

# RECOMMANDATIONS DU BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC ANNÉE 2005

## Dossiers touchant de près ou de loin le préhospitalier

Recherche et compilation : Stéphan Gascon, paramédic

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

1-Avis / Dossier : 126505, 122320

Date de l'événement : 7 janvier 2004

Événement : La motoneige fait deux victimes, l'une à Mandeville et l'autre à Sainte-Agathe.

Les victimes étaient des touristes sans expérience dans la conduite de la motoneige. Une d'elles aurait effectué une sortie de piste dans une courbe, probablement à la suite d'une confusion entre les manettes de freinage et d'accélération. L'autre circulait à une vitesse excessive et a perdu la maîtrise de sa motoneige dans une courbe, pour heurter un arbre.

Le coroner s'interroge sur la sécurité qu'on offre aux touristes qui, sans formation prolongée ni expérience pratique, utilisent ce moyen de transport dans des conditions difficiles. Les participants doivent observer certaines règles de sécurité, mais le coroner se demande jusqu'à quel point elles sont suivies et respectées. Par ailleurs, il est d'avis qu'il pourrait également être indiqué de limiter le niveau de performance des motoneiges en location, évitant ainsi à des gens peu expérimentés d'atteindre des vitesses dangereuses.

### Recommandations

Que le ministère des Transports du Québec :

- prenne connaissance de ce rapport afin que les éléments pertinents de ce décès contribuent à la discussion lors de la consultation publique sur les véhicules hors route;
- encadre étroitement les locataires de véhicules hors route (motoneige en particulier);
- limite la vitesse et le pouvoir d'accélération des véhicules de location;
- analyse avec les services préhospitaliers les secours d'urgence offerts aux motoneigistes en terrain éloigné.

### Organisation / personne visée

Ministère des Transports

**2-Avis / Dossier : 126132****Date de l'événement : 9 décembre 2004****Événement : Un homme de 75 ans décède des séquelles d'un traumatisme crânien subi à la suite d'une chute survenue deux jours auparavant, sur un trottoir glacé de Montréal.**

L'homme est transporté à l'Hôpital Jean-Talon où l'on procède à une première évaluation vers 12 h 25. Le médecin note que le patient est confus et que l'échelle de Glasgow est de 14/15. Une tomодensitométrie cérébrale met en évidence une lésion évolutive qui peut être associée à un hématome, avec foyers hémorragiques. Or, ce n'est qu'à 18 h que le médecin de garde demande un temps de prothrombine. Le coroner est d'avis que, lors de l'évaluation initiale, le médecin de garde a omis de demander cet examen qui aurait été fort utile dans le présent cas.

**Recommandations**

Que le directeur des services professionnels de l'Hôpital Jean-Talon :

- instaure un protocole d'investigation et de traitement, pour les patients présentant un traumatisme crânien.

Que le Collège des médecins du Québec :

- examine le présent dossier.

**Organisations / personnes visées**

Directeur des services professionnels de l'Hôpital Jean-Talon  
Collège des médecins du Québec

**3-Avis / Dossier : 126017****Date de l'événement : 23 novembre 2004****Événement : Une femme de 93 ans, demeurant au CHSLD Le Manoir Cartierville, décède d'une hémorragie cérébrale à la suite d'une chute de son lit.**

L'accident est survenu alors que la préposée aux bénéficiaires se préparait à donner les soins d'hygiène à la victime. Elle avait baissé la ridelle du lit et se trouvait au lavabo au moment de la chute. L'infirmière est appelée sur les lieux. Les premiers soins sont donnés et les signes vitaux et neurologiques vérifiés. Le médecin voit la patiente un peu plus tard et prescrit une radiographie du crâne. Les intervenants décident d'attendre avant de prendre les dispositions pour l'examen, car la femme est sourde et doit être accompagnée par un interprète en langage gestuel qui n'est disponible que le lendemain.

Une surveillance étroite de la patiente est effectuée tout au long de l'avant-midi. En début d'après-midi, son état se détériore et elle est transférée au Centre hospitalier Sacré-Cœur. Malgré les soins prodigués, on ne peut que constater son décès.

**Recommandation**

Que le Manoir Cartierville :

- peaufine son plan d'action élaboré à la suite de cet accident et le mette en application dans les plus brefs délais.

### **Organisation / personne visée**

Manoir Cartierville

#### **4-Avis / Dossier : 125360**

**Date de l'événement : 9 octobre 2004**

**Événement : Un homme de 50 ans, détenu à l'Établissement de détention de Trois-Rivières, décède d'une dépression respiratoire par intoxication médicamenteuse.**

L'examen du profil pharmacologique contenu au dossier médical de l'homme n'indiquait pas la prise de morphine et de ses dérivés ni de bromazépan. Or, l'analyse toxicologique *post mortem* a révélé la présence d'une dose fortement toxique de morphine dans le sang de la victime. Comme celle-ci était détenue depuis six mois, il est probable qu'elle s'était procurée sa dose fatale de façon illicite à l'intérieur des murs de la prison.

Même si on signale un problème d'infiltration de médicaments illicites ou de drogues dans plusieurs autres établissements carcéraux au Québec et qu'il peut s'avérer téméraire et présomptueux de prétendre vouloir éradiquer totalement et définitivement le problème, le coroner désire tout de même formuler une recommandation à la direction de l'établissement de détention où est survenu cet événement.

#### **Recommandation**

Que la direction de l'Établissement de détention de Trois-Rivières :

- constitue un comité *ad hoc*, ou mandate spécifiquement un comité déjà en place, comme le comité de santé et sécurité, pour étudier le phénomène de la consommation de médication illicite ou de drogue à l'intérieur des murs de l'établissement pour déterminer l'importance, les sources d'approvisionnement, et proposer des pistes de solutions au problème.

### **Organisation / personne visée**

Établissement de détention de Trois-Rivières

#### **5-Avis / Dossier : 124521**

**Date de l'événement : 3 août 2004**

**Événement : Une femme de 27 ans décède d'une arythmie cardiaque, dans le contexte d'un régime amaigrissant, au cours duquel elle consommait des produits contenant des précurseurs de l'éphédrine.**

La jeune femme travaillait comme technicienne artistique en pose d'ongles. Elle s'était présentée à un concours local de beauté et de personnalité et avait gagné. Elle se préparait pour le concours final du Québec et disait à tous qu'elle voulait gagner. Toutefois, même si elle se considérait à son poids idéal, elle tentait de faire disparaître un peu de graisse sur son abdomen et augmenter sa masse musculaire. Elle mangeait peu, s'entraînait beaucoup à la maison à l'aide d'appareils de gymnastique et consommait des

médicaments non autorisés au Canada qu'elle se procurait en vente libre dans un centre de produits naturels près de son travail.

C'est un déséquilibre électrolytique qui a fort probablement causé une arythmie cardiaque fatale. Cette situation clinique s'est développée progressivement la semaine précédant son décès et a été, en partie, masquée par l'utilisation de stimulants qui ont provoqué chez la victime des épisodes de bien-être relatif.

### **Recommandation**

Que Santé Canada :

- reçoive ce rapport et en fasse le suivi.

### **Organisation / personne visée**

Santé Canada

**6-Avis / Dossier : 124127**

**Date de l'événement : 26 juin 2004**

**Événement : Une femme de 61 ans, demeurant au Pavillon Fabre, décède d'une asphyxie alimentaire, à Laval.**

La victime était attablée avec d'autres résidants pour le petit déjeuner. Soudainement, elle convulse et s'affaisse devant témoins. Des manœuvres de réanimation sont entreprises par le personnel jusqu'à l'arrivée des ambulanciers. Ces derniers ne perçoivent aucune obstruction alimentaire et la ventilation leur semble adéquate. Elle n'a pas de signes vitaux.

Transportée à la Cité de la santé de Laval, elle est prise en charge par l'équipe de l'urgence. L'examen des voies aériennes démontre la présence de débris alimentaires. Malgré des manœuvres de réanimation avancées, le décès est constaté.

### **Recommandations**

Que le Pavillon Fabre :

- réviser, avec son personnel, les manœuvres disponibles en cas d'étouffement alimentaire et s'assurer qu'il connaît les techniques.

Qu'Urgences-santé :

- réviser les mesures prises par ses membres et y apporter les corrections nécessaires, s'il y a lieu.

### **Organisations / personnes visées**

Pavillon Fabre

Urgences Santé

**7-Avis / Dossier : 122716****Date de l'événement : 16 février 2004****Événement : Une femme de 87 ans décède d'hypothermie. Elle est trouvée au pied de l'escalier de secours de l'immeuble à logements pour personnes âgées autonomes, où elle résidait à Vaudreuil-Dorion.**

La veille de son décès, la victime s'est présentée chez une voisine dans un état confusionnel. Elle cherchait ses lunettes en répétant constamment qu'elle avait soif. La voisine a reconduit la femme chez elle pour ensuite communiquer avec le 9-1-1 afin d'avoir de l'aide. Le préposé aux télécommunications du 9-1-1 a décidé de réorienter l'appel vers le service de police de la Sûreté du Québec. Il indique à l'appelante qu'il la transfère au service de police en lui disant : « Juste une minute ». L'appelante raccroche croyant que les policiers sont en route. Or, pendant qu'il discute avec le préposé aux télécommunications de la Sûreté du Québec de Boucherville, le préposé aux télécommunications de la MRC Vaudreuil-Soulange constate que l'appelante n'est plus en ligne. Ni l'un ni l'autre des deux préposés n'ouvrira de carte d'appel. Il n'y aura pas de suite à cet appel « raccroché ».

**Recommandations**

Que le Centre de télécommunications de la Sûreté du Québec :

- fasse en sorte que tout appel raccroché entraîne automatiquement la création d'une carte d'appel qui devra faire l'objet d'un suivi rigoureux;
- fasse en sorte que, lorsqu'il y a transfert d'appel à un autre service, le préposé aux télécommunications mentionne clairement à l'appelant : « Restez en ligne »;
- révise le programme de formation des préposés aux télécommunications, afin que tout le personnel sache comment réagir lors d'un appel raccroché;
- fasse en sorte que les préposés aux télécommunications reçoivent des séances de formation continue sur la procédure « appel raccroché ».

**Organisation / personne visée**

Sûreté du Québec

**8-Avis / Dossier : 122736****Date de l'événement : 28 novembre 2003****Événement : Une femme de Roquemaure, en Abitibi-Témiscamingue, décède d'un traumatisme craniocérébral, deux jours après avoir été heurtée par un arbre que son mari venait d'abattre.**

Transportée par ambulance à La Sarre, elle devait être transférée à Montréal par navette aérienne le même jour. Or, pour plusieurs raisons (achalandage, conditions atmosphériques, etc.), ce transfert n'a pu être réalisé avant le lendemain après-midi. Il est démontré par des études scientifiques que, lorsqu'un blessé arrive au centre de traumatologie plus de six heures après le traumatisme, il a moins de chances de récupérer.

## **Recommandation**

Que la direction générale des services préhospitaliers d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- poursuive la restructuration de l'évacuation médicale.

## **Organisation / personne visée**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**9-Avis / Dossier : 121595, 121594**

**Date de l'événement : 9 novembre 2003**

**Événement : Deux travailleurs décèdent d'asphyxie par privation d'oxygène lors d'un incendie, alors qu'ils effectuaient des travaux de réfection d'une toiture, à Montréal.**

Les travaux de couverture étaient effectués avec un fondoir à bitume d'une capacité de 170 litres. Le bitume était transvidé dans un seau avant d'être répandu sur le toit. Lors du remplissage du seau, le bitume s'est enflammé et le feu s'est rapidement propagé à toute la toiture. Le fondoir avait été loué chez Location d'outils Simplex. Un manuel d'instructions du fabricant est disponible chez le locateur, mais personne n'en a pris connaissance. Des consignes de sécurité sont apposées sur les fondoirs neufs, mais elles disparaissent après quelques utilisations par la chaleur intense qu'ils dégagent et le débordement de bitume sur les parois extérieures.

Par ailleurs, lors de l'appel au 9-1-1, la répartition est faite et les pompiers quittent la caserne avec l'information précisant qu'il s'agit d'un incendie de catégorie 4 (édifice en hauteur). Une seconde feuille d'appel indique qu'il y a des personnes sur le toit. Le répartiteur tente de prévenir les pompiers au moyen de l'ordinateur du véhicule, mais ces derniers omettent de prendre connaissance du message. Ce n'est que deux minutes et demie après leur arrivée qu'ils sont informés de la présence de personnes sur le toit de l'édifice. Les pompiers ont agi avec célérité et le coroner se dit convaincu que s'ils avaient consulté leur ordinateur, la situation aurait été différente.

## **Recommandations**

Que la compagnie Location d'outils Simplex :

- fasse imprimer et distribue des dépliants simples et brefs, afin de prévenir les locataires de fondoir de bitume des règles de sécurité élémentaires.

Que le Service de sécurité incendie de la Ville de Montréal :

- mette au point des procédures de communication qui garantiront que les messages reçus sont bien compris.

## **Organisations / personnes visées**

Location d'outils Simplex  
Service de sécurité incendie de la Ville de Montréal

### **10-Avis / Dossier : 120590**

**Date de l'événement : 26 juillet 2003**

**Événement : Une femme de 78 ans décède d'une encéphalopathie hypoglycémique aiguë, neuf jours après avoir commencé à prendre une médication erronée servie par un pharmacien.**

La femme avait reçu son congé de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme avec une prescription de quatre médicaments pour soigner une hépatite, dont de la Prednisone 30 mg. Or, l'investigation a démontré que le médicament servi à la patiente par le pharmacien était du Diabeta, un médicament destiné à faire baisser le taux de sucre sanguin chez les diabétiques.

Une visite effectuée à la pharmacie a permis de découvrir que les deux médicaments se trouvaient à proximité l'un de l'autre sur les tablettes et que les contenants étaient similaires. Dans les pharmacies commerciales, les médicaments sont habituellement classés par ordre alphabétique, sous leur nom commercial. Ils se sont ainsi trouvés côte à côte parce que la Prednisone est aussi appelée Deltasone. Ainsi, une personne a donc pris les comprimés de Diabeta dans le contenant de Diabeta et a inscrit Deltasone sur la bouteille remise à la femme.

### **Recommandations**

Que l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires indépendants :

- prenne connaissance de ce rapport d'investigation afin de réfléchir à la pertinence de disposer les médicaments par classe sur leurs étagères et par dénomination générique à l'intérieur d'une même classe, comme il se fait dans les pharmacies hospitalières;
- réfléchisse à une action à accomplir, par exemple une case à cocher sur l'étiquette, ou à une autre mesure permettant de s'assurer que le pharmacien a effectué une identification visuelle des comprimés lorsqu'il les remet au patient.

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec :

- poursuive l'analyse de cet événement afin de réfléchir aux possibilités indiquées ci-dessus.

## **Organisations / personnes visées**

Ordre des pharmaciens du Québec  
Association québécoise des pharmaciens propriétaires indépendants

**11-Avis / Dossier : 118483****Date de l'événement : 18 février 2003****Événement : Un enfant de 6 ans décède d'une intoxication à l'acétaminophène à l'Hôpital de Montréal pour enfants.**

Depuis quelques jours, le jeune garçon présentait des symptômes de gastro-entérite avec fièvre. Pour faire baisser la fièvre, la mère lui a administré de l'acétaminophène, 500 mg aux quatre heures, augmentait la dose à 1000 mg et à 1500 mg. Deux jours après avoir commencé ce traitement, elle amène l'enfant à l'Hôpital de Saint-Jean-sur-Richelieu. L'impression diagnostique est une gastro-entérite avec déshydratation sévère et l'enfant est hospitalisé en pédiatrie. Des analyses sont effectuées et les résultats révèlent un taux toxique d'acétaminophène. Un traitement au Mucomyst débute et le transfert de l'enfant est organisé vers l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Malgré tous les traitements reçus, l'état du jeune patient ne cesse de se détériorer et son décès est constaté en fin d'après-midi.

**Recommandations**

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec :

- sensibilise ses membres à informer le public de la toxicité de l'acétaminophène lorsque le dosage n'est pas scrupuleusement respecté.

Que l'Association des médecins pédiatres du Québec :

- prenne connaissance de ce malheureux accident afin de sensibiliser les parents quant au dosage d'acétaminophène à administrer.

**Organisation / personne visée**

Ordre des pharmaciens du Québec

**12-Avis / Dossier : 116211****Date de l'événement : 16 août 2002****Événement : Un enfant de 9 ans décède d'un arrêt cardio-respiratoire consécutif à une électrocution accidentelle, à Joliette.**

En août 2002, le père de l'enfant décide de participer aux activités du Rodéo professionnel de Joliette. La journée de l'ouverture, il s'y rend accompagné de son fils et, pour l'occasion, emprunte la roulotte de son frère. À son arrivée, il localise un poteau muni d'une prise de courant, afin d'y connecter la roulotte. Il doit cependant utiliser une rallonge, car le cordon d'alimentation de la roulotte n'est pas assez long pour se rendre au poteau. Il a plu la veille, et le terrain est mouillé. La rallonge repose à terre et une partie, soit la jonction entre la rallonge et le cordon d'alimentation de la roulotte, trempe dans une flaque d'eau boueuse qui s'est formée peu à peu. L'enfant entre et sort de la roulotte à plusieurs reprises. Il ressent de petits chatouillements lorsqu'il ouvre la porte de la roulotte, chaussé de ses sandales, puis un plus grand choc. Constatant l'inconfort, il en parle à un adulte qui, bottes aux pieds, l'ouvre à son tour, sans rien ressentir. Vers 19 h 15, l'enfant, pieds nus, cette fois, veut aller à l'intérieur de la roulotte, afin de mettre ses

sandales, pour assister à la première compétition. Il pose alors le pied gauche sur le marchepied de métal, en s'agrippant avec sa main droite au châssis de la roulotte, tandis que son pied droit est à terre. Il tombe d'un seul coup, sur le dos, la jambe gauche toujours sur la marche de métal.

Très rapidement, on porte secours à la jeune victime. Dans les trois minutes suivant l'événement, un médecin qui se trouve sur place pour les compétitions et deux employés de Pro-Med, compagnie qui a pour but de donner des soins médicaux et dont les services ont été retenus par le Rodéo, interviennent afin de prodiguer la réanimation cardio-respiratoire (RCR). Le 9-1-1 est avisé à 19 h 18 et l'ambulance arrive sur les lieux à 19 h 27. À 19 h 29, un premier choc, au moyen d'un moniteur défibrillateur est administré sans que l'activité cardiaque de l'enfant soit rétablie. L'ambulance part et se dirige vers le Centre hospitalier régional de Lanaudière. Après un arrêt à cet établissement, les médecins décident de transférer l'enfant à l'Hôpital Sainte-Justine compte tenu que des soins plus spécialisés sont requis. À cet endroit, on constate la présence d'un œdème cérébral, ce qui rend le pronostic très sombre. Les lésions étant irréversibles, les traitements sont abandonnés et le décès est constaté le 16 août 2002, à 7 h 34.

Le récit des événements ne peut pas tout expliquer. Pourquoi la roulotte était-elle sous tension ? Pourquoi uniquement la dernière électrisation a-t-elle provoqué la mort de ce jeune garçon ? Pourquoi, malgré les interventions rapides des premiers secouristes, l'enfant n'a-t-il pas repris conscience ?

Trois hypothèses permettaient d'expliquer la mise sous tension de la roulotte. Avec l'aide d'un ingénieur électrique, la coroner a retenu la dernière, soit l'inversion indirecte de polarité. La tension a pu demeurer sur le châssis de la roulotte, à cause de la présence d'un courant de fuite, puisque la connexion, entre la rallonge et le cordon d'alimentation de la roulotte, a trempé dans de l'eau sale. Puis, la tension est demeurée sur la roulotte, car la continuité des masses (CDM) du réseau était résistive. La CDM, erronément appelée ground ou mise à la terre, est une mesure de protection qui permet de retourner à sa source un courant de fuite, grâce à la présence d'un troisième conducteur si son chemin est ininterrompu.

Ensuite, pour comprendre pourquoi uniquement le dernier contact a provoqué un arrêt cardio-respiratoire, il faut savoir que l'enfant a servi de passage au courant de la roulotte, jusqu'au sol. Le point d'entrée a été sa main droite et le point de sortie son pied droit. Il aurait été exposé à des chocs d'une intensité pouvant varier de 5 à 10 milliampères (mA), ressentant alors un fourmillement, puis un inconfort plus grand. Dans ces cas, l'enfant était chaussé de ses sandales, d'abord sèches, puis mouillées. Par contre, lors du dernier contact, il aurait été exposé à un courant d'environ 100 mA, soit une intensité pouvant provoquer une fibrillation ventriculaire. Dans ce cas, il ne portait plus ses sandales et ses pieds étaient mouillés. Son corps était beaucoup moins résistant et la peau mouillée crée une situation propice à l'électrocution.

L'enfant n'a pas repris conscience, malgré la présence des premiers secouristes. Bien que la RCR ait été prodiguée efficacement, cela n'était pas suffisant. Cette technique fournit un semblant de circulation et d'oxygénation qu'on estime entre 5 % à 10 % de la circulation normale. Dans une telle situation, l'utilisation précoce (idéalement dans les trois ou quatre premières minutes) d'un défibrillateur aurait changé le pronostic. Compte tenu de son jeune âge, de son état de santé et du fait qu'il a pu recevoir la RCR en

attendant l'appareil, l'enfant aurait tout simplement repris conscience après avoir reçu le choc, son cœur ayant repris son activité normale.

Ce décès accidentel aurait pu être évité de bien des manières, et un important travail de prévention devrait être entrepris.

D'abord, il faut que les normes techniques concernant la CDM soient appliquées aux installations électriques temporaires extérieures et, pour ce faire, il faut mettre au point de nouveaux outils.

Ensuite, il faut veiller à ce que les soins donnés, à la suite d'une électrocution, soient plus efficaces. Dans ce cas, l'accès à une défibrillation précoce demeure essentiel, lors d'un arrêt cardiaque (fibrillation).

Finalement, il faut accroître les connaissances des Québécois sur le danger du courant domestique. Selon les circonstances et la résistance qu'un corps peut offrir, un simple fourmillement peut se transformer en électrocution.

### **Recommandations**

Que la Régie du bâtiment du Québec et la Corporation des maîtres électriciens du Québec :

- fassent connaître le programme de contrôle de qualité à tous les entrepreneurs en électricité;
- aident les entrepreneurs en électricité, dont Bruneau Électricité inc., à se doter d'un programme de contrôle de qualité, si ce n'est déjà fait.

Que la Régie du bâtiment du Québec :

- prenne les moyens nécessaires afin d'inciter les entrepreneurs en électricité et les distributeurs privés à l'aviser de la mise en chantier d'installations électriques temporaires extérieures avant le début des travaux;
- inspecte le plus grand nombre d'installations électriques temporaires extérieures pendant la période estivale;
- fasse en sorte qu'à la prochaine modification (prévue pour 2006) du *Code canadien de l'électricité* l'installation d'un disjoncteur différentiel de fuite à la terre soit obligatoire pour protéger les prises de courant extérieures;
- modifie le *Code canadien de l'électricité*, afin que l'installation d'un disjoncteur différentiel de fuite à la terre soit obligatoire pour protéger les prises de courant extérieures.

Qu'Hydro-Québec :

- modifie ses messages de prévention, à la lumière de la présente enquête, en mettant l'accent sur les dangers de l'exposition au courant électrique domestique, lorsque la peau est mouillée.

Qu'Hydro-Joliette :

- diffuse des messages de prévention à ses usagers.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- examine la possibilité d'encadrer le travail des entreprises privées qui offrent des services de premiers soins.

Que la Fondation des maladies du cœur :

- recense les entreprises qui offrent des services de premiers soins et les renseigne notamment sur l'utilisation du défibrillateur.

Que Pro-Med :

- prene une entente spécifique avec le directeur médical des soins préhospitaliers de la région des Laurentides concernant l'utilisation du défibrillateur.

Que Bruneau électrique inc. :

- se munisse d'appareils permettant à ses employés de vérifier la présence et la qualité de la continuité des masses;
- se dote d'un programme de contrôle de qualité dont les éléments pourraient être l'instauration d'une fiche de vérification (sur laquelle figure la continuité des masses) ainsi que l'accessibilité à de la formation continue;
- installe uniquement des prises de courant extérieures protégées par un disjoncteur différentiel de mise à la terre.

### **Organisations / personnes visées**

Régie du bâtiment du Québec

Corporation des maîtres électriciens du Québec

Hydro-Québec

Fondation des maladies du cœur

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pro-Med

Bruneau électrique inc.

Ville de Joliette

### **13-Avis / Dossier : 115560**

**Date de l'événement : 29 juin 2002**

**Événement : Un homme de 25 ans, travaillant à la Ferme Riviera Poirier à Sainte-Élisabeth, décède d'un coup de chaleur.**

Ce travailleur a été exposé à une contrainte thermique lors de l'entreposage du foin. La planification et l'organisation du travail en contrainte thermique étaient déficientes. Malgré un diplôme d'études professionnelles en production laitière, ce travailleur n'avait pas reçu de formation et d'information suffisantes concernant le travail en ambiance chaude et des symptômes associés au coup de chaleur.

Par ailleurs, le coroner est d'avis que, dans des circonstances similaires liées à des coups de chaleur, les ambulanciers devraient être autorisés à prendre la température et, après discussion avec un médecin, devraient entreprendre des mesures pour faire baisser la température corporelle.

### **Recommandations**

Que le ministère de l'Éducation :

- fasse en sorte que les établissements qui donnent la formation en agriculture soient informés des causes et des circonstances de ce décès, afin de fournir l'enseignement nécessaire sur les mesures à mettre en place pour prévenir les coups de chaleur.

Que l'Union des producteurs agricoles et la Fédération des producteurs de lait du Québec :

- prennent connaissance du rapport d'investigation et s'assurent de la diffusion efficace de l'information qui y est contenue, de même que de l'outil de prévention conçu par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (ADRLSSSS) :

- prenne connaissance du rapport d'investigation, afin de sensibiliser les responsables du secteur préhospitalier au coup de chaleur.

### **Organisations / personnes visées**

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Union des producteurs agricoles

Fédération des producteurs de lait du Québec

Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Lanaudière

**14-Avis / Dossier : 110943, 116003, 116004**

**Date de l'événement : 9 juin 2001**

**Événement : Il s'agit de deux enquêtes publiques portant sur les décès de trois personnes survenus lors de la pratique de l'escalade.**

Le premier accident est survenu au mont Orford en juin 2001 alors qu'un jeune homme de 21 ans participait à une fin de semaine de formation et en était à ses premiers essais sur parois rocheuses. Avec quelques amis, il s'était inscrit à un cours de descente en rappel et s'était porté volontaire pour la première descente. La sangle à laquelle il était suspendu avait un joint qui, en cédant, a précipité le jeune homme au bas de la falaise (une chute d'environ 15 mètres). L'enquête a révélé que la sangle était neuve et que malgré sa manipulation, durant toute la matinée, personne ne s'est rendu compte de quoi que ce soit. Puisque aucun autre dispositif de sécurité n'était en place pour retenir le jeune homme, sa chute n'a pu être évitée.

Le second événement est survenu au cap Trinité en août 2002 et a entraîné la mort de deux grimpeurs (un homme et une femme) qui avaient décidé de se lancer à l'assaut de ce que certains ont appelé « la ceinture noire » de l'escalade au Québec. L'expédition devait durer plusieurs jours et ils avaient donc prévu passer la nuit à flanc de montagne sur une plate-forme de bivouac empruntée à un ami. À la suite de multiples erreurs démontrant, selon l'enquête, leur manque d'expérience et de compétences techniques pour mener à bien leur projet, ils ont chuté et se sont tués.

Malheureusement, ces trois décès n'étaient pas les premiers à survenir au Québec lors d'activités d'escalade. En effet, au moins dix autres personnes ont perdu la vie au Québec dans des circonstances similaires depuis 1990.

Les adeptes de ce sport étant de plus en plus nombreux et les accidents risquant de se multiplier, il a paru opportun au coroner de réunir tous les groupes et personnes intéressés à la pratique de l'escalade au Québec, afin d'examiner les mesures qui pourraient être prises pour améliorer la sécurité dans la pratique de ce sport. Ils se sont penchés sur les règles fondamentales de sécurité et de prudence que devraient respecter les grimpeurs ainsi que leur diffusion, sur les normes régissant l'équipement d'escalade ainsi que sur la formation et l'encadrement des grimpeurs et donc de leurs instructeurs. Des recommandations ont également été formulées sur la problématique des sauvetages en montagne.

### **Recommandations**

Que le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport :

- clarifie les mandats de la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade et l'École nationale d'escalade du Québec;
- donne les ressources financières nécessaires à la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade et l'École nationale d'escalade du Québec afin qu'elles remplissent leurs mandats;
- s'assure que la formation des grimpeurs est donnée uniquement par des moniteurs brevetés dont les connaissances pratiques sont régulièrement mises à niveau;
- s'assure que des équipes de sauvetage en montagne sont mises sur pied dans chaque municipalité où se trouvent des sites d'escalade.

Que la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade :

- assume un rôle de leadership du milieu, afin d'assurer une pratique sécuritaire de l'escalade;
- reconnaisse la compétence et l'expertise de l'École nationale d'escalade du Québec dans la formation de cadres en escalade.

Que l'École nationale d'escalade du Québec :

- collabore à la commission de formation de la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade afin de mettre sur pied des programmes de formation uniformes.

Que la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade, en collaboration avec l'École nationale d'escalade du Québec :

- élabore des programmes de formation standardisés, mis à jour régulièrement;
- établit un contenu minimal de cours pour chaque niveau (comportant des connaissances sur l'utilisation du matériel d'escalade et sur la sécurité) et uniformise la durée de la formation ainsi que le rapport étudiants/moniteur;
- fait connaître les programmes de formation disponibles dans chaque région du Québec et insiste par tous les moyens de communication à sa disposition, notamment par des campagnes auprès de publics cibles, sur l'importance d'une formation adéquate obtenue auprès de moniteurs qualifiés.

Que l'Office québécois de la langue française :

- continue ses efforts en matière de francisation auprès des fabricants et des magasins qui distribuent le matériel d'escalade et s'attardent de façon particulière aux problèmes de sécurité posés par des instructions unilingues anglaises accompagnant souvent celui-ci.

Que les boutiques et magasins offrant à leur clientèle du matériel d'escalade:

- font la promotion de la sécurité en escalade;
- s'efforcent de former leur personnel quant aux caractéristiques techniques du matériel qu'ils vendent;
- s'efforcent de ne vendre que du matériel accompagné d'instructions en français et répondant à des critères élevés de qualité;
- acceptent de diffuser des dépliants et publicités de la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade et de l'École nationale d'escalade du Québec, qu'il s'agisse de mises en garde particulières ou de documents portant de façon plus générale sur la sécurité en escalade.

Que les propriétaires et les gestionnaires de sites d'escalade, y compris les parcs nationaux où se pratiquent des activités d'escalade en collaboration avec les municipalités et l'aide de la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade :

- élaborent ou mettent à jour des plans d'urgence;
- s'assurent par des simulations régulières que leur plan d'urgence est connu et compris par les divers intervenants du milieu;
- s'assurent de mettre à la disposition des grimpeurs toute l'information et le matériel nécessaires, compte tenu des particularités de chaque site, à un sauvetage efficace (y compris du matériel médical au pied des parois d'escalade);
- aménagent, s'il y a lieu, des sentiers d'accès (avec cordes fixes, main courante, points d'assurance) pour faciliter le passage des secouristes;
- affichent à l'entrée du site, ou au pied des parois, des avis aux grimpeurs sur la nécessité d'une formation adéquate par des moniteurs qualifiés.

Que les écoles d'escalade et les clubs de montagne :

- collaborent activement avec la Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade afin de véhiculer toute information susceptible d'accroître la sécurité en escalade.

### **Organisations / personnes visées**

Fédération québécoise de la montagne et de l'escalade

École nationale d'escalade du Québec

Office québécois de la langue française

Ministère des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs

Magasins de sport vendant du matériel d'escalade

Écoles d'escalade

Clubs de montagne

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Ministère des Ressources naturelles et de la Faune

### **15-Avis / Dossier : 127119**

**Date de l'événement : 4 mars 2005**

**Événement : Un homme de 51 ans se suicide en se jetant devant un wagon de métro à la station Honoré-Beaugrand à Montréal.**

Depuis plusieurs mois, la victime faisait part à son entourage de son intention de mettre fin à ses jours. Deux jours avant son décès, l'homme réitère des idées suicidaires avec mention d'un plan pour passer à l'acte. Les services d'urgence sont appelés et la victime est amenée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. L'homme est alors évalué par un psychiatre quant à l'existence d'un risque suicidaire immédiat ou non. Le psychiatre conclut à l'absence de dangerosité pour lui-même ou pour autrui et libère le patient qui ne désire pas à ce moment demeurer à l'hôpital bien que cette option lui ait été offerte par le spécialiste.

### **Recommandation**

Que le directeur des services professionnels de l' Hôpital Louis-H. Lafontaine :

- soumette ce dossier au comité d'évaluation de l'acte médical.

### **Organisation / personne visée**

Hôpital Louis-H. Lafontaine

### **16-Avis / Dossier : 127737**

**Date de l'événement : 6 février 2005**

**Événement : Un homme de 41 ans se suicide par arme à feu à sa résidence, dans le canton Magog.**

Quelques heures avant le décès, la victime, en état d'ébriété, s'est approchée de policiers pour leur mentionner que son auto avait été volée. Le véhicule est trouvé rapidement et les policiers suggèrent à l'homme de prendre un taxi. Il accepte et les policiers quittent

sans attendre l'arrivée du taxi. Ils décident de faire demi-tour et voient la victime monter dans sa voiture et démarrer le moteur. Les policiers procèdent à son arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies. Arrivé au poste, l'homme passe un test d'alcootest qui révèle un taux d'alcool deux fois supérieur à la limite légale. Il est libéré avec promesse de comparaître et refuse qu'on appelle un taxi ou un ami. Il quitte à pied, en colère. Environ deux heures plus tard, la victime appelle au poste de police leur demandant de se rendre chez lui. Les policiers le trouvent sans vie, dans le garage derrière sa résidence, avec une arme à feu à ses côtés.

Les policiers et les ambulanciers font un constat de mort évidente, car selon eux, il y avait évidemment de la boîte crânienne. Or, à l'examen externe, le coroner constate plusieurs fractures du crâne et du massif facial, mais non d'évidement de la boîte crânienne. Il s'agissait d'un cas de mort apparente. Il n'était donc pas urgent de conduire la victime à l'hôpital pour constat de décès officiel. Selon le protocole des ambulanciers (MED-LEG 2), lorsqu'il y a apparence de mort, il est stipulé qu'après avoir parlé au médecin et convenu de ne pas faire de manœuvres, la victime doit être transportée à l'hôpital pour constat de décès.

### **Recommandation**

Que la Régie de police de Memphrémagog et Ambulances de l'Estrie :

- révisent ce dossier.

### **Organisations / personnes visées**

Régie de police de Memphrémagog  
Ambulances de l'Estrie

**17-Avis / Dossier : 126732**

**Date de l'événement : 4 février 2005**

**Événement : Un homme de 38 ans se suicide par pendaison dans un boisé de Sainte-Marthe-du-Lac, dans un contexte de rupture conjugale.**

À l'arrivée des policiers, le corps n'a pas été décroché immédiatement. Ceux-ci ont jugé que des manœuvres de réanimation étaient inutiles à cause de la rigidité du corps. Toutefois, une personne est présumée vivante tant que son décès n'est pas constaté, et ce, conformément à la loi. Ce constat n'est pas de la compétence des policiers, sauf si les critères particuliers de mort évidente sont respectés.

Dans la poursuite d'une meilleure protection de la vie humaine, les policiers devraient toujours être les premiers à décrocher le corps et à entamer les manœuvres jusqu'à l'arrivée des ambulanciers lorsqu'ils arrivent avant ces derniers. En adoptant cette façon de faire, ils feront leur travail et ils éviteront les risques d'erreur.

### **Recommandation**

Que le Service de police régionale de Deux-Montagnes :

- reprenne et réactualise auprès de ses membres la directive de décrocher un corps et d'entreprendre des manœuvres de réanimation immédiatement.

**Organisation / personne visée**

Service de police régionale de Deux-Montagnes

**18-Avis / Dossier : 31 juillet 2004****Date de l'événement : 124472****Événement : Un jeune homme de 16 ans se suicide par pendaison, au Centre jeunesse Le Phare de Saint-Hyacinthe.**

À la suite de la découverte de la victime par l'éducateur, il s'est ensuivi un chaos dans la prise en charge et les soins prodigués. L'éducateur, titulaire d'un certificat de secourisme en milieu de travail, a paniqué et a laissé le jeune homme seul alors qu'il était inconscient, le temps de demander à une consœur d'appeler les agents de sécurité, puisque ce sont eux qui ont la responsabilité de prodiguer les premiers soins. Toutefois, ni l'un ni l'autre n'est qualifié en secourisme. Devant l'état d'inconscience de la victime et sans s'informer de la situation, un agent demande au préposé à l'accueil de composer le 9-1-1. Selon l'information donnée aux ambulanciers, la victime est inconsciente, son pouls est faible et elle a de la difficulté à respirer; on ne précise toutefois pas qu'il y a eu pendaison. Les ambulanciers croient alors à une crise d'hyperventilation. Ce n'est qu'à leur arrivée qu'ils apprennent qu'il s'agit d'une pendaison. Ils entreprennent les manœuvres de réanimation mais, comme ils n'ont pas avec eux le matériel pour faire face à cette situation, ils demandent une seconde ambulance.

Le coroner déplore que les centres jeunesse confient en sous-traitance à une agence de sécurité, qui n'a pas à répondre de ses actes devant le public, la mission de prodiguer les premiers soins et d'entreprendre les manœuvres de réanimation auprès des jeunes, sans l'obligation de fournir du personnel compétent en tout temps. Selon le coroner, trois correctifs devraient être apportés; ils doivent viser à prévenir la perte de sang-froid lors de situations d'urgence, éviter le flou et l'inexactitude lors de la transmission de l'information et corriger les lacunes en matériels de premiers soins.

**Recommandation**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

prenne les dispositions nécessaires pour la mise en place des correctifs appropriés pour éviter pareille situation d

**Organisation / personne visée**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**19-Avis / Dossier : 123102****Date de l'événement : 1<sup>er</sup> avril 2004****Événement : Un homme de 33 ans, en état de psychose, décède par hypothermie après avoir sauté du pont du Cosmos, à Montréal.**

Le matin de son décès, l'homme s'est réveillé confus, parlait tout seul et semblait tourmenté. Lorsqu'il s'est habillé, des membres de sa famille lui ont demandé de ne pas sortir, mais il prétendait avoir un rendez-vous. Il a quitté à 8 h 10 sans prendre sa médication pour son état psychotique et épileptique.

À 8 h 30, le Service de sécurité du Parc Jean-Drapeau est informé qu'un homme est debout sur le rempart de ciment du pont. À 8 h 45, un agent de sécurité va à la rencontre de l'homme. Des patrouilleurs se présentent également sur les lieux afin de discuter avec lui et de le convaincre de ne pas sauter. L'homme est incohérent et ne semble pas entendre. Ce n'est qu'à 10 h 42 que le coordonnateur de la sécurité compose le 9-1-1. Dès l'arrivée des policiers, l'homme saute du pont. Les tentatives ont été faites pour récupérer la victime. Toutefois, celle-ci ne fait aucun effort pour s'approcher des bouées qu'on lui lançait et pour les agripper. L'homme a été repêché après 28 minutes par la patrouille nautique.

Le coroner souligne qu'il était clair pour le service de sécurité que l'homme pouvait être dangereux pour lui-même dès 8 h 30 et que c'est à ce moment qu'on aurait dû appeler les policiers et les ambulanciers. Ceux-ci auraient pu appliquer, dès leur arrivée, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

Finalement, le coroner se dit surpris de constater à quel point les citoyens sont timides lorsque vient le temps d'aviser les policiers. Ils perdent ainsi, à l'occasion, leurs obligations civiques.

### **Recommandations**

Que le Service de sécurité du Parc Jean-Drapeau :

- revoie ses procédures d'intervention dans les cas où des citoyens ont un comportement bizarre et en avise immédiatement les policiers.

Que le Service de police de la Ville de Montréal :

- fasse connaître à ses membres la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

### **Organisations / personnes visées**

Parc Jean-Drapeau  
Service de police de la Ville de Montréal

### **20-Avis / Dossier : 128746**

**Date de l'événement : 17 juillet 2005**

**Événement : Une femme de 94 ans, hébergée à la Résidence Saint-Colomban à Sherbrooke, décède d'un infarctus du myocarde. Elle est trouvée dans son bain, lors d'une période de grande canicule.**

À la suite de sa découverte par le personnel, aucune manœuvre de réanimation n'a été effectuée avant l'arrivée des ambulanciers. Or, seul le rétablissement d'une circulation sanguine et d'une ventilation efficace le plus rapidement possible permet d'espérer une survie avec un minimum de séquelles. Ainsi, il est essentiel que des manœuvres de réanimation soient effectuées par les premiers intervenants lorsqu'un résidant est trouvé inanimé.

Par ailleurs, la température dépassait 30° C dans la chambre de cette patiente. Les espaces ou chambres de la Résidence Saint-Colomban sont exigües et offrent peu de possibilités de bien ventiler. Bien que la chaleur ne soit pas le facteur principal de la cause du décès, elle y a en quelque sorte contribué. Le coroner croit qu'il est possible, en respectant certaines règles, d'offrir un minimum de confort thermique en été, sans forcément recourir à la climatisation.

### **Recommandations**

Que la Résidence Saint-Colomban :

- améliore la ventilation des chambres des résidents, de façon à réduire le plus possible les difficultés liées à la chaleur, spécialement durant les périodes de canicule;
- donne à ses employés une formation adéquate leur permettant d'entreprendre, le plus rapidement possible, des manœuvres de réanimation auprès d'un résident trouvé inanimé.

### **Organisation / personne visée**

Résidence Saint-Colomban

### **21-Avis / Dossier : 124890**

**Date de l'événement : 6 septembre 2004**

**Événement : Un détenu de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies décède d'une arythmie cardiaque maligne, résultant d'une sténose coronarienne.**

Appelés à 7 h 1, les infirmiers de l'établissement arrivent sur les lieux à 7 h 3 et constatent que l'homme est en arrêt cardiorespiratoire. Les agents des services correctionnels leur demandent alors de ne pas le déplacer jusqu'à l'arrivée du coroner. Les infirmiers quittent la cellule et communiquent avec le médecin de garde qui les autorise à composer le 9-1-1 et à entamer les manœuvres de réanimation. Celles-ci débutent à 7 h 9; toutefois, le corps se trouve au deuxième niveau des lits superposés de la cellule, comme le leur avaient demandé les agents.

Ainsi, la victime a été en arrêt cardiorespiratoire 6 minutes avant que débutent les manœuvres de réanimation, ce qui signifiait des séquelles neurologiques graves et irréversibles s'il y avait eu réanimation. De plus, les manœuvres ont été effectuées alors que l'homme était allongé sur le lit et semblable pratique réduit l'efficacité des massages cardiaques.

### **Recommandation**

Que les autorités de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies :

- rappelle à son personnel (agents des services correctionnels et infirmiers) qu'il est impératif de procéder aux manœuvres de réanimation dès qu'un arrêt cardiorespiratoire est constaté et de déplacer la personne à réanimer, si c'est nécessaire, pour l'efficacité des manœuvres de réanimation.

## **Organisations / personnes visées**

Ministère de la Sécurité publique  
Établissement de détention de Rivière-des-Prairies

### **22-Avis / Dossier : 123763**

**Date de l'événement : 18 mai 2004**

**Événement : Un petite fille de 20 mois décède d'une encéphalopathie anoxique ischémique à la suite de crises convulsives répétées.**

Quatre jours avant le décès, l'enfant avait fait des convulsions en présence de sa mère. Inquiets, les parents amènent l'enfant à l'urgence de l'Hôpital Sainte-Justine. L'examen neurologique et les analyses sanguines sont normaux. L'enfant est libérée et une demande de consultation en neurologie en externe est faite. La petite est ramenée à l'hôpital le lendemain, en ambulance, à la suite de nouveaux épisodes de convulsions. Gardée en observation quelques heures, le médecin note qu'une consultation en neurologie avait déjà été demandée et il autorise le congé de l'hôpital.

Le surlendemain, la petite tombe en arrêt cardiorespiratoire après avoir fait une autre convulsion. Transportée par ambulance à l'Hôpital Charles-Lemoyne, le décès est constaté après des manœuvres de réanimation infructueuses.

### **Recommandation**

Que le comité d'évaluation de l'acte médical de l'Hôpital Sainte-Justine :

- évalue le dossier médical de l'enfant.

## **Organisation / personne visée**

Hôpital Sainte-Justine

### **23-Avis / Dossier : 123696**

**Date de l'événement : 10 mai 2004**

**Événement : Une femme de 51 ans, détenue à l'Établissement de détention Tanguay à Montréal, décède d'un choc septique secondaire à un empyème bilatéral bactérien d'origine indéterminée.**

Deux jours avant son décès, la femme s'est présentée au bureau de santé afin de rencontrer l'infirmière. Elle précise avoir la grippe. Toutefois, on refuse de l'évaluer puisqu'elle s'est présentée la veille avec le même problème. Le même jour, la femme est trouvée gisant sur le plancher de sa cellule. Une codétenue explique que la victime s'est effondrée après s'être plainte de difficultés respiratoires. Après évaluation par le personnel infirmier, elle est recouchée sur son lit à l'aide de deux agents des services correctionnels. Les notes inscrites au dossier médical laissent planer un doute sur le malaise réel de la femme.

Le lendemain, la victime sera à nouveau trouvée couchée par terre, se plaignant de difficultés respiratoires. Elle est alors amenée en cellule d'observation. Elle présente des expectorations jaunâtres, avec filaments de sang. Le médecin de garde n'est pas informé. Quelques heures plus tard, la femme demande à retourner dans sa cellule. Elle sera trouvée morte dans son lit le lendemain matin.

## **Recommandations**

Que le ministère de la Sécurité publique :

- fasse en sorte que le service de santé de l'Établissement de détention Tanguay exige que le personnel infirmier avise le médecin de garde lorsqu'une patiente présente un problème respiratoire;
- fasse en sorte que les agents des services correctionnels demandent l'opinion d'Info-santé, lorsqu'une détenue présente une détérioration de son état de santé en dehors des heures de présence du personnel infirmier.

## **Organisation / personne visée**

Ministère de la Sécurité publique

### **24-Avis / Dossier : 122828**

**Date de l'événement : 6 mars 2004**

**Événement : Une femme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique aiguë secondaire à une artériosclérose coronarienne bitronculaire sténosante.**

Alors qu'elle est chez elle, la femme éprouve des douleurs rétrosternales, de la diaphorèse et elle perd conscience. Un appel est fait au 9-1-1. Le temps d'intervention préhospitalière a été de 18 minutes, dépassant de beaucoup la norme d'intervention provinciale. Lorsque chaque minute compte, tout délai supplémentaire diminue d'autant les chances de survie. Pendant l'intervention de l'équipe d'urgence à l'hôpital, la patiente a obtenu une certaine activité électrique qui n'a toutefois pas été suffisante pour la réanimer.

Nous ne pourrions jamais affirmer, même en respectant la norme d'intervention provinciale, que la victime aurait survécu. Par contre, nous pouvons affirmer qu'avec un délai d'intervention de 18 minutes, ses chances de survie étaient moindres.

## **Recommandations**

Qu'Urgences-santé :

- analyse ce dossier et apporte des corrections, s'il y a lieu;
- transmette à la direction de l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux une copie du rapport d'analyse du service de qualité d'Urgences-santé.

## **Organisation / personne visée**

Urgences Santé

### **25-Avis / Dossier : 126585**

**Date de l'événement : 1<sup>er</sup> février 2004**

**Événement : Un enfant de 15 mois, souffrant du syndrome de Prader-Willi, décède d'un choc décompensé dans le contexte d'une fièvre d'origine indéterminée, à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.**

L'enfant avait été hospitalisé pendant 21 jours à l'Hôpital Sainte-Justine pour fièvre et détresse respiratoire. Deux jours après sa sortie de l'hôpital, il est admis au Centre

hospitalier Antoine-Labelle pour mauvais état général. Un transfert vers l'Hôpital Sainte-Justine est organisé et l'enfant part en ambulance accompagné d'une infirmière et d'une inhalothérapeute. L'état de l'enfant ne cesse de se détériorer et, malgré les soins et les traitements administrés, on ne peut que constater le décès le lendemain de son admission.

### **Recommandations**

Que l'équipe de l'urgence du Centre hospitalier Antoine-Labelle :

- se familiarise avec les lignes directrices du PALS (Pediatric Acute Life Support) et de l'American College of Critical Care Medicine pour la reconnaissance et le traitement de choc chez l'enfant. Des cours sont donnés de façon régulière par l'éducation médicale continue de plusieurs universités (Montréal et Sherbrooke);
- fasse un bilan sanguin complet (formule sanguine et biochimie) chez les enfants présentant des convulsions de novo et/ou un état de choc;
- discute des résultats de laboratoire avec l'urgentiste de l'Hôpital Sainte-Justine avant le transfert;
- exige la présence d'un médecin dans l'ambulance, dans la mesure du possible, lorsqu'un enfant dont l'état de santé est aussi précaire est transféré sur une aussi longue distance;
- fasse en sorte que les notes d'évolution au dossier soient plus détaillées, en ce qui a trait à l'examen physique du patient, au diagnostic différentiel évoqué, aux discussions avec l'hôpital où le patient sera transféré et au traitement administré;

Que la direction des services professionnels du Centre hospitalier Antoine-Labelle :

- revoie ce dossier.

### **Organisation / personne visée**

Centre hospitalier Antoine-Labelle

#### **26-Avis / Dossier : 121498**

**Date de l'événement : 31 octobre 2003**

**Événement : Une femme de 41 ans décède d'une insuffisance myocardique aiguë à sa résidence de Laval.**

À 16 h 48, le mari appelle le 9-1-1 en précisant que son épouse est victime d'une crise cardiaque, mais qu'elle respire toujours. Un code 10D2 est accordé à l'appel et le véhicule 253 est affecté. Au cours de l'appel, l'état de la victime se détériore et elle tombe en arrêt cardiorespiratoire. À 16 h 51, un code 09D1 (arrêt cardiaque soupçonné) est accordé à l'appel. Ce type de code est classé prioritaire. À 16 h 52, une équipe de réanimation (181) est affectée à l'appel. Quant au véhicule 253, celui-ci est retardé par la circulation de l'heure de pointe. À 16 h 55, on affecte le véhicule 264, lequel arrivera finalement à 17 h 11, soit 23 minutes après l'appel initial. Quant à l'équipe de réanimation (181), celle-ci est arrivée à 17 h 18, soit 26 minutes après son affectation.

Ces délais ont certes été défavorables pour la victime. Si les trois véhicules n'avaient pas été retardés par la circulation de l'heure de pointe, il est possible que ce décès aurait pu être évité.

Actuellement, le service préhospitalier desservant la ville de Laval est Urgences-santé. Ce service dessert également la ville de Montréal. Or, en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement démographique, les services préhospitaliers seront davantage sollicités. Ainsi, le coroner est d'avis que la Ville de Laval prenne les devants et s'interroge sur les services préhospitaliers qu'elle peut offrir prochainement, afin d'assurer à sa population un service qui répondra à ses besoins avant que le service soit débordé et se trouve confronté à des décès qui, autrement, pourraient être évitables.

### **Recommandations**

Que l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et des services sociaux de Laval (ADRLSSSS) :

- amorce une réflexion sur les services préhospitaliers disponibles sur le territoire de Laval;
- examine la possibilité de doter son territoire d'un service d'ambulance lavallois ainsi que d'autres services tels que les premiers répondants, les ambulanciers paramédicaux et la présence de moniteurs défibrillateurs à la disposition du service de police.

### **Organisation / personne visée**

ADRLSSSS de Laval

### **27-Avis / Dossier : 120907**

**Date de l'événement : 27 octobre 2003**

**Événement : Un homme de 81 ans décède d'une insuffisance myocardique aiguë au CHSLD du Marigot, à Laval.**

L'homme avait des antécédents de maladie cardiaque. Il était hébergé temporairement au CHSLD pour donner un peu de répit à son épouse. Il est trouvé sans vie par une préposée aux bénéficiaires, couché par terre dans sa chambre, quelques jours après son admission. Un appel est fait au 9-1-1 sans qu'aucune manœuvre de réanimation soit effectuée par le personnel infirmier.

### **Recommandations**

Que le CLSC-CHSLD du Marigot :

- demande au personnel d'entreprendre immédiatement des manœuvres de réanimation jusqu'à la prise en charge par le service préhospitalier ou un médecin;
- affiche une note dans la chambre des patients qui nécessitent une protection avec des ridelles.

### **Organisation / personne visée**

CLSC-CHSLD du Marigot

**28-Avis / Dossier : 121547, 124636**

**Date de l'événement : 17 septembre 2003**

**Événement : Deux personnes ont été victimes d'une insuffisance coronarienne aiguë, alors qu'elles se trouvaient sur la piste cyclable l'Estrade près de Granby.**

Selon les ambulanciers, il a fallu environ 15 minutes pour que les secours soient apportés à l'un et 6 minutes à l'autre. Malgré les efforts des ambulanciers et de l'équipe médicale, les victimes sont décédées. Le délai d'intervention dans les cas d'insuffisance coronarienne aiguë doit être réduit au minimum et tous les obstacles sur le chemin des intervenants doivent être levés pour permettre une intervention efficace.

### **Recommandation**

Que le président de l'Association récréo-touristique de la Haute-Yamaska (CARTHY) :

- mette en œuvre, avec les services ambulanciers, les corps policiers de la région et les premiers répondants de la région, les moyens pour qu'une intervention de secours dans un cas urgent (maladie, agression, accident grave, etc.) puisse être réalisée dans les meilleurs délais sur la piste cyclable l'Estrade.

### **Organisation / personne visée**

Association récréo-touristique de la Haute-Yamaska (CARTHY)

**29-Avis / Dossier : 113155**

**Date de l'événement : 27 novembre 2001**

**Événement : Un homme de 59 ans, porteur d'une maladie cardiaque artériosclérotique, décède d'une arythmie cardiaque maligne à sa résidence, à Montréal.**

L'homme s'était présenté la veille vers 20 h à l'urgence de l'Hôpital Santa Cabrini pour toux et dyspnée. L'infirmière au triage note qu'il est pâle, a la peau moite et une pression artérielle élevée. Il est placé en salle d'attente jusqu'à ce qu'il soit vu par le médecin, à 22 h 30. Les résultats des examens diagnostiques suggèrent une infection respiratoire. Comme le patient se sent mieux et qu'il n'a pas de douleurs rétrosternales, le médecin le libère avec une ordonnance et demande de le revoir la semaine suivante à la clinique externe. Il décède une heure après son retour au domicile.

### **Recommandation**

Que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- prennent connaissance de ce rapport d'investigation pour analyse et actions appropriées.

### **Organisations / personnes visées**

Collège des médecins du Québec

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec