de garde à Urgences-santé, ils avisent les policiers qu'ils ne transporteront pas le corps, les obligeant ainsi à demeurer sur place. À leur tour, les policiers informent le coroner qu'en raison d'un changement de quart de

travail, le décès ne pourra être constaté à ce moment. Ce n'est que quatre heures après l'appel fait au 9-1-1 que le décès est constaté.

Le coroner rappelle que sa juridiction ne débute qu'au moment où le décès d'une personne est constaté et non avant. Il ne peut formuler d'ordonnance ni faire déplacer le corps avant que le décès ne soit constaté. Par ailleurs, le travail des policiers est d'assurer la sécurité publique et non d'attendre la levée du corps à cause d'un changement de quart de travail.

Recommandations

Que la Corporation d'Urgences-santé:

- s'assure que les membres de son personnel obtiennent un tracé plat au moniteur avant de quitter les lieux lorsqu'un médecin est demandé pour constater un décès;
- s'assure que le médecin chargé de constater un décès, le fasse dans un délai raisonnable ne dépassant pas une heure et ne soit pas retardé par des questions administratives ou de relation de travail.

Que le Service de police de la Ville de Laval:

- exige le transport d'une personne en apparence décédée vers un centre hospitalier pour y faire constater le décès, lorsque celui-ci ne peut être constaté dans un délai de moins d'une heure.

Organisations / personnes visées

Urgences Santé

Service de la protection des citoyens de Laval

9-Avis / Dossier : 116718

Date de l'événement : 16 septembre 2002

Événement : Une femme de 43 ans se suicide par noyade dans la rivière Gatineau, en se jetant d'un quai. Elle était en fuite de l'urgence du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais – Pavillon Gatineau.

Deux jours auparavant, la victime était amenée par ambulance à l'urgence du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais – Pavillon Gatineau pour comportements bizarres. Les urgentistes retenaient un diagnostic de possibilité de personnalité borderline ou de dépression avec éléments psychotiques. Une consultation en psychiatrie a été demandée. Or, le service de psychiatrie de l'hôpital est fonctionnel les jours de la semaine seulement par les psychiatres du Centre hospitalier Pierre-Janet. Il a donc été décidé de garder la patiente à l'urgence en cure libre, jusqu'à ce qu'elle soit vue en consultation le lundi par le psychiatre de garde.

Le comportement de la patiente demeurait imprévisible et aurait nécessité une observation plus étroite.

Recommandations

Que le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais – Pavillon Gatineau:

- mette en place, pour le service d'urgence, un protocole pour garder en observation étroite les patients admis avec des éléments psychotiques et idéations suicidaires;
- transfère ces patients par ambulance au Centre hospitalier Pierre-Janet, lorsqu'un psychiatre n'est pas disponible à l'hôpital.

Organisation / personne visée

Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais - Pavillon Gatineau

10-Avis / Dossier : 116665

Date de l'événement : 4 septembre 2002

Événement : Un homme de 25 ans, détenu au pénitencier de Donnacona, est trouvé pendu dans sa cellule qu'il occupait seul.

À sa découverte, l'individu a été transporté sur une civière à l'infirmierie où débutaient les manœuvres de réanimation. Devant l'urgence de la situation, on a appelé l'infirmier qui se trouvait le plus près de l'établissement et non celui qui était en disponibilité. Ce n'est qu'à l'arrivée de l'infirmier que les services ambulanciers ont été demandés, soit vingt minutes après la constatation de l'arrêt cardiorespiratoire.

À ce pénitencier, il n'y a pas d'infirmier disponible sur place la nuit. Celui-ci est en disponibilité avec téléavertisseur.

Recommandation

Que l'Établissement de Donnacona:

- la possibilité que pendant les périodes de la journée où il y a absence de personnel infirmier sur place, les services ambulanciers soient demandés le plus rapidement possible lorsqu'un arrêt cardiorespiratoire est noté et que les manœuvres débutent.

Organisation / personne visée

Établissement de Donnacona

11-Avis / Dossier : 115588

Date de l'événement : 3 juillet 2002

Événement : Un jeune homme de 24 ans de Montréal se suicide par pendaison dans un contexte de rupture amoureuse.

Le jour de son décès, la victime avait téléphoné à son ex-amie afin de lui exprimer son désespoir. Face aux propos suicidaires qu'ils tenaient, cette dernière communique avec le 9-1-1 pour signaler la situation. Arrivés au domicile et devant l'impossibilité d'ouvrir la porte, les policiers ont demandé la présence d'un sergent sur place, afin de pouvoir défoncer la porte. Or, le coroner s'interroge sur cette façon de faire. Lorsque les policiers se présentent sur les lieux, le but de leur appel est qu'un homme ayant tenu des propos suicidaires pourrait avoir mis fin à ses jours.

Chaque minute compte pour sauver une vie, et particulièrement dans les cas de pendaison. Or, il aurait été préférable pour les policiers de défoncer la porte plutôt que d'attendre l'autorisation de leur supérieur. Le concierge se trouvait avec eux et il n'y avait aucune désapprobation de sa part.

On ne peut affirmer qu'avec une intervention plus hâtive, la victime aurait survécu à son geste. Par contre, en agissant avec célérité, les chances de sauver une vie ne peuvent qu'augmenter.

Recommandation

Que le Service de police de la Ville de Montréal:

- réviser ses directives au regard de la présente affaire et y apporte les correctifs nécessaires, s'il y a lieu.

Organisation / personne visée

Service de police de la Ville de Montréal

12-Avis / Dossier : 117499

Date de l'événement : 1^{er} décembre 2002

Événement : Un homme de 46 ans demeurant à Moisie décède d'un infarctus du myocarde.

Le délai d'intervention des ambulanciers a été très long. Il s'est écoulé 37 minutes entre l'appel au 9-1-1 et l'arrivée des ambulanciers sur les lieux, alors que ce trajet se fait normalement en 12 minutes l'été et entre 18 et 20 minutes l'hiver.

Recommandations

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord:

- réviser l'intervention ambulancière effectuée dans ce cas afin d'analyser les motifs du délai d'intervention;
- prendre les mesures afin que le délai d'intervention soit diminué dans un objectif de protection de la vie humaine.

Organisation / personne visée

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

13-Avis / Dossier : 117448

Date de l'événement : 21 novembre 2002

Événement : Un homme de 49 ans, incarcéré à l'Établissement de Donnacona, décède d'un accident cardiovasculaire étant porteur d'une maladie cardiaque artériosclérotique.

Dans la chaîne de survie d'un patient, les minutes sont essentielles après un arrêt cardiorespiratoire. Après un accident cardiovasculaire, la victime est très souvent en fibrillation ventriculaire. Ainsi, la défibrillation rapide permet au cœur de reprendre un rythme régulier. Or, dans le présent cas, il y a eu plus de 20 minutes entre le moment où l'arrêt cardiorespiratoire a été constaté et la tentative de défibrillation par les ambulanciers. Les chances de survie s'avéraient donc très faibles.

Recommandation

Que l'Établissement de Donnacona:

- considère l'achat d'un défibrillateur et s'assure par la suite qu'il y a en tout temps un membre du personnel infirmier, disponible sur place ou sur appel, formé pour pouvoir utiliser un tel appareil; cette personne devrait pouvoir intervenir rapidement lorsque de telles urgences se présentent.

Organisation / personne visée

Établissement de détention de Donnacona

14-Avis / Dossier : 116101

Date de l'événement : 14 août 2002

Événement : Un homme de 40 ans s'effondre en arrêt cardio-respiratoire à son domicile de LaSarre.

Malgré la proximité des lieux, un délai de dix minutes s'est écoulé entre l'appel au 9-1-1 et l'arrivée des ambulanciers. Ce délai est dû au fait que ces derniers ne sont pas affectés en permanence à un véhicule et qu'ils répondent aux appels à partir de leur résidence. Le coroner trouve cette situation inadmissible, puisque ce sont les seuls services ambulanciers disponibles pour tout l'Abitibi-Ouest.

Recommandation

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux:

- alloue les budgets suffisants pour permettre d'affecter deux ambulanciers par ambulance, disponible en permanence dans leur véhicule ou dans un local.

Organisation / personne visée

Ministère de la Santé et des Service sociaux

15-Avis / Dossier : 115487

Date de l'événement : 20 juin 2002

Événement : Un homme de 51 ans, reconnu coronarien après avoir fait un infarctus du myocarde six ans auparavant, s'effondre subitement à sa résidence de Shawinigan-sud. Il sera amené par les ambulanciers au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Saint-Joseph où, après un traitement de l'asystolie, le médecin a dû constater son décès. Le transport ambulancier avait été refusé au Centre hospitalier Centre-Mauricie, puisque le service d'urgence était fermé sur le quart de nuit, par pénurie de médecins y travaillant.

Pour le directeur général de l'hôpital, il était évident que les ambulances ne pouvaient pas se présenter au Centre hospitalier Centre-Mauricie la nuit, en raison du fait que la Régie régionale avait demandé aux ambulanciers d'amener tous les cas dans un autre hôpital à cause de la fermeture du service d'urgence. Par contre, il semble que les gens sur le terrain savaient qu'il y avait un plan de contingences mais n'avaient pas été mis au courant du détournement des ambulances.

Tous les intervenants administratifs s'étaient acquittés de leurs tâches en écrivant ou en s'échangeant des lettres et avaient accepté un plan de contingences qui avait été déposé sur des babillards dans la période où le personnel régulier est souvent absent pour vacances. Le coroner est d'avis que tous les employés auraient dû être rencontrés pour leur faire connaître le plan de contingences et toute la dynamique l'entourant tant en préhospitalier qu'en hospitalier.

Recommandation

Que les différentes directions du Centre hospitalier Centre-Mauricie et le service préhospitalier de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec:

- fassent des réunions de personnel pour les informer de la mise en place d'un plan de contingences.

Organisations / personnes visées

Centre hospitalier Centre-de-la-Mauricie

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

16-Avis / Dossier : 115172

Date de l'événement : 27 mai 2002

Événement : Un homme de 78 ans, transporté en ambulance à l'urgence du Centre hospitalier Fleury à Montréal pour douleurs abdominales, décède d'un choc hémorragique secondaire à la rupture d'un anévrisme artériosclérotique de l'aorte abdominale.

La victime est vue au triage par l'infirmière qui notera, entre autres, des douleurs intenses à 7/10, une pâleur et une moiteur de la peau avec un pouls à 66. Elle devait classer ce cas en priorité 4 compte tenu de la douleur abdominale mais, devant la pâleur de celui-ci, elle le classe priorité 3, c'est-à-dire devant être vu par le médecin dans la demi-heure qui suit. Elle installe le patient dans une chaise roulante placée dans la salle d'attente de l'urgence et bien à la vue de l'infirmière.

Selon l'expertise d'un urgentologue qui a étudié ce dossier, le patient présentait des signes compatibles avec un choc soit pâleur, diaphorèse et étourdissements. Le patient aurait dû être classé priorité 2, soit 15 minutes ou moins à cause des symptômes accompagnateurs suggestifs d'un état de choc. Toutefois, il est possible ou même probable que, même avec une identification rapide de l'état de choc, le patient n'aurait pas survécu jusqu'à un transfert dans un centre capable de réparer l'aorte.

Par ailleurs, l'expert est un peu étonné du pouls à 66 pris par l'infirmière, alors que les ambulanciers notaient un pouls à 125. Les appareils de mesure de tension artérielle automatiques utilisés systématiquement dans les salles d'urgence manquent parfois les irrégularités du pouls ou le pouls filant, donnant des valeurs faussement basses. L'infirmière au triage devrait s'assurer de la qualité du pouls par un examen clinique, dans les cas où le patient semble plus mal en point que ce que les appareils automatiques n'indiquent.

Recommandation

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Fleury, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et l'Association des hôpitaux du Québec: s'assurent que les infirmiers et les infirmières affectés au triage sont formés sur les signes et symptômes du choc, et sensibilisés sur la possibilité que la mesure électronique du pouls est inexacte en cas d'arythmie ou pouls filant.

Organisations / personnes visées

Centre hospitalier Fleury

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Association des hôpitaux du Québec

17-Avis / Dossier : 114711**Date de l'événement : 14 avril 2002****Événement : Un homme de 26 ans s'effondre subitement en jouant au hockey à l'aréna de Rosemère et décède d'une insuffisance myocardique aiguë, secondaire à une cardiomyopathie hypertrophique. Des manœuvres de réanimation sont entreprises par des coéquipiers jusqu'à l'arrivée des ambulanciers sur place, dix minutes après avoir reçu l'appel.**

Un mois auparavant, l'individu avait consulté à la polyclinique 640 après une perte de conscience survenue dans les mêmes circonstances. Les résultats des examens étant normaux, une consultation en cardiologie est prévue quelques semaines plus tard, délai raisonnable selon le coroner. Ce n'est qu'à l'autopsie que le problème cardiaque de la victime a été découvert. Étant donné le caractère héréditaire de cette forme de cardiomyopathie, il serait indiqué de procéder à une investigation familiale.

Recommandations

Que la famille:

- reçoive une copie de ce rapport afin qu'un dépistage soit fait par leur médecin de famille afin d'éliminer le type de pathologie que présentait ce dernier. L'examen de base que devrait faire subir le médecin aux membres de la famille est une échocardiographie.

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

- s'assure de continuer à optimiser les soins ambulanciers préhospitaliers dans le but de diminuer les délais de prise en charge et qu'elle s'assure d'une répartition adéquate des véhicules ambulanciers sur son territoire.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux:

- s'interroge sur la pertinence de rendre disponibles les moniteurs défibrillateurs semi-automatiques dans les endroits à risque, par exemple les endroits où se pratiquent des activités sportives.

Organisations / personnes visées

Régies régionales de la santé et des services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux

18-Avis / Dossier : 109854**Date de l'événement : 11 mars 2001****Événement : Une jeune femme asthmatique de 19 ans décède d'une encéphalopathie hypoxique et ischémique secondaire à un status asthmaticus.**

Trouvée en difficulté respiratoire à son travail, la victime a été conduite en moins de cinq minutes à la clinique médicale du Mont Tremblant. À cet endroit, le médecin a installé une intraveineuse. À deux reprises, la victime est tombée en arrêt cardio-respiratoire. Elle a été intubée par voie endotrachéale et une réanimation par massage et ventilation avec un masque a été amorcée. On a pu la réanimer après l'administration d'adrénaline.

Transportée en ambulance au Centre hospitalier Laurentien de Sainte-Agathe-des-Monts, elle y est arrivée dans un coma profond. Les soins requis ont été prodigués. Quelques

heures plus tard, elle tombait en arrêt cardio-respiratoire et, malgré les manœuvres de réanimation agressives la jeune femme décédait.

La clinique médicale du Mont Tremblant est une clinique privée située au pied des pentes de ski. Elle est équipée de services médicaux pour le village de Mont Tremblant ainsi que tous les visiteurs du site. Cette clinique n'a pas de directeur médical. On y engage des médecins de différentes spécialités sans nécessairement exiger une certification en soins d'urgence.

À cette clinique, le coroner est d'avis qu'un traitement d'aérasathérapie, plus spécifiquement avec compresseur, aurait été nécessaire. L'absence d'oxygène sur place a été un facteur déterminant. De plus, il est à noter que le tube endotrachéal a été installé à 27 cm, donc mal positionné, c'est à dire dans la bronche droite. Finalement, le médecin aurait dû accompagner la patiente durant le transport ambulancier étant donné l'intubation. En effet, les ambulanciers n'avaient pas l'expérience nécessaire pour modifier la position du tube et assurer le fonctionnement par cette méthode de ventilation.

Recommandations

Que la clinique médicale de Mont Tremblant:

- procède à une réévaluation des services offerts;
- s'assure d'avoir sur place les équipements et la médication nécessaire et, plus précisément, de l'oxygène, un défibrillateur et la possibilité d'offrir un traitement d'aérasathérapie;
- s'assure que ses médecins ont une formation pour installer un combitube.

Organisation / personne visée

Clinique médicale de Mont Tremblant