

Répertoire des recommandations des coroners 2000

- Des recommandations du Coroner : pourquoi?

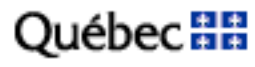
Recommandations :

- Accidents de la circulation (véhicules motorisés)
Conducteurs| Passagers| Motocyclistes| Motoneiges| Piétons
- Autres décès accidentels
Accidents aériens | Asphyxies | Chocs accidentels | Chutes | Incendies | Intoxications | Noyades | Autres accidents
- Accidents du travail
Accidents avec machine| Accidents de véhicules moteurs| Piétons| Chocs accidentels| Noyades
- Asphyxies
- Suicides
- Décès de cause indéterminée
- Décès de cause naturelle

Liens pertinents

- Demande de copie de rapport du coroner
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

Note : L'organisme ou la personne qui veut connaître les réponses aux recommandations formulées peut en faire la demande au Bureau du coroner au (418) 643-1845 ou par courriel : clientele.coroner@msp.gouv.qc.ca



©Gouvernement du Québec, 2001

Recommandations des coroners

Selon l'article 3 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, les coroners peuvent formuler des recommandations pour améliorer la protection de la vie humaine. Voilà sans doute, l'une des grandes responsabilités dévolues au coroner : tout mettre en œuvre pour réduire le nombre de décès évitables.

Par conséquent, la formulation de ces recommandations est une des activités majeures du Bureau du coroner. En effet, en vertu de l'article 98, le Coroner en chef peut transmettre les recommandations, s'il le juge approprié, aux personnes ou associations et aux ministères ou organismes visés par celles-ci.

Ce répertoire présente les recommandations formulées et pour lesquelles le Coroner en chef désire connaître le suivi. Ainsi, les recommandations transmises à titre d'information ne font pas partie du présent document. Regroupées par catégories de décès, les recommandations sont énoncées à la suite d'une brève description de l'événement qu'elles touchent. Les organismes visés sont indiqués ainsi que les numéros du dossier et de l'avis; ceci permet à ceux qui le désirent de repérer facilement les recommandations pour un type d'événement mortel bien précis.

Les chiffres de 1 à 4 inscrits après certaines recommandations correspondent au type de réponse obtenue des intervenants visés, soit :

1. Recommandation appliquée intégralement;
2. Recommandation appliquée, mais avec adaptation de l'organisme;
3. Recommandation jugée non justifiée par l'intervenant;
4. Commentaire général.



2002-08-02 17:10

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Organismes visés

- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Municipalité de Saint-Félicien
- Canadien National
- Ville de Waterloo
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ville de Chicoutimi
- Ville de Grande-Rivière
- Ministère des Transports du Québec
- Ville de Maniwaki
- Sûreté du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ville de Saint-Aimé

- Ministère des Transports du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère de la santé publique
- Sûreté du Québec
- Centre hospitalier régional Laurentien
- Ministère des Transports du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec



2002-04-19 10:35



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation

Événement :

Un jeune homme de 18 ans décède d'un polytraumatisme à la suite d'une collision frontale survenue sur la route 55 à Saint-Nicéphore, lorsque le véhicule qu'il conduisait s'est retrouvé sur la voie de circulation en sens inverse, probablement à cause de la fatigue ou de l'inattention.

Cet accident s'est produit sur le tronçon à voie divisée, simple, à contresens. L'endroit où l'on note le plus d'accidents mortels sur cette autoroute est justement ce tronçon que l'on ne planifie pas de terminer depuis maintenant 13 ans et ce, malgré plusieurs recommandations des coroners.

Recommandation :

Que le ministère des Transports construise l'autoroute 55 à voies divisées d'une extrémité à l'autre et non seulement à son début et à sa fin.

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-127695 102665

 2002-03-22 11:42

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation

Événement :

Une femme de 23 ans est mortellement blessée à la suite d'une collision survenue avec un camion-remorque survenu à l'intersection des routes 116 et 265 à Plessisville.

La victime, circulant sur la route 116, avait fait son arrêt obligatoire à l'intersection en cause pour ensuite poursuivre sa route en tournant à gauche, sans remarquer le camion-remorque qui circulait sur la route 265. Cette intersection a été le site de plusieurs accidents mortels au cours des dernières années. Le fait qu'il n'y ait qu'un sens où les conducteurs doivent faire un arrêt obligatoire leur laisse penser qu'il s'agit d'un endroit à quatre arrêts obligatoires, d'autant plus qu'il y a un feu clignotant au centre de l'intersection. Un feu de circulation à cet endroit aurait pu éviter cet accident mortel comme de nombreux autres survenus dans le passé.

Recommandation :

Que le ministère des Transports installe un feu de circulation à l'intersection des routes 116 et 265 à Plessisville, afin de protéger de nombreuses vies humaines et d'éviter d'éventuelles blessures.

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-130771 106331

 2002-03-22 11:46

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la route fait une victime sur la route 104 à Sainte-Brigide-d'Iberville lorsqu'un des conducteurs, en situation de dépassement d'un semi-remorque, fait un face à face avec le véhicule circulant en sens inverse.

Sur cette route, un petit monticule qui réduit la visibilité et crée un angle mort. Le jour, on peut voir le toit du véhicule venant de l'ouest. Par contre, le soir, il est difficile à voir et les phares ne sont pas perceptibles. L'accident est survenu lors du dépassement d'un semi-remorque de 53 pieds. Au début du dépassement, les lignes sur la chaussée sont pointillées. Au point d'impact des deux véhicules, soit à la moitié du camion, les lignes sur la chaussée interdisent le dépassement.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- revoie la géographie de la route entre Farnham et Sainte-Sabine, théâtre de nombreux accidents; (3)
- modifie le marquage des lignes sur la chaussée afin de limiter le dépassement. (1)

Organisme visé :

Le ministère des transports du Québec

Avis / Dossier : A-132128 103938

 2002-03-22 13:18

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de la circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident fait deux victimes à l'intersection des routes 225 et 202 à Noyan, lorsque le jeune conducteur de 19 ans omet de faire son arrêt obligation.

Le panneau d'arrêt au site de l'accident était obstrué par des branches d'arbres. De plus, au moment de l'accident, le ciel était nuageux, l'obscurité de la nuit débutait et il y avait un brouillard dans l'air. Toutes ces conditions réunies rendaient mauvaise la visibilité du panneau d'arrêt. Les branches qui obstruaient le panneau ont été coupées le lendemain de l'accident.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- rende ce signal lumineux; (3)
- procède au marquage de la chaussée avec des lignes blanches bien visibles. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-134355 107655

 2002-03-22 13:29

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la route fait deux victimes sur le pont Laviolette de Trois-Rivières.

La fourgonnette dans laquelle prenaient place les deux victimes s'est approchée rapidement derrière un lourd camion-remorque. Pour une raison mal connue, rendu à proximité, le conducteur a exécuté brusquement une manœuvre de dépassement vers la gauche à la dernière minute. L'avant droit de la fourgonnette a heurté l'arrière gauche de la remorque chargée de bois. Tout le côté droit s'est littéralement arraché, le passager avant droit fut décapité et le conducteur est décédé six jours plus tard.

Il est probable que l'inclinaison du soleil mesuré à 10,6 degrés sud-est au moment de l'accident a pu constituer un facteur d'éblouissement suffisant. Ce facteur, joint à la différence de vitesses importante entre les deux véhicules, n'a pas laissé au conducteur un temps de réaction suffisant pour effectuer la manœuvre d'évitement. Par ailleurs, la trajectoire du camion-remorque après l'impact, qui est allé choir et déverser la totalité de sa cargaison sur les deux voies de circulation inverse, à une heure où il y a habituellement un trafic assez intense, aurait pu causer une catastrophe.

La configuration particulière de ce pont et sa situation ont souvent été problématiques pour la sécurité de ses usagers. Durant l'hiver, la chaussée est fréquemment glissante et cause des pertes de contrôle. De plus, des vents latéraux, souvent assez forts, peuvent déstabiliser des véhicules circulant à bonne vitesse sur une chaussée dont l'adhérence est diminuée par la glace ou des averses abondantes. Il apparaît également que la direction particulière du pont peut provoquer, tôt le matin, des éblouissements par le soleil levant lorsqu'un véhicule circule du nord au sud et, en fin de journée, pour les véhicules circulant du sud au nord.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

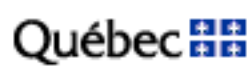
- appose à chaque entrée du pont, des indications claires sur le danger d'éblouissement par le soleil levant ou couchant et les plages horaires où ce danger existe dans chacune des directions; (2)
- Installe sur la ligne centrale, une séparation empêchant les véhicules circulant dans une direction de dévier accidentellement sur les voies opposées, soit par perte de contrôle ou à la suite d'un impact. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec



2002-03-22 13:35



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une jeune femme de 19 ans est mortellement blessée dans un accident de la route survenu dans une courbe prononcée, à l'entrée sud de Saint-Félicien.

Le jour de l'accident, il avait neigé presque toute la journée et l'accumulation était de 5 à 6 centimètres. La chaussée sur la route régionale, entretenue par le ministère des Transports, était sur asphalt mouillée. À partir du pont de la Rivière à l'Ours, à l'entrée sud de Saint-Félicien, la chaussée était sur fond de glace et couverte de neige détrempée. Elle était donc très glissante avec roulières de gadoue. C'est à cet endroit que le véhicule de la victime a dérapé vers la voie inverse pour être heurté par un autre véhicule qui y circulait. L'entretien de ce tronçon de la route est sous la responsabilité de la municipalité de Saint-Félicien.

Tant au niveau du ministère des Transports que de la municipalité de Saint-Félicien, on remarque une similitude quant au temps d'intervention pour l'entretien et le déneigement. Ce qui diffère cependant, c'est le choix des matériaux utilisés. Une neige qui a tendance à coller et à glacer sur une surface de pavage exige une application plus abondante de sel pour la faire fondre. La proportion de sel utilisé par la municipalité était de 30 % et de 70 % de sable. Pour sa part, le ministère des Transports avait utilisé une proportion de 70 % de sel avec 30 % de sable et 100 % de sel en mi-journée; ceci rendait la chaussée mouillée, mais sans accumulation de gadoue. De plus, au milieu de la courbe, la traverse de chemin de fer n'est pas à angle droit avec la route et dépassée à une certaine vitesse, elle provoque un dérapage avec risque de perte de contrôle.

Par ailleurs, le coroner souligne que c'est le troisième accident mortel qu'il investigate à cet endroit. Les recommandations qu'il avait formulées dans les deux premiers cas ne semblent pas avoir été prises au sérieux par la municipalité, le ministère des Transports et le Canadien National.

Si on relève les statistiques d'accidents dans cette courbe depuis 1978, il s'est produit huit accidents mortels et depuis 1995, plus de 23 accidents avec dommages matériels ou blessés. En 1987, le directeur de la Sûreté municipale de Saint-Félicien avait présenté un dossier qui répertoriait 24 accidents à s'être produits dans cette courbe. Il demandait d'y installer des balises à chevron afin d'améliorer la situation. Il a essuyé une fin de non-recevoir de la part de la municipalité ainsi que du ministère des Transports.

Un projet de voie de contournement doit se réaliser d'ici 2003. Après analyse du projet, le coroner croit que cela ne règlera que 50 % du problème, car cette voie est plutôt prévue pour éliminer la circulation des véhicules lourds du centre-ville.

Au cours de son investigation, le coroner a convoqué une réunion spéciale à laquelle étaient présents le Coroner en chef et des représentants du ministère des Transports, de la Municipalité de Saint-Félicien et du corps policier municipal. À la suite de ces échanges, il est devenu évident et nécessaire de former un comité tripartite composé du ministère des Transports, de la Municipalité de Saint-Félicien et du Canadien National, afin d'étudier dans les plus brefs délais toutes les solutions possibles raisonnables pouvant être de nature à prévenir et éliminer toute nouvelle perte de vie à la sortie sud de Saint-Félicien.

Recommandations :

Que le Comité tripartite :

- voie à solutionner le problème de visibilité en approche de la courbe Hamel, par un remodelage de la courbe et de son devers, incluant l'élimination d'un garage situé à l'intérieur de la courbe ainsi que d'un certain nombre d'arbres situés à l'extérieur de la courbe côté est près de la voie ferrée bordant le terrain de la résidence Hamel; (2)
- voie à ce que la signalisation soit améliorée afin de mettre en évidence le danger que représente cette courbe; (2)
- voie à ce que la limite de vitesse soit abaissée à 50 km à l'heure; (2)
- voie à ce que l'entente, liant le ministère des Transports et la municipalité de Saint-Félicien pour l'entretien de cette portion de route, soit révisée et appliquée avec plus de rigueur, surtout l'hiver; (2)
- voie à étudier la possibilité qu'un feu de signalisation soit installé près de l'entrée de la voie de contournement, si elle se réalise, afin de ralentir la circulation qui entre ou qui sort de la ville;
- voie à ce qu'un échéancier précis soit fourni au Bureau du coroner sur les décisions et travaux projetés; (2)
- voie à présenter au Bureau du coroner, toutes autres propositions respectant les objectifs cités plus haut, mais différentes de celles qui précèdent; (1)
- voie à réaliser son mandat dans les plus brefs délais, pose les bonnes actions et fasse en sorte que les solutions adoptées soient définitives et durables. (1)

Organismes visés :

Le ministère des Transports du Québec
La municipalité de Saint-Félicien
Le Canadien National

Avis / Dossier : A-120976 104286

 2002-03-22 13:40

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 52 ans décède 22 jours après avoir été victime d'un accident de la route survenu à l'intersection des rues Saint-Joseph et de la Cour, à Waterloo. L'omission de l'arrêt obligatoire est à l'origine de cet accident.

Le panneau d'arrêt obligatoire était caché par un arbre à feuilles au coin de la rue et n'était pas visible. La vision du conducteur avait également été obstruée par un cèdre qui cachait le panneau.

Recommandation :

Que la Ville de Waterloo voie à ce que tous les panneaux indiquant un arrêt obligatoire soient bien visibles et non obstrués par des arbres. (3)

Organisme visé :

La Ville de Waterloo

Avis / Dossier : A-132598 107098

 2002-03-22 13:44

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la circulation fait une victime sur la route 125, à Chertsey. Une conductrice tente d'éviter un objet sur la voie publique (bloc de styrofoam). L'objet est évité partiellement mais l'automobile se dirige vers la droite, monte en partie sur un banc de neige en bordure de l'accotement, puis retombe dans un stationnement asphalté et enfonce l'arrière du véhicule de la victime.

L'endroit où est survenu l'accident est particulièrement achalandé et la conduite y est difficile. Il y a une légère courbe, une pente, un centre commercial d'un côté de la rue et de l'autre, un point de source naturelle. Les conducteurs habitués sont vigilants, ce qui n'est pas le cas des touristes ou des gens qui ne fréquentent pas régulièrement l'endroit.

Recommandation :

Que le ministère des Transports revoie les dangers inhérents au site et considère la possibilité d'y mettre un panneau avertisseur ou encore un feu clignotant pour signaler les dangers environnementaux. (2)

Organisme visé :

Le ministère des Transports

Avis / Dossier : A-134903 105373

 2002-03-22 13:52

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une jeune conductrice de 19 ans perd le contrôle de son véhicule après un aquaplanage survenu sur l'autoroute 15 à La Prairie. Son véhicule a traversé le terre-plein et a frappé un autre véhicule circulant en sens inverse.

Les policiers qui ont mené l'enquête dans cette affaire se sont montrés soucieux et déçus de l'absence de correctifs apportés à la chaussée elle-même dans ce secteur particulier de l'autoroute 15, compte tenu de nombreux accidents et signalements de leur part au ministère des Transports. Ils déplorent aussi une signalisation inadéquate quant aux risques d'aquaplanage. D'ailleurs, il y avait eu ce jour-là, dans ce secteur, quatre autres accidents avec dommages matériels pour le même motif.

Recommandation :

Que le ministère des Transports entreprenne une étude approfondie des conditions de sécurité routière de l'autoroute 15 dans le secteur situé entre le boulevard Montcalm à Candiac et le boulevard Matte à La Prairie, afin d'apporter le plus tôt possible les correctifs appropriés pour éviter les accidents causés par l'aquaplanage sur cette autoroute. (2)

Organisme visé :

Le ministère des Transports

Avis / Dossier : A-132901 103561

 2002-03-22 15:44

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

La victime s'était arrêtée pour porter assistance au conducteur d'un camion de la compagnie Transport Baie-Comeau, dont la remorque s'était détachée. Elle a été mortellement blessée lorsque s'est déversé sur elle le chargement de bois d'un camion remorque arrivant sur les lieux et dont le conducteur, sous l'effet de surprise, a essayé une manœuvre d'évitement. Cet accident est survenu sur la route 389, en territoire non organisé, à 74 km de Baie-Comeau.

L'inspection de la remorque de Transport Baie-Comeau a permis d'observer une usure excessive du système de retenue de son chargement, qui ne correspondait plus aux normes requises.

Recommandation :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec assure un suivi auprès de la compagnie Transport Baie-Comeau quant à l'état et au programme d'entretien de la flotte des véhicules sous sa responsabilité. (1)

Organisme visé :

Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-124843 103113

 2002-03-22 15:56

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 77 ans décède des blessures subies cinq jours auparavant lors d'un accident de la route survenu sur le boulevard Henri IV, à la sortie du boulevard Hamel à Québec.

La voiture de la victime était arrêtée à un endroit inhabituel et dangereux, ne pouvant pas s'insérer dans le trafic trop dense. Un autre conducteur qui le précédait, voulant également s'insérer dans le trafic, regarde de côté vers l'arrière, ne voyant pas le véhicule de la victime en arrêt complet. Il emboutira le véhicule de celle-ci.

Ce site est problématique. On pourrait améliorer sa sécurité avec une signalisation adéquate afin d'éviter les multiples croisements de véhicules à cet endroit.

Recommandation :

Que le ministère des Transports étudie la problématique du site et y apporte, s'il y a lieu, les correctifs nécessaires afin de rendre cette intersection plus sécuritaire. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports

Avis / Dossier : A-130345 104465

 2002-03-22 15:59

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile circulant sur la route 138 dans une courbe à la hauteur du Lac Long et de la pourvoirie du Lac Jimmy, est mortellement blessé lorsqu'à versé sur lui le chargement de bois d'un tracteur routier qui circulait en sens inverse.

Un témoin de l'accident qui suivait la remorque confirme que celle-ci a penché plus que l'habitude et qu'il s'en est suivi une série de mouvements très accentués de tangage provoquant le versement de la charge.

Les expertises sur le camion et les vérifications de permis, d'expérience, d'heures de repos, etc. du conducteur du tracteur routier confirment le respect des normes prescrites.

Recommandation :

Que le ministère des Transports procède à une étude de la géométrie routière de la courbe du Lac Long et corrige les éléments susceptibles d'avoir contribué à l'accident. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports

Avis / Dossier : A-124850 104050

 2002-03-22 16:01

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la route fait deux victimes sur le boulevard Université, à Chicoutimi.

Au moment de l'accident, il pleuvait abondamment. Un des véhicules a dérapé à la suite d'un aquaplanage. Ce secteur est très achalandé. La limite de vitesse y est de 90 km/h. Au cours des dernières années, on a noté deux accidents mortels et quelques accidents avec blessés sur ce tronçon de la route. Par ailleurs, le contrôle de la vitesse est rendu très difficile, parce qu'il est impossible d'effectuer une surveillance.

Recommandation :

Que la Ville de Chicoutimi installe une signalisation aux deux extrémités de ce boulevard, visant à réduire la vitesse en cas de pluie ou de chaussée glissante.

Organisme visé :

La Ville de Chicoutimi

Avis / **A-120937** **A-120938 103598**
Dossiers : **103597**

 2002-03-22 16:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une conductrice de 17 ans, circulant sur une portion non pavée du rang Saint-Pierre dans les limites de la Ville de Grande-Rivière, perd le contrôle de son véhicule, capote et heurte les arbres longeant le chemin. La victime a été éjectée de son véhicule.

Un autre accident mortel est survenu au même endroit en 1993. Il est donc devenu impératif que la Ville de Grande-Rivière considère ce second accident mortel comme une indication sérieuse de mesures à prendre. La réduction de la limite de vitesse permise ou une augmentation du contrôle apparaît une mesure illusoire pour le coroner. L'asphaltage demeure le revêtement le plus sécuritaire.

Recommandation :

Que la Ville de Grande-Rivière engage les travaux nécessaires à l'amélioration du revêtement de la chaussée sur les deux tronçons du rang Saint-Pierre actuellement en gravier.

Organisme visé :

La Ville de Grande-Rivière

Avis / Dossier : A-130569 103469

 2002-03-22 16:07

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile, âgé de 79 ans, est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par un camion lourd alors qu'il traversait les deux voies est du boulevard Desjardins à Maniwaki, pour atteindre la voie ouest lui permettant de retourner chez lui. L'automobiliste n'a pas vu le camion lourd qui s'approchait et dont le conducteur n'a pas eu le temps de freiner.

Le présent décès a amené le coroner à vérifier l'accès au boulevard Desjardins à partir de la sortie de l'épicerie Métro-Richelieu de la Banque Scotia. Selon le ministère des Transports, cette sortie est qualifiée de moyenne quant aux risques d'accident. Or, le coroner a constaté que ce site n'est pas conforme et n'offre pas une bonne visibilité et ce, autant pour le conducteur qui le quitte que pour celui qui y accède.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- définisse un plan d'action pour rendre cet accès conforme à ses règlements en ce qui concerne l'accessibilité aux commerces cités plus haut; (1)
- priorise ce site dans sa programmation de régulariser les accès non conformes à ses règlements dans la zone urbaine de Maniwaki. (1)

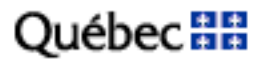
Que la Ville de Maniwaki appuie le plan d'action et la programmation de régularisation de la zone urbaine de Maniwaki qui lui sera soumis par le ministère des Transports.

Que la Sûreté du Québec et tous ceux qui s'intéressent à la sécurité routière dans le secteur de Maniwaki soient vigilants dans l'attente de la définition du plan d'action et la programmation de régularisation des accès non conformes du ministère des Transports.

Organismes visés :

Le ministère des Transports du Québec
La Ville de Maniwaki
La Sûreté du Québec

Avis / Dossier : A-127205 98965



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une conductrice de 20 ans, roulant sur le chemin Shefford à Bromont, perd le contrôle de son véhicule automobile pour se retrouver sur la voie inverse et se faire frappée de plein fouet par une fourgonnette qui y circule.

Selon plusieurs témoignages, environ une dizaine de voitures roulent chaque jour sur l'accotement droit de cette courbe, qui est régulièrement miné par la pluie. Ceci provoque une différence de niveau de plusieurs centimètres entre la chaussée asphaltée et l'accotement entraîne des pertes de contrôle.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- procède au pavage de l'accotement dans la courbe située près du 1398 rue Shefford à Bromont, sur une largeur minimale de un mètre; (1)
- considère la possibilité d'abaisser la vitesse permise à cet endroit. (3)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-120698 104078

 2002-03-22 16:14

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 85 ans est mortellement blessé sur l'autoroute 20, à Saint-Michel-de-Bellechasse, après avoir perdu le contrôle de son véhicule, dérapé, fait un tête-à-queue, capoté et s'être retrouvé à nouveau sur ses roues sur le terre-plein.

Au moment de l'accident, les conditions climatiques entre Beaumont et Berthier-sur-Mer étaient mauvaises. Il y avait un brouillard de neige très localisé, la chaussée était enneigée et la visibilité allait de passable à nulle.

Ce secteur de l'autoroute 20 avec ses quelques sorties de route et son relief plus accidenté est connu pour ses difficultés climatiques plus sévères. Le brouillard à cet endroit a déjà nécessité l'installation d'un panneau avec signaux lumineux plus à l'est, à Saint-Vallier. Au moment de l'accident, les signaux n'étaient pas en fonction puisqu'ils sont utilisés pour aviser la présence de brouillard et non des conditions climatiques.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- revoie les indications pour activer les signaux lumineux aux abords de la rivière Boyer (Saint-Vallier); (1)
- considère la possibilité que ces signaux puissent aussi servir à aviser les automobilistes lorsque le secteur de l'autoroute 20 est dangereux pour des raisons autres que le brouillard (neige, glace, etc.). (3)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-132449 104249

 2002-03-22 16:22

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un accident de la route fait une victime dans le rang Saint-Léon, à Saint-Tite-des-Caps.

Sur le lieu de l'accident, une bonne quantité de sable provenant de l'accotement recouvrait complètement la ligne blanche à droite, sur une largeur allant jusqu'à 50 cm. Une telle quantité de sable sur la chaussée constitue une source potentielle de danger et peut facilement être corrigée.

Recommandation :

Que le ministère des Transports s'assure avec l'arrivée de la prochaine saison, que le rang Saint-Léon soit bien nettoyé et que les lignes latérales blanches soient facilement apparentes. Ceci inclue des vérifications régulières afin de pouvoir intervenir rapidement pour nettoyer la chaussée. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-128400 101141

 2002-03-22 16:25

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile décède six jours après avoir été victime d'un accident survenu au kilomètre 47,2 de l'autoroute 15, à La Prairie.

Au moment de l'accident, les conditions climatiques étaient mauvaises, il pleuvait abondamment. La victime a perdu le contrôle de son véhicule, probablement à cause d'une situation d'aquaplanage, à dévié vers le terre-plein central, fait plusieurs tonneaux avant d'être projeté dans les airs pour retomber sur des véhicules circulant en sens inverse. Au cours de ce capotage, l'homme a été éjecté de son véhicule.

Selon les policiers de la Sûreté du Québec qui ont mené l'enquête, les conditions météorologiques qui prévalaient ont joué un rôle important comme facteur causal. La chaussée dans ce secteur favorise l'aquaplanage à cause d'une accumulation anormale d'eau lors des pluies. Par ailleurs, l'étroitesse du terre-plein occasionne souvent des accidents lorsque les véhicules en perte de contrôle traversent entièrement le terre-plein de part en part pour venir heurter des véhicules venant en sens inverse.

Recommandation :

Que le ministère des Transports examine les risques associés aux facteurs favorisant l'aquaplanage par accumulation d'eau lors de fortes pluies et à la situation créée par l'absence de frontière (glissière New Jersey ou autre) dans le terre-plein séparant les deux voies de l'autoroute 15, entre le virage en " U ", au sud de boulevard Matte et le viaduc de Salaberry. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-112676 103186

 2002-03-25 13:31

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'une fourgonnette décède après être entré en collision avec l'arrière d'un camion semi-remorque immobilisé sur l'accotement de l'autoroute 10, à Granby Canton.

Le conducteur de la semi-remorque s'était garé à cet endroit et s'apprêtait à remplir quelques papiers, à vérifier son véhicule et à satisfaire un besoin naturel. Il faut souligner qu'il n'y a pas de halte routière le long de l'autoroute des Cantons de l'Est, comme on en trouve sur la plupart des grands axes routiers.

Par ailleurs, un témoin a rapporté que le véhicule conduit par la victime a subitement bifurqué vers la droite, venant percuter la partie arrière droite de la remorque, sans freiner ou même ralentir. L'homme était accompagné d'un enfant de deux ans, qui a été blessé lors de cet accident.

L'expertise effectuée sur le siège d'enfant confirme que le jeune passager n'était pas assis dans son siège au moment de la collision et qu'il a été protégé de la violence de l'impact par le coussin gonflable du passager ou l'arrière d'un siège à proximité.

Recommandations :

Que le ministère des Transports envisage la construction de quelques haltes routières le long de l'autoroute des Cantons de l'Est, pour permettre aux conducteurs de stationner leurs véhicules de façon sécuritaire, en dehors des voies de circulation, pour se reposer, se soulager et vérifier leurs véhicules.

Que la Société de l'assurance automobile du Québec continue et intensifie ses campagnes d'information et de sensibilisation auprès des conducteurs de véhicules pour les amener à transporter leurs jeunes passagers, de la façon la plus sécuritaire possible.

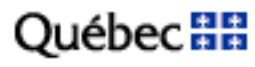
Organismes visés :

Le ministère des Transports du Québec
La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-120667 102073



2002-03-25 13:34



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Une dame de 65 ans décède des blessures subies lors d'un accident survenu à l'intersection de la route 158 et Grande-Ligne, à Saint-Alexis-de-Montcalm.

Le matin de l'accident, la Sûreté de Québec est avisée que les feux de signalisation ne fonctionnent pas à cette intersection. Il est environ 7 h 30 lorsque les policiers signalent ce bris au répartiteur de la Sûreté du Québec. Il semble toutefois que c'est vers 9 h 08 que le ministère des Transports est rejoint et que, vers 9 h 20, un technicien est avisé de se présenter à l'intersection pour vérification. L'accident est survenu à 9 h 35.

L'investigation a démontré que les feux de circulation n'étaient pas défectueux mais avait été désactivés, possiblement par malveillance. De plus, il n'y avait aucun panneau d'appoint utilisable en cas de panne électrique. Par ailleurs, les communications entre la Sûreté du Québec et le ministère des Transports pour signaler cette panne, étaient insatisfaisantes.

Recommandations :

Que le ministère des Transports s'assure que les boîtes électriques des panneaux de signalisation sont verrouillées ou, du moins, sont à l'épreuve du vandalisme et qu'elles sont munies de panneaux d'appoint rapidement utilisables en cas de pannes électriques. (1)

Que le ministère des Transports et la Sûreté du Québec s'assurent que les plans de communication soient clairs et connus de tous. (1)

Organismes visés :

Le ministère des Transports du Québec
Le ministère de la santé publique
La Sûreté du Québec

Avis / Dossier : A-133357 102927

 2002-03-25 13:40

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 84 ans est victime d'un accident de la route survenu sur la route 125, à Saint-Esprit, lorsque le conducteur d'un véhicule circulant en sens inverse s'est endormi au volant et a frappé l'auto de la victime de plein fouet.

Transporté au Centre hospitalier régional des Laurentides, on constate une rupture de l'aorte thoracique, des fractures de côtes, une hernie diaphragmatique, une rupture de vessie et une fracture du bassin. On demande de transférer la victime à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, où l'homme décédera environ 40 minutes après son arrivée.

Selon le coroner, il aurait été préférable que la victime ait eu une meilleure stabilisation médico-chirurgicale avant d'être transférée au Centre hospitalier du Sacré-Cœur de Montréal. Il aurait été souhaitable qu'elle ait été intubée avant son transfert.

Recommandation :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier régional des Laurentides soumettre le dossier au Comité d'étude des décès.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier régional Laurentien

Avis / Dossier : A-128499 101938

 2002-03-25 13:48

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile décède des blessures subies dans un accident survenu dans une courbe de la route 148 à Chatham, lorsqu'il quitte sa voie et percute un camion lourd semi-remorque qui circulait en sens inverse.

Cette courbe a été la scène de nombreux accidents routiers avec blessures et dommages matériels au cours des dernières années. Cinq accidents mortels y sont survenus depuis 1993. Un panneau indique aux automobilistes circulant vers l'est que la vitesse maximale autorisée est de 75 km/h alors que celui vers l'ouest indique une vitesse légale de 90 km/h.

Recommandation :

Que le ministère des Transports réduise la limite de vitesse à 70 km/h pour les deux voies dans cette section de la route 148. (3)

Organisme visé :

Le ministère des Transports

Avis / Dossier : A-131707 104947

 2002-03-25 13:45

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - conducteurs

Événement :

Un homme de 32 ans, circulant sur la route 277 à Saint-Anselme de Dorchester, est mortellement blessé lorsque le conducteur d'un camion 6 roues de la compagnie Alfred Couture Limitée de St-Anselme perd le contrôle de son véhicule et frappe de plein fouet celui de la victime circulant en sens inverse.

La perte de contrôle est attribuable à l'inattention du conducteur du camion qui a vu à la dernière minute le clignotant du véhicule qui le précédait signalant un virage à droite. Par ailleurs, l'inspection mécanique du camion a clairement démontré une négligence évidente de l'entretien du système de freinage. Le propriétaire de la compagnie avait opté pour le programme d'entretien préventif. Ainsi, il n'avait plus à soumettre ses véhicules à la vérification mécanique périodique obligatoire. Toutefois, il devait faire l'entretien préventif tous les trois mois, conformément à l'article 215-2 du Règlement sur les normes de sécurité des véhicules routiers. Or, les résultats de la vérification mécanique et des éléments soulevés dans le rapport laissent perplexes sur la volonté de la compagnie Alfred Couture Limitée de respecter l'objectif premier d'un entretien préventif pour maintenir le véhicule et ses composantes en parfait état de fonctionnement.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- s'assure le plus tôt possible de l'application stricte et effective du programme d'entretien préventif de la compagnie Alfred Couture Limitée et constate les résultats de l'application de ce programme sur sa flotte de véhicules. Un accent particulier devrait être mis dans la qualification des mécaniciens de la compagnie et dans la tenue des dossiers véhicules ; (1)
- s'assure d'une surveillance permanente de la compagnie Alfred Couture Limitée; (1)
- fasse rapport à la Commission des transports du Québec, au moindre accroc de la compagnie Alfred Couture Limitée, afin de voir à retirer celle-ci du programme d'entretien préventif et, de ce fait, à l'obliger à soumettre tous ses véhicules à la vérification mécanique périodique obligatoire. (1)

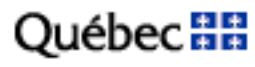
Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-134515 106895



2002-03-25 13:53



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 **Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers**

Organismes visés :

- Société de l'assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports du Québec
- Ministère de la Sécurité publique
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec
- Ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance

- Ministère des Transports du Québec

- Ministère des Transports du Québec

- Ministre des Transports

- Ville de Montréal

- Ministère des Transports du Québec
- Sûreté du Québec

- Société de l'assurance automobile du Québec
- Association des CLSC et des CHSDL du Québec

- Ministère des Transports du Québec

- Société de l'assurance automobile du Québec

- Municipalité de Paspébiac

- Ville de Rimouski

- Municipalité de Cap-Chat

- Ville de Saint-Eustache

- Ministère des Transports du Québec



2002-04-18 14:41

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Un accident survenu sur la route du Port à Nicolet fait 8 victimes parmi les enfants d'une garderie en sortie pour une activité sociale.

La conductrice du véhicule dans lequel prenaient place les enfants était éducatrice et propriétaire de la garderie. Pour la sortie prévue avec les enfants ce jour-là, la dame avait obtenu l'assurance d'une aide pour les transporter. Or, le matin même, cette aide s'est désistée, car elle n'était plus disponible. La responsable de la garderie a tenté, en vain, de rejoindre une de ses éducatrices.

La conductrice a décrit de façon claire et précise la disposition de chaque enfant dans la fourgonnette et rapporte avoir attaché tous les enfants, certains deux par deux en raison du nombre limité de ceintures de sécurité. Aucun siège d'enfant adapté n'était disponible. Toutefois, les expertises sur les ceintures de sécurité et sur les mécanismes d'enroulement révèlent qu'au moment de l'accident, seules les ceintures des deux sièges avant étaient bouclées. Par ailleurs, compte tenu de la nature des blessures notées à l'examen post-mortem, il est peu probable qu'un système de sécurité approprié aurait pu sauver des vies. Ces systèmes, fort efficaces en cas d'accident à l'avant ou à l'arrière du véhicule, perdent considérablement de leur efficacité en cas d'impact latéral le moins violent.

Un tableau indiquant la nature et la disposition des systèmes de retenue préconisées pour chaque enfant, compte tenu de sa taille et de son poids, a été réalisé par les experts de Transports Canada. Ce tableau illustre bien la complexité des calculs et des différents types de systèmes de retenue qu'on doit utiliser lorsqu'on transporte plusieurs enfants de taille et de poids différents à l'intérieur d'un même véhicule. Plusieurs policiers ne connaissent pas les subtilités des ratios poids-taille pour ajuster correctement un siège d'enfant. En outre, des spécialistes ont révélé avoir reçu une formation d'une semaine complète sur le sujet avant de connaître le sujet suffisamment pour pouvoir transmettre leurs connaissances. Or, on peut concevoir aisément que des parents ou des éducatrices laissées à leurs propres moyens puissent avoir de la difficulté à s'y retrouver.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec et le ministère des Transports du Québec exercent un leadership en matière de législation et de réglementation et tentent de lever les ambiguïtés de la législation actuelle.

Que le ministère de la Sécurité publique donne une formation minimale aux policiers sur la réglementation et les dispositifs de retenue des enfants à bord des véhicules à moteur, afin de faire respecter la loi et donner des avis éclairés aux citoyens. (1)

Que l'Association des CLSC et des CHSLD :

- exerce un certain leadership pour renseigner la population sur la sélection, l'emploi et l'entretien des dispositifs de retenue pour les enfants. Il devrait toujours y avoir au moins une personne ressource disponible dans chaque CLSC qui soit en mesure de répondre aux questions des parents sur la

configuration, l'installation et l'entretien de ces dispositifs de retenue; (1)

- rende accessible un service d'inspection des dispositifs existants et de conseil pour les parents qui en font la demande. (1)

Que la ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance :

- inclue dans les normes ou barèmes d'agrément, une connaissance ou une formation minimale sur la loi et les dispositifs adéquats pour le transport sécuritaire des enfants selon leur taille et leur poids; (1)
- voie à la possibilité que les garderies exigent que les parents des enfants qui leur sont confiés disposent de systèmes de retenue adéquats, qui pourraient être laissés à la garderie pour des activités particulières impliquant le transport de leurs enfants dans un véhicule autre que le leur. (1)

Organismes visés :

La Société de l'assurance automobile du Québec
Le ministère des Transports du Québec
Le ministère de la Sécurité publique
L'Association des CLSc et des CHSLD du Québec
La ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance

**Avis /
Dossiers :** **A-132786 105546** **A-132790 105550**

A-132787 105547 **A-132791 105551**

A-132788 105548 **A-122792 105552**

A-132789 105549 **A-132793 105553**

 2002-04-19 10:18



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Un accident de la route fait trois victimes sur le chemin Milton (route 137) dans le Canton de Granby, lorsque la fourgonnette occupée par celles-ci fait un face-à-face avec une autre fourgonnette surgissant subitement dans leur voie, après avoir dépassé un véhicule arrêté pour un virage à gauche.

Plusieurs accidents sont survenus et d'autres ont été évités de justesse dans les environs de la courbe où s'est produit le présent événement ainsi que dans deux autres courbes sur cette même route. Les abords de la route 137 sont très habités. Le danger semble augmenter lorsqu'un automobiliste manœuvre pour entrer sur une de ces propriétés privées.

Recommandation :

Que le ministère des Transports étudie cette portion de route et propose une solution pour diminuer les risques que représentent ces courbes. (1)*

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis /	A-136707	A-136708	
Dossiers :	106167	106168	A-136709 106169

 2002-04-19 10:16

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Une femme de 78 ans, passagère à l'avant d'un véhicule automobile, est mortellement blessée lorsque le conducteur de la voiture qu'elle occupe procède à un virage à gauche et omet de céder le passage au véhicule circulant en sens inverse. Cet accident est survenu à l'intersection des routes 173 et 276 à Saint-Joseph de Beauce.

L'agent de police qui a procédé à l'enquête sur cette mort accidentelle a demandé à la Société de l'assurance automobile du Québec de faire passer un examen de conduite au conducteur vu son âge avancé et sa vision possiblement diminuée. Par ailleurs, l'intersection concernée est un endroit où il y a souvent des accidents. De plus, on remarque que le feu vert qui donne priorité sur le virage à gauche ne clignote que pendant quelques secondes.

Recommandation :

Que le ministère des Transports étudie cette intersection et envisage, soit d'augmenter le délai de clignotement actuellement trop court ou mieux, d'installer un feu, sous forme de flèche verte, indiquant le virage à gauche ou encore d'apporter toute autre amélioration jugée nécessaire. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-128168 107194

 2002-04-19 10:20

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Une jeune femme de 21 ans, passagère d'un véhicule automobile croisant l'intersection du boulevard des Laurentides et de la sortie de l'autoroute 440 à Laval, est mortellement blessée lorsque le conducteur d'un autre véhicule brûle un feu rouge et la heurte de plein fouet du côté passager.

Le taux d'alcoolémie du conducteur fautif était de 181 mg/100 ml. Il a déjà été accusé de négligence criminelle, de conduite dangereuse ainsi que de conduite avec capacités affaiblies causant la mort et des lésions corporelles, l'autre conducteur ayant subi des blessures importantes lors de l'accident. Il a été condamné à un total de quatre ans de prison et à une interdiction de conduire pour une durée de cinq ans. Cet homme avait plusieurs condamnations antérieures pour conduite avec capacités affaiblies et pour refus de fournir un échantillon pour l'alcootest. La première condamnation date de 1984, la seconde de 1986, en plus de deux autres en 1991.

Le coroner comprend difficilement que des récidivistes continuent de jouir du privilège de conduire après leur révocation terminée. L'accumulation de récidives démontre clairement qu'ils ont été un risque pour la sécurité d'autrui et qu'ils sont à risque. Certains jouissent de ce privilège jusqu'au jour où il y a perte de vie humaine. On apprend alors que c'était un récidiviste comme le cas présent. Un citoyen sera privé du privilège de conduire pour des questions de santé, tandis que celui qui conduit son véhicule avec capacités affaiblies n'est privé que temporairement de son permis.

Recommandation :

Que le ministre des Transports amende le Code de la sécurité routière que la personne qui est condamnée pour négligence criminelle, pour conduite dangereuse, pour délit de fuite ou pour conduite avec capacités affaiblies et pour avoir causé la mort, ne puisse plus obtenir de permis de conduire. Cette même mesure devrait également s'appliquer aux récidivistes. (4)

Organisme visé :

Le ministre des Transports

Avis / Dossier : A-135715 107391

 2002-04-19 10:16

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Une passagère d'un véhicule automobile, conduit par son mari, décède le lendemain d'un accident de la route survenu sur l'autoroute 25, à la hauteur de la voie d'accès Moody, à Terrebonne.

Au site de l'accident, il y a une courbe prononcée avec une pente descendante. Le conducteur y a perdu le contrôle pour aller frapper le muret central de béton, faire un ou deux têtes-à-queue avant de passer par-dessus un petit remblai de neige et de s'immobiliser.

L'agent de la Sûreté du Québec croit que la limite de vitesse, dans la courbe Moody de l'autoroute 25, est trop élevée. Il considère cet endroit dangereux en raison de la courbe prononcée et de sa pente descendante. Il y a risque de perte de contrôle pour le conducteur qui n'est pas familier avec l'endroit. Le policier, est mal à l'aise d'y patrouiller et surtout d'y intercepter un véhicule en infraction. Il suggère au ministère des Transports de remplacer le panneau actuel de 100 km/h par un autre panneau indiquant une vitesse moindre.

La réponse du Ministère à cette requête est en deux volets. Premièrement, on traite de la détermination des limites de vitesse sur les routes en fonction des conditions normales. Deuxièmement, il prévoit réaliser une étude radar afin de déterminer la vitesse réelle de la majorité des usagers. Toutefois, cette étude ne peut être faite maintenant, parce que des travaux sont présentement en cours. Les résultats de cette étude projetée devraient être connus à l'été 2001.

Or, que la détermination des limites de vitesse soit en fonction des conditions normales, le secteur visé ne semble pas répondre aux conditions normales, puisque la vitesse de 100 km/h se situe dans une courbe prononcée avec pente descendante.

Par ailleurs, l'étude du Ministère nous apprendra seulement que certains usagers ralentissent dans ce secteur alors que d'autres y circulent à haute vitesse.

Recommandations :

Que le ministère des Transports du Québec réduise immédiatement la limite de vitesse permise à 70 km/h à l'approche de la courbe Moody de l'autoroute 25, jusqu'à la fin de la courbe, dans les deux directions. (3)

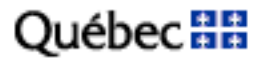
Que la Sûreté du Québec, poste autoroutier de Lanaudière, prenne les mesures nécessaires afin que les limites de vitesse soient respectées sur son réseau et poursuive même ceux qui dépassent de 10 à 15 km/h la limite permise.

Organismes visés :

Le ministère des Transports du Québec
La Sûreté du Québec



2002-04-19 10:19



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Un accident de la route fait trois victimes sur le boulevard Pierre-Laporte, à Granby. Le dérapage d'un des véhicules, dû à une chaussée glissante, est l'élément déclencheur de cet accident.

Parmi les victimes, il se trouvait deux bébés âgés de 1 et 2 ans, qui étaient assis dans des sièges d'appoint pour enfant. Une expertise effectuée sur les sièges, par l'École Polytechnique, a permis de conclure qu'ils n'étaient pas installés de façon conforme et sécuritaire.

Chaque année, près de 700 enfants de moins de cinq ans, passagers dans un véhicule, sont victimes d'un accident de la route. Dans une enquête réalisée en juin 1997, seulement 41 % des enfants de moins de cinq ans étaient bien protégés en auto, 4 % n'avaient aucun système de retenue et 19 % utilisaient seulement une ceinture de sécurité avec tous les risques que cela comporte. Trop de parents se croient l'esprit tranquille lorsque leur enfant est installé dans un siège d'enfant, alors que bien souvent, il y est mal attaché ou le siège n'est pas bien fixé à l'auto. Il y a encore beaucoup de travail d'information et de sensibilisation à faire auprès des parents.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- poursuive ses campagnes d'information et de sensibilisation auprès du grand public en général et auprès des parents, en particulier, concernant l'utilisation des sièges d'enfant; (1)
- distribue dans les départements d'obstétrique des centres hospitaliers du Québec le dépliant « Un siège d'auto pour enfants - mal installé. Danger! ». (1)

Que tous les CLSC du Québec, lors des cliniques de vaccination, fassent un rappel sur la sécurité des enfants en auto, quitte à distribuer une copie du dépliant cité à la recommandation précédente. (1)

Organismes visés :

La Société de l'assurance automobile du Québec
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis /	A-124481	A-124473 100523
Dossiers :	100521	



2002-04-19 10:22



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Un accident fait deux victimes sur la route 185, à Notre-Dame-du-Lac, lorsque la conductrice du véhicule automobile, voulant effectuer un virage en " U ", s'est fait embouter par un camion-remorque circulant sur la voie de gauche.

Cet accident a été causé en partie par un manque de vigilance ou une distraction de la conductrice. Par ailleurs, l'absence de voie d'évitement permettant de dégager les voies de circulation lors de telles manœuvres a certainement été un facteur contributif à cet accident.

Recommandation :

Que le ministère des Transports, dans son plan de réfection de la route 185, prévoie suffisamment de voies de dégagement pour la rendre plus sécuritaire et interdire les virages en " U " aux endroits où ceux-ci ne peuvent pas se faire dans des conditions sécuritaires. (1)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / **A-132723**
Dossiers : **105813** **A-132727 105927**

 2002-04-19 10:16

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Une jeune femme de 19 ans est mortellement blessée lorsque le véhicule automobile dans lequel elle prend place heurte de plein fouet une remorque artisanale qui s'est détachée du camion qui la tirait.

L'inspection de la remorque permet de conclure que le dispositif de sûreté était inadéquat et ne permettait pas de la retenir en cas de bris du dispositif d'attelage. Elle n'était munie que d'une chaîne de sécurité.

La réglementation actuelle ne précise pas la façon dont doivent être disposés les chaînes, les câbles ou autres dispositifs de sécurité pour retenir les remorques artisanales. Ces dispositifs doivent se croiser en dessous de la barre d'attelage de façon à la supporter en cas de séparation entre la remorque et le véhicule. Le Code de la sécurité routière exige que les remorques soient munies d'un dispositif de sécurité (art. 245). Cependant, pour immatriculer une remorque de moins de 900 kg, on n'exige aucun document attestant l'identification du véhicule, ni aucune inspection mécanique, ni document certifiant le poids du véhicule. Lorsque la remorque concernée a été immatriculée, on a déclaré une masse nette de 410 kg; or, les spécifications sur le dispositif de l'attelage révèlent que ce type de remorque est de classe 3, dont le poids nominal brut se situe entre 1590 kg et 2270 kg.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

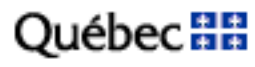
- réglemente l'immatriculation des véhicules de type remorque artisanale de moins de 900 kg de façon à ce que les propriétaires soumettent leurs remorques à une inspection mécanique lors de l'immatriculation et, par la suite, au renouvellement ou selon un échéancier précis; (3)
- publicise l'entretien général annuel à faire sur ce type de véhicule, de même que la façon d'utiliser les chaînes, les câbles ou autres dispositifs pour que la remorque soit supportée et qu'elle garde la même trajectoire que le véhicule qui la tire lorsque le dispositif d'attelage reliant les deux véhicules se brise. (1)

Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-127844 104676

 2002-04-19 10:21



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Le passager d'un véhicule automobile décède par noyade lorsque ce dernier dérape et chute dans un ravin d'environ 30 mètres, pour se retrouver à la renverse dans un cours d'eau. Cet accident est survenu sur la 9e Rue, à Paspébiac.

À l'endroit de l'accident, la route était bordée de piquets de bois reliés par deux câbles d'acier, qui se sont rompus lors de l'impact, ce qui signifie le caractère peu sécuritaire de ce type de garde-fou. Par ailleurs, une visite des lieux quatre mois après l'accident a permis de constater que les piquets étaient toujours au sol. Ainsi, la bordure, loin d'avoir été refaite de façon sécuritaire, n'existait même plus au moment de cette visite.

Recommandation :

Que la municipalité de Paspébiac revoie la situation et installe une glissière de sécurité adéquate. (1)

Organisme visé :

La municipalité de Paspébiac

Avis / Dossier : A-130578 104378

 2002-04-19 10:19

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Une jeune passagère de 17 ans est mortellement blessée lorsque le véhicule dans lequel est prend place dérape sur une chaussée glissante et percute un camion de déneigement qui effectuait une manœuvre dangereuse en se retrouvant dans la voie de circulation de la victime. Cet accident s'est produit sur la 2e Rue, à Rimouski.

Trente minutes avant que l'accident se produise, un patrouilleur de la Sûreté municipale de Rimouski avisait son poste que la chaussée était glissante. Or, cette information n'a pas été transmise au Service de la voirie municipale de Rimouski.

Recommandation :

Que la Ville de Rimouski mette en place une procédure entre les patrouilleurs de la Sûreté municipale de Rimouski et le Service de voirie de Rimouski afin que les policiers puissent informer celui-ci de toute situation qu'ils jugent dangereuse sur les rues du territoire de la Ville de Rimouski, pour qu'une inspection ou correction puisse être faite, s'il y a lieu. (1)

Organisme visé :

La Ville de Rimouski

Avis / Dossier : A-128887 104867

 2002-04-19 10:19

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Le passager d'une camionnette décède des suites de ses blessures subies lors d'un accident de la route survenu sept jours auparavant à l'intersection de la route 132 et de la route du Cap, à Cap-Chat.

La route 132, dans ce secteur, est droite en direction est-ouest avec une légère pente ascendante en direction ouest. Quant à la route du Cap, elle est aussi droite en direction nord-sud et rejoint perpendiculairement la route 132. Par contre, elle présente une pente descendante très accentuée en direction nord, soit de 14 %, sans plateau et ce, juste avant l'arrêt. Cette route construite en 1968 ne correspond plus aux normes actuelles, qui exigent un plateau de 30 mètres et une pente de 2 %.

Par ailleurs, au moment de l'accident, il avait commencé à neiger et aucun déneigement et aucun épandage d'abrasif n'avaient été effectués. Trois pouces de neige collante recouvrait la chaussée. La côte de la route du Cap, longue d'environ 900 mètres avec un dernier dénivelé abrupt d'environ 500 mètres, était alors devenue glissante.

Recommandations :

Que la municipalité de Cap-Chat :

- voie à prendre les dispositions afin que les usagers de la pente de la route du Cap soient en sécurité lorsqu'ils circulent à cet endroit; (1)
- voie à ce que l'intersection de la route 132 et la route du Cap soit bien entretenue en hiver. (1)

Organisme visé :

La municipalité de Cap-Chat

Avis / Dossier : A-132447 104005

 2002-04-19 10:18

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Un enfant de 10 ans, prenant place comme passager avant du véhicule automobile conduit par son père, décède, dans les heures qui suivent, d'un accident de la route survenu sur la route Rivière-Sud, à Saint-Eustache. Une perte de contrôle de heurter un arbre est à l'origine de l'accident.

Dans ce secteur rural, le chemin est à double sens, comporte une voie dans chaque direction et est courbe. La vitesse permise est de 70 km/h et 65 km/h dans la courbe. Ce chemin est bordé de quelques gros arbres et poteaux électriques. Un petit fossé se trouve à côté.

Une enquête a démontré qu'au cours des neuf dernières années, 22 accidents sont survenus à cet endroit, dont 11 avec blessés et un événement mortel. Le total des blessés se chiffre à 14. De ces accidents, 12 sont survenus le jour et 10 le soir.

Recommandation :

Que la Ville de Saint-Eustache prenne les dispositions nécessaires afin que cet endroit devienne plus sécuritaire pour tous ses usagers. (1)

Organisme visé :

La Ville de Saint-Eustache

Avis / Dossier : A-130248 102176

 2002-04-19 10:19

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - passagers

Événement :

Le passager arrière d'un véhicule automobile décède des blessures subies lorsque le véhicule dans lequel il prenait place se retrouve dans un fossé, quatre à cinq mètres plus bas que la route.

Au site de l'accident, survenu sur la route 235 à Sainte-Sabine, l'accotement était à environ 10 cm plus bas que la route. Une glissière de sécurité placée à cet endroit aurait évité que le véhicule ne quitte la route.

Recommandation :

Que le ministère des Transports procède à l'amélioration de cette section de la route 235, en procédant à la pose de glissière de sécurité dans cette portion de route où les fossés sont très profonds. (2)

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-124488 100928

 2002-04-19 10:21

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Organismes visés :

- Ville de Montréal
- Ville d'Anjou
- Municipalité de Saint-Alexandre
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Ministère des Transports
- Ville de Sainte-Thérèse-de-Blainville
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Ville de Montréal
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Office de la protection du consommateur



2002-04-18 13:59

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

Un motocycliste est mortellement blessé à l'intersection des rues Henri-Bourassa et Ray-Lawson, lorsqu'une camionnette lui coupe le chemin lors d'un virage à gauche.

À l'intersection où est survenu l'accident, le conducteur de la camionnette n'avait pas de feu prioritaire de virage à gauche sur Henri-Bourassa, direction est-ouest. Par ailleurs, les automobilistes circulant dans l'axe ouest-est ont un feu prioritaire. Cette intersection appartient à la Ville de Montréal et à la Ville d'Anjou.

Recommandation :

Que les Villes de Montréal et d'Anjou s'assurent que sur la rue Henri-Bourassa, et ce, dans les deux directions, les virages vers le nord et le sud, pour s'engager sur la rue Ray-Lawson, se fasse seulement sur feu prioritaire.

Organismes visés :

La Ville de Montréal
La Ville d'Anjou

Avis / Dossier : A-136816 106616

 2002-03-25 15:36

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

La passagère d'une motocyclette circulant sur le chemin Grande-Ligne à Saint-Alexandre est mortellement blessée lorsqu'un véhicule circulant en sens inverse effectue un virage à gauche, omettant de céder le passage et obstruant ainsi la voie du motocycliste.

L'accident est survenu dans une courbe et les propriétaires des terrains en bordure de celle-ci ont des haies d'arbustes qui obstruent la visibilité, ce facteur ayant pu contribuer à l'accident.

Recommandation :

Que la municipalité de Saint-Alexandre exige des propriétaires résidant le long du chemin Grande-Ligne, à proximité du 1607, à procéder à l'émondage des haies en bordure de la route et à faire l'entretien régulier, le tout pour améliorer la visibilité routière.

Organisme visé :

La municipalité de Saint-Alexandre

Avis / Dossier : A-132952 106644

 2002-03-25 15:33

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

Le conducteur d'une motocyclette Suzuki perd le contrôle de son véhicule, emboutit l'arrière de la voiture qui le précède, avant d'être projeté sur un véhicule circulant dans l'autre voie. Cet accident est survenu sur le viaduc du boulevard Sauvé, surplombant l'autoroute 15 à Montréal.

Après différents calculs et examens de la scène, la victime conduisait au moins à 100 km/h dans une zone réglementée à un maximum de 50 km/h. Par ailleurs, une vérification mécanique a confirmé que les freins étaient corrects. Toutefois, l'inspection des pneus a permis de constater que les normes du fabricant n'avaient pas été respectées, car la roue arrière était 32 mm plus grande que les spécifications de cette motocyclette.

Recommandation :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- fasse subir un test de conduite au renouvellement de l'immatriculation au motocycliste, sur une fréquence prescrite par règlement; (3)
- mette en place un mécanisme afin que les motocyclettes soient inspectées, sur une fréquence prescrite par règlement, afin d'éviter des modifications, tel un pneu plus grand que les spécifications du fabricant, pour atteindre des performances de vitesse. (3)

Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-135161 105971

 2002-03-25 15:34

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

Le conducteur d'une motocyclette de marque Kawasaki, modèle ZX600MC, est mortellement blessé lorsqu'il perd le contrôle de son véhicule, frappe la chaîne de trottoir, est éjecté et poursuit sa course dans les airs pour aller heurter violemment un lampadaire sur la route 117, à Sainte-Thérèse-de-Blainville.

Il s'agit d'un accident mortel où plusieurs facteurs ont joué un rôle important. D'abord, le véhicule impliqué a une grande puissance d'accélération et exige un minimum d'expérience. Or, la victime ne conduisait que depuis deux mois. Puis, la haute vitesse à laquelle la motocyclette circulait au moment de l'accident a également et certainement joué un rôle. Enfin, une fissure dans la chaussée a également eu une incidence. C'est l'effet combiné de ces facteurs qui a causé cet accident, non pas un en particulier.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- se questionne sérieusement sur la place qu'ont les motocyclettes de ce type sur les routes qui ne sont pas des pistes de course; (1)
- révise à la hausse les critères de compétence pour piloter de tels véhicules.

Que la Ville de Sainte-Thérèse-de-Blainville effectue les réparations nécessaires à la chaussée. Même si la fissure n'est pas l'unique responsable de cet accident, elle y a quand même joué un rôle.

Organismes visés :

Le ministère des Transports
La Ville de Sainte-Thérèse-de-Blainville

Avis / Dossier : A-129688 102001

 2002-03-25 15:30

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

Une jeune femme de 23 ans, ayant peu d'expérience dans la conduite d'une motocyclette, heurte un garde-fou dans une courbe de l'autoroute du Vallon Sud, à la hauteur de la sortie du chemin Sainte-Foy, à Sainte-Foy.

Les déclarations des témoins de l'accident confirment que la victime avait des difficultés à conduire dans les courbes; son instructeur avait d'ailleurs émis ce commentaire deux jours avant l'accident mortel.

Cet état de fait, relié à la difficulté pour l'instructeur de conseiller les apprentis motocyclistes lors de l'entraînement sur route, incite le coroner à formuler des recommandations.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- fasse une étude afin de déterminer s'il faut réintroduire une formation complète obligatoire pour un permis de classe 6A; (1)
- institue l'obligation, lors de l'essai sur route, de maintenir un contact radio entre les motocyclistes (instructeur et apprenti) afin de conseiller les apprentis-conducteurs dans l'obtention de leur permis 6A. (1)

Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-124346 101246

 2002-03-25 15:27

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

Un motocycliste entre en collision avec une automobile qui amorçait un virage à gauche en lui coupant le chemin, à l'intersection des rues Atwater et Sherbrooke, à Montréal.

Lors de l'accident, ni le casque, ni les fixations que portaient la victime n'étaient conformes aux normes requises par le gouvernement pour la conduite de la moto.

Par ailleurs, au site de l'accident, des bacs à fleurs et des panneaux de signalisation obstruent partiellement la vue des conducteurs qui désirent virer à gauche.

Recommandations :

Que la Ville de Montréal revoie la localisation et la forme des panneaux de circulation de cette intersection afin que la visibilité des conducteurs n'y soit pas réduite. (3)

Que la Société de l'assurance automobile du Québec sensibilise les conducteurs de motocyclettes à la nécessité de porter des casques homologués. (1)

Organismes visés :

La Ville de Montréal
La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-131918 102798

 2002-03-25 15:31

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motocyclistes

Événement :

La passagère d'une motocyclette circulant sur la route 132, à Contrecoeur, est mortellement blessée lorsqu'elle est éjectée après que la moto sur laquelle elle prenait place a heurté un véhicule automobile qui s'apprêtait à tourner à gauche, bloquant ainsi la voie.

La victime portait un casque de type " hors-la-loi " qui n'avait pas le sceau d'approbation D.O.T. Or, les observations cliniques suggèrent qu'elle est décédée d'un traumatisme crânien sévère. Elle portait donc un casque pour se plier à la loi, mais elle en a enfreint l'esprit. Un véritable casque protecteur répondant aux normes de sécurité et homologué lui aurait fort probablement sauvé la vie.

Recommandations :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec étudie la possibilité de resserrer la législation concernant le port obligatoire du casque protecteur afin d'encourager les casques de sécurité dûment approuvés et décourager l'usage d'imitations. (4)

Que l'Office de la protection du consommateur étudie les moyens de décourager la vente et l'achat des casques de sécurité qui ne respectent pas les normes. (4)

Organismes visés :

La Société de l'assurance automobile du Québec
L'Office de la protection du consommateur

Avis / Dossier : A-126771 102436

 2002-03-25 15:28

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motoneiges

Organismes visés

- Ministère de la Sécurité publique
- Fédération des clubs de motoneiges du Québec
- Sûreté du Québec



2002-04-18 16:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de circulation : Véhicules motorisés - motoneiges

Événement :

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

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

La Sûreté du Québec avait été contactée pour une évacuation médicale par hélicoptère. Malheureusement, les deux hélicoptères n'étaient pas en état de voler. Une demande a été adressée aux Forces canadiennes de Bagotville, mais les seuls hélicoptères disponibles étaient à Trenton en Ontario.

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

Recommandations :

Que chaque relais de motoneiges dispose du matériel pour venir en aide à des personnes blessées dans un sentier de motoneiges. (1)

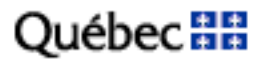
Que la Sûreté du Québec donne les consignes à tous les postes de la Sûreté du Québec de faire appel à des appareils de compagnies privées, advenant que leur hélicoptère ou celui des Forces canadiennes ne soit pas disponible. (1)

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

Organismes visés :

Le ministère de la Sécurité publique
La Fédération des clubs de motoneiges du Québec
La Sûreté du Québec

Avis / Dossier : A-129102 99735



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 **Accidents de la circulation : Piétons**

Organismes visés

- Municipalité de Saint-Félicien
- Ministère des Transports
- Ville de Pierrefonds
- Ville de Laval
- Société de transport de la Communauté urbaine de Montréal
- Hôpital général de Montréal
- Municipalité de Montréal Nord
- Ministère des Transports du Québec
- D.O.D. Transports
- Ville de Saint-Léonard
- Intersan inc. de Longueuil
- Agence Métropolitaine de transport
- Ville de Jonquière
- Ville de Saint-Laurent



2002-04-19 10:25

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un enfant de 6 ans, revenant à pied de la maternelle, est mortellement blessé en traversant la route 169 à Saint-Félicien pour se rendre à son domicile.

L'enfant n'avait pas droit au transport scolaire parce qu'il habitait trop près de l'école. De plus, il n'y a pas de trottoir longeant cette route, aussi appelée rue Sainte-Méthode, du même côté de l'école qui se trouve à quelques mètres du lieu de l'accident. Actuellement, l'autobus scolaire laisse les enfants sur le côté est de la rue; celle-ci est une route régionale achalandée, où les véhicules circulent encore à une vitesse dangereuse. Le panneau de signalisation indiquant une vitesse maximale de 50 km/h est situé trop loin, en face d'un garage et de trois résidences, au début du village.

Recommandations :

Que la Ville de Saint-Félicien procède à la construction d'un trottoir le long de la rue Sainte-Méthode pour éviter aux écoliers demeurant du côté Ouest de la traverser pour rentrer chez eux.

Que la municipalité de Saint-Félicien :

- construise un trottoir longeant la rue principale Sainte-Méthode, à Saint-Félicien, du même côté que l'école ; (4)
- Que le ministère des Transports :
- avance d'une centaine de mètres, le ou les panneaux de signalisation de vitesse de 50 km/h situés à l'entrée du village, pour les placer avant la zone habitée ; (2)
- installe un feu clignotant à l'entrée du village et un panneau indiquant une zone scolaire et les heures de classe. (4)

Que la Commission scolaire du Pays des Bleuets:

- prolonge le trajet d'autobus scolaire jusqu'à l'entrée sud de la municipalité.

Organisme visé :

La municipalité de Saint-Félicien
Le Ministère des Transports

Avis / Dossier : A-131665 107835



2002-03-15 16:13



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Une femme 26 ans est mortellement blessée lorsqu'elle est heurtée par une camionnette en traversant à l'intersection des rues Antoine-Faucon et Henri-Daoust à Pierrefonds. Le conducteur du véhicule a omis de faire son arrêt obligatoire.

La rue Antoine-Faucon est la seule artère donnant accès au quartier du boulevard Saint-Charles. La circulation y est très élevée à tout moment de la journée. Tous les témoins rencontrés ont dit que cette artère est dangereuse pour les résidents. Lors de ses visites, l'enquêteur a précisé que plusieurs articles au code de la sécurité routière ne sont pas respectés : vitesse élevée, signal d'arrêt non respecté, dépassement par la droite, etc.

Recommandations :

Que la Ville de Pierrefonds :

- fasse un trottoir du côté sud de la rue Antoine-Faucon pour éviter aux piétons d'avoir à traverser la rue; en installant des îlots de fleurs en bordure de la chaussée, on empêcherait les dépassements par la droite ; (3)
- installe des feux de priorité pour la traverse des piétons aux intersections ainsi que des panneaux en bordure, avertissant la présence possible de piétons ; (3)
- améliorer la luminosité en augmentant la puissance des lampadaires, qui est nettement insuffisante pour ce volume de circulation. (2)

Organisme visé :

La Ville de Pierrefonds

Avis / Dossier : A-133804 104627



2002-03-15 16:06

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un homme de 42 ans, circulant en bordure du boulevard des Mille-Îles à Laval, est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par une fourgonnette.

Selon les premières constatations, il semble que l'éclairage des lieux soit insuffisant. Or, la Ville de Laval a hérité du réseau d'éclairage d'Hydro-Québec, qu'elle a modifié au début des années 1980 pour des lampes au sodium de 100 watts. Il n'existe pas de normes pour l'intensité des lampadaires. Toutefois, ce système serait désuet. L'éclairage est remplacé lorsqu'il y a une demande et ces changements sont faits à la pièce et non par secteur.

Recommandation :

Que la Ville de Laval remplace tous les lampadaires au sodium de 100 watts dans le secteur du boulevard des Mille-Îles, par des lampadaires plus performants et en ajoute s'il y a lieu, afin d'améliorer l'éclairage et la sécurité.

Organisme visé :

La Ville de Laval

Avis / Dossier : A-130833 105385

 2002-03-15 16:15

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Une femme de 47 ans est mortellement blessée par un véhicule automobile en traversant le boulevard Pierrefonds, à Pierrefonds. Il s'agit d'un cas de délit de fuite de la part du conducteur.

La victime venait de descendre d'un autobus de la STCUM à l'angle des boulevards Pierrefonds et Richmond. Une analyse et la reconstitution de la collision ont été effectuées par un agent du service de police de la CUM. Des anomalies ont été relevées quant au comportement des piétons en matière de sécurité routière. Les arrêts d'autobus n'étant pas localisés directement aux coins des rues, les piétons prennent l'habitude de traverser en angle au lieu d'utiliser la traverse pour piétons.

Recommandation :

Que la S.T.C.U.M revoie la position des arrêts d'autobus et des abribus installés sur le boulevard Pierrefonds, particulièrement, l'arrêt du côté nord, à l'ouest du boulevard Richmond, en le relocalisant à l'est de Richmond, du côté nord du boulevard Pierrefonds. (4)

Organisme visé :

La Société de transport de la Communauté urbaine de Montréal

Avis / Dossier : A-125087 103737

 2002-03-15 16:23

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

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

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

Par ailleurs, le coroner note que la tenue du dossier d'hospitalisation était loin d'être exemplaire : notes souvent illisibles, heures rarement mentionnées, absence de notes d'évolution pendant des périodes critiques, prescriptions administrées mais non consignées, notes ajoutées a posteriori sans initiales de l'auteur, etc. Ainsi, le coroner investigateur avisé du présent décès ne pouvait pas faire la reconstitution exacte des événements et des soins reçus, à cause des carences et omissions dans la tenue du dossier. Or, le coroner investigateur bénéficiant de pouvoirs limités, essentiellement administratifs, il a donc fallu procéder à une enquête publique, ce que le coroner enquêteur considère inacceptable.

Recommandations :

Que l'Hôpital général de Montréal :

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

Organisme visé :

L'Hôpital général de Montréal

Avis / Dossier : A-121353 95968



2002-03-15 16:23



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un homme de 83 ans est mortellement heurté par un véhicule automobile sur le boulevard Léger, près de l'intersection Langelier, à Montréal-Nord.

Selon le technicien en collision, la vitesse n'est pas le facteur en cause. Il impute directement l'accident au comportement imprudent de la victime, qui n'a pas traversé à l'intersection comme il se doit. Toutefois, le technicien a observé pendant 20 minutes le comportement des piétons à cet endroit : 59 piétons ont traversé hors de l'intersection et 50 % de ces gens l'ont fait pour se rendre à l'abribus du côté sud du boulevard Léger. Il note aussi que les personnes âgées, même si elles doivent s'arrêter sur le terre-plein, ont le même comportement que les gens plus jeunes. En conclusion, il attribue ce comportement dangereux à l'emplacement de l'abribus situé du côté sud du boulevard Léger.

Recommandations :

Que la municipalité de Montréal Nord :

- demande à la STCUM de placer les arrêts d'autobus et leurs abribus du boulevard Léger près de l'angle du boulevard Langelier, à l'intersection de cette dernière artère pour limiter les trajets hors de l'intersection; (1)
- étudie le comportement des piétons à cet endroit, une fois que les abribus seront en place à cette intersection et, si besoin, demande au Poste de quartier 40 de planifier et d'exécuter les interventions auprès des piétons pour les dissuader de traverser le boulevard Léger hors de l'intersection. (1)

Organisme visé :

La municipalité de Montréal Nord

Avis / Dossier : A-133549 103689

 2002-03-15 16:08

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un homme de 61 ans est frappé mortellement par un souffleur à neige à l'intersection des rues Sherbrooke et Cadillac, à Montréal.

Lors de l'accident, le souffleur n'était pas en fonction, le panier était levé et les vrilles arrêtées. Le véhicule s'engageait dans un virage et le signaleur avait pris place sur le marchepied du côté droit du véhicule. Ni le conducteur, ni le signaleur n'ont aperçu le piéton. En effet, l'enquête de police a démontré qu'il existe un angle mort de 22 degrés sur ces véhicules causé par la chute (cheminée) à neige devant le pare-brise.

Recommandations :

Que le ministère des Transports :

- forme un comité afin de revoir les normes des souffleurs à neige (véhicule lourd) pour ainsi tenter d'améliorer le problème de visibilité relié à l'utilisation de ces engins.; (1)
- amende l'article 497 du Code de la sécurité routière de la façon suivante :

« Tout véhicule routier d'une masse nette de plus de 900 kg, muni d'un engin de déblaiement mécanique servant à souffler la neige, soit escorté d'un véhicule de surveillance transportant un signaleur qui aura la possibilité d'autoriser tous les déplacements par un contact visuel direct avec le conducteur. »

Organisme visé :

Le ministère des Transports du Québec

Avis / Dossier : A-121751 95321

 2002-03-15 16:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un homme de 75 ans est mortellement blessé par un camion qui reculait à un quai de déchargement de la rue Chabanel, à Montréal.

Des essais mécaniques du camion de la Compagnie D.O.D. Transports n'ont démontré aucune anomalie, à l'exception d'un manque de signalisation sonore lors de la marche arrière.

Recommandation :

Que le propriétaire de la compagnie D.O.D. Transports fasse installer une signalisation pour la marche arrière sur ses camions.

Organisme visé :

D.O.D. Transports

Avis / Dossier : A-128459 101559

 2002-03-15 16:18

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Une femme de 83 ans est mortellement blessée lorsqu'elle est heurtée par un camion à ordures, en traversant le rue Mainville, à Saint-Léonard.

Au moment de la tragédie, le camion circulait à basse vitesse en direction nord, dans la voie normalement réservée pour circuler vers le sud. Cette procédure accélérerait la collecte des ordures; ceci va toutefois à l'encontre de la réglementation.

Dans la ville de Saint-Léonard, il n'y a pas de réglementation particulière régissant la circulation des camions affectés à la cueillette des ordures ménagères. Par contre, ces derniers doivent respecter le Code de la sécurité routière, qui les oblige à circuler du côté droit de la chaussée. Cette cueillette s'effectue par contrat avec la compagnie Intersan inc. de Longueuil.

Recommandations :

Que la Ville de Saint-Léonard et la compagnie Intersan inc. de Longueuil rappellent à tous les conducteurs réguliers de camion l'obligation légale de respecter les règles de conduite de véhicule routier, particulièrement la nécessité de garder sa droite en circulant sur un chemin public. (1)

Organismes visés :

La Ville de Saint-Léonard
Intersan inc. de Longueuil

Avis / Dossier : A-130292 102292

 2002-03-15 16:17

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un homme de 31 ans est mortellement blessé lorsqu'il est frappé par un autobus de la Communauté urbaine de Montréal, en traversant le boulevard Pie IX, à l'intersection de la 43e Rue, à Montréal.

Il s'agit d'une voie réservée à l'autobus R505, qui circule à contre courant de 15 h à 19 h, normalement durant les jours de semaine. Cette voie suscite et critiquée pour la sécurité des piétons qui s'engagent à traverser une intersection au cours de ces périodes de pointe. Cette situation dangereuse existe depuis l'instauration de ce système à contre sens en 1990. Les statistiques rapportent 16 décès et 76 piétons blessés gravement entre 1990 et 1998 sur cette artère.

Recommandation :

Que l'Agence Métropolitaine de transport considère favorablement le rétablissement de la circulation des autobus aux heures de pointe dans le même sens que la circulation. (2)

Organisme visé :

L'Agence Métropolitaine de transport

Avis / Dossier : A-127306 98867

 2002-03-15 16:20

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Un homme de 83 ans est mortellement blessé lorsqu'il est heurté par un véhicule automobile en traversant la rue à l'intersection des rues Harvey et Montpetit, à Jonquière.

Au lieu d'utiliser le passage piétonnier situé à environ une cinquantaine de mètres plus loin, l'homme a décidé de traverser le boulevard Harvey à une intersection où il n'y a pas de passage piétonnier, ni feux de circulation.

Recommandations :

Que la Ville de Jonquière :

- installe un feu de circulation pour piétons avec une séquence en temps plus longue, synchronisé avec les feux de circulation situés Saint-Dominique et boulevard Harvey, ainsi que ceux situés à l'intersection Saint-Jacques et boulevard Harvey;
- allonge l'espace d'arrêt se trouvant sur le terre-plein du centre pour qu'un plus grand nombre de piétons puissent s'y réfugier en toute sécurité;
- améliore l'entretien de cette traverse l'hiver, car elle est négligée et actuellement non sécuritaire;
- sensibilise les piétons par une publicité afin de les inciter à emprunter cette traverse de façon plus régulière pour leur sécurité.

Organisme visé :

La Ville de Jonquière

Avis / Dossier : A-132177 104217

 2002-03-15 16:10

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de la circulation : Piétons

Événement :

Une dame 76 ans est mortellement blessée lorsqu'elle est heurtée par un véhicule automobile au passage pour piétons, à l'intersection du boulevard Laurentien et de la rue Keller, à Ville Saint-Laurent.

Cette intersection pose un problème et n'est pas sécuritaire pour les piétons, surtout en période hivernale à cause du terre-plein central qui se prolonge dans l'aire piétonnière et qui n'est pas déneigé, ce qui oblige les piétons à le contourner. Pourtant, deux boutons piétons qui accordent un délai supplémentaire sont situés sur le poteau des lampadaires au centre du terre-plein. À l'activation du signal pour piétons, 27 secondes sont allouées pour se rendre au terre-plein central. De là, les piétons doivent de nouveau actionner le bouton piétons sur le terre-plein central afin de se rendre de l'autre côté de la rue. Il n'y a aucune mention du processus à suivre pour permettre une traversée sécuritaire.

Recommandations :

Que Ville Saint-Laurent :

- donne les directives nécessaires pour que le passage pour piétons sur le terre-plein central Nord du boulevard Laurentien soit entièrement déneigé afin de faciliter l'accès pour les piétons aux boutons piétons;
- Installe un bouton numérique visuel indiquant le temps restant pour un passage sécuritaire;
- maintienne le bouton piétons situé sur le terre-plein central Nord, même si le service du contrôle routier opte pour une seule séquence de temps de 54 secondes, ce qui permettra à une personne moins rapide de traverser sans risque.

Organisme visé :

Ville de Saint-Laurent

Avis / Dossier : A-125773 99753

 2002-03-15 16:21

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Autres décès accidentels : Accidents aériens

Orgnismes visés

- Transports Canada
- Hydro-Québec
- Défense nationale
- Garde côtière canadienne
- MRC Manicouagan
- Sûreté du Québec, district Côte-Nord
- Transports Canada



2002-03-14 16:17

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Accidents aériens

Événement :

Un Cessna s'écrase après avoir accroché un fil parafoudre à l'aéroport Laval Aviation, à Saint-François-de-Laval, communément appelé piste Contant, faisant deux victimes.

La piste Contant est privée et n'a pas à respecter les normes de sécurité de Transports Canada. Deux lignes à haute tension traversent l'extrémité nord de la piste dans l'axe est-ouest. Le fil parafoudre est situé dans des pylônes à 56 mètres. Les pilotes qui viennent y atterrir ou décoller se familiarisent avec les procédures locales et l'atterrissage sur cette piste se fait dans le sens sud-nord.

Par ailleurs, le Bureau de sécurité des transports de Transports Canada a publié un fascicule pour les pilotes qui volent près des lignes à haute tension. Il est très précis et est mis gratuitement à la disposition de tous les pilotes dans les écoles de pilotage et les stations de vol. Or, à l'École de pilotage de Mascouche, deux instructeurs précisaient, après l'accident, ne pas connaître l'existence d'un fil parafoudre situé tout en haut du pylône.

Recommandations :

Que Transports Canada :

- se questionne sur la présence de lignes à haute tension situées sur une piste d'atterrissage, même si cette piste est privée et n'est pas soumise aux normes de sécurité; (1)
- s'assure que le fascicule rappelant la sécurité dans le vol près des lignes à haute tension est bien diffusé; (1)
- se questionne sur la réglementation minimale en ce qui concerne les pistes privées afin que les propriétaires de telles pistes n'installent pas ces dernières n'importe où et au moins, que les sources de danger évidentes soient éliminées par des règlements minimaux. (1)

Que Hydro-Québec procède à l'installation de balises sur les fils parafoudres des lignes à haute tension situées sur la piste Contant et ce, même si cette piste n'a pas à respecter les normes de sécurité parce qu'il s'agit d'une piste privée. (1)

Organismes visés :

Transports Canada
Hydro-Québec

Avis /
Dossier : **A-124968**
 96960

A-124969 96959



2002-03-14 16:17



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Accidents aériens

Enquête publique portant sur la recherche des causes et des circonstances des décès de sept personnes survenus lors de l'écrasement d'un " Islander " dans le fleuve Saint-Laurent en bout de piste de l'aéroport de Pointe-Lebel.

Événement :

Au moment de l'accident, les conditions météorologiques étaient très variables. Il a été déterminé que la surcharge de l'appareil interdisait tout décollage et que toutes ses surfaces critiques qui n'étaient pas balayées par le souffle des hélices étaient affectées par de la neige fortement imprégnée d'eau, et peut-être par du givre ou de la glace. Cette contamination, alliée à une piste contaminée, à une surcharge et à un vent arrière, a fait en sorte que l'avion a dû rouler sur environ 4 200 pieds avant de développer la portance nécessaire au décollage.

En vol, l'appareil est devenu instable environ 22 secondes avant de s'écraser. Le code d'alerte " blanc ", qui s'applique lorsqu'on est sans nouvelle de l'appareil et que le pilote n'a pas déclaré d'urgence, a été décrété par la station d'information de vol de Mont-Joli, 19 minutes plus tard.

Le directeur du Centre de coordination des urgences de l'aéroport de Pointe-Lebel met en branle le plan d'urgence. Or, au cours des procédures de sauvetage, les intervenants (Défense nationale, Garde côtière, pompiers de Mingan, Sûreté municipale de Baie-Comeau, stations d'informations de vol de Mont-Joli et de Dorval) ont posé des actions, passé ou demandé que des actions soient posées sans avoir avisé le Centre de coordination des urgences, ce qui, à diverses étapes, a donné de fausses informations entre les intervenants ou des actions similaires non-concertées.

Les Forces canadiennes, qui relèvent du ministère de la Défense nationale, dirigent à partir de trois centres de coordination (Victoria, Colombie-Britannique - Trenton, Ontario - Halifax, Nouvelle-Écosse) les opérations de recherche et de sauvetage à la grandeur du pays. Lors de recherche et de sauvetage maritimes, elles sont secondées par la Garde côtière canadienne. Cette dernière a deux centres de coordination, soit Québec et Saint-John's, Terre-Neuve. La responsabilité de ces cinq centres est partagée en territoires. Dans le présent cas, il s'agissait pour les Forces canadiennes, de Halifax et pour la Garde côtière canadienne, du centre de Québec.

Comme les ressources primaires de Halifax n'étaient pas disponibles, on a fait appel à un " Hercules " et à un " Labrador " de Trenton, car il s'agissait de ressources primaires se situant dans le territoire adjacent à celui de Halifax; ceci a augmenté d'autant les délais d'intervention.

Les régions immédiates de Montréal, Québec, Mont-Joli, Baie-Comeau et Sept-îles sont les plus propices aux accidents impliquant des appareils de ligne à grande capacité de passagers. Les accidents se produisent généralement dans un périmètre de 20 milles des aéroports. La possibilité de voir s'écraser un appareil dans les lacs Saint-François, Saint-Louis, des Deux-Montagnes, le Port de Montréal ou fleuve Saint-Laurent existe donc.

L'aéroport de Pointe-Lebel, dont le plan des mesures d'urgence couvre un rayon de cinq milles, n'a pas d'embarcation rapide, pas de rampe de mise à l'eau, pas de personnel formé pour le sauvetage, pas d'hélicoptère et encore moins d'hélicoptère muni d'un treuil.

La Garde côtière canadienne, centre de Québec et la Défense nationale, centre de Halifax, qui coordonnent la

recherche et le sauvetage en cas d'aéronefs ou de navires en détresse, ne disposent pas toujours d'aéronefs et doivent en emprunter dans d'autres centres de coordination; elle ne dispose pas d'hélicoptère muni d'un treuil pouvant se rendre rapidement sur place, ni de rampe de mise à l'eau; enfin, elles ont en permanence une embarcation rapide qui se trouve à Baie-Comeau, mais qu'il faut transporter sur une remorque, beau temps, mauvais temps, de Baie-Comeau à Pointe-Lebel. En sus d'une partie du fleuve à cette hauteur, le territoire de la Sûreté du Québec couvre de nombreux plans d'eau et de vastes forêts. Or, la Sûreté du Québec ne dispose pas d'hélicoptère, encore moins d'hélicoptère muni d'un treuil, n'a pas d'embarcation rapide et pas de rampe de mise à l'eau sur le fleuve.

Par ailleurs, le plan d'urgence de l'aéroport de Pointe-Lebel a été conçu selon les lignes directrices de Transports Canada. Or, que ce soit sous la gestion de Transports Canada ou celle encore récente de la MRC Manicouagan, on n'a jamais simulé un écrasement dans le fleuve pour s'assurer de l'efficacité du plan des mesures d'urgence en pareil cas.

Dans l'accident, malgré de graves blessures, quatre des dix passagers ont pu s'extraire de l'appareil et attendre sur une aile qu'on leur vienne en aide. La marée montante, l'hypothermie et les blessures rendaient les survivants incapables d'agripper une autre victime par ses vêtements. Celle-ci est partie, inconsciente, à la dérive et est morte.

Dans ce type d'appareil, il n'y a pas de gilet de sauvetage mais plutôt des coussins flottants. En eau froide, donc engourdi, il est difficile voire impossible de s'agripper à un tel coussin. De plus, les efforts déployés pour nager ou tenter d'éviter la noyade réduisent le temps de survie de moitié. La coroner conclut que tous les passagers lors d'un écrasement d'aéronef dans un plan d'eau, qu'ils soient nageurs ou pas, bénéficieraient du port d'un gilet de sauvetage.

Recommandations :

Que l'aéroport de Pointe-Lebel modifie son plan des mesures d'urgence afin :

- d'alléger la tâche du directeur en désignant des personnes du Centre de coordination des urgences responsables des communications avec les intervenants;
- que chacun des intervenants soit informés des coordonnées de la personne du Centre de coordination des urgences à qui ils doivent rapporter leurs actions et les informations dont ils disposent;
- d'intégrer, dès l'annonce du code " blanc " de la Garde côtière et de la Défense nationale, un intervenant disposant d'hélicoptère pour se rendre rapidement sur le site de l'écrasement d'un aéronef, d'un intervenant disposant d'une embarcation rapide, d'une rampe de mise à l'eau et de personnes formées pour le sauvetage.

Que la Défense nationale, le Centre de coordination de recherche et de sauvetage de Halifax, la Garde côtière canadienne, le Centre de coordination de recherche et de sauvetage de Québec, la MRC Manicouagan et la Sûreté du Québec, district Côte-Nord :

- se concertent pour défrayer en commun les coûts d'acquisition ou de construction ou de location et d'entretien d'un hélicoptère muni d'un treuil pouvant se rendre rapidement sur le fleuve à la hauteur de Pointe-Lebel et d'un hangar chauffé situé près de l'embarcation;
- se concertent pour défrayer en commun les coûts du personnel qui devra voler, naviguer et plonger, ainsi que les coûts de leur entraînement et de leur équipement pour faire de la recherche et du sauvetage.

Que Transports Canada modifie les lignes directrices de la réglementation aérienne canadienne pour exiger que le plan des mesures d'urgences des détenteurs de certificats d'aéroport dont les installations se situent à proximité des lacs Saint-François, Saint-Louis, des Deux-Montagnes, du Port de Montréal et du fleuve Saint-Laurent, prévoit :

- les ressources nécessaires pour intervenir rapidement et efficacement en cas d'écrasement d'aéronef dans

ces plans d'eau;

- une simulation, à tout le moins triennale, d'un écrasement d'aéronef dans ces plans d'eau pour s'assurer de l'efficacité du plan des mesures d'urgence en place.

Que Transports Canada modifie la réglementation aérienne canadienne pour exiger que tous les aéronefs survolant un plan d'eau soient munis de gilets de sauvetage en nombre suffisant pour chacune des personnes transportées.

Organismes visés :

La Défense nationale
La Garde côtière canadienne
La MRC Manicouagan
La Sûreté du Québec, district Côte-Nord
Transports Canada

Avis / Dossiers :	A-124808 99168	A-124812 99172
	A-124809 99169	A-124813 99173
	A-124810 99170	A-124815 99174
	A-124811 99171	

 2002-03-14 16:09



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 **Autres décès accidentels : Asphyxies**

Organismes visés

- Citoyenneté et Immigration Canada
- Douanes et Revenu Canada
- Cabinet du Premier ministre

- Municipalité de Château-Richer

- Centre d'accueil Acton Vale
- RRSSS de la Montérégie

- Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis

- Corporation d'Urgences-Santé
- Communauté urbaine de Montréal
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal



2002-04-19 10:36

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Trois hommes d'origine roumaine décèdent d'asphyxie par hypoxie de l'air ambiant, alors qu'ils voyagent clandestinement dans un container, à bord du navire Montreal Senator, en partance du port de Livourne (Italie) en direction de Montréal.

Il existe une filière italo-canadienne d'immigrants illégaux d'origine roumaine. Des statistiques d'Immigration Canada rapportent qu'en 1998, 31 clandestins sont arrivés au Canada en provenance du port de Livourne et 16 en provenance de Gênes, et en 1999, 13 clandestins provenaient de Gênes et 56 de Livourne. Des mesures ont été prises par Citoyenneté et Immigration Canada en vue de prévenir l'embarquement clandestin en Italie, de même que par Douanes et Revenu Canada. De plus, la Fédération maritime du Canada a adressé un mémoire à la Chambre des Communes au comité permanent de la citoyenneté et de l'Immigration afin de tenter de corriger les lacunes actuelles de la politique canadienne d'immigration. Finalement, un nouveau projet de loi sur l'immigration a été déposé aux Communes, qui prévoit une série de mesures rendant l'entrée au Canada plus difficile.

Recommandations :

Que Citoyenneté et Immigration Canada et Douanes et Revenu Canada s'assurent que toute correspondance écrite ou télécopiée entre différents intervenants des ports, au sujet de clandestins ou de leur transporteur, soit obligatoirement télécopiée à Immigration et à Douanes. (1)

Que Citoyenneté et Immigration Canada :

- mette de l'avant son projet qui donnerait le statut de réfugiés à des délateurs afin de contrer cette filière de négriers du 21^e siècle ; (4)
- voie à faire connaître à l'étranger les réformes de la Loi sur l'immigration dès son entrée en vigueur et ce, dans les pays susceptibles de laisser partir des clandestins. (4)

Que le législateur fédéral voie à inclure dans son projet de loi sur l'immigration, un chapitre particulier visant les clandestins illégaux qui arrivent au pays dans des conteneurs, qui devrait inclure :

- un article permettant de garder en détention les clandestins découverts et ce, dès leur arrivée au pays jusqu'à ce qu'on ait fini d'étudier leur dossier ; (3)
- un article obligeant l'étude du dossier des clandestins dans le mois suivant leur arrestation ; (3)
- un article obligeant le renvoi immédiat du clandestin dans son pays d'origine, si le statut de réfugié lui est refusé. (4)

Organismes visés :

Citoyenneté et Immigration Canada
Douanes et Revenu Canada
Le Cabinet du Premier ministre

Avis / Dossiers : A-126844 101571 A-126845 101572

A-126846 101573



2002-03-14 16:34



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Un jeune homme de 17 ans grimpe dans une falaise longeant la rivière Lemoine à Château-Richer, dans le but de faire une glissade avec son amie. Rendu à mi-chemin dans la falaise, une masse de neige se détache, ensevelissant la victime, qui décède d'asphyxie par privation d'oxygène.

L'endroit où est survenu l'avalanche est considéré comme dangereux durant la saison hivernale et propice aux avalanches en raison d'un environnement accidenté et de l'accumulation de neige : il se forme des falaises hautes de 25 mètres avec une pente de 45 degrés. Cependant, aucun écriteau ou enseigne n'indique un risque d'avalanche dans cette zone à risque.

Recommandation:

Que la municipalité de Château-Richer voie à l'installation aux abords de la rivière d'écriteaux mettant en garde la population du risque d'avalanche durant la saison hivernale. (1)

Organismes visés :

La municipalité de Château-Richer

Avis / Dossier : A-134128 105028

 2002-03-14 16:28

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Une dame de 77 ans, résidant au Centre d'accueil Acton Vale pour des problèmes majeurs reliés à sa maladie d'Alzheimer, décède d'une asphyxie positionnelle, tandis qu'elle était installée au lit avec une ceinture de retenue Ségufix.

Cette contention était nécessaire à cause de son agressivité et du fait qu'elle perturbait les autres bénéficiaires. Elle a été retrouvée inanimée sur le côté du lit, suspendue à son appareil de contention. Le centre d'accueil a une politique couvrant l'usage d'appareils de contentions. Elle prescrit une surveillance aux 15 à 30 minutes pour les usagers agités. Or, l'investigation a permis de mettre en lumière qu'il s'était écoulé plus de 3 heures sans surveillance.

Par ailleurs, le coroner se demande si le centre d'accueil a le personnel qualifié en quantité suffisante pour prendre en charge une personne aussi agitée et dangereuse pour elle-même et autrui que l'était la victime.

Recommandations:

Que le Centre d'accueil Acton Vale rappelle annuellement à son personnel les dangers des appareils de contention et la nécessité d'une surveillance fréquente. (1)

Que la RRSSS de la Montérégie se penche sur ce dossier et propose des solutions pour assurer que les personnes dans le même état reçoivent les attentions qui les protègent contre elles-mêmes et qu'elles ne sont pas un danger pour les autres bénéficiaires et le personnel. (1)

Organismes visés :

Le Centre d'accueil Acton Vale
Le RRSSS de la Montérégie

Avis / Dossier : A-133776 105856

 2002-03-14 16:27

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

Le Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis

Avis / Dossier : A-129335 104455



2002-04-18 15:33

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

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

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

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

Selon les bobines d'enregistrement du 911, on peut penser que l'arrêt cardio-respiratoire est survenu de 6 à 8 minutes après les débuts des problèmes respiratoires. L'ambulance, sans erreur de parcours, aurait été sur les lieux dans un délai de 8 à 9 minutes après l'appel 911, augmentant ainsi de façon significative les chances de survie de la victime. Quant à une intervention rapide des premiers répondants, il est probable qu'ils auraient été sur place avant l'arrêt cardio-respiratoire et auraient probablement pu prévenir celui-ci en donnant de l'oxygène.

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

Recommandations :

Que la Corporation d'Urgences-Santé :

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

Que la Communauté urbaine de Montréal et la Direction d'Urgences-Santé revoient leur politique d'intervention sur les appels 911 assignés à Urgences-Santé dans les codes 1. (4)

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux prenne ses responsabilités et clarifie par règlement ou législation l'instauration du premier répondant. (1)

Organismes visés :

La Corporation d'Urgences-Santé
La Communauté urbaine de Montréal
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Avis / Dossier : A-134870 105234



2002-03-14 16:30



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Autres décès accidentels : Asphyxies

Événement :

Un homme âgé de 48 ans, hospitalisé à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, décède par asphyxie terminale thoraco-abdominale, occasionnée par une ceinture contention installée à cause de son agitation. Le patient a été retrouvé hors de son lit, c'est-à-dire, accroupi entre le lit et le plancher, les pieds touchant au sol mais le reste du corps suspendu.

L'homme était lourdement handicapé à cause de complications des blessures subies dans un accident routier. Il avait été réadmis à l'hôpital pour septicémie.

Recommandations :

Que les directeurs des services professionnels ainsi que des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-cœur de Montréal :

- revoient les protocoles concernant la prescription, la mise en place et la surveillance des patients agités pouvant requérir l'utilisation de moyens physiques, tels les appareils contentions et les ridelles de lit; (1)
- revoient la conduite du personnel qui a eu à s'occuper de la victime au cours de cette période, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées et fassent le nécessaire afin que les patients agités soient en tout temps en sécurité dans l'hôpital. (1)

Organisme visé :

L'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Avis / Dossier : A-130243 101900

 2002-03-14 16:26

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Autres décès accidentels : Chocs accidentels

Organismes visés

- Centre hospitalier universitaire de Québec - Pavillon CHUL
- Collège des médecins du Québec



2002-04-18 15:51

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chocs accidentels

Événement :

Une enfant de 2 ans décède d'un choc hémorragique et coagulopathie secondaire à un traumatisme abdominal majeur, après avoir heurté le poteau métallique d'une rampe d'escalier au moment où elle s'amusait à glisser sur un traîneau en plastique.

Arrivée à la salle d'urgence du Centre hospitalier universitaire de Québec - Pavillon CHUL à 15 h 34, l'enfant avait un glasgow à 3 et a dû être intubée d'emblée avec début de réanimation cardio-respiratoire. Elle a été dirigée vers la tomodensitométrie cérébrale et échographie abdominale. Le taco cérébral n'a pas révélé d'hémorragie intracrânienne mais l'échographie abdominale démontrait la présence de liquide en grande quantité dans l'abdomen. La patiente est alors envoyée au bloc opératoire à 18 h 20, avec un ballonnement abdominal significatif témoignant d'une hémorragie massive.

Dans ce dossier, le coroner précise qu'il semble y avoir eu une certaine confusion dans l'élaboration du diagnostic de traumatisme crânien par rapport à traumatisme abdominal. Or, il se demande s'il y a eu une mauvaise communication entre les différents intervenants susceptible de faire perdre un temps précieux qui aurait pu sauver la vie de la fillette. À la lecture du dossier médical, il lui a été impossible de répondre à cette question en raison de notes médicales incomplètes, de l'absence de chronologie entre les différentes interventions, comme aucune indication : de l'heure de la demande de la consultation en chirurgie, de l'heure de la consultation, ni de l'heure du décès.

Recommandations :

Que la Direction des Services professionnels du CHUQ - Pavillon CHUL soumette ce dossier au Comité de l'évaluation de l'acte médical afin de s'assurer que l'évaluation et la conduite thérapeutique ont été effectuées selon les règles de l'art. Ce dossier devra également être revu sous l'angle de la qualité de la tenue de dossier.

Que ce rapport soit acheminé au Collège des médecins du Québec pour information et suivi, s'il y a lieu.

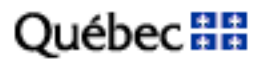
Organismes visés :

Le Centre hospitalier universitaire de Québec - Pavillon CHUL
Le Collège des médecins du Québec

Avis / Dossier : A-130061 100681



2002-03-15 11:08



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 **Autres décès accidentels : Chutes**

Organismes visés

- Voie maritime du Saint-Laurent
- Foyer de Weedon
- Résidence Louvain
- Ville de Montréal
- CHUM - Pavillon Saint-Luc
- MRC de la Côte-de-Gaspé
- MRC de la Haute Côte-Nord
- ATR de la Gaspésie
- ATR de Manicouagan
- MRC des Îles-de-la-Madeleine
- ATR des Îles-de-la-Madeleine
- MRC de Pabok
- Corporation Euromart du Canada
- Résidence Le Charnycois



2002-03-15 13:08

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Une dame de 77 ans, circulant à pied sur le pont des écluses de la Voie maritime à Sainte-Catherine, fait une chute de 100 pieds lorsque le pont s'élève, avant d'être broyée par le mécanisme du pont-levis.

Aux écluses de Sainte-Catherine, il y a toujours trois employés par quart de travail. Cependant, un seul employé est dans la salle de contrôle, à la console, pour lever et abaisser le pont et pour actionner les écluses. Les deux autres sont affectés à différents travaux d'entretien et de réparation.

Le lieu de travail qui abrite les commandes est un édifice au niveau du sol qui se situe à environ 500 pieds du pont. Il est donc humainement impossible de voir de ses propres yeux ce qui se passe au pont. On ne visualise pas le trottoir et encore moins s'il y a des piétons qui l'utilisent.

L'employé préposé à la console dispose de cinq caméras pour l'aider à faire son travail avec sécurité. Toutefois, l'employé au contrôle n'a qu'un petit écran de huit pouces pour effectuer tous les contrôles. Il ne peut pas voir plus d'une caméra à la fois.

La levée électromagnétique du pont-levis se fait par ordinateur selon un programme informatique préétabli. Une première sirène de cinq secondes se fait entendre. Vingt secondes plus tard, il y a des sons de cloches et les barrières s'abaissent avec lumières rouges clignotantes. Vingt secondes plus tard, il y a un deuxième son de sirène d'une durée de cinq secondes. Finalement, après dix secondes, le pont-levis s'élève à la position verticale en quarante secondes.

Recommandations :

Que le responsable de la Voie maritime du Saint-Laurent :

- prévoie quatre employés par quart de travail et que ce quatrième employé soit uniquement affecté dans la tour de contrôle en amont, afin d'y effectuer les tâches d'opération, de communication et de surveillance; (2)
- prévoie un gardien de sécurité sur le pont, en contact continu avec l'opérateur, pour prendre charge des téméraires qui ne suivent pas les consignes et qui défient les sirènes et les lumières; (2)
- réutilise la tour près du pont, qui est très surélevée et qui offre une vue panoramique de tout ce qui peut se passer dans le champ de travail des employés; (2)
- déplace la caméra no 2 vers la droite, la monte sur un poteau plus haut, la rende pivotante et munie d'un "zoom"; (2)
- installe sur la caméra no 3 un filtre qui annihilera les reflets du soleil pour permettre une vision claire en tout temps; (2)

- munisse la console d'au moins deux ou trois écrans afin que l'employé puisse être capable de visualiser ce qui se passe à plusieurs endroits en même temps; (2)
- allonge à environ 25-30 secondes le délai entre la dernière sirène et la levée du pont; (2)
- ralentisse la levée du pont afin de permettre, à défaut, aux personnes prises de s'agripper davantage à la structure. (2)

Organisme visé :

La Voie maritime du Saint-Laurent

Avis / Dossier : A-133327 106367



2002-03-15 11:39



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Une bénéficiaire du Foyer de Weedon décède des blessures subies suite après une chute d'un lève-patient lorsqu'un des quatre anneaux retenant la toile sur laquelle elle était hissée a glissé hors du crochet.

À la lecture, la politique et la procédure des principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires donnent l'impression d'une plus grande préoccupation pour la sécurité du travailleur que pour celle du bénéficiaire. Or, l'accident résulte d'une erreur humaine d'inattention : l'anneau, une fois accroché, n'a pas été vérifié.

Par ailleurs, après cet accident, le médecin avait demandé que l'on vérifie les signes vitaux aux heures. Or, on ne semble prendre que la tension artérielle. On a l'impression que la haute pression présentée après l'accident se stabilise avec le temps. Le pouls et la respiration sont des paramètres importants. Leur notation aurait permis de déceler plus tôt l'évolution vers l'état de choc et aurait peut-être pu éviter le décès.

Recommandations :

- Que les autorités du Foyer de Weedon :
- repensent leur politique de déplacement sécuritaire des bénéficiaires et insistent sur une vérification de sécurité avant de soulever les patients; (1)
- s'assurent que lorsqu'un médecin demande que les signes vitaux soient surveillés, l'on note la tension artérielle, le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire et la température du patient. (1)

Organisme visé :

Le Foyer de Weedon

Avis / Dossier : A-133753 105463



2002-03-15 11:44

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un bénéficiaire de la Résidence Louvain à Montréal, circulant en chaise roulante, fait une chute dans un escalier de sept marches. Il décèdera le lendemain des blessures subies lors de cet accident.

Recommandation :

Que la direction de la Résidence Louvain fasse installer des poteaux mobiles fixés au plancher au sommet des escaliers afin d'éviter tout accident semblable.

Organisme visé :

Résidence Louvain

Avis / Dossier : A-133657 104511

 2002-03-15 11:42

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un homme de 58 ans, marchant sur le trottoir de la rue De La Gauchetière à Montréal, glisse sur une plaque de métal couvrant la largeur du trottoir, chute et subit une fracture pelvienne gauche. Transporté à l'hôpital, il y décèdera trois jours plus tard d'embolies graisseuses pulmonaires. Cette complication est connue et fréquente lors de traumatismes aux os longs.

La plaque de métal a été placée sur la chaussée par les services d'entretien des trottoirs de la Ville de Montréal. En hiver, il s'agit d'une solution extrêmement dangereuse pour les piétons, surtout lorsqu'il neige ou qu'il y a de la gadoue.

Recommandation :

Que la Ville de Montréal revoie l'utilisation de plaques de métal sur les trottoirs, surtout en période hivernale, et trouve un moyen qui soit sécuritaire pour les piétons qui empruntent les trottoirs défectueux de la ville.

Organisme visé :

La Ville de Montréal

Avis / Dossier : A-134967 106281



2002-03-15 13:06

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

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

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

Recommandation :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Montréal instaure un protocole de soins pour le triage des gens qui ont perdu connaissance. Ces patients devraient être couchés sur une civière dès leur arrivée à l'urgence. (1)

Organisme visé :

Le CHUM - Pavillon Saint-Luc

Avis / Dossier : A-134567 105737

 2002-03-15 13:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un jeune homme de 20 ans perd la vie après avoir été victime d'une chute accidentelle au Cap d'Espoir, en Gaspésie.

Une révision a été effectuée de plusieurs cas de chutes dans des falaises au cours des dix dernières années au Québec. Les sites étaient extrêmement attrayants et contribuaient à la beauté naturelle de beaucoup de paysages québécois. Certains de ces sites, parmi les plus fréquentés, sont parfois dotés de clôtures pour en limiter l'accès, mais il est évident que l'on ne peut pas en installer partout. Il en est de même d'une signalisation qui indiquerait le danger. Les chutes sont souvent le résultat d'une méconnaissance du danger que représentent ces beautés naturelles. Il est donc important de sensibiliser davantage les touristes à ces dangers.

Recommandations :

Que les différents médias sensibilisent le public aux dangers potentiels de la promenade au bord de la falaise et leur fassent connaître le pictogramme à cet effet.

Que les associations touristiques régionales de la Gaspésie, des Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord renforcent les mesures déjà prises de mise en garde concernant les dangers potentiels d'affaissement le long des falaises. (1)

Que les différentes associations touristiques régionales et les MRC de la région augmentent le nombre de pictogrammes dans les sites touristiques, les bureaux locaux de touristes et incitent les gens à la prudence lorsqu'ils côtoient la falaise, par une meilleure connaissance du danger. (1)

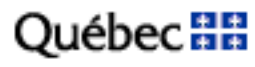
Organismes visés :

La MRC de la Côte-de-Gaspé
La MRC de la Haute Côte-Nord
L'ATR de la Gaspésie
L'ATR de Manicouagan
La MRC des Îles-de-la-Madeleine
L'ATR des Îles-de-la-Madeleine
La MRC de Pabok

Avis / Dossier : A-129318 102187



2002-03-15 11:27



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un homme de 68 ans, circulant à pied, fait une chute près du trottoir, à proximité de l'arrêt d'autobus situé à l'intersection des rues Saint-Jean et Dufferin à Québec. Aidée par des citoyens, la victime, le visage en sang, refusait l'ambulance. L'homme s'est ensuite dirigé entre les deux abribus et a culbuté par dessus un muret pour tomber dans une entrée de service d'une hauteur de 13 pieds. Le muret a une hauteur de 32 pouces.

Recommandation :

Que la Corporation Euromart du Canada modifie le muret en augmentant sa hauteur afin de le rendre plus sécuritaire. (1)

Organisme visé :

La Corporation Euromart du Canada

Avis / Dossier : A-132495 105155

 2002-03-15 11:30

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Chutes

Événement :

Un homme âgé de 84 ans, vivant dans une résidence privée pour personnes âgées, à Charny, fait une chute dans une margelle. Il décèdera de ses blessures le lendemain de l'accident.

Il a été démontré que dans la cour arrière côté sud de la résidence Le Charnycois, il y a des margelles en ciment, dont la largeur et la profondeur présentent un danger évident de chute, car elles ne sont pas sécurisées et sont trop nombreuses autour de la cour.

Recommandation :

Que le propriétaire de la résidence Le Charnycois effectue les réparations nécessaires et sécurise toutes les margelles avec une clôture de sécurité afin d'éviter que l'on tombe dans ces margelles de ciment. (1)

Organisme visé :

La Résidence Le Charnycois

Avis / Dossier : A-124350 101250



2002-04-19 10:12

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Autres décès accidentels : Incendies

Organismes visés

- Santé Canada
- Service de prévention incendie de Montréal
- Ville de La Tuque



2002-03-15 13:29

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Incendies

Événement :

Un enfant de 3 ans décède d'un syndrome de détresse respiratoire et de brûlures sur plus de 90 % du corps à la suite de l'incendie de son domicile, quinze jours auparavant, à Montréal.

La victime jouait avec un autre enfant de 4 ans qui avait allumé une chandelle avec un briquet et l'avait déposée sur la table; un chat y a bondi et fait tomber la chandelle sur le tapis qui a pris feu. Dans le logement, il y avait deux avertisseurs de fumée, mais sans batterie et aucun extincteur portatif. Il est possible que le mécanisme protège-enfant du briquet avec lequel l'incendie a été allumé ait été altéré.

Le coroner précise qu'on ne saurait trop insister non seulement sur l'installation d'avertisseurs de fumée, mais également pour qu'ils soient en état de fonctionner. Une réglementation municipale impose des infractions aux contrevenants. Le coroner se demande si les visites préventives devraient être plus fréquentes.

Par ailleurs, depuis juin 1995, les briquets fabriqués ou importés au Canada dont la valeur de vente est inférieure à 2,50 \$ doivent être munis d'un mécanisme protège-enfant. Cette exigence touche 96 % des briquets sur le marché et naturellement, tous les briquets jetables. Toutefois, le mécanisme protège-enfant rend l'allumage plus difficile et certaines personnes l'enlèvent.

Recommandations :

Que Santé Canada :

- s'assure que le mécanisme protège-enfant répond aux critères déjà en place et se penche sur la possibilité d'exiger que le mécanisme soit inaltérable;
- poursuive et sensibilise les intervenants auprès des enfants à la raison d'être du mécanisme du protège-enfant des briquets.
- Que le Service de prévention incendie de Montréal :
- augmente ses visites d'inspections préventives dans les logements de la ville de Montréal quant aux avertisseurs de fumée; (1)
- poursuive sa mission d'éducation dans les écoles et les centres commerciaux et rappelle de ne jamais laisser à la portée des enfants ni briquets, ni allumettes ou tout ce qui peut mettre le feu. (1)

Organismes visés :

Santé Canada
Le Service de prévention incendie de Montréal

Avis / Dossier : A-130400 103680



2002-03-15 13:31



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Incendies

Événement :

Un homme de 68 ans de La Tuque, habitant le dernier étage d'une bâtisse qui en compte trois, décède d'une asphyxie par intoxication à l'oxyde de carbone lors d'un incendie qui s'est déclaré au premier étage de l'immeuble, dans la cage d'escaliers près de l'entrée principale.

Le Service d'incendie de La Tuque a noté la présence de détecteurs de fumée dans quelques logements de cet immeuble; mais nul ne peut dire s'ils étaient fonctionnels. Après vérification auprès des autorités concernées, on s'est questionné sur la sécurité des avertisseurs de fumée. Il appert que les vérifications quant à l'usage de ces appareils se font uniquement à la suite des plaintes au Service d'incendie; or, aucune plainte n'a été déposée pour cet immeuble incendié. À La Tuque, il n'y a comme tel aucun programme de prévention incendie.

Recommandation :

Que la Ville de La Tuque et son Service d'incendie constituent, dans les meilleurs délais, un service préventif et promotionnel concernant principalement l'usage des détecteurs de fumée, qui deviendrait fonctionnel dans les plus brefs délais.

Organisme visé :

La Ville de La Tuque

Avis / Dossier : A-119082 98032



2002-03-15 13:29

Répertoire des recommandations des coroners 2000 **Autres décès accidentels : Intoxications**

Organismes visés

- Régie de l'assurance-maladie du Québec
- Régie de l'assurance-maladie du Québec
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Syndic du Collège des médecins
- Syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec
- Régie de l'assurance-maladie du Québec
- Services préhospitaliers Laurentides - Lanaudière Ltée
- Hôpital Sainte-Justice
- Régie de l'assurance maladie du Québec
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Hôpital de Montréal pour Enfants
- Collège des médecins du Québec
- Ordre des pharmaciens du Québec



2002-03-15 14:50

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Une femme de 33 ans, devenue dépendante aux narcotiques qu'elle prenait afin de soigner plusieurs problèmes physiques, dont des douleurs lombaires chroniques dues à l'obésité, décède d'une intoxication médicamenteuse.

La femme visitait plusieurs médecins à leur insu, afin d'obtenir des ordonnances de médicaments, en plus d'en falsifier et d'en présenter de fausses dans diverses pharmacies. Cette malade se trouvait dans un cercle vicieux : elle était obèse, ce qui lui donnait des maux de dos. On la soulageait alors avec des narcotiques qui l'amortissaient. Comme elle était amortie, elle ne faisait pas d'exercice, gagnait du poids et avait davantage mal au dos.

Le contrôle de la médication, qui est exercé par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, vise les prestataires de la sécurité du revenu. Toutefois, outre le fait de ne s'adresser qu'à ces prestataires, ce contrôle n'empêche pas un prestataire d'acheter des médicaments avec son argent, ce que la RAMQ ne peut contrôler. De plus, ce système permet à un prestataire d'utiliser de fausses ordonnances provenant apparemment du « médecin-traitant principal » qu'il fait exécuter chez le « pharmacien désigné », tel que constaté dans le présent cas.

Une autre forme de contrôle est exercé par l'Ordre des pharmaciens du Québec. Ce système a été implanté en juin 1985 afin de détecter les fausses ordonnances, le vol de carnets d'ordonnances et la surconsommation. Lorsque c'est le cas, la personne fait l'objet du « système alerte ». L'information est adressée aux pharmaciens de la région administrative, sous forme de système pyramidal qui fonctionne par appels téléphoniques ou par télécopieur, si ce dernier est à l'usage exclusif du pharmacien que l'on veut aviser.

Vu la confidentialité des dossiers médicaux garantie par diverses lois dont les chartes canadienne et provinciale des droits, le Code civil, etc., les dossiers patients d'un pharmacien sont confidentiels, de sorte qu'il n'y a pas de banque centrale des dossiers patients des pharmaciens au Québec. Aussi, lorsqu'il y a soupçon de surconsommation, ni le pharmacien, ni l'Ordre des médecins ou ni la RAMQ ne peuvent s'informer auprès d'une banque centrale des dossiers patients de tous les pharmaciens du Québec.

Recommandations :

Que la Régie de l'assurance-maladie du Québec :

- examine la possibilité à l'intérieur des limites imposées par la loi d'instaurer et de gérer un système permettant de détecter la surconsommation de médicaments et de la contrôler; (3)
- examine la possibilité d'offrir aux personnes qui ne bénéficient pas d'un régime collectif d'assurance-maladie, les recours, sur prescription, à des traitements, tels la physiothérapie. (3)

Organisme visé :

La Régie de l'assurance-maladie du Québec

Avis / Dossier : A-123141 98428



2002-03-15 14:28



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Une femme de 33 ans, ayant une dépendance psychologique (toxicomanie, accoutumance) et une dépendance physique (syndrome de sevrage) aux substances psychotropes, décède d'asphyxie par arrêt respiratoire, à la suite d'une intoxication médicamenteuse. Son état supposait une compulsion, un goût impérieux de prendre une drogue, de s'en procurer et une tendance à augmenter la dose.

La victime était prestataire de la Sécurité du revenu et sa consommation de médicaments était sous le contrôle de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Elle devait donc se procurer ses médicaments chez le même pharmacien. Or, au cours de ses deux dernières années de vie, la victime avait consulté environ 22 médecins.

Le coroner se demande comment on pourrait donner aux médecins l'accès rapide au profil de consommation de médicaments d'un usager pour dépister un problème de consommation désordonnée quand les motifs de consultations paraissent crédibles, qu'ils connaissent ou non l'usager. De plus, le coroner se demande comment le pharmacien pourrait amorcer une démarche de changement de consommation avec un client suspecté de consommation désordonnée, dans l'environnement physique de la pharmacie et avec les moyens dont il dispose.

Recommandations :

Que la Régie de l'assurance-maladie du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité :

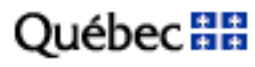
- mettent sur pied un groupe de travail qui, à partir de la réalité observable de consommation inappropriée de médicaments, devra faire de la prévention par des solutions d'accès facile à l'information sur la consommation réelle que fait un usager qui abuse; (1)
- modifient le texte de la lettre type adressée aux prestataires lorsqu'on cesse de contrôler leur carte médicament, de la façon suivante : « ...Nous espérons que vous conserverez vos nouvelles habitudes de consommation... ». (1)

Organismes visés :

La Régie de l'assurance-maladie du Québec
Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Avis / Dossier : A-132630 107560

 2002-03-15 14:18



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Un homme de 43 ans, décrit comme ayant un trouble de personnalité avec anxiété grave et chronique et une possible maladie bipolaire avec accès de dépression majeure, décède d'une intoxication médicamenteuse au Méthotriméprazine (Nozinan).

Il était suivi depuis plusieurs années à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon de Montréal. Il recevait depuis des mois 600 comprimés de Xanax 0,05 mg par mois et 120 comprimés de Nozinan 25 mg par mois, et des médicaments prescrits à l'occasion par d'autres. Ces médicaments provenaient tous de la même pharmacie et ce, même trois jours après le décès.

Le jour de son décès, il a été transporté à l'Hôpital Jean-Talon après avoir été trouvé en convulsion tonico-clonique, à un arrêt d'autobus. Il est vu par un neurologue qui le libère après un diagnostic d'EEG acceptable.

L'expertise toxicologique démontre un taux de Nozinan 10 fois supérieur au taux thérapeutique. Or, deux hypothèses semblent plausibles pour expliquer ce décès. La victime n'avait plus de Xanax et tentait de contrôler ses symptômes de sevrage en augmentant sa consommation de Nozinan; encore ou le décès est survenu dans les heures qui ont suivi la prise de Nozinan, ce qui aurait pu élever davantage son taux sanguin (pas encore distribué dans les tissus). De plus, un taux sanguin élevé de Nozinan, combiné à un sevrage de Xanax, est propice à provoquer des crises convulsives.

Recommandations :

Que le Syndic du Collège des médecins revoie ce cas, plus précisément sur le suivi psychiatrique effectué pendant dix ans et la médication appréciable administrée et ce, malgré la persistance des mêmes symptômes et des abus. (1)

Que le Syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec revoie ce cas, plus précisément pour la quantité importante de Novo-Alprazol et Novo-Méprazine servie, la prescription simultanée d'autres médicaments psychotropes par d'autres psychiatres, la tentative par la victime de raturer l'ordonnance en augmentant la dose et, finalement, les honoraires de service de médicaments trois jours après le décès de la victime.

Que la Régie de l'assurance-maladie du Québec revoie ce cas avec les mêmes critères que ceux énumérés précédemment au Syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec. (1)

Organismes visés :

Le Syndic du Collège des médecins
Le Syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec
La Régie de l'assurance-maladie du Québec



2002-03-15 14:36



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que les Services préhospitaliers Laurentides - Lanaudière Ltée revoient le processus de prises d'appels et de répartitions des ambulances adopté pour un appel d'urgence et apportent les améliorations nécessaires afin que, lors de demandes urgentes, des services plus rapides soient fournis. (1)

Que l'Hôpital Sainte-Justice, à la lumière du rapport du neuropathologiste Dr Yves Robitaille, s'assure que le dossier médical de la victime sera revu afin que les règles de l'art soient respectées lors de l'investigation clinique, particulièrement l'investigation neuropédiatrique. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-130287 103287

 2002-03-15 14:45

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Une femme de 49 ans décède d'une asphyxie par arrêt respiratoire à la suite d'une intoxication médicamenteuse.

La victime souffrait de toxicomanie et d'éthylisme. Prestataire de l'aide sociale, son dossier médicaments a été mis sous contrôle de 1er septembre 1997 au 31 décembre 1998. Elle décède quatre mois après la levée du contrôle d'une intoxication médicamenteuse. Le coroner se demande comment la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité peuvent recommander de cesser le contrôle et le suivi de la consommation des médicaments et recommander au prestataire de conserver ses nouvelles habitudes de consommation, alors qu'ils ne sont pas parfaitement informés des réelles habitudes de la victime.

De plus, le coroner a relevé certaines lacunes dans l'application de la surveillance et du suivi de la consommation des médicaments. Il lui apparaît que la réalité semble plutôt être la mise sous contrôle administratif du carnet médicaments du prestataire de la sécurité du revenu.

Recommandation :

Que la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité revoient leur programme conjoint de « mise sous contrôle du dossier médicaments », lorsqu'il s'agit d'un prestataire de la sécurité du revenu.

Organismes visés :

La Régie de l'assurance maladie du Québec
Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Avis / Dossier : A-124818 100408



2002-03-15 14:33

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

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

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

Recommandations :

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

- voient à ce que le traitement allergique soit revu avec le personnel médical et infirmier, allant de l'urticaire au choc anaphylactique; (1)
- suggèrent que l'on mette bien en évidence, à la fois pour les médecins et le personnel infirmier qui prépare les médicaments, des affiches sur ceux qui sont les plus fréquemment utilisés en salle d'urgence pédiatrique, avec leur dose respective. (1)

Organisme visé :

L'Hôpital de Montréal pour Enfants

Avis / Dossier : A-130372 102872



2002-03-15 14:48

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Intoxications

Événement :

Un homme de 24 ans décède d'une anoxie cérébrale et d'un œdème pulmonaire marqué, trois jours après avoir subi une amygdalectomie avec uvulectomie, pratiquée à l'Hôpital Jean-Talon de Montréal.

Il a été libéré le même jour que sa chirurgie avec une prescription d'Hydromorphe Contin 30 mg aux 12 heures et d'Hydromorphone (Dilaudid) 2 mg aux 4 à 6 heures, si douleurs.

L'état d'hypoxie-anoxie est le résultat d'un ou de plusieurs facteurs qui peuvent s'additionner et entraîner l'issue fatale. D'une part, l'analgésie procurée à la victime après sa chirurgie peut provoquer un œdème pulmonaire important. L'Hydromorphone semble entraîner de la somnolence narcotique, des nausées et une dépression respiratoire causée par une diminution du réflexe respiratoire, d'où la déperdition du cerveau en oxygène (hypoxie) et une acidification du sang (acidose) aboutissant à l'arrêt cardio-respiratoire.

D'autre part, la dose d'Hydromorphe Contin prescrite pour un patient non habitué aux opioïdes est contraire à la recommandation du manufacturier, soit 3 mg aux 12 heures comme dose initiale, avec ajustement progressif aux 48 heures, selon la symptomatologie.

De plus, le Gravol pris par la victime pour contrer ses nausées constantes, peut augmenter les effets dépresseurs du système central d'autres médicaments, tel l'Hydromorphone.

Finalement, les conditions antérieures dont souffrait la victime, soit l'apnée du sommeil et la ronchopathie (ronflement important), comportent certains dangers. Il est risqué pour ce type de patient de consommer quelques dépresseurs du système nerveux central pour des raisons de vigilance respiratoire évoquées plus haut.

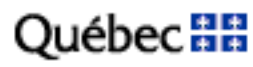
Recommandation :

Que ce dossier fasse l'objet d'une révision poussée des syndicats respectifs du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec et que des actions soient prises, si nécessaires. (1)

Organismes visés :

Le Collège des médecins du Québec
Le Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-130436 103406



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Noyades

Organismes visés

- Compagnie Mine Jeffrey inc.
- Ville de Danville
- Ville de Matagami
- Municipalité de Saint-Alphonse de Rodriguez
- Municipalité de Saint-Côme
- Société des établissements de plein air du Québec



2002-03-15 15:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Deux jeunes filles âgées 16 ans se noient dans la rivière Nicolet à Danville, au cours d'une baignade dans le secteur du « pont des Chutes ».

L'endroit est connu et couru par plusieurs adeptes. L'accès est limité aux piétons et aux cyclistes. La baignade n'y est pas interdite, même si le courant à cet endroit est dangereux. Des démarches ont déjà été entreprises entre la compagnie J.M. Asbestos inc.(actuellement appelée Mine Jeffrey inc.), propriétaire des terrains et la Ville de Danville, en vue de céder les droits de la compagnie à la Ville afin de permettre à celle-ci de faire la promotion d'un parc récréatif sur ce site.

À ce jour, la Ville ayant d'autres priorités, elle ne s'est pas encore prévalu de l'offre faite par la compagnie et ne prévoit pas, à court terme, faire avancer ce dossier.

Recommandations :

Que la compagnie Mine Jeffrey inc. :

- sécurise le pont en érigeant une structure à l'épreuve du vandalisme ; (1)
- fasse les démarches nécessaires auprès du ministère de l'Environnement pour obtenir l'autorisation de combler le creuset créé par la chute avec des blocs de pierre provenant du lit de la rivière. (1)

Que le Conseil de ville de Danville appuie cette demande auprès du ministère de l'Environnement, afin de sécuriser les lieux pour plusieurs années à venir et décourager les plus téméraires. (1)

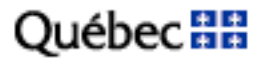
Organismes visés :

La Compagnie Mine Jeffrey inc.
La Ville de Danville

Avis / Dossiers :

A-126181 102831

A-126182 102832



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un enfant de 6 ans se noie dans la piscine publique de Matagami au cours d'une sortie de sa classe de maternelle.

Au moment de l'accident, il y avait 36 enfants, deux professeurs, une éducatrice spécialisée et cinq parents qui accompagnaient le groupe d'enfants.

Parmi les faits importants soulignés par le coroner, notons que les jeunes ne portaient pas de vêtement de flottaison de façon obligatoire, un seul sauveteur (non requalifié) était sur place, car l'autre ne pouvait pas venir travailler. Par ailleurs, plusieurs parents étaient dans le vestiaire lors de l'événement car parce qu'il restait des jeunes à habiller. De plus, il n'y avait aucun téléphone près de la piscine pour composer le 9-1-1 et finalement, on n'avait tenu aucune discussion entre les parents, les professeurs et le sauveteur pour mettre au point une façon de fonctionner.

Recommandations :

Que la Direction de la Ville de Matagami :

- engage deux surveillants qualifiés à la piscine lorsqu'il y a cent baigneurs ou moins, et en demande plus selon le nombre de baigneurs, comme prévu dans le Règlement sur la sécurité dans les bains publics; (1)
- exige qu'un sauveteur soit assis sur la chaise des sauveteurs pour avoir une vision globale et qui porte jusqu'au fond de la piscine; (1)
- installe un téléphone à proximité avec les numéros de téléphone d'urgence; (1)
- exige une rencontre préparatoire avec les professeurs et les parents qui sont demandés pour agir comme surveillants afin de déterminer les tâches et les fonctions de chacun; (1)
- donne les directives claires pour que si l'un des deux surveillants ne peut pas se présenter, l'activité soit automatiquement annulée; (1)
- exige le port de vêtement de flottaison pour tous les jeunes lorsqu'on organise un bain libre avec un nombre aussi élevé de jeunes enfants dont les niveaux de compétence aquatique peuvent être très variables. (1)

Organismes visés :

La Ville de Matagami

Avis / Dossier : A-111334 101700

Avis / Dossier : A-131275 101685

Événement :

Un jeune homme de 19 ans se noie dans le secteur des Sept-Chutes de la rivière l'Assomption, à Saint-Alphonse de Rodriguez, au cours d'une baignade en groupe.

Ces chutes sont situées sur un terrain privé, dans la municipalité de Saint-Côme. Toutefois, pour y accéder, les gens se stationnent sur des terrains privés dans la municipalité de Saint-Alphonse de Rodriguez et par sentiers, soit à pied ou en véhicule tout-terrain, accèdent à l'endroit fréquenté par plusieurs jeunes.

On comprendra qu'il s'agit d'un territoire privé et qu'on ne peut installer de panneaux avertissant du danger présent à ces chutes sans le consentement des individus impliquées. Or, il a été impossible de négocier la pose d'affiches à cet endroit, tant pour interdire le stationnement que pour signaler les dangers de la baignade.

Recommandations :

Que les municipalités de Saint-Alphonse de Rodriguez et de Saint-Côme tentent, par le Conseil municipal, de voir à l'arrangement de ces lieux de façon sécuritaire et ceci, avec la collaboration des citoyens.

Organismes visés :

La municipalité de Saint-Alphonse de Rodriguez
La municipalité de Saint-Côme

Avis / Dossier : A-120966 101693

Événement :

Un homme de 50 ans, en voyage de pêche, se noie dans les eaux du lac Albanel, près de Chibougamau.

Quatre jours auparavant, l'homme avait loué une chaloupe de 16 pieds, de la Société des établissements de plein air du Québec, pour une période de treize jours. Il allait rejoindre des amis qui se trouvaient à l'Île Nantais. Lors de son départ, des témoins signalent qu'il y avait de bons vents (40 à 50 km/h) et beaucoup de vagues et que le bateau était très chargé. La victime aurait eu de la difficulté à démarrer son gros moteur (30 HP) lors du départ. Il s'est donc rendu un peu plus loin sur le lac avec son petit moteur (9 HP), a réussi à mettre en marche le plus gros et est parti vers le large. Il sera retrouvé noyé quatre jours plus tard.

Dans son investigation, le coroner souligne que les conditions météorologiques ainsi que les vagues sur le lac lors du départ étaient peu favorables à la navigation avec une chaloupe de 16 pieds sur un lac aussi grand. De plus, l'embarcation avait une capacité de chargement théorique de 1 650 lbs. Or, les objets retrouvés pesaient environ 1 100 lbs. Il est donc plausible de croire qu'avec le poids des moteurs et de la victime, la charge maximale était dépassée.

Par ailleurs, lors de la location des chaloupes auprès de la SEPAQ, celle-ci ne remet aucune copie des règlements au locateur et il ne tient aucun registre indiquant le secteur ou l'endroit où un pêcheur se rend sur le lac. Aucun moyen de communication adéquat et aucun équipement de sécurité minimal recommandé par Transports Canada n'est fourni avec les chaloupes au moment de la location. De plus, personne ne vérifie de façon précise les conditions de

météo sur le lac afin de recommander aux usagers de rester à quai, s'il y a lieu.

Finalement, il n'existe aucun protocole de recherche, advenant le cas où un locateur ne revient pas avec la chaloupe, tel que prévu.

Recommandations :

Que la SEPAQ :

- se dote de chaloupes style " freigther " d'une longueur minimale de 18 ou 20 pieds, pour les usagers;
- remette une copie des règlements avec explications aux locateurs des chaloupes;
- tienne un registre de tous les usagers inscrits à la SEPAQ en mentionnant l'heure du départ, l'endroit de leur destination, le temps de leur séjour, le nombre de personnes, les équipements emportés, la date et l'heure prévues du retour;
- développe un système afin de connaître les conditions météorologiques et de navigation qui prévalent sur le lac à toute heure du jour et que ces informations soient disponibles aux usagers ainsi que les recommandations appropriées par le responsable local;
- vérifie les charges et les équipements placés à bord des chaloupes afin de s'assurer qu'ils sont conformes aux recommandations du fabricant, en s'assurant que les équipements de sécurité et de survie recommandés par Transports Canada y sont disponibles;
- prévoit un système de communication sur ondes FM pour les usagers;
- élabore un programme de vérification et de maintenance afin de s'assurer que les chaloupes seront en tout temps en parfait état d'utilisation et sécuritaires pour les usagers;
- équipe et entraîne le personnel responsable sur place à porter assistance en tout temps aux usagers qui pourraient, malgré ces mesures, se retrouver en difficulté sur le lac.

Organisme visé :

La Société des établissements de plein air du Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un jeune homme de 19 ans se noie dans le secteur des Sept-Chutes de la rivière l'Assomption, à Saint-Alphonse de Rodriguez, au cours d'une baignade en groupe.

Ces chutes sont situées sur un terrain privé, dans la municipalité de Saint-Côme. Toutefois, pour y accéder, les gens se stationnent sur des terrains privés dans la municipalité de Saint-Alphonse de Rodriguez et par sentiers, soit à pied ou en véhicule tout-terrain, accèdent à l'endroit fréquenté par plusieurs jeunes.

On comprendra qu'il s'agit d'un territoire privé et qu'on ne peut installer de panneaux avertissant du danger présent à ces chutes sans le consentement des individus impliquées. Or, il a été impossible de négocier la pose d'affiches à cet endroit, tant pour interdire le stationnement que pour signaler les dangers de la baignade.

Recommandations :

Que les municipalités de Saint-Alphonse de Rodriguez et de Saint-Côme tentent, par le Conseil municipal, de voir à l'arrangement de ces lieux de façon sécuritaire et ceci, avec la collaboration des citoyens.

Organismes visés :

La municipalité de Saint-Alphonse de Rodriguez
La municipalité de Saint-Côme

Avis / Dossier : A-131275 101685



2002-03-15 15:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels : Noyades

Événement :

Un homme de 50 ans, en voyage de pêche, se noie dans les eaux du lac Albanel, près de Chibougamau.

Quatre jours auparavant, l'homme avait loué une chaloupe de 16 pieds, de la Société des établissements de plein air du Québec, pour une période de treize jours. Il allait rejoindre des amis qui se trouvaient à l'Île Nantais. Lors de son départ, des témoins signalent qu'il y avait de bons vents (40 à 50 km/h) et beaucoup de vagues et que le bateau était très chargé. La victime aurait eu de la difficulté à démarrer son gros moteur (30 HP) lors du départ. Il s'est donc rendu un peu plus loin sur le lac avec son petit moteur (9 HP), a réussi à mettre en marche le plus gros et est parti vers le large. Il sera retrouvé noyé quatre jours plus tard.

Dans son investigation, le coroner souligne que les conditions météorologiques ainsi que les vagues sur le lac lors du départ étaient peu favorables à la navigation avec une chaloupe de 16 pieds sur un lac aussi grand. De plus, l'embarcation avait une capacité de chargement théorique de 1 650 lbs. Or, les objets retrouvés pesaient environ 1 100 lbs. Il est donc plausible de croire qu'avec le poids des moteurs et de la victime, la charge maximale était dépassée.

Par ailleurs, lors de la location des chaloupes auprès de la SEPAQ, celle-ci ne remet aucune copie des règlements au locateur et il ne tient aucun registre indiquant le secteur ou l'endroit où un pêcheur se rend sur le lac. Aucun moyen de communication adéquat et aucun équipement de sécurité minimal recommandé par Transports Canada n'est fourni avec les chaloupes au moment de la location. De plus, personne ne vérifie de façon précise les conditions de météo sur le lac afin de recommander aux usagers de rester à quai, s'il y a lieu.

Finalement, il n'existe aucun protocole de recherche, advenant le cas où un locateur ne revient pas avec la chaloupe, tel que prévu.

Recommandations :

Que la SEPAQ :

- se dote de chaloupes style " freigther " d'une longueur minimale de 18 ou 20 pieds, pour les usagers;
- remette une copie des règlements avec explications aux locateurs des chaloupes;
- tienne un registre de tous les usagers inscrits à la SEPAQ en mentionnant l'heure du départ, l'endroit de leur destination, le temps de leur séjour, le nombre de personnes, les équipements emportés, la date et l'heure prévues du retour;
- développe un système afin de connaître les conditions météorologiques et de navigation qui prévalent sur le lac à toute heure du jour et que ces informations soient disponibles aux usagers ainsi que les recommandations appropriées par le responsable local;
- vérifie les charges et les équipements placés à bord des chaloupes afin de s'assurer qu'ils sont conformes

aux recommandations du fabricant, en s'assurant que les équipements de sécurité et de survie recommandés par Transports Canada y sont disponibles;

- prévoit un système de communication sur ondes FM pour les usagers;
- élabore un programme de vérification et de maintenance afin de s'assurer que les chaloupes seront en tout temps en parfait état d'utilisation et sécuritaires pour les usagers;
- équipe et entraîne le personnel responsable sur place à porter assistance en tout temps aux usagers qui pourraient, malgré ces mesures, se retrouver en difficulté sur le lac.

Organisme visé :

La Société des établissements de plein air du Québec

Avis / Dossier : A-120966 101693



2002-03-15 15:03



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels

Organismes visés

- Municipalité de Saint-Césaire
- CHUQ - Pavillon CHUL
- Gouvernement du Québec
- Autodrome Drummond
- Gouvernement du Québec
- Ministère de la Sécurité publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux



2002-03-15 10:59

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Autres décès accidentels

Événement :

Le conducteur d'un véhicule automobile circulant sur le rang Rosalie dans la municipalité de Saint-Césaire est mortellement blessé lorsque son véhicule est complètement écrasé par une grosse branche de peuplier arrachée par les grands vents qui sévissaient ce jour-là.

Recommandation :

Que la municipalité de Saint-Césaire fasse inspecter par un professionnel les arbres du rang Rosalie, en vue d'éliminer les sujets susceptibles de se briser lors de grands vents et de provoquer d'autres catastrophes du genre. (1)

Avis / Dossier : A-137952 107812

 2002-03-15 10:27

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels

Événement :

Un bébé de 2 mois et demi décède d'une encéphalopathie anoxique sévère avec hypertension intracrânienne et coma irréversible.

L'enfant accompagnait ses parents pour un voyage au Nouveau-Brunswick. Il était assis dans un porte-bébé de marque Evenflo, modèle 2071B3CP2, fabriqué le 10 janvier 1998, certifié C.S.A. #J80 (collant fédéral). En cours de route, on a constaté que le petit avait des difficultés respiratoires. Les parents le transportèrent immédiatement au CLSC de Saint-Jean-Port-Joli.

Transporté par ambulance à l'Hôpital de Montmagny, son état précaire justifiait une intubation et un transfert au CHUQ - Pavillon CHUL. Un traitement agressif fut tenté, mais sans succès. L'enfant développait un coma irréversible et une insuffisance multisystémique et finalement, le décès a été déclaré cinq jours plus tard.

Ce qui a conduit à une telle anoxie cérébrale, avec toutes les conséquences, demeure seulement probable. Une autopsie pédiatrique, telle que celles pratiquées dans les hôpitaux pédiatriques de Montréal, aurait été souhaitable. Par contre, au moment du décès, aucun avis n'a été donné au coroner, tant du côté hospitalier que du Centre de prélèvement des tissus humains. Le prélèvement cardiaque et l'autopsie ont alors été pratiqués sans autorisation du coroner.

L'hypothèse la plus probable serait que la victime, connue cliniquement pour une laryngomalacie, installée dans le porte-bébé placé sur la banquette arrière d'un véhicule en marche et venant tout juste d'être allaitée, se soit étouffée avec ses sécrétions. L'intubation difficile accompagnée d'un arrêt respiratoire n'a pas aidé à éviter une anoxie cérébrale irréversible. Une décompensation systémique s'en est suivie.

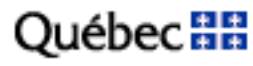
Recommandation :

Que la Direction des services professionnels du CHUQ - Pavillon CHUL prenne les dispositions nécessaires afin que le coroner reçoive à temps l'avis exigé par la Loi sur la recherche des causes et des circonstances de décès afin qu'une investigation appropriée débute dans les meilleurs délais. (1)

Organisme visé :

Le CHUQ - Pavillon CHUL

Avis / Dossier : A-130297 102777



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels

Événement :

Un adepte de la course automobile, participant à une course de stock cars à l'autodrome Drummond de Drummondville, décède d'asphyxie et de carbonisation après que son véhicule, ayant chuté dans un fossé, a pris feu.

Lors de cette course non sanctionnée, l'inspection du véhicule de la victime a été réalisée par un des participants de la course ; or, le véhicule ne répondait pas aux règlements. Effectivement, la batterie était à l'intérieur du véhicule et non pas dans un caisson. Le réservoir à essence n'était ni dans le coffre arrière protégé par un mur à feu, ni à son endroit habituel sous l'automobile mais situé sur le siège arrière. Toutefois, la victime a insisté pour participer à la course et aurait mentionné que le promoteur lui avait dit que son auto était conforme.

Au Québec, lors de course de stock cars, on utilise le livre de règlements DIRT Motorsports, soit le livre de règlements des courses automobiles sur terre battue utilisé au Québec, en Ontario et dans la partie est et nord-est des États-Unis. Cependant, pour une course non sanctionnée comme celle où la victime est décédée, le Québec n'a aucune réglementation.

L'ancienne Régie de la sécurité dans les sports est devenue le Secrétariat aux loisirs et aux sports, sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux et ne peut adopter de règlement pour établir des normes dans quel que sport que ce soit. Cette responsabilité revient aux fédérations sportives, qui adoptent des règles et les font parvenir au ministre pour son approbation. Le rôle du Secrétariat aux loisirs et aux sports se limite seulement à un pouvoir d'enquêter.

Recommandations :

Que le gouvernement du Québec légifère pour modifier le statut du Secrétariat aux loisirs et aux sports afin de lui permettre d'établir des normes pour tous les sports, y compris la course automobile et voie à ce que les règles et règlements soient respectés.

Que les autorités de la piste de course autodrome Drummond prennent les mesures nécessaires pour combler le fossé et ce, avant la prochaine saison de courses de stock cars sur terre battue.

Que les règlements DIRT Motorsports soient reconnus officiellement, autant pour les courses non sanctionnées que pour les courses sanctionnées.

Que tous les véhicules de course automobile de type stock car, 8 cylindres, soient munis d'un « fuel cell » pour la plus grande sécurité des coureurs.

Organismes visés :

Avis / Dossier : A-130707 103257



2002-03-15 10:26



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Autres décès accidentels

Événement :

Enquête publique portant sur le décès de neuf personnes survenus à la suite d'une avalanche qui a dévasté le gymnase de l'école de Satuumavik située dans le village de Kangiqsualujjuaq, au Nouveau-Québec, dans la nuit du 1er janvier 1999.

L'école avait été construite en 1974 au pied d'une montagne de 200 mètres d'élévation, avec une pente de 38 degrés, approximativement à une distance de 40 mètres de la base de la montagne, que l'on peut considérer comme étant une zone à risques.

Le 25 novembre 1993, une autre avalanche avait eu lieu au même endroit. Considérant que cette montagne représentait un éventuel danger pour les usagers de l'école, on l'avait dénoncé en ondes à la radio communautaire, lorsqu'on avait projeté d'agrandir l'école. On demandait alors que celle-ci soit déplacée ou que l'on en construise une autre.

En 1995, une demande d'expertise a été formulée et réalisée sur les risques d'avalanche de la montagne, pour l'agrandissement prévu de l'école au courant de l'année 1998. Les conclusions du rapport sont que des avalanches, comme il s'en est produit en 1993, sont appelées à se répéter. Toutefois, l'école ne semble pas menacée à cause du faible dénivelé de la montagne et de sa zone d'alimentation en neige soufflée. Il y est précisé qu'il serait plus prudent d'interdire l'accès à la cour arrière de l'école durant l'hiver. Aucune suite n'a été donnée à ce rapport.

Au Québec, il n'existe pas d'expertise sur la problématique des avalanches. Ainsi, aucun site jugé hasardeux en terme d'avalanches n'est répertorié sur le territoire québécois.

Dans les instants qui ont suivi la tragédie de 1999, un informateur a communiqué avec l'infirmière et l'infirmier du village. Les gens les percevaient comme étant les seules ressources disponibles pour leur porter aide dans une telle situation.

Le dispensaire du village compte cinq lits. On a donc demandé à la population d'amener des matelas et des couvertures. Selon l'infirmier sur place, un plus grand nombre de civières auraient été nécessaires ainsi qu'un moniteur défibrillateur cardiaque.

Lors de l'avalanche, la municipalité n'avait pas de plan d'urgence. Appelés en renfort par la municipalité, aucun des intervenants de l'administration régionale Kativik (ARK) et des forces de la police régionale Kativik n'avaient de plan d'urgence. L'hôpital avait un plan d'urgence, mais qui visait les écrasements d'avion. Plusieurs cadres de l'hôpital ignoraient l'existence de ce plan et ne savaient donc pas comment l'appliquer.

Recommandations :

Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique de sécurité civile priorisant la prévention, la préparation et la planification, au lieu de la réparation.

Que le ministre de la Sécurité publique :

- fasse l'inventaire des risques et des probabilités que surviennent des avalanches sur le territoire du Québec en faisant la tournée des sites jugés problématiques ou hasardeux et fasse le nécessaire pour qu'il y ait intervention lorsque la vie humaine est menacée; (1)
- développe une expertise en la matière auprès d'organisations ou de consultants reconnus mondialement et voie à ce que les intervenants soient formés et aptes à agir sur le terrain lorsque des événements de ce genre surviennent; (1)
- établisse à l'échelle provinciale des normes concernant les plans de zonage de toute construction future et ce, en s'inspirant du modèle suisse fourni au ministre de la Sécurité publique par l'expert Bruce Jamieson; (1)
- mette en œuvre l'application de l'entente intervenue en 1999 entre le ministre de la Sécurité publique, le ministre délégué aux Affaires autochtones et l'Administration régionale Kativik, concernant la sécurité civile et la sécurité incendie dans le Nunavik; (1)
- mette en œuvre l'application du rapport conjoint de la Sécurité publique et de l'administration régionale Kativik, préparé en octobre 1995 et révisé en novembre 1997 et plus particulièrement, verse à l'ARK le financement prévu et lui fournisse l'aide et l'expertise nécessaires à la mise en œuvre de l'entente; (1)
- assiste l'ARK dans la construction, la rénovation de casernes d'incendie et, s'il y a lieu, l'achat d'équipements et de véhicules pour combattre l'incendie dans les 14 villages du Nunavik; (1)
- fournisse à l'ARK toutes les ressources nécessaires pour former du personnel compétent en matière d'incendie et de sécurité civile; (1)
- assiste l'ARK sur le plan financier, technique ou autre dans la préparation régionale d'un plan d'urgence régional pour le Nunavik; (1)
- assiste chacune des municipalités du Nunavik sur le plan financier, technique ou autre dans la préparation d'un plan d'urgence pratique et facile d'application; (1)
- voie à ce que les municipalités de ce territoire aient les équipements nécessaires pour combattre l'incendie, porter assistance aux personnes disparues et que du personnel compétent soit formé pour répondre aux mesures d'urgences terrestres et aquatiques; (1)
- fasse l'installation de lignes téléphoniques réservées à l'urgence (mairie, police, dispensaire) dans chacun des villages. (1)

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux :

- engage une infirmière ou un infirmier licencié(e) pour le dispensaire du Kangiqsualujjuaq, la population le justifiant; (4)
- pourvoie les villages du Nunavik de fourgonnettes avec civières (deux) à l'arrière pour transporter les malades et les blessés; (4)
- pourvoie les villages du Nunavik de civières que l'on peut arrimer à l'arrière d'un VTT l'été ou d'une motoneige en hiver, afin de conduire à l'abri des intempéries les malades ou les blessés, de la toundra jusqu'au dispensaire; (4)
- équipe les dispensaires sur le territoire du Nunavik, de moniteurs défibrillateurs cardiaques et d'un nombre suffisant de civières; (4)
- remplace l'ambulance désuète du village de Kuujjuaq; (4)

- fasse en sorte que les infirmières et infirmiers dans les dispensaires reçoivent une formation continue et qu'ils aient un ordinateur, une radio portative pour pouvoir recevoir et placer des appels aux secouristes se trouvant auprès d'un blessé ou d'un malade dans la toundra; (4)
- voie à ce que le personnel infirmier des dispensaires reçoive une certification en ATLS (Advance Traumatic Life Support), en ACLS (Advance Care Life Support) et une meilleure formation en ce qui touche le triage des patients, en cas d'urgence; (4)
- voie à ce que l'on règle le problème de transport par avion des blessés ou des malades (medevac), qui est un sérieux problème dans tout le Nunavik; (4)
- permette aux autorités de Centre de santé Tulattavik de Kuujjuaq de faire appel, en cas de nécessité, à du personnel supplémentaire (infirmiers ou médecins) par l'avion du gouvernement. (4)

Organismes visés :

Le gouvernement du Québec
 Le ministère de la Sécurité publique
 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Avis / Dossiers :	A-129059 99444	A-129053 99445	A-129051 99446
	A-129052 99447	A-129054 99448	A-129055 99449
	A-129056 99450	A-129058 99451	A-129059 99452

 2002-03-15 10:16



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 **Accidents de travail avec machine**

Organismes visés

- Bois de plancher G.P. inc.
- Collège des médecins du Québec
- Compagnie 132082 Canada inc.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Ambulances Abitémis
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Régie régionale de la santé et des services sociaux d'Abitibi-Témiscamingue
- Scierie Gallichan inc.
- Magasin Loblaw's



2002-03-14 15:21

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail avec machine

Événement :

Un jeune homme de 18 ans, engagé pour un travail d'été à la compagnie Les bois de plancher G.P. inc, de Saint-Édouard de Lotbinière, est mortellement heurté par un chariot élévateur qui reculait dans la cour de l'entreprise.

L'investigation du coroner précise que la visibilité dans le poste de conduite du chariot élévateur était restreinte lorsque le chariot reculait. De plus, il n'y avait pas de miroirs latéraux pour faciliter la vision du conducteur.

Recommandations :

Que la direction de la compagnie Les bois de plancher G.P. inc. :

- s'assure que les règles précises concernant la circulation dans la cour de l'usine soient écrites, connues de tous (incluant les employés à temps partiel) et strictement appliquées; (1)
- prenne les mesures nécessaires afin d'améliorer la visibilité dans le chariot élévateur. (1)

Organisme visé :

Les bois de plancher G.P. inc.

Avis / Dossier : A-130235 101660

 2002-03-13 16:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail avec machine

Événement :

Un travailleur de la compagnie 132082 Canada inc., travaillant à une exploitation agricole sur l'île de Sainte-Thérèse à Varennes, décède cinq jours après avoir été blessé par un pulvérisateur lors du remplissage du réservoir de carburant d'un tracteur.

La victime était un camionneur de métier. À l'occasion, il manoeuvrait un tracteur et des instruments aratoires. Or, le travailleur n'a reçu aucune formation pour faire fonctionner de façon sécuritaire cette machinerie et les instruments qu'il employait. De plus, l'enquêteur de la CSST a signalé plusieurs lacunes dans l'entretien de la machinerie et des instruments. Finalement, l'employeur n'a pas les brochures d'instruction du tracteur et du pulvérisateur, les consignes de sécurité ne sont pas affichées de façon appropriée sur les instruments et aucune supervision n'est faite pour s'assurer que les consignes de sécurité sont suivies.

Par ailleurs, la victime est arrivée à l'hôpital avec une dévascularisation haute du bras. Cette blessure doit être revascularisée dans les six heures qui suivent l'accident. Toutefois, cette opération n'a débuté que huit heures quarante cinq minutes plus tard. Ce délai est principalement dû à la confusion et aux discussions sur l'utilisation de la salle d'opération disponible. Également, après une telle chirurgie, il est recommandé de faire une inspection profonde " Second Look " dans les 48 heures. Dans ce cas-ci, elle devait avoir lieu cinq jours plus tard.

Recommandations :

Que la compagnie 132082 Canada inc :

- s'assure que ses employés sont dûment qualifiés pour faire fonctionner de façon sécuritaire la machinerie et les instruments dont ils doivent se servir dans l'accomplissement de leurs tâches; (1)
- établisse un plan d'entretien préventif et s'assure que toutes les pièces défectueuses ou endommagées qui pourraient comporter un risque pour la sécurité des employés ou du public sont réparées ou remplacées avec diligence ; (2)
- affiche les consignes de sécurité à la hauteur de vue des employés et s'assure qu'elles sont rigoureusement suivies ; (1)

Que les autorités de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont adoptent, dans les plus brefs délais, les mesures nécessaires pour trancher rapidement les conflits d'affectation des salles d'opération lors d'urgence. (1)

Que le Collège des médecins :

- étudie ce dossier et examine le comportement des professionnels en cause; (1)
- porte une attention particulière aux paramètres de l'examen dit " Second Look " ainsi qu'aux indications des interventions de réimplantation. (1)

Organismes visés :

- La compagnie 132082 Canada inc.
- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Le Collège des médecins du Québec

Avis / Dossier : A-126725 101445



2002-03-13 16:02



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail avec machine

Événement :

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

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

Il a été démontré que les gens se sont fiés à la technologie pour assurer leur protection. Or, il arrive que cette technologie soit défectueuse ou encore mal utilisée. Ce faux sentiment de sécurité crée un climat de relâchement souvent fatidique. De plus, les pressions que subit le personnel actif pour assurer la compétitivité de l'entreprise et sa rentabilité quotidienne amènent souvent les employés à déroger à la politique de sécurité de l'entreprise.

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

Recommandations :

Que la Scierie Gallichan inc. :

- identifie clairement toutes les parties mobiles de tous les équipements susceptibles de provoquer un accident et qui nécessitent des mesures particulières pour les manœuvrer ou les réparer; (4)
- informe chaque nouvel employé de sa politique de sécurité et lui assigne un employé en parrainage jusqu'à ce qu'il ait intégré toutes ces notions; (4)
- profite de l'arrivée d'un nouvel employé pour faire une mise à jour des mesures de sécurité et vérifier si les employés les respectent intégralement ; (4)
- fasse une simulation d'accident au moins deux fois par année afin de s'assurer que chaque intervenant sache exactement quelle habitude adopter en de pareilles circonstances; (4)
- s'assure qu'il y a sur les lieux du travail une ou des personnes capables de pratiquer quelques mesures d'urgence en assurant les premiers soins en attendant l'arrivée de l'ambulance et d'expliquer le contexte de l'accident aux intervenants médicaux. (4)

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux conclue des ententes de partenariat avec des entreprises de transport et avec des compagnies ambulancières pour offrir à la région de l'Abitibi-Témiscamingue un service d'ambulance par hélicoptère, selon des modèles ontariens et américains. (4)

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

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

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-130622 105102



2002-03-13 16:06

Québec 

© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail avec machine

Événement :

Un employé du magasin Loblaw's de Longueuil est mortellement blessé lorsque les roues gauches du chariot élévateur qu'il conduisait à reculons ont frappé le rebord de béton qui borde la rue, avant que l'engin bascule et écrase la tête de la victime.

Le jeune homme était préposé aux caisses. Le jour de l'accident, il avait été assigné pour travailler à l'extérieur du magasin au nettoyage des plants de fleurs annuelles. La victime a décidé de conduire le chariot élévateur pour se rendre à la toilette. Surpris par l'assistant-gérant, celui-ci lui a demandé de ne pas conduire ce chariot et d'aller le remettre à sa place, et de conduire à reculons afin d'éviter d'obstruer le devant du chariot avec les fourches. C'est lors de cette manœuvre, effectuée à vitesse rapide, que l'accident est survenu.

Recommandation :

Que la direction du magasin Loblaw's de Longueuil fasse en sorte que les chariots élévateurs ne soient accessibles qu'aux conducteurs autorisés et compétents et qu'aucun autre employé du magasin ne puisse conduire et se servir du chariot élévateur.

Organisme visé :

Le Magasin Loblaw's

Avis / Dossier : A-129755 101997

 2002-03-13 16:02

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Véhicules moteurs

Organismes visés

- Société de l'assurance automobile du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Société de l'assurance automobile du Québec



2002-03-14 15:25

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Véhicules moteurs

Événement :

Le conducteur d'un camion-remorque, âgé de 22 ans, perd le contrôle de son véhicule, qui tangue à quelques reprises dans une courbe à 90 degrés sur la route 389, près de Baie-Comeau et se renverse dans le fossé du côté gauche de la voie publique.

Ce conducteur en était à son troisième voyage sur ce parcours et il n'avait aucune expérience de conduite sur la Côte-Nord à bord d'un tracteur routier. De plus, l'analyse toxicologique suggère que la victime, bien que n'étant pas sous l'effet du cannabis au moment du décès, avait consommé plusieurs heures ou plusieurs jours auparavant.

Dans le Guide d'évaluation médicale et optométrique des conducteurs au Québec, on ne trouve qu'une seule référence à l'usage de drogues autres que l'alcool. Le règlement sur les normes médicales prévoit qu'un diagnostic médical de toxicomanie est incompatible avec l'obtention d'un permis, sauf si la personne visée démontre qu'elle s'est soumise avec succès à un traitement qui peut inclure une cure de désintoxication, confirmé par une preuve d'abstinence continue au moins six mois, provenant du médecin ou de l'organisme reconnu dans le traitement des toxicomanes qui l'a suivie pendant ce traitement.

Recommandations :

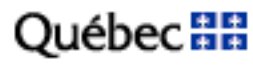
Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- dans le cadre d'un programme de recherche en collaboration avec le ministère des Transports, réalise une enquête sur la conduite d'un véhicule sous l'influence du cannabis et ses conséquences et diffuse les résultats à tous les intéressés en matière de sécurité automobile; (1)
- à cause des particularités de la route à l'est de Sainte-Anne-de-Beaupré, établit un permis de conduire pour tout conducteur de véhicules lourds roulant sur les routes 138, 362, 381, 385, 389, 170 et 172. Cette certification devrait porter sur le nombre raisonnable d'années d'expérience de conduite et de voyages au cours desquels il agit comme assistant conducteur sur ces routes. (3)
- implante un cours de conduite de véhicules lourds reconnu et validé par la SAAQ et une obligation de mise à jour après un nombre raisonnable d'années. (3)

Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-124830 101846



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Véhicules moteurs

Événement :

Le conducteur d'un camion-remorque perd le contrôle de son véhicule dans une courbe de la route 138, à Les Escoumins. Le véhicule s'incline, verse sur le côté et tombe dans un fossé. L'homme est trouvé décédé sous le camion-remorque.

L'analyse des circonstances de l'accident et des résultats de l'examen de corps laisse comprendre que le chauffeur a commis une erreur de jugement à l'entrée de la courbe. De plus, l'analyse toxicologique suggère que la victime, bien que n'étant pas sous l'effet du cannabis au moment du décès, avait consommé plusieurs heures ou plusieurs jours auparavant.

Dans le Guide d'évaluation médicale et optométrique des conducteurs au Québec, on ne trouve qu'une seule référence à l'usage de drogues autres que l'alcool. Le règlement sur les normes médicales prévoit qu'un diagnostic médical de toxicomanie est incompatible avec l'obtention d'un permis, sauf si la personne visée démontre qu'elle s'est soumise avec succès à un traitement qui peut inclure une cure de désintoxication, confirmé par une preuve d'abstinence continue au moins six mois, provenant du médecin ou de l'organisme reconnu dans le traitement des toxicomanes qui l'a suivie pendant ce traitement.

Recommandation :

Que la Société de l'assurance automobile du Québec, dans le cadre d'un programme de recherche en collaboration avec le ministère des Transports, réalise une enquête sur la conduite d'un véhicule sous l'influence du cannabis et ses conséquences et diffuse les résultats à tous les intéressés en matière de sécurité automobile. (1)

Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-124841 103021

 2002-03-14 15:25

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Véhicules moteurs

Événement :

Le conducteur d'un camion-remorque, âgé de 22 ans, perd le contrôle de son véhicule, qui tangue à quelques reprises dans une courbe à 90 degrés sur la route 389, près de Baie-Comeau et se renverse dans le fossé du côté gauche de la voie publique.

Ce conducteur en était à son troisième voyage sur ce parcours et il n'avait aucune expérience de conduite sur la Côte-Nord à bord d'un tracteur routier. De plus, l'analyse toxicologique suggère que la victime, bien que n'étant pas sous l'effet du cannabis au moment du décès, avait consommé plusieurs heures ou plusieurs jours auparavant.

Dans le Guide d'évaluation médicale et optométrique des conducteurs au Québec, on ne trouve qu'une seule référence à l'usage de drogues autres que l'alcool. Le règlement sur les normes médicales prévoit qu'un diagnostic médical de toxicomanie est incompatible avec l'obtention d'un permis, sauf si la personne visée démontre qu'elle s'est soumise avec succès à un traitement qui peut inclure une cure de désintoxication, confirmé par une preuve d'abstinence continue au moins six mois, provenant du médecin ou de l'organisme reconnu dans le traitement des toxicomanes qui l'a suivie pendant ce traitement.

Recommandations :

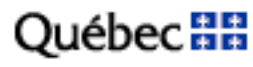
Que la Société de l'assurance automobile du Québec :

- dans le cadre d'un programme de recherche en collaboration avec le ministère des Transports, réalise une enquête sur la conduite d'un véhicule sous l'influence du cannabis et ses conséquences et diffuse les résultats à tous les intéressés en matière de sécurité automobile; (1)
- à cause des particularités de la route à l'est de Sainte-Anne-de-Beaupré, établit un permis de conduire pour tout conducteur de véhicules lourds roulant sur les routes 138, 362, 381, 385, 389, 170 et 172. Cette certification devrait porter sur le nombre raisonnable d'années d'expérience de conduite et de voyages au cours desquels il agit comme assistant conducteur sur ces routes. (3)
- implante un cours de conduite de véhicules lourds reconnu et validé par la SAAQ et une obligation de mise à jour après un nombre raisonnable d'années. (3)

Organisme visé :

La Société de l'assurance automobile du Québec

Avis / Dossier : A-124830 101846



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 Accidents de travail : Piétons

Organismes visés

- Commission de la santé et de la sécurité du travail



2002-03-14 15:23

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Piétons

Événement :

Un jeune éboueur à temps partiel âgé de 17 ans, employé de la compagnie Matrec Bessette de Saint-Joachim-de-Shefford, décède sept jours après avoir été frappé par une camionnette dans le rang XI, à Laurenceville.

La victime s'est engagée dans la travée de gauche pour y cueillir des ordures. Arrivée au milieu de la travée, voyant la camionnette, elle a tenté de revenir sur ses pas, mais a glissé et a perdu l'équilibre sur la surface glacée.

En milieu rural, la collecte bilatérale des ordures est une pratique dangereuse. L'éboueur doit constamment surveiller la circulation venant en sens inverse pour assurer sa propre sécurité tout en faisant sa besogne rapidement. La CSST suggère de s'éloigner de cette pratique et propose que la collecte soit unilatérale en ne ramassant les déchets que sur le côté droit. S'il n'est pas pratique de toujours procéder ainsi en milieu rural, il faudrait envisager que la collecte bilatérale se fasse avec deux éboueurs, un pour la collecte à droite, l'autre pour la collecte à gauche.

Recommandation :

Que la Commission de la santé et sécurité du travail étudie la pertinence de mettre en place des normes de sécurité plus rigides pour protéger les éboueurs et fasse les recommandations qui s'imposent aux organismes concernés. (1)

Organisme visé :

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

Avis / Dossier : A-126282 100482



2002-04-19 10:13

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de travail : Chocs accidentels

Organismes visés

- Les Services Matrec inc.
- Acier CMC inc.
- La Commission de la santé et sécurité du travail



2002-03-14 15:22

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Chocs accidentels

Événement :

Un travailleur des services Matrec inc. de Saint-Hubert est mortellement écrasé par un ballot de matières recyclables.

L'accident a été causé par la rupture d'une attache d'acier sur un ballot adjacent à la pile de trois ballots. Ce fil d'acier, au moment de sa rupture, a libéré une énergie cinétique puissante qui a créé un impact sur les ballots empilés à côté. C'est alors que le ballot du haut, situé à une hauteur de dix pieds, a été projeté au sol. Le travailleur a été surpris par la vitesse de la chute du ballot de 800 kilos. L'accélération de masse a créé une force de gravitation qui a doublé le poids du ballot.

Recommandations :

Que les services Matrec inc. :

- utilisent des attaches en acier des ballots de matières recyclables conformes aux normes, c'est-à-dire, capables de résister aux contraintes auxquelles elles sont exposées, offrant un facteur de sécurité 3, calculé par une personne compétente;
- établissent des normes claires concernant l'empilage des ballots de matières recyclables : la hauteur sécuritaire par rapport à la largeur et le tassement différentiel du ballot avec le temps;
- forment les travailleurs sur les risques auxquels ils sont exposés.

Organisme visé :

Les Services Matrec inc.

Avis / Dossier : A-123386 101164



2002-03-14 15:23

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Chocs accidentels

Événement :

Un employé de la compagnie Acier CMC inc. de Longueuil est mortellement écrasé sous une pile de paquets de fer-angles d'acier qui s'est renversée.

Cet accident a été causé principalement par une erreur de charpentage imputable au fournisseur Bayou Steel des Etats-Unis. Effectivement, le deuxième paquet cintré de la pile ne contenait que 14 pièces au lieu de 15 comme prévu. La géométrie du paquet est alors devenue inclinée provoquant le renversement de la charge.

Recommandations :

Que l'entreprise Acier CMC inc. adopte la méthode de rayon pour l'entreposage des pièces d'acier (entreposage en rayonnement). (2)

Que la CSST informe, par les ententes internationales, le fournisseur Bayou Steel que la charpente incorrecte du paquet de fer-angles a causé la mort d'un travailleur. (1)

Organismes visés :

- Acier CMC inc.
- La Commission de la santé et sécurité du travail

Avis / Dossier : A-126798 102898



2002-03-14 15:23

Répertoire des recommandations des coroners 2000
Accidents de travail : Noyades

Organismes visés

- Sécurité Maritime de Transports Canada
- Pêches et Océans Canada



2002-03-14 15:22

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Accidents de travail : Noyades

Événement :

Le « Brier Mist », draveur à pétoncles, fait cinq victimes par noyade lors d'un naufrage sur le fleuve Saint-Laurent, à la hauteur de Rimouski. Malgré les avertissements de conditions météorologiques très mauvaises, le capitaine a décidé de quitter le port de Les Escoumins pour se rendre à Rimouski.

Parmi les membres de l'équipage, seul le capitaine avait suivi des cours sur les fonctions d'urgence en mer ainsi que sur les communications radiotéléphoniques. Par ailleurs, le navire avait été modifié quelques mois avant l'accident avec l'ajout d'équipement à l'arrière. Un lest de 1500 kilos avait dû être mis à l'avant du bateau pour l'équilibrer. Or, le propriétaire aurait dû informer la Sécurité maritime de Transports Canada des modifications apportées.

De plus, le pont du navire n'était pas étanche. Il y avait deux panneaux d'écouilles principales dont les points n'étaient pas étanches ainsi que quatre écoutillons. Le navire n'avait pas d'alarme pour détecter un niveau d'eau anormal dans la cale ni de radiobalise de localisation (RLS).

Recommandations :

Que Transports Canada :

- voie à ce que tous les pêcheurs commerciaux aient une formation sur les fonctions d'urgence en mer et qu'elle soit mise-à-jour de façon périodique; (2)
- voie à ce que les bateaux de pêche semblables au « Brier Mist » aient l'obligation d'être munis d'un détecteur de niveau d'eau dans les cales; (3)
- voie à ce que ces types de bateaux aient un radeau de sauvetage pneumatique muni d'un mécanisme de dégagement automatique; (3)
- voie à ce que de tels bateaux aient des panneaux d'écouilles étanches et hermétiques sur le pont et que cette réglementation soit appliquée par les inspecteurs; (2)
- voie à ce que les bateaux de pêche semblables au « Brier Mist » aient l'obligation d'être munis d'une radiobalise de localisation de classe I; (1)
- voie à ce que de tels bateaux soient munis de vêtements de survie et de flottaison pour chaque membre d'équipage et que des exercices d'urgence soient faits de façon périodique avec les équipages. (3)
- s'assurer que les chantiers maritimes ou les autres compagnies qui effectuent des travaux sur des bateaux de pêche semblables au « Brier Mist » (travaux qui augmentent le poids du navire) informent le Bureau de la sécurité maritime de Transports Canada du nom du navire sur lequel les travaux ont été exécutés. (2)

Que Pêches et Océans Canada informe les bureaux régionaux de la sécurité maritime de Transports Canada de la présence de bateaux de pêche dans leur région, si ces bateaux font de la pêche durant les périodes à risque pour la navigation, afin d'en faciliter l'inspection durant ces périodes. (2)

Organismes visés :

- La Sécurité Maritime de Transports Canada
- Pêches et Océans Canada

Avis / Dossier : A-120788 99088



2002-04-19 10:15



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000 Asphyxies

Organismes visés

- L'Institut Pinel
- L'Association des médecins psychiatres du Québec
- Santé Canada



2002-03-12 13:28

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Asphyxies

Événement :

Un homme souffrant de schizophrénie paranoïde décède par broncho-aspiration de sang post-traumatique, vraisemblablement secondaire à une perte de conscience avec chute et fracture du nez, due à une réaction médicamenteuse à la clozapine (anti-psychotique).

Le Clozaril est un médicament avec risque d'hypotension sévère chez le patient, jusqu'au collapsus. Il est offert exclusivement par un système de distribution qui assure un suivi hématologique et constitue une base de données centrales. Le traitement peut être amorcé chez des patients hospitalisés ou non, à condition qu'une surveillance médicale soit possible et que les signes vitaux soient pris pendant six à huit heures après les deux ou trois premières doses.

Avant d'instaurer un traitement au Clozaril chez un patient prenant un autre neuroleptique par voie orale, il est généralement recommandé de diminuer progressivement la posologie de ce dernier, pour parvenir à un arrêt complet du traitement et ce, au moins 24 heures avant d'instaurer le nouveau traitement. Il est généralement recommandé de ne pas utiliser d'autres neuroleptiques en association avec Clozaril. Or, la pratique courante, appuyée par une certaine littérature, diffère en introduisant le Clozaril en même temps que l'on diminue les psychotropes.

Chez cette victime, on ne trouve pas de relevés de tension artérielle dans les notes de l'infirmière chargée de l'encadrement de ce cas, après le début de la prise du Clozaril, et le pouls et la température étaient prise de façon hebdomadaire. De plus, la médication a été introduite alors que le patient recevait encore d'autres psychotropes, mais à des doses réduites.

Recommandations :

Que le Service de psychiatrie de l'Institut Pinel et l'Association des médecins psychiatres du Québec :

- suivent la monographie du produit, quant à la prise de signes vitaux à l'introduction du Clozaril, particulièrement la tension artérielle, en positions couchée et debout, afin d'évaluer une hypotension orthostatique possible;
- ajoutent une prise des signes vitaux à quelques reprises lors d'augmentation de la dose de Clozaril;
- soient plus vigilants si le Clozaril est introduit chez un patient qui continue de prendre d'autres psychotropes.
- Que la Direction de pharmacovigilance de Norvatis et l'Unité de la notification des effets secondaires des médicaments à Santé Canada :
- comptabilisent le nombre de patients décédés dans des circonstances similaires en vue de faire des recommandations aux médecins;
- ajoutent à la monographie des médicaments l'intérêt de prendre la tension artérielle en positions couchée et debout à quelques reprises lorsqu'il y a augmentation de la dose.

Organismes visés :

L'Institut Pinel
L'Association des médecins psychiatres du Québec
Santé Canada

Avis / Dossier : A-131254 101624



2002-03-12 13:25



©Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Organismes visés

- Centre hospitalier régional du Suroît
- Loto-Québec
- Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- Service de police de Longueuil
- Centre hospitalier Charles-Lemoyne
- Sûreté municipale de Ville La Baie
- Centres Jeunesse
- Ministre de la Jeunesse
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Direction de la sécurité du revenu
- Centre hospitalier Anna-Laberge
- Centre de détention de Rivière-des-Prairies
- Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
- Collège des médecins du Québec
- Ordre des psychologues du Québec
- Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Régie de la santé et des services sociaux de Québec
- Conseil des Attikameks Weymontachie
- Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
- Hôpital régional de Campbellton
- Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
- Centre hospitalier régional de Lanaudière
- Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup

- Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
- Ambulances A.C.S.
- Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Collège des médecins du Québec
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
- Ordre des psychologues du Québec
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
- Sûreté municipale de Saint-Hyacinthe
- Kateri Memorial Hospital
- Ministère de la sécurité publique



2002-04-19 10:37



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une femme de 37 ans, bénéficiaire de l'Auberge à mi-chemin, à Salaberry-de-Valleyfield, se suicide par immolation dans un cabanon attendant.

Cette résidence de type familial offre un hébergement transitoire à des résidents qui ont des problèmes graves de santé mentale. Ces usagers, qui ont obtenu leur congé médical de l'unité psychiatrique du centre hospitalier régional du Suroît de Salaberry-de-Valleyfield, ont besoin d'un hébergement pour organiser le retour dans la communauté et favoriser la stabilisation de leur état émotionnel. La durée maximale de séjour prévue est de quatre semaines.

L'article 14 des règlements mentionne de « toujours aviser la responsable lors d'une sortie et confirmer l'heure d'entrée ou aviser la personne responsable si le bénéficiaire ne prévoit pas entrer coucher. » L'article 15 fixe l'heure d'entrée à 22 h. Or, le jour du décès, la préposée chargée de faire respecter les règlements rapporte avoir vu la victime dans l'après-midi mais, à l'heure du souper, elle a vérifié et la victime n'était pas dans la maison. Elle précise n'avoir rien fait n'ayant aucune consigne en ce genre, car les résidents vont et viennent jusqu'à 22 h. Une vérification à 23 h confirme que la bénéficiaire est toujours absente. On croit alors qu'elle est partie chez elle sans aviser, comme elle l'avait fait la semaine précédente. Les portes sont alors barrées avec intention d'aviser la travailleuse sociale le lendemain.

Recommandations:

Que les responsables de l'Auberge à mi-chemin et la direction des services professionnels de l'hôpital régional du Suroît :

- voient à ce que les règlements 14 et 15 soient strictement observés;
- donnent des consignes claires et précises pour que le personnel de l'Auberge avertisse qui de droit dès qu'il s'aperçoit qu'une personne a quitté la maison sans aviser et pour qu'on vérifie à 22 h si tous les bénéficiaires, à part ceux autorisés, sont bien rentrés à l'Auberge.

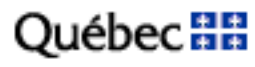
Organisme visé :

Le Centre hospitalier régional du Suroît

Avis / Dossier : A-135755 107783



2002-03-12 15:38



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un joueur compulsif, habitué des casinos de Montréal et de Hull, se suicide par monoxyde de carbone.

Si les difficultés matrimoniales ont été le facteur déclencheur de ce suicide, elles tirent leurs origines dans le jeu. L'anxiété développée par le jeu et les pertes d'argent ont engendré d'autres difficultés, qui se sont reflétées sur sa vie conjugale et l'ont amené à se suicider.

Le gouvernement a choisi de permettre les activités du jeu et d'en confier la gestion à une société d'état. En contrôlant ces activités, il devient facile pour le gouvernement de dénoncer les risques inhérents au jeu. Il dénonce déjà les risques dans d'autres secteurs d'activité où il est impliqué et qui lui rapportent des revenus par les taxes ou les permis. Or, le jeu ne doit pas faire exception. Ainsi, au lieu de dire simplement que " le jeu est un jeu ", on devrait informer que le jeu peut créer une dépendance et même mener au suicide. De plus, c'est avec le produit que le message doit être diffusé.

Recommandations:

Que Loto-Québec :

- installe, à l'intérieur de tous les casinos et à la vue du public, des affiches dénonçant les méfaits des jeux de hasard et leurs dangers inhérents et portant le numéro de téléphone de la ligne d'écoute et de référence; (4)
- installe sur tous les vidéo-pokers ou appareils à sous, y compris ceux qu'on trouve dans les casinos, un message bien en vue à cet effet; (4)
- oblige les détenteurs de permis de vidéo-pokers ou d'appareils à sous à s'assurer que le message y est apposé en tout temps, sous peine de retrait du permis. (4)

Organisme visé :

Loto-Québec

Avis / Dossier : A-135701 106762

 2002-03-13 14:11

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme de 39 ans se suicide par pendaison à son domicile de Sainte-Foy.

Ce dernier était suivi par une thérapeute du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve. Il avait entre autres un problème d'alcool. Au cours des mois avant son décès, on notait un état dépressif. Toutefois, aucune consultation médicale n'a été demandée pour évaluer la condition mentale de la victime. De plus, le prochain rendez-vous avait été reporté, pour une question d'horaire.

Recommandation:

Que la Direction des services professionnels du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve s'assure que le dossier de la victime sera revu et que les règles de l'art ont été respectées. S'il y a lieu, prenne les moyens nécessaires pour qu'à l'avenir, les patients dont la condition se détériore soient dirigés vers un médecin pour évaluation et traitement. (1)

Organisme visé :

Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

Avis / Dossier : A-135567 106919

 2002-03-13 14:07

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

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

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

Recommandations:

Que le service de police de Longueuil remette en main propre au médecin consultant, les documents qui peuvent influencer sur une décision médicale, telles que des lettres de suicide. (1)

Que le département de psychiatrie du centre hospitalier Charles-Lemoyne mette en place un protocole pour les personnes admises pour tentative de suicide, qui inclurait, lorsque c'est possible, un dialogue avec un témoin de la personne suicidaire, afin d'avoir une version complémentaire à celle du patient. (3)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-132947 106640

 2002-03-13 13:29

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un jeune homme de 18 ans, écroué dans une cellule du poste de police de Ville La Baie pour voies de fait, se suicide par pendaison en utilisant la couverture de laine grise qu'on lui avait prêtée.

Au moment des événements, la victime était fortement intoxiquée par l'alcool (221 mg%). De plus, pendant environ 15 minutes, aucun agent ne surveillait, le moniteur de surveillance des cellules étant dans la salle des agents où se tenait un briefing. Par ailleurs, les couvertures fournies par les autorités policières de Ville La Baie étaient de piètre qualité et dangereuses pour un prévenu ayant des idées suicidaires.

Recommandations:

Que la Sûreté municipale de Ville La Baie :

- acquière des couvertures dites « anti-suicide » utilisées par plusieurs services de police et dans plusieurs établissements de détention du Québec;
- révise sa procédure ou ses installations physiques pour qu'une surveillance constante des cellules soit appliquée, particulièrement lorsque le ou les prévenus sont agités et intoxiqués.

Organisme visé :

La Sûreté municipale de Ville La Baie

Avis / Dossier : A-132196 105476



2002-03-12 16:04

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un jeune homme de 18 ans se suicide par arme à feu dans le foyer d'accueil où il demeure depuis l'âge de neuf ans.

Ce jeune était étudiant à plein temps pour l'obtention d'un DEP en techniques d'usine. Comme il venait d'avoir 18 ans, les prestations accordées par la DPJ à son foyer d'accueil cessaient. Il était très préoccupé par cela, d'autant plus que l'aide sociale lui était refusée parce qu'il était étudiant; on lui aurait suggéré de demander un prêt étudiant pour l'année suivante. Il restait donc sans aucune ressource financière, même si sa famille d'accueil l'avait rassuré en lui affirmant qu'il le gardait même sans aide financière. Ainsi, la victime était désespérée, ne sachant pas ce qu'il allait manger demain si la générosité de sa famille d'accueil s'épuisait. Sa mère s'était suicidée deux ans auparavant et il avait peu de contacts avec son père biologique.

Recommandations:

Que les centres Jeunesse, en particulier le centre Jeunesse de Lanaudière, se penchent sur l'abandon, financier et psycho-social, qui survient au 18e anniversaire et crée un protocole de « transfert », que ce soit envers les aidants naturels ou les autres ressources selon le cas.

Que le ministre de la Jeunesse se penche sur ce cas et harmonise les différents programmes gouvernementaux afin de s'assurer que l'atteinte de l'âge de 18 ans ne sera plus un drame. (4)

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse un protocole « d'urgence » de la sécurité du revenu pour les personnes qui atteignent 18 ans et un jour et que les centres Jeunesse laissent partir et qui désirent poursuivre leurs études, afin de ne pas les désorganiser et les perturber dans leur année scolaire et dans leur vie.

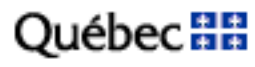
Que la Direction de la sécurité du revenu prenne connaissance de ce rapport et établisse un protocole d'urgence. (1)

Organismes visés :

Les centres Jeunesse
Le ministre de la Jeunesse
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Direction de la sécurité du revenu

Avis / Dossier : A-130946 104506

 2002-04-18 15:23



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme de 39 ans, suivi en psychiatrie depuis plusieurs années au centre hospitalier Anna-Laberge, se suicide par pendaison quelques jours après avoir consulté un médecin de ce centre hospitalier. On avait alors constaté des propos délirants et dirigé en psychiatrie. Vue le lendemain par un psychiatre, qui a confirmé un trouble délirant paranoïde mais sans hallucination ou idée suicidaire, la victime fut libérée avec une ordonnance de renouvellement de sa médication. On lui a demandé de prendre rendez-vous avec le psychiatre qui le suivait auparavant.

Environ six mois avant le suicide, l'homme avait cessé volontairement son suivi en psychiatrie. Il avait été convenu qu'il communiquerait avec le service de psychiatrie au besoin. Tout en respectant les droits individuels, il y aurait peut-être lieu de mettre en place un protocole de rappel pour ces patients atteints de maladies psychiatriques chroniques.

Recommandation :

Que le département de psychiatrie du centre hospitalier Anna-Laberge revoie ce cas et établisse un protocole de relance pour ce type de patient.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Anna-Laberge

Avis / Dossier : A-130932 104432

 2002-03-12 15:57

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un détenu, du Centre de détention de Rivières-des-Prairies, placé en cellule d'isolement pour des gestes de violence et un langage menaçant à répétition, se suicide par pendaison avec les draps de son lit qu'il avait déchirés.

Certains centres de détention utilisent des draps anti-suicide qui pourraient vraisemblablement prévenir ce type de décès. Toutes les cellules d'isolement pourraient être équipées avec ce type de draps, étant donné que les détenus qui y sont placés sont vraisemblablement plus à risque de suicide.

Recommandation :

Que le Centre de détention de Rivière-des-Prairies voie à l'utilisation systématique de draps anti-suicide dans les cellules d'isolement. (2)

Organisme visé :

Le Centre de détention de Rivière-des-Prairies

Avis / Dossier : A-134866 104966



2002-03-13 14:00

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme de 36 ans, hospitalisé à plusieurs reprises pour troubles de la personnalité avec possibilités de maladie affective bipolaire ainsi que plusieurs tentatives suicidaires, s'autodétruit par intoxication au monoxyde de carbone.

L'homme avait été libéré la veille, après une hospitalisation de six jours en psychiatrie au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, à la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. Se disant prêt à retourner chez lui, il avait vu le psychiatre qui l'avait trouvé calme et non délirant et lui avait donné son congé.

Recommandations :

Que le Comité d'évaluation de l'acte médical de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal étudie ce dossier et transmette ses conclusions au Coroner en chef. (1)

Que le rapport d'investigation soit porté à l'attention du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

L'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
Le Collège des médecins du Québec

Avis / Dossier : A-129674 101336

 2002-04-18 16:00

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un jeune homme de 23 ans se suicide en chutant du pont Laviolette de Trois-Rivières.

L'homme avait consulté divers psychologues pour un état dépressif. Il exprimait un profond mal de vivre dont la source semblait remonter au début de l'adolescence.

Dix-neuf jours avant son décès, la victime avait rencontré sa nouvelle psychologue et lui avouait avoir tenté de se suicider. Une autre rencontre avait eu lieu sept jours plus tard, au cours de laquelle une évaluation psychiatrique lui était suggérée. Cette évaluation avait été demandée à la psychologue par la mère qui s'inquiétait de la santé de son fils.

Lors d'une dernière visite chez sa psychologue, cinq jours avant son décès, il est consigné au dossier que le jeune homme avait encore songé au suicide durant la fin de semaine précédant la rencontre.

Le coroner précise que lorsqu'une personne mentionne avoir des intentions suicidaires de façon aussi claire, elle devrait être considérée comme étant dangereuse pour elle-même. Elle devrait alors être dirigée plus promptement dans un service de psychiatrie afin d'y être évaluée et traitée.

Recommandations :

Que l'Ordre des psychologues du Québec :

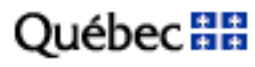
- étudie ce dossier et formule les recommandations nécessaires à la psychologue consultée avant le décès; (1)
- prenne les moyens nécessaires afin de faciliter le transfert en psychiatrie des patients dont l'évaluation du risque suicidaire par un de leurs membres mènera à la conclusion que le patient est dangereux pour lui-même. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des psychologues du Québec

Avis / Dossier : A-128825 104003

 2002-03-12 16:07



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une femme de 41 ans, atteinte d'une maladie bipolaire depuis plusieurs années, se suicide par pendaison.

Au cours des deux mois précédant son décès, elle a été hospitalisée à deux reprises à l'unité de traitement transitoire de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal. On avait noté des idéations suicidaires sans plan précis. Au cours de sa deuxième hospitalisation, la victime avait signé un refus de traitement préférant poursuivre son suivi en externe avec son psychiatre. Elle fut libérée et elle se suicida sept jours plus tard.

La société a un devoir de protéger ses citoyens lorsque le danger vient de l'extérieur ou de l'intérieur. Un individu dangereux pour autrui est mis à l'écart. Or, un individu dangereux pour lui-même devrait être mis en sécurité. C'est une des finalités de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Ainsi, avant de donner un congé médical parce que le risque suicidaire semble avoir disparu, il faudrait s'assurer que cette personne a repris le goût de vivre et agir avec prudence et vigilance.

Recommandation :

Que les autorités de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal forme un comité composé de membres du personnel médical en psychiatrie afin d'étudier cette question et d'adopter les mesures nécessaires, le cas échéant. (3)

Organisme visé :

L'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

Avis / Dossier : A-130823 104165



2002-03-12 15:52

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une jeune femme de 18 ans, ayant des antécédents médicaux et présentant des signes de dépression depuis 4 ans, se suicide par intoxication médicamenteuse.

Pour ce faire, la victime avait planifié son geste en achetant quatre boîtes de Dormiphen, médicament en vente libre dans les pharmacies. Sur la table de chevet, on a trouvé deux publicités de pharmacie sur différents produits, dont Dormiphen régulier et extra-fort, en spécial.

Recommandations :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec :

- inscrive le produit Dormiphen ainsi que tous ceux contenant de la diphenhydramine à la liste des produits de l'annexe II devant être vendus par un pharmacien et ne pouvant être accessibles sans restriction;
- se penche sur le problème de la publicité directe aux consommateurs sur des produits contenant de la diphenhydramine pour les troubles du sommeil et envisage la possibilité d'interdire une telle publicité.

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-121962 99343

 2002-03-12 15:15

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une jeune femme dépressive de 19 ans se suicide par pendaison.

Six semaines auparavant, la victime avait consulté au CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières à Québec pour un état dépressif. Vue par un médecin et orientée en psychologie, elle se rendait fidèlement à ses consultations, qui étaient en plus rapprochées, à cause de l'état psychologique précaire et des idées suicidaires de la jeune femme.

Recommandation :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec revoie l'ensemble du dossier de la victime au CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées, compte tenu de l'état mental de la victime.

Organisme visé :

La Régie de la santé et des services sociaux de Québec

Avis / Dossier : A-135520 105780

 2002-03-13 14:05

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une jeune Amérindienne de 12 ans se suicide par pendaison dans la résidence de ses parents adoptifs, dans la municipalité de Weymontachie.

La jeune fille vivait plusieurs difficultés d'ordre familial, social et scolaire. Dernièrement, elle avait vécu une rupture amoureuse dont le deuil n'avait pas encore été fait. Elle a parlé de suicide à plusieurs reprises, écrivant également quelques lettres à ce sujet, qui ont été transmises aux services sociaux amérindiens.

Le coroner souligne qu'en rapport avec ce suicide et un autre cas discuté en 1998, il s'interroge sur l'aide apportée aux jeunes en détresse psychologique dans la communauté amérindienne. Des documents fournis par ces services sociaux concernant cette problématique a été remis au coroner en chef. On y trouve les noms des programmes offerts à la communauté et une très brève description de chacun d'eux. Il n'est nullement fait mention, dans ces documents, des interrogations déjà posées ni des mesures envisagées pour améliorer l'aide aux jeunes Amérindiens en difficulté.

Recommandations :

Que les services sociaux amérindiens :

- révisent leurs programmes et annoncent les améliorations envisagées; (1)
- instaurent une ligne téléphonique pour la communauté amérindienne, concernant la prévention du suicide, et qu'elle soit disponible en tout temps. (2)

Organisme visé :

Le Conseil des Attikameks Weymontachie

Avis / Dossier : A-129411 104679

 2002-03-12 15:45

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- sensibilise les intervenants concernés à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui ainsi qu'aux applications de cette loi à une personne suicidaire qui consulte à la salle d'urgence; (1)
- révisent les tâches de l'infirmier ou de l'infirmière préposé au triage lors d'une évaluation pour intoxication médicamenteuse. (1)

Organisme visé :

L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Avis / Dossier : A-128065 104083

 2002-03-12 15:34

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme dépressif de 42 ans, hospitalisé en psychiatrie à l'Hôpital régional de Campbellton au Nouveau-Brunswick, signe un refus de traitement et quitte l'hôpital. Il se suicide le jour même avec une arme à feu.

La victime possédait cinq armes à feu, qui n'étaient pas entreposées de façon sécuritaire et légale dans le sous-sol de sa résidence. Or, dans l'évaluation de patients dépressifs, certaines questions devraient être posées afin de bien cerner la situation. Ainsi, il est suggéré de demander à un patient en dépression s'il a accès ou s'il possède des armes à feu. Ceci devrait se faire même si le patient n'a pas, au moment de la consultation, des idées suicidaires, car il s'agit d'une intervention préventive.

Recommandations :

Que les autorités de l'Hôpital régional de Campbellton évaluent le dossier de la victime au moment de son hospitalisation.

Que le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick effectue une campagne d'information auprès des médecins et psychiatres du Nouveau-Brunswick sur la pertinence de vérifier la possession ou l'accès à une arme à feu, pour leurs patients qui ont des troubles de santé mentale, comme les dépressions majeures ou toute autre condition psychique présentant un risque suicidaire. (1)

Organismes visés :

L'Hôpital régional de Campbellton
Le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

Avis / Dossier : A-128890 105090

 2002-03-12 15:42

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une femme de 38 ans, ayant des antécédents de tentatives de suicide avec diagnostic de personnalité " border line ", se suicide par arme à feu.

La victime a été hospitalisée au Centre hospitalier régional de Lanaudière, sur une base volontaire, dans un module d'observation. On note une baisse d'appétit et le fait qu'elle soit envahie par des idées suicidaires. Le jour même, elle tente de s'étrangler dans sa chambre avec la ceinture de sa robe de chambre. Vue par le psychiatre, un diagnostic de personnalité limite est posé avec, comme conduite, de la garder au module d'observation.

Le lendemain, on l'informe qu'elle ne sera pas hospitalisée comme elle le souhaitait. Elle demande alors son congé, se disant incertaine quant à la possibilité de poser un autre geste suicidaire. La victime se suicidera le jour même.

Le coroner précise que ce décès par autodestruction est particulièrement choquant étant donné la forte symptomatologie psychique présente chez la victime qui avait justifié une hospitalisation volontaire et sa sortie du centre hospitalier dans les heures précédant son geste.

Le coroner croit que dans le présent cas, le service de psychiatrie aurait dû être plus vigilant face à la problématique de la dame. Celle-ci aurait dû être gardée en observation plus longtemps et n'aurait pas dû être libérée tant que l'intensité des idées suicidaires subsistait. On est passé complètement à côté du diagnostic de trouble de personnalité.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier régional de Lanaudière s'assure que l'évaluation du risque suicidaire des patients hospitalisés soit faite adéquatement. (1)

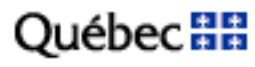
Que ce dossier soit revu par le Syndic du Collège des médecins du Québec.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier régional de Lanaudière

Avis / Dossier : A-133465 103915

 2002-03-13 13:32



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Une femme de 46 ans, gardée en observation à l'urgence du Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup, se suicide en s'injectant une dose massive d'insuline dans la salle de bain de l'urgence.

Rencontrée par le psychiatre qui diagnostiquait un état dépressif avec tendance suicidaire, une demande d'hospitalisation en psychiatrie a été faite. Toutefois, comme la patiente était infirmière auxiliaire dans l'équipe volante de l'hôpital et qu'elle travaillait régulièrement au département de psychiatrie, elle refusait d'y être admise. On a téléphoné au psychiatre de garde à Rimouski afin d'organiser un transfert à cet endroit. Or, ce dernier a refusé le transfert faute de lits disponibles et du fait qu'il ne faisait pas d'hospitalisation. Devant cette situation, il est décidé que la patiente sera gardée en observation à l'urgence jusqu'au lendemain matin, pour qui le psychiatre traitant communique avec le responsable du service de psychiatrie de Rimouski afin de régler le problème.

Malgré le risque de suicide connu, la victime n'a pas été confinée en milieu sécuritaire. Elle a pu circuler à volonté et monter librement à l'étage où elle travaillait occasionnellement pour y subtiliser un flacon d'insuline et se l'injecter dans la salle de bains du service de l'urgence. Son statut d'infirmière n'est sûrement pas étranger au fait qu'elle ait été traitée de façon différente.

Recommandation :

Que la Direction des services médicaux de Centre hospitalier régional et d'hébergement de Rivière-du-Loup étudie ce dossier afin de prendre les mesures nécessaires pour éviter que des décès semblables ne se produisent à nouveau.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup

Avis / Dossier : A-129534 102454

 2002-03-12 15:47

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme de 37 ans, hospitalisé à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal pour intoxication alcoolique aiguë et surveillance du sevrage, se jette par la fenêtre de la chambre qu'il occupe.

Considérant la victime agitée et sujette à une fugue, le médecin traitant avait demandé une surveillance 24 heures sur 24. Or, l'incident est survenu au moment où le préposé assigné à la surveillance est allé voir dans le passage, par l'embrasement de la porte de la chambre, ce qui se passait dans le couloir, car il avait entendu des voix. C'est à ce moment que la victime en a profité pour relever la moustiquaire de sa fenêtre et se jeter dans le vide.

Quoiqu'il s'agisse d'une autodestruction, il faut préciser que la victime était hallucinée et n'était pas connue pour avoir des tendances suicidaires. Or, il est impossible de préciser l'intention de l'homme, à savoir s'il voulait fuguer ou mettre fin à ses jours.

Recommandation :

Que les autorités de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal étudient ce dossier et mettent en place les mesures ou mécanismes qu'ils jugent les plus efficaces pour prévenir un tel décès. (1)

Organisme visé :

L'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

Avis / Dossier : A-133532 103312



2002-03-13 13:33

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

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

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

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

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

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

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

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

Recommandations :

Que le service ambulancier A.C.S. :

- équipe ses techniciens ambulanciers d'un système de téléavertisseur avec affichage d'adresses; (2)
- installe son système de communication adéquatement afin que les appels s'enregistrent systématiquement; (1)
- demande au premier intervenant ou répondant de laisser en bordure de la route des clignotants ou une personne qui surveille l'approche de l'ambulance afin de lui indiquer l'endroit exact de l'événement; (1)
- informe les policiers, en milieu rural vaste, de laisser les gyrophares en marche jusqu'à l'arrivée de l'ambulance; (1)

- s'assure qu'une deuxième trousse de combitube soit tenue en permanence dans l'ambulance afin de parer aux défectuosités occasionnelles. (4)

Organisme visé :

Les Ambulances A.C.S.

Avis / Dossier : A-127208 99521



2002-03-12 15:32



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un jeune homme de 20 ans se suicide par pendaison à l'aide d'un fil de rallonge électrique passé dans le cadrage de la porte de la salle de bain.

L'homme avait fait une tentative de suicide un mois et demi auparavant et avait été hospitalisé cinq jours à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal. Durant ce séjour, il a été évalué en psychiatrie. La lecture du dossier médical ne laisse aucun doute sur le profil suicidaire de la victime. Malgré cela, et avec les garanties suffisantes, il reçoit son congé et est dirigé en clinique externe avec un rendez-vous trois semaines plus tard, auquel il ne se présente pas. Au dossier médical, l'absence est consignée mais il n'y a aucune note sur les motifs. Or, le psychiatre est seul apte à juger de l'état de son patient. Il doit prendre les moyens pour s'assurer que son patient ne présente plus de risque pour lui-même.

Recommandations :

Que les autorités de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal :

- adoptent des mesures nécessaires afin de connaître les motifs de l'absence d'un patient à risque suicidaire à son rendez-vous et que ces motifs soient consignés au dossier, ainsi que les mesures prises pour vérifier l'état de dangerosité du patient; (1)
- développent, avec les centres de prévention du suicide, un protocole afin de les mettre à contribution dans le suivi d'une personne à risque suicidaire. (1)

Organisme visé :

L'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

Avis / Dossier : A-122898 102199

 2002-03-12 15:02

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme de 43 ans, aux prises avec divers problèmes personnels, se suicide par intoxication médicamenteuse.

Le veille de son décès, l'homme s'était présenté à la pharmacie Jean Coutu de Thetford Mines et s'était procuré huit boîtes de capsules Nytol 50 mg, chaque boîte contenant 16 capsules. Le coroner souligne que c'est avec une facilité déconcertante que la victime a pu se procurer la quantité de comprimés qu'il désirait pour mettre fin à ses jours et ce, parce que le Nytol se trouve en vente libre sur les tablettes des pharmacies. Or, le Nytol pris en grande quantité et principalement avec de l'alcool, peut entraîner une dépression du système nerveux central et provoquer la mort.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec évalue les conditions et modalités de la vente du Nytol et, si nécessaire, mette ce produit sous contrôle pharmaceutique. (1)

Organismes visés :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-131802 102618

 2002-03-12 16:01

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un homme dépressif de 60 ans se suicide par arme à feu. En 1980, il avait fait une première tentative de suicide avec une arme à feu. Dans les années qui ont suivis, il a fait deux tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses.

L'homme avait un problème sérieux de santé mentale. Depuis 20 ans, il a été en contact avec l'ensemble des intervenants qui travaillent en santé mentale. Or, tous les professionnels de la santé devraient s'enquérir de la présence d'armes à la maison lorsqu'ils traitent un individu dépressif, suicidaire, violent ou victime de violence.

Recommandation :

Que le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec et l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec préparent un énoncé de position qui intégrera pour leurs membres, un guide de conduite en cas de risque de suicide ou violence avec les armes à feu.

Organismes visés :

Le Collège des médecins du Québec (1)
L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (1)
L'Ordre des psychologues du Québec (4)
L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (4)

Avis / Dossier : A-124845 103225



2002-03-12 15:23

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

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

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

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

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

Recommandations :

Que la Sûreté municipale de Saint-Hyacinthe :

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

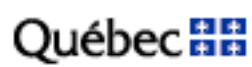
Organisme visé :

La Sûreté municipale de Saint-Hyacinthe

Avis / Dossier : A-126749 102116



2002-03-12 15:29



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un Amérindien de 76 ans, hospitalisé au Kateri Memorial Hospital de Kahnawake pour différents problèmes de santé chroniques, se suicide en chutant du toit de l'hôpital.

Pour ce faire, l'homme a accédé au toit en grimpant dans la tour de l'antenne de télévision située dans une cour extérieure clôturée et aménagée pour la clientèle de l'hôpital.

Recommandation :

Que les autorités du Kateri Memorial Hospital érige une clôture de huit pieds pour bloquer l'accès à la tour à partir de la cour qui sert de milieu de repos aux malades du Centre. (1)

Organisme visé :

Le Kateri Memorial Hospital

Avis / Dossier : A-124917 102477

 2002-03-12 15:25

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Suicides

Événement :

Un détenu du centre de détention de Rivières-des-Prairies se suicide par pendaison dans sa cellule, en utilisant un barreau de son échelle et la ceinture de son co-locataire.

Le coroner précise qu'il est surprenant de voir dans une même cellule, des crochets anti-pendaison, des mécanismes d'ouverture de fenêtre anti-pendaison etc. et que, depuis quelques années, on y multiplie les barreaux, trous et fentes qui permettent l'acte suicidaire. Il en coûterait trop pour refaire ce qui a été mal fait, mais il en coûterait peu de se doter d'une politique de pendaison zéro, d'encourager le design de cellules communes sécuritaires et d'insister sur de telles exigences lors des travaux de construction et de rénovation. Si la cellule commune sécuritaire n'a pas encore été redessinée, le coroner se dit convaincu qu'il n'est pas impossible de le faire et à un coût raisonnable.

Recommandations :

Que les services correctionnels du Québec encourage activement l'élaboration, le développement et le design de cellules communes sécuritaires (anti-pendaison) et place de telles exigences dans leurs appels d'offre lors de construction et de rénovation. (1)

Que le ministère de la Sécurité publique encourage les intervenants de juridiction provinciale ou municipale d'aller dans la même direction et à partager cette réflexion avec les intervenants fédéraux. (1)

Organismes visés :

Le ministère de la sécurité publique

Avis / Dossier : A-133789 106039

 2002-03-13 13:59

Répertoire des recommandations des coroners 2000 Décès de cause indéterminée

Organismes visés

- Syndic de l'Ordre des dentistes du Québec
- Ordre des dentistes du Québec



2002-04-19 10:12

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Décès de cause indéterminée

Événement :

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

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

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

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

Recommandations :

Que l'Ordre des dentistes du Québec :

- établisse des protocoles de sédation prolongée qui préciseraient d'une part les critères minimaux de surveillance à respecter lors d'une intervention chirurgicale prolongée, d'autre part, les doses optimales d'anxiolytiques et de substances anesthésiques locales à administrer lors d'une intervention, tout en tenant compte de l'âge des patients. Ces protocoles devraient être entérinés par l'Association des anesthésistes-réanimateurs du Québec;
- s'assure, lorsque le consentement opératoire est donné, que les professionnels ont bien informé les patients, notamment sur les risques potentiels reliés non seulement à la technique chirurgicale, mais également à la médication utilisée;
- s'assure que dans leurs cabinets privés, où il se pratique des chirurgies sous anesthésie locale, leurs membres aient à leur portée l'équipement minimal nécessaire pour répondre rapidement à une complication médicale ou anesthésique et que ce matériel soit entretenu adéquatement;

- maintienne à jour les compétences de leurs membres en réanimation cardio-respiratoire, afin d'aider le patient en difficulté avant sa prise en charge par l'équipe médicale habilitée.

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

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-132469 105699



2002-03-13 14:20



© Gouvernement du Québec, 2001

Répertoire des recommandations des coroners 2000

Décès de cause naturelle

Organismes visés

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Collège des médecins
- Ordre professionnel des sages-femmes
- Université du Québec à Trois-Rivières
- Maison des Naissances Côte-des-Neiges

- Villa de l'Estrie

- RRSSS Mauricie - Centre-du-Québec
- Ville de Saint-Alexis-des-Monts

- Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
- Université Laval
- Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate
- Dr Fernand Labrie
- CHUQ-Pavillon CHUL - département de radiologie

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Fédération de l'âge d'or du Québec
- Ministère des Affaires municipales
- CHUM - Pavillon Notre-Dame
- L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc
- Château Rosemont

- Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

- RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

- CSST

- Centre hospitalier Angrignon

- Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Conférence des régions régionales
- Laerdal Medical Canada Ltée

- Urgences-Santé
- Collège des médecins

- Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
- Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches
- CLSC Rivières-des-Prairies
- Association des CLSC et des CHSDL du Québec
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- Centre métissien de santé et de services communautaires de Mont-Joli
- Dr Andras Korpassy, psychiatre
- Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
- Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



2002-04-19 10:36



© Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-131262 101662

Événement :

Un enfant âgé d'un an et 10 mois décède d'asphyxie par pneumonie d'aspiration aiguë, bronchiectasie et encéphalopathie anoxique néo-natale. L'enfant est né à la Maison des Naissances Côte-des-Neiges sous les soins et la supervision d'une sage-femme. L'enfant avait alors souffert d'une asphyxie périnatale sévère entraînant un désordre épileptique, un retard de développement global sévère, une quadriplégie spastique se compliquant de pneumonies d'aspiration récurrentes pour lesquelles il a dû subir une fundoplicature et la pose d'une gastrostomie.

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

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

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

Que le Collège des médecins du Québec :

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

Que l'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec s'ouvre à la possibilité d'une pratique en établissement. (1)

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

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

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux
Le Collège des médecins
L'Ordre professionnel des sages-femmes
L'Université du Québec à Trois-Rivières
La Maison des Naissances Côte-des-Neiges

Avis / Dossier : A-126195 104235

Événement :

Une dame de 77 ans, résidant à la Villa de l'Estrie à Sherbrooke, décède d'une insuffisance myocardique aiguë alors qu'elle était à se baigner seule dans la piscine du centre d'accueil. Elle a été retrouvée gisant inerte dans l'eau, avec un objet de flottaison sous les bras.

La Villa de l'Estrie possède quatre caméras de surveillances placées devant l'entrée principale, la piscine, la cuisine et le garage afin de surveiller ces aires. Deux moniteurs sont disponibles, dont l'un est installé à la réception et l'autre au poste de contrôle au premier étage où l'infirmière et les deux préposés aux bénéficiaires se trouvent. Or, le jour de l'événement, la préposée à la réception et les préposés aux bénéficiaires n'ont jamais regardé les moniteurs, sauf une personne qui dit avoir regardé le moniteur au début de son quart de travail vers 7 h 30. Il faut donc croire que les caméras de surveillance et les moniteurs ne sont là que pour donner un faux sentiment de sécurité au personnel d'encadrement, ou qu'ils ne servent que de décorations. Il est raisonnable de croire qu'un simple regard sur les écrans par au moins une de ces quatre personnes, aurait permis de remarquer que la victime requerrait de l'aide.

Recommandation :

Que la Direction générale de la résidence Villa de l'Estrie émette des directives et même un protocole de surveillance des bénéficiaires, d'abord en utilisant les moniteurs installés à cette fin et aussi en prenant les moyens nécessaires pour s'assurer que les bénéficiaires sont là où ils doivent se trouver.

Organisme visé :

Villa de l'Estrie

Avis / Dossier : A-128815 102775

Événement :

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

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

La seule ambulance qui dessert le territoire de Saint-Alexis-des-Monts est stationnée au village voisin de Saint-Paulin, ce qui contribue à augmenter grandement le temps réponse aux appels de détresse. Par ailleurs, la région

de Sainte-Alexis-des-Monts connaît un essor touristique important et ceci a pour effet de faire gonfler sa population lors des périodes de vacances.

Recommandations :

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

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

Organismes visés :

La RRSSS Mauricie - Centre-du-Québec
La Ville de Saint-Alexis-des-Monts

Avis / Dossier : A-118082. 98210

Événement :

Un homme de 65 ans, recruté pour faire partie d'une recherche effectuée par l'équipe du Dr Fernand Labrie du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate à Sainte-Foy, décède sept ans plus tard d'un cancer de la prostate.

Le domaine de la recherche est mondialement unanime à reconnaître que toute recherche sérieuse doit d'abord être élaborée dans un document écrit (protocole de recherche), qui doit être soumis à un comité indépendant (comité d'éthique) chargé de s'assurer d'une part, que les règles éthiques sont respectées et d'autre part, que la recherche proposée par le chercheur est scientifiquement valide. Une autre règle veut que les chercheurs informent le comité d'éthique de tout changement qui pourrait survenir en cours de recherche. Or, depuis 1990, le Centre de dépistage a apporté trois changements au protocole sans pour autant en informer le comité d'éthique qui avait approuvé le protocole.

Les protocoles régissant la recherche à laquelle participait la victime ont tous été approuvés par le Comité d'éthique de l'Université Laval. Le comité de déontologie s'est inspiré des lignes directrices du Conseil médical canadien. Tant les membres du Comité que les chercheurs de l'époque étaient mal informés quant à l'éthique et aux différents mécanismes de contrôle. Jamais le comité n'a émis de directives, de notes ou d'autres documents à l'intention des chercheurs, pour leur rappeler l'importance de leurs obligations, en vertu des lignes directrices, quant aux modifications de protocoles qui interviennent en cours d'exécution. Encore aujourd'hui, l'Université Laval n'a toujours pas de règlement interne pour le fonctionnement des comités d'éthique.

Le Collège des médecins du Québec a adopté, ces dernières années, une politique très précise sur le dépistage du cancer de la prostate, qui va à l'encontre du but du protocole de recherche. Or, la protection de la vie humaine et le respect des règles d'éthique impliquent qu'on informe tous les participants à la recherche de l'évolution des données médicales.

Les médecins chercheurs portent deux chapeaux à savoir, l'application d'un protocole auprès d'un patient et leur devoir général de médecin, qu'ils sont toujours et en tout temps. En effet, les participants à cette recherche sont vus dans un premier temps par un médecin, qui doit poser un geste médical sur eux, soit un toucher rectal et dans un deuxième temps, qui doit élaborer avec le patient une revue complète de sa symptomatologie en relation avec de possibles problèmes urinaires. Ainsi, faire une différence entre le médecin chercheur qui rencontre un participant au programme et un médecin qui rencontrerait le même participant dans son cabinet, conduit à une distinction qui

n'existe aucunement à l'article 31 de la Loi médicale; de plus, ceci aurait pour effet d'enlever le pouvoir de contrôle au comité des médecins, dentistes et pharmacien de l'hôpital de sorte que tous les gestes posés par ce médecin dans le cadre d'un protocole de recherche seraient soustraits de l'analyse par le comité de discipline lorsque des personnes porteraient plainte.

Par ailleurs, si on avait appliqué strictement le protocole de recherche, tant celui de 1990 que celui de 1992, au cas de la victime et si les médecins n'avaient pas " oublié " qu'ils étaient d'abord et avant tout médecins, on aurait détecté ou à tout le moins, on aurait fait tous les efforts nécessaires pour détecter son cancer de façon précoce. Dès 1992, le toucher rectal chez la victime était suspect et aurait dû conduire, au minimum, à ce qu'on l'en informe et qu'on lui permette de bénéficier d'une échographie transrectale et d'une biopsie, si tel avait été son choix.

Au département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL, la pratique veut que pour une échographie transrectale pratiquée par les radiologistes, les résultats du toucher rectal ne sont pas notés, à moins qu'il y ait divergence entre le toucher rectal et l'échographie. Ainsi, dans le présent dossier et en l'absence de quelques notes que ce soient du radiologiste, on croit qu'il n'y a pas eu de toucher rectal ou encore que ce dernier était sans particularité et que la victime n'avait aucun symptôme particulier.

Recommandations :

Que le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie mette sur pied un organisme de vérification des recherches impliquant des sujets humains, ou en confie le mandat au Vérificateur général du Québec, afin d'assurer le respect tant des participants que des règles régissant la recherche impliquant des sujets humains.

Que l'Université Laval adopte un règlement qui définit le fonctionnement de ses comités d'éthique et fasse en sorte que tout chercheur s'adressant à son comité soit informé des règles internes, notamment quant au suivi des protocoles de recherche et aux règles applicables lors de modifications de protocole.

Que le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate transmette une note à tous les participants au programme, les informant de la position du Collège des médecins et de sa propre position et de ses résultats en tant que chercheur et laissant le libre choix aux participants de suivre l'une ou l'autre des positions.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Recherche de la science et de la Technologie travaillent en collaboration à mettre sur pied un mécanisme de protection des sujets de recherche qui offrirait à un sujet qui se croit lésé lors d'une recherche un recours simple, pratique et efficace auprès d'un organisme, pour d'obtenir justice.

Que le Dr Fernand Labrie mette en place un mécanisme interne de contrôle et de suivi rigoureux des dossiers médicaux des patients du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate.

Que le département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL ainsi que tous ses membres remplissent plus adéquatement le rapport d'échographie transrectale conformément à l'article 2.02 du règlement sur la tenue des dossiers par un médecin.

Organismes visés :

Le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
L'Université Laval
Le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate
Le Dr Fernand Labrie
Le CHUQ-Pavillon CHUL - département de radiologie

Avis / Dossier : A-133819 105821

Événement :

Une dame de 69 ans, atteinte d'une pneumonie et d'une néoplasie pulmonaire, décède au Château Rosemont, résidence d'hébergement pour personnes autonomes.

Elle a été hospitalisée au CHUM - Pavillon Notre-Dame, où on ne pouvait lui offrir ni chirurgie, ni radiothérapie. La patiente était en mauvais état général, ralentie au plan psychomoteur et parfois confuse. On décide donc de procéder à un traitement de confort chez cette patiente. Celle-ci désirait absolument retourner à la maison avec son fils. Or, quatre jours après son retour au domicile, soit le jour de Noël, son fils constate qu'il ne peut pas répondre à ses besoins. Il communique par téléphone au Pavillon Notre-Dame, où une infirmière le dirige vers l'organisme L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc.

Ainsi, une fiche d'inscription est remplie par téléphone, sans que la patiente ne soit rencontrée comme c'est la coutume. On amène la dame au Château Rosemont, où le co-propriétaire se rend et l'admet dans une chambre au 1er étage. Le fils quitte la résidence, le co-propriétaire retourne à ses fêtes de famille, l'employée quitte aussi : seul reste le surveillant aide-cuisinier.

Deux jours plus tard, le fils se rend au Château Rosemont pour visiter sa mère. Il la trouve encore toute habillée dans son lit, baignant dans son urine et éprouvant de sérieuses difficultés respiratoires. Il avise la co-propriétaire, de retour de son congé des fêtes, qui communique avec le 911. À l'arrivée d'Urgences-Santé, la victime est en arrêt cardio-respiratoire. On ne peut que constater le décès.

Cette dame, qui était en perte d'autonomie, a été dirigée vers une ressource d'habitation pour personnes autonomes non conventionnée qui l'a acceptée. Le statut de cette résidence fait qu'elle est assujettie à diverses réglementations municipales et autres. Toutefois, à l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a aucune réglementation pour la sélection de la clientèle, l'imputabilité de cette sélection aux propriétaires, la qualité de l'encadrement dans le respect de la dignité de la personne, contrairement aux établissements du réseau de la santé qui sont réglementés.

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- réglemente la notion d'autonomie de la personne et uniformise l'outil d'évaluation pour tout le réseau de la santé, qui inclurait une grille avec indicateurs semblables au profil des besoins présenté au Tableau I;
- responsabilise les propriétaires-gestionnaires envers la sélection de leur clientèle en créant une infraction pénale à cet égard;
- crée l'exigence légale ou réglementaire d'un enregistrement auprès des régies régionales;
- légifère pour conférer aux organismes du réseau de réels pouvoirs d'intervention dans les cas d'illégalité;
- insiste auprès des propriétaires sur l'importance d'embaucher du personnel ayant une formation adéquate.

Que la Fédération de l'âge d'or du Québec informe la population âgée des différents types de ressources (privée, publique, conventionnée ou non), de leur mandat respectif et de leur clientèle cible.

Que le ministère des Affaires municipales :

- crée l'exigence légale ou réglementaire pour ce genre de " résidence supervisée ", tel que définie par le Code du

bâtiment 95, d'obtenir un permis municipal pour toute ressource d'habitation privée qui accueille et dispense des services à cinq personnes et plus; (4)

· délivre ce permis municipal seulement après l'obtention d'une accréditation auprès de la Régie régionale du territoire ou d'un organisme accréditeur reconnu par la Régie régionale du territoire. (4)

Que la Direction des services professionnels du CHUM - Pavillon Notre-Dame :

· s'assure que le personnel infirmier ou administratif qui répond au téléphone, s'identifie, s'assure de comprendre le problème exposé et fasse des recommandations prudentes, compte tenu de l'importance de celles-ci pour le bénéficiaire désemparé ;

· insiste auprès des médecins pour qu'ils informent clairement le bénéficiaire et ses aidants naturels du diagnostic, du pronostic et de la conduite à tenir et s'assurent qu'ils ont bien compris.

Que l'organisme l'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc., procède à une évaluation complète et en personne du bénéficiaire à orienter, de sorte qu'un client non autonome ne risque plus d'être orienté vers une ressource d'habitation privée non conventionnée.

Que les responsables du Château Rosemont revoient le mode de sélection des bénéficiaires afin de n'accepter que les personnes autonomes, tel que défini dans le cadre de référence de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Fédération de l'âge d'or du Québec
Le ministère des Affaires municipales
Le CHUM - Pavillon Notre-Dame
L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc
Le Château Rosemont

Avis / Dossier : A-130389 103669

Événement :

Une femme de 36 ans, étant sous curatelle publique et demeurant dans un foyer de groupe chapeauté par l'Hôpital Douglas, décède d'un choc septique, consécutif à une fasciite nécrosante abdomino-péritonéale et péri-rectale.

La victime refusait de consulter jusqu'au jour de son décès, lorsqu'elle se présente à l'urgence du Centre hospitalier Angrignon, Pavillon Lasalle. Le médecin l'a rapidement évaluée, puis a demandé son transfert en chirurgie au Pavillon Verdun. La victime fut transportée par ambulance une heure après avoir été vue par le médecin avec, comme seul traitement, un soluté NAACL 0,9 % à 100 cc/hre.

Arrivée au Pavillon Verdun, elle attend une heure avant d'être réévaluée en catastrophe par l'urgentologue de garde plutôt que par le chirurgien auquel on l'avait adressée, une autre heure et demie avant que celui-ci ne l'évalue. La victime fait alors un premier arrêt cardio-respiratoire et ses voies d'accès veineuses sont non fonctionnelles.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon :

- soumette ce cas au comité de l'évaluation de l'acte médical eu égard à l'évaluation initiale de la bénéficiaire au Pavillon Lasalle, à l'évaluation et à la prévisibilité de la stabilité ou en attendant le transfert et le délai de prise en charge en chirurgie au Pavillon Verdun;

- émette des directives concernant les demandes de consultation - transfert urgent pour que le référant (qui demeure responsable du bénéficiaire jusqu'à la prise en charge par le consultant), en cas de transfert urgent, parler dans la mesure du possible au consultant pour l'informer de la situation instable du patient.

Organisme visé :

La Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

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

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrysme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrysme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine

suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coronar s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais émette des directives claires à toute

intervention d'urgence qui implique la possibilité de causer des dommages matériels dans le but d'aider une personne dont la vie est en grand danger. (4)

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :



© Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-126195 104235

Événement :

Une dame de 77 ans, résidant à la Villa de l'Estrie à Sherbrooke, décède d'une insuffisance myocardique aiguë alors qu'elle était à se baigner seule dans la piscine du centre d'accueil. Elle a été retrouvée gisant inerte dans l'eau, avec un objet de flottaison sous les bras.

La Villa de l'Estrie possède quatre caméras de surveillances placées devant l'entrée principale, la piscine, la cuisine et le garage afin de surveiller ces aires. Deux moniteurs sont disponibles, dont l'un est installé à la réception et l'autre au poste de contrôle au premier étage où l'infirmière et les deux préposés aux bénéficiaires se trouvent. Or, le jour de l'événement, la préposée à la réception et les préposés aux bénéficiaires n'ont jamais regardé les moniteurs, sauf une personne qui dit avoir regardé le moniteur au début de son quart de travail vers 7 h 30. Il faut donc croire que les caméras de surveillance et les moniteurs ne sont là que pour donner un faux sentiment de sécurité au personnel d'encadrement, ou qu'ils ne servent que de décorations. Il est raisonnable de croire qu'un simple regard sur les écrans par au moins une de ces quatre personnes, aurait permis de remarquer que la victime requerrait de l'aide.

Recommandation :

Que la Direction générale de la résidence Villa de l'Estrie émette des directives et même un protocole de surveillance des bénéficiaires, d'abord en utilisant les moniteurs installés à cette fin et aussi en prenant les moyens nécessaires pour s'assurer que les bénéficiaires sont là où ils doivent se trouver.

Organisme visé :

Villa de l'Estrie

Avis / Dossier : A-128815 102775

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

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

Organismes visés :

La RRSSS Mauricie - Centre-du-Québec
La Ville de Saint-Alexis-des-Monts

Avis / Dossier : A-118082. 98210

Événement :

Un homme de 65 ans, recruté pour faire partie d'une recherche effectuée par l'équipe du Dr Fernand Labrie du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate à Sainte-Foy, décède sept ans plus tard d'un cancer de la prostate.

Le domaine de la recherche est mondialement unanime à reconnaître que toute recherche sérieuse doit d'abord être élaborée dans un document écrit (protocole de recherche), qui doit être soumis à un comité indépendant (comité d'éthique) chargé de s'assurer d'une part, que les règles éthiques sont respectées et d'autre part, que la recherche proposée par le chercheur est scientifiquement valide. Une autre règle veut que les chercheurs informent le comité d'éthique de tout changement qui pourrait survenir en cours de recherche. Or, depuis 1990, le Centre de dépistage a apporté trois changements au protocole sans pour autant en informer le comité d'éthique qui avait approuvé le protocole.

Les protocoles régissant la recherche à laquelle participait la victime ont tous été approuvés par le Comité d'éthique de l'Université Laval. Le comité de déontologie s'est inspiré des lignes directrices du Conseil médical canadien. Tant les membres du Comité que les chercheurs de l'époque étaient mal informés quant à l'éthique et aux différents mécanismes de contrôle. Jamais le comité n'a émis de directives, de notes ou d'autres documents à l'intention des chercheurs, pour leur rappeler l'importance de leurs obligations, en vertu des lignes directrices, quant aux modifications de protocoles qui interviennent en cours d'exécution. Encore aujourd'hui, l'Université Laval n'a toujours pas de règlement interne pour le fonctionnement des comités d'éthique.

Le Collège des médecins du Québec a adopté, ces dernières années, une politique très précise sur le dépistage du cancer de la prostate, qui va à l'encontre du but du protocole de recherche. Or, la protection de la vie humaine et le respect des règles d'éthique impliquent qu'on informe tous les participants à la recherche de l'évolution des données médicales.

Les médecins chercheurs portent deux chapeaux à savoir, l'application d'un protocole auprès d'un patient et leur devoir général de médecin, qu'ils sont toujours et en tout temps. En effet, les participants à cette recherche sont vus dans un premier temps par un médecin, qui doit poser un geste médical sur eux, soit un toucher rectal et dans un deuxième temps, qui doit élaborer avec le patient une revue complète de sa symptomatologie en relation avec de possibles problèmes urinaires. Ainsi, faire une différence entre le médecin chercheur qui rencontre un participant au programme et un médecin qui rencontrerait le même participant dans son cabinet, conduit à une distinction qui n'existe aucunement à l'article 31 de la Loi médicale; de plus, ceci aurait pour effet d'enlever le pouvoir de contrôle au comité des médecins, dentistes et pharmacien de l'hôpital de sorte que tous les gestes posés par ce médecin dans le cadre d'un protocole de recherche seraient soustraits de l'analyse par le comité de discipline lorsque des

personnes porteraient plainte.

Par ailleurs, si on avait appliqué strictement le protocole de recherche, tant celui de 1990 que celui de 1992, au cas de la victime et si les médecins n'avaient pas " oublié " qu'ils étaient d'abord et avant tout médecins, on aurait détecté ou à tout le moins, on aurait fait tous les efforts nécessaires pour détecter son cancer de façon précoce. Dès 1992, le toucher rectal chez la victime était suspect et aurait dû conduire, au minimum, à ce qu'on l'en informe et qu'on lui permette de bénéficier d'une échographie transrectale et d'une biopsie, si tel avait été son choix.

Au département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL, la pratique veut que pour une échographie transrectale pratiquée par les radiologistes, les résultats du toucher rectal ne sont pas notés, à moins qu'il y ait divergence entre le toucher rectal et l'échographie. Ainsi, dans le présent dossier et en l'absence de quelques notes que ce soient du radiologiste, on croit qu'il n'y a pas eu de toucher rectal ou encore que ce dernier était sans particularité et que la victime n'avait aucun symptôme particulier.

Recommandations :

Que le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie mette sur pied un organisme de vérification des recherches impliquant des sujets humains, ou en confie le mandat au Vérificateur général du Québec, afin d'assurer le respect tant des participants que des règles régissant la recherche impliquant des sujets humains.

Que l'Université Laval adopte un règlement qui définit le fonctionnement de ses comités d'éthique et fasse en sorte que tout chercheur s'adressant à son comité soit informé des règles internes, notamment quant au suivi des protocoles de recherche et aux règles applicables lors de modifications de protocole.

Que le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate transmette une note à tous les participants au programme, les informant de la position du Collège des médecins et de sa propre position et de ses résultats en tant que chercheur et laissant le libre choix aux participants de suivre l'une ou l'autre des positions.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Recherche de la science et de la Technologie travaillent en collaboration à mettre sur pied un mécanisme de protection des sujets de recherche qui offrirait à un sujet qui se croit lésé lors d'une recherche un recours simple, pratique et efficace auprès d'un organisme, pour d'obtenir justice.

Que le Dr Fernand Labrie mette en place un mécanisme interne de contrôle et de suivi rigoureux des dossiers médicaux des patients du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate.

Que le département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL ainsi que tous ses membres remplissent plus adéquatement le rapport d'échographie transrectale conformément à l'article 2.02 du règlement sur la tenue des dossiers par un médecin.

Organismes visés :

Le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
L'Université Laval
Le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate
Le Dr Fernand Labrie
Le CHUQ-Pavillon CHUL - département de radiologie

Avis / Dossier : A-133819 105821

Événement :

Une dame de 69 ans, atteinte d'une pneumonie et d'une néoplasie pulmonaire, décède au Château Rosemont, résidence d'hébergement pour personnes autonomes.

Elle a été hospitalisée au CHUM - Pavillon Notre-Dame, où on ne pouvait lui offrir ni chirurgie, ni radiothérapie. La patiente était en mauvais état général, ralentie au plan psychomoteur et parfois confuse. On décide donc de procéder à un traitement de confort chez cette patiente. Celle-ci désirait absolument retourner à la maison avec son fils. Or, quatre jours après son retour au domicile, soit le jour de Noël, son fils constate qu'il ne peut pas répondre à ses besoins. Il communique par téléphone au Pavillon Notre-Dame, où une infirmière le dirige vers l'organisme L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc.

Ainsi, une fiche d'inscription est remplie par téléphone, sans que la patiente ne soit rencontrée comme c'est la coutume. On amène la dame au Château Rosemont, où le co-propriétaire se rend et l'admet dans une chambre au 1er étage. Le fils quitte la résidence, le co-propriétaire retourne à ses fêtes de famille, l'employée quitte aussi : seul reste le surveillant aide-cuisinier.

Deux jours plus tard, le fils se rend au Château Rosemont pour visiter sa mère. Il la trouve encore toute habillée dans son lit, baignant dans son urine et éprouvant de sérieuses difficultés respiratoires. Il avise la co-propriétaire, de retour de son congé des fêtes, qui communique avec le 911. À l'arrivée d'Urgences-Santé, la victime est en arrêt cardio-respiratoire. On ne peut que constater le décès.

Cette dame, qui était en perte d'autonomie, a été dirigée vers une ressource d'habitation pour personnes autonomes non conventionnée qui l'a acceptée. Le statut de cette résidence fait qu'elle est assujettie à diverses réglementations municipales et autres. Toutefois, à l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a aucune réglementation pour la sélection de la clientèle, l'imputabilité de cette sélection aux propriétaires, la qualité de l'encadrement dans le respect de la dignité de la personne, contrairement aux établissements du réseau de la santé qui sont réglementés.

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- réglemente la notion d'autonomie de la personne et uniformise l'outil d'évaluation pour tout le réseau de la santé, qui inclurait une grille avec indicateurs semblables au profil des besoins présenté au Tableau I;
- responsabilise les propriétaires-gestionnaires envers la sélection de leur clientèle en créant une infraction pénale à cet égard;
- crée l'exigence légale ou réglementaire d'un enregistrement auprès des régies régionales;
- légifère pour conférer aux organismes du réseau de réels pouvoirs d'intervention dans les cas d'illégalité;
- insiste auprès des propriétaires sur l'importance d'embaucher du personnel ayant une formation adéquate.

Que la Fédération de l'âge d'or du Québec informe la population âgée des différents types de ressources (privée, publique, conventionnée ou non), de leur mandat respectif et de leur clientèle cible.

Que le ministère des Affaires municipales :

- crée l'exigence légale ou réglementaire pour ce genre de " résidence supervisée ", tel que définie par le Code du bâtiment 95, d'obtenir un permis municipal pour toute ressource d'habitation privée qui accueille et dispense des services à cinq personnes et plus; (4)

- délivre ce permis municipal seulement après l'obtention d'une accréditation auprès de la Régie régionale du territoire ou d'un organisme accréditeur reconnu par la Régie régionale du territoire. (4)

Que la Direction des services professionnels du CHUM - Pavillon Notre-Dame :

- s'assure que le personnel infirmier ou administratif qui répond au téléphone, s'identifie, s'assure de comprendre le problème exposé et fasse des recommandations prudentes, compte tenu de l'importance de celles-ci pour le bénéficiaire désemparé ;
- insiste auprès des médecins pour qu'ils informent clairement le bénéficiaire et ses aidants naturels du diagnostic, du pronostic et de la conduite à tenir et s'assurent qu'ils ont bien compris.

Que l'organisme l'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc., procède à une évaluation complète et en personne du bénéficiaire à orienter, de sorte qu'un client non autonome ne risque plus d'être orienté vers une ressource d'habitation privée non conventionnée.

Que les responsables du Château Rosemont revoient le mode de sélection des bénéficiaires afin de n'accepter que les personnes autonomes, tel que défini dans le cadre de référence de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Fédération de l'âge d'or du Québec
Le ministère des Affaires municipales
Le CHUM - Pavillon Notre-Dame
L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc
Le Château Rosemont

Avis / Dossier : A-130389 103669

Événement :

Une femme de 36 ans, étant sous curatelle publique et demeurant dans un foyer de groupe chapeauté par l'Hôpital Douglas, décède d'un choc septique, consécutif à une fasciite nécrosante abdomino-péritonéale et péri-rectale.

La victime refusait de consulter jusqu'au jour de son décès, lorsqu'elle se présente à l'urgence du Centre hospitalier Angrignon, Pavillon Lasalle. Le médecin l'a rapidement évaluée, puis a demandé son transfert en chirurgie au Pavillon Verdun. La victime fut transportée par ambulance une heure après avoir été vue par le médecin avec, comme seul traitement, un soluté NAACL 0,9 % à 100 cc/hre.

Arrivée au Pavillon Verdun, elle attend une heure avant d'être réévaluée en catastrophe par l'urgentologue de garde plutôt que par le chirurgien auquel on l'avait adressée, une autre heure et demie avant que celui-ci ne l'évalue. La victime fait alors un premier arrêt cardio-respiratoire et ses voies d'accès veineuses sont non fonctionnelles.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon :

- soumette ce cas au comité de l'évaluation de l'acte médical eu égard à l'évaluation initiale de la bénéficiaire au Pavillon Lasalle, à l'évaluation et à la prévisibilité de la stabilité ou en attendant le transfert et le délai de prise en charge en chirurgie au Pavillon Verdun;

· émette des directives concernant les demandes de consultation - transfert urgent pour que le référant (qui demeure responsable du bénéficiaire jusqu'à la prise en charge par le consultant), en cas de transfert urgent, parler dans la mesure du possible au consultant pour l'informer de la situation instable du patient.

Organisme visé :

La Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

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

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

En revenant du dîner, les autres employés n'ont pas vu, ni cherché leur contremaître. Ce n'est que 30 minutes après s'être remis au travail qu'ils se sont inquiétés de son absence et sont partis à sa recherche. Une fois la

victime retrouvée, les employés ont constaté qu'elle ne présentait aucun signe de vie. Ils se sont alors occupés de contacter leur employeur par radio-émetteur. Une autre équipe de travailleurs travaillant tout près s'est rendue sur place et a commencé les manœuvres de réanimation.

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse.

Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

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

l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

Un homme de 58 ans décède d'un infarctus du myocarde. Il n'avait aucune maladie connue antérieure à son décès

et ne consommait pas de médicaments.

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde

physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-128815 102775

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

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

Organismes visés :

La RRSSS Mauricie - Centre-du-Québec
La Ville de Saint-Alexis-des-Monts

Avis / Dossier : A-118082. 98210

Événement :

Un homme de 65 ans, recruté pour faire partie d'une recherche effectuée par l'équipe du Dr Fernand Labrie du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate à Sainte-Foy, décède sept ans plus tard d'un cancer de la prostate.

Le domaine de la recherche est mondialement unanime à reconnaître que toute recherche sérieuse doit d'abord être

élaborée dans un document écrit (protocole de recherche), qui doit être soumis à un comité indépendant (comité d'éthique) chargé de s'assurer d'une part, que les règles éthiques sont respectées et d'autre part, que la recherche proposée par le chercheur est scientifiquement valide. Une autre règle veut que les chercheurs informent le comité d'éthique de tout changement qui pourrait survenir en cours de recherche. Or, depuis 1990, le Centre de dépistage a apporté trois changements au protocole sans pour autant en informer le comité d'éthique qui avait approuvé le protocole.

Les protocoles régissant la recherche à laquelle participait la victime ont tous été approuvés par le Comité d'éthique de l'Université Laval. Le comité de déontologie s'est inspiré des lignes directrices du Conseil médical canadien. Tant les membres du Comité que les chercheurs de l'époque étaient mal informés quant à l'éthique et aux différents mécanismes de contrôle. Jamais le comité n'a émis de directives, de notes ou d'autres documents à l'intention des chercheurs, pour leur rappeler l'importance de leurs obligations, en vertu des lignes directrices, quant aux modifications de protocoles qui interviennent en cours d'exécution. Encore aujourd'hui, l'Université Laval n'a toujours pas de règlement interne pour le fonctionnement des comités d'éthique.

Le Collège des médecins du Québec a adopté, ces dernières années, une politique très précise sur le dépistage du cancer de la prostate, qui va à l'encontre du but du protocole de recherche. Or, la protection de la vie humaine et le respect des règles d'éthique impliquent qu'on informe tous les participants à la recherche de l'évolution des données médicales.

Les médecins chercheurs portent deux chapeaux à savoir, l'application d'un protocole auprès d'un patient et leur devoir général de médecin, qu'ils sont toujours et en tout temps. En effet, les participants à cette recherche sont vus dans un premier temps par un médecin, qui doit poser un geste médical sur eux, soit un toucher rectal et dans un deuxième temps, qui doit élaborer avec le patient une revue complète de sa symptomatologie en relation avec de possibles problèmes urinaires. Ainsi, faire une différence entre le médecin chercheur qui rencontre un participant au programme et un médecin qui rencontrerait le même participant dans son cabinet, conduit à une distinction qui n'existe aucunement à l'article 31 de la Loi médicale; de plus, ceci aurait pour effet d'enlever le pouvoir de contrôle au comité des médecins, dentistes et pharmacien de l'hôpital de sorte que tous les gestes posés par ce médecin dans le cadre d'un protocole de recherche seraient soustraits de l'analyse par le comité de discipline lorsque des personnes porteraient plainte.

Par ailleurs, si on avait appliqué strictement le protocole de recherche, tant celui de 1990 que celui de 1992, au cas de la victime et si les médecins n'avaient pas " oublié " qu'ils étaient d'abord et avant tout médecins, on aurait détecté ou à tout le moins, on aurait fait tous les efforts nécessaires pour détecter son cancer de façon précoce. Dès 1992, le toucher rectal chez la victime était suspect et aurait dû conduire, au minimum, à ce qu'on l'en informe et qu'on lui permette de bénéficier d'une échographie transrectale et d'une biopsie, si tel avait été son choix.

Au département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL, la pratique veut que pour une échographie transrectale pratiquée par les radiologistes, les résultats du toucher rectal ne sont pas notés, à moins qu'il y ait divergence entre le toucher rectal et l'échographie. Ainsi, dans le présent dossier et en l'absence de quelques notes que ce soient du radiologiste, on croit qu'il n'y a pas eu de toucher rectal ou encore que ce dernier était sans particularité et que la victime n'avait aucun symptôme particulier.

Recommandations :

Que le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie mette sur pied un organisme de vérification des recherches impliquant des sujets humains, ou en confie le mandat au Vérificateur général du Québec, afin d'assurer le respect tant des participants que des règles régissant la recherche impliquant des sujets humains.

Que l'Université Laval adopte un règlement qui définit le fonctionnement de ses comités d'éthique et fasse en sorte que tout chercheur s'adressant à son comité soit informé des règles internes, notamment quant au suivi des protocoles de recherche et aux règles applicables lors de modifications de protocole.

Que le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate transmette une note à tous les participants au programme, les informant de la position du Collège des médecins et de sa propre position et de ses résultats en

tant que chercheur et laissant le libre choix aux participants de suivre l'une ou l'autre des positions.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Recherche de la science et de la Technologie travaillent en collaboration à mettre sur pied un mécanisme de protection des sujets de recherche qui offrirait à un sujet qui se croit lésé lors d'une recherche un recours simple, pratique et efficace auprès d'un organisme, pour d'obtenir justice.

Que le Dr Fernand Labrie mette en place un mécanisme interne de contrôle et de suivi rigoureux des dossiers médicaux des patients du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate.

Que le département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL ainsi que tous ses membres remplissent plus adéquatement le rapport d'échographie transrectale conformément à l'article 2.02 du règlement sur la tenue des dossiers par un médecin.

Organismes visés :

Le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
L'Université Laval
Le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate
Le Dr Fernand Labrie
Le CHUQ-Pavillon CHUL - département de radiologie

Avis / Dossier : A-133819 105821

Événement :

Une dame de 69 ans, atteinte d'une pneumonie et d'une néoplasie pulmonaire, décède au Château Rosemont, résidence d'hébergement pour personnes autonomes.

Elle a été hospitalisée au CHUM - Pavillon Notre-Dame, où on ne pouvait lui offrir ni chirurgie, ni radiothérapie. La patiente était en mauvais état général, ralentie au plan psychomoteur et parfois confuse. On décide donc de procéder à un traitement de confort chez cette patiente. Celle-ci désirait absolument retourner à la maison avec son fils. Or, quatre jours après son retour au domicile, soit le jour de Noël, son fils constate qu'il ne peut pas répondre à ses besoins. Il communique par téléphone au Pavillon Notre-Dame, où une infirmière le dirige vers l'organisme L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc.

Ainsi, une fiche d'inscription est remplie par téléphone, sans que la patiente ne soit rencontrée comme c'est la coutume. On amène la dame au Château Rosemont, où le co-propriétaire se rend et l'admet dans une chambre au 1er étage. Le fils quitte la résidence, le co-propriétaire retourne à ses fêtes de famille, l'employée quitte aussi : seul reste le surveillant aide-cuisinier.

Deux jours plus tard, le fils se rend au Château Rosemont pour visiter sa mère. Il la trouve encore toute habillée dans son lit, baignant dans son urine et éprouvant de sérieuses difficultés respiratoires. Il avise la co-propriétaire, de retour de son congé des fêtes, qui communique avec le 911. À l'arrivée d'Urgences-Santé, la victime est en arrêt cardio-respiratoire. On ne peut que constater le décès.

Cette dame, qui était en perte d'autonomie, a été dirigée vers une ressource d'habitation pour personnes autonomes non conventionnée qui l'a acceptée. Le statut de cette résidence fait qu'elle est assujettie à diverses réglementations municipales et autres. Toutefois, à l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a aucune réglementation pour la sélection de la clientèle, l'imputabilité de cette sélection aux propriétaires, la qualité de l'encadrement dans le respect de la dignité de la personne, contrairement aux établissements du réseau de la santé qui sont réglementés.

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- réglemente la notion d'autonomie de la personne et uniformise l'outil d'évaluation pour tout le réseau de la santé, qui inclurait une grille avec indicateurs semblables au profil des besoins présenté au Tableau I;
- responsabilise les propriétaires-gestionnaires envers la sélection de leur clientèle en créant une infraction pénale à cet égard;
- crée l'exigence légale ou réglementaire d'un enregistrement auprès des régies régionales;
- légifère pour conférer aux organismes du réseau de réels pouvoirs d'intervention dans les cas d'illégalité;
- insiste auprès des propriétaires sur l'importance d'embaucher du personnel ayant une formation adéquate.

Que la Fédération de l'âge d'or du Québec informe la population âgée des différents types de ressources (privée, publique, conventionnée ou non), de leur mandat respectif et de leur clientèle cible.

Que le ministère des Affaires municipales :

- crée l'exigence légale ou réglementaire pour ce genre de " résidence supervisée ", tel que définie par le Code du bâtiment 95, d'obtenir un permis municipal pour toute ressource d'habitation privée qui accueille et dispense des services à cinq personnes et plus; (4)
- délivre ce permis municipal seulement après l'obtention d'une accréditation auprès de la Régie régionale du territoire ou d'un organisme accréditeur reconnu par la Régie régionale du territoire. (4)

Que la Direction des services professionnels du CHUM - Pavillon Notre-Dame :

- s'assure que le personnel infirmier ou administratif qui répond au téléphone, s'identifie, s'assure de comprendre le problème exposé et fasse des recommandations prudentes, compte tenu de l'importance de celles-ci pour le bénéficiaire désemparé ;
- insiste auprès des médecins pour qu'ils informent clairement le bénéficiaire et ses aidants naturels du diagnostic, du pronostic et de la conduite à tenir et s'assurent qu'ils ont bien compris.

Que l'organisme l'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc., procède à une évaluation complète et en personne du bénéficiaire à orienter, de sorte qu'un client non autonome ne risque plus d'être orienté vers une ressource d'habitation privée non conventionnée.

Que les responsables du Château Rosemont revoient le mode de sélection des bénéficiaires afin de n'accepter que les personnes autonomes, tel que défini dans le cadre de référence de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Fédération de l'âge d'or du Québec
Le ministère des Affaires municipales
Le CHUM - Pavillon Notre-Dame

L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc
Le Château Rosemont

Avis / Dossier : A-130389 103669

Événement :

Une femme de 36 ans, étant sous curatelle publique et demeurant dans un foyer de groupe chapeauté par l'Hôpital Douglas, décède d'un choc septique, consécutif à une fasciite nécrosante abdomino-péritonéale et péri-rectale.

La victime refusait de consulter jusqu'au jour de son décès, lorsqu'elle se présente à l'urgence du Centre hospitalier Angrignon, Pavillon Lasalle. Le médecin l'a rapidement évaluée, puis a demandé son transfert en chirurgie au Pavillon Verdun. La victime fut transportée par ambulance une heure après avoir été vue par le médecin avec, comme seul traitement, un soluté NAACL 0,9 % à 100 cc/hre.

Arrivée au Pavillon Verdun, elle attend une heure avant d'être réévaluée en catastrophe par l'urgentologue de garde plutôt que par le chirurgien auquel on l'avait adressée, une autre heure et demie avant que celui-ci ne l'évalue. La victime fait alors un premier arrêt cardio-respiratoire et ses voies d'accès veineuses sont non fonctionnelles.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon :

- soumette ce cas au comité de l'évaluation de l'acte médical eu égard à l'évaluation initiale de la bénéficiaire au Pavillon Lasalle, à l'évaluation et à la prévisibilité de la stabilité ou en attendant le transfert et le délai de prise en charge en chirurgie au Pavillon Verdun;
- émette des directives concernant les demandes de consultation - transfert urgent pour que le référant (qui demeure responsable du bénéficiaire jusqu'à la prise en charge par le consultant), en cas de transfert urgent, parler dans la mesure du possible au consultant pour l'informer de la situation instable du patient.

Organisme visé :

La Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

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

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

Que la compagnie Laerdal, fabricant des piles, informe mieux ses clients et s'assure qu'ils procèdent

régulièrement à des vérifications de mise à la charge, de nettoyage et d'inspection en ne se fiant pas exclusivement aux voyants lumineux pour juger de la capacité des batteries mises à leur disposition.

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un

lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-118082. 98210

Événement :

Un homme de 65 ans, recruté pour faire partie d'une recherche effectuée par l'équipe du Dr Fernand Labrie du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate à Sainte-Foy, décède sept ans plus tard d'un cancer de la prostate.

Le domaine de la recherche est mondialement unanime à reconnaître que toute recherche sérieuse doit d'abord être élaborée dans un document écrit (protocole de recherche), qui doit être soumis à un comité indépendant (comité d'éthique) chargé de s'assurer d'une part, que les règles éthiques sont respectées et d'autre part, que la recherche proposée par le chercheur est scientifiquement valide. Une autre règle veut que les chercheurs informent le comité d'éthique de tout changement qui pourrait survenir en cours de recherche. Or, depuis 1990, le Centre de dépistage a apporté trois changements au protocole sans pour autant en informer le comité d'éthique qui avait approuvé le protocole.

Les protocoles régissant la recherche à laquelle participait la victime ont tous été approuvés par le Comité d'éthique de l'Université Laval. Le comité de déontologie s'est inspiré des lignes directrices du Conseil médical canadien. Tant les membres du Comité que les chercheurs de l'époque étaient mal informés quant à l'éthique et aux différents mécanismes de contrôle. Jamais le comité n'a émis de directives, de notes ou d'autres documents à l'intention des chercheurs, pour leur rappeler l'importance de leurs obligations, en vertu des lignes directrices, quant aux modifications de protocoles qui interviennent en cours d'exécution. Encore aujourd'hui, l'Université Laval n'a toujours pas de règlement interne pour le fonctionnement des comités d'éthique.

Le Collège des médecins du Québec a adopté, ces dernières années, une politique très précise sur le dépistage du cancer de la prostate, qui va à l'encontre du but du protocole de recherche. Or, la protection de la vie humaine et le respect des règles d'éthique impliquent qu'on informe tous les participants à la recherche de l'évolution des données médicales.

Les médecins chercheurs portent deux chapeaux à savoir, l'application d'un protocole auprès d'un patient et leur devoir général de médecin, qu'ils sont toujours et en tout temps. En effet, les participants à cette recherche sont vus dans un premier temps par un médecin, qui doit poser un geste médical sur eux, soit un toucher rectal et dans un deuxième temps, qui doit élaborer avec le patient une revue complète de sa symptomatologie en relation avec de possibles problèmes urinaires. Ainsi, faire une différence entre le médecin chercheur qui rencontre un participant au programme et un médecin qui rencontrerait le même participant dans son cabinet, conduit à une distinction qui n'existe aucunement à l'article 31 de la Loi médicale; de plus, ceci aurait pour effet d'enlever le pouvoir de contrôle au comité des médecins, dentistes et pharmacien de l'hôpital de sorte que tous les gestes posés par ce médecin dans le cadre d'un protocole de recherche seraient soustraits de l'analyse par le comité de discipline lorsque des personnes porteraient plainte.

Par ailleurs, si on avait appliqué strictement le protocole de recherche, tant celui de 1990 que celui de 1992, au cas de la victime et si les médecins n'avaient pas " oublié " qu'ils étaient d'abord et avant tout médecins, on aurait détecté ou à tout le moins, on aurait fait tous les efforts nécessaires pour détecter son cancer de façon précoce. Dès 1992, le toucher rectal chez la victime était suspect et aurait dû conduire, au minimum, à ce qu'on l'en informe et qu'on lui permette de bénéficier d'une échographie transrectale et d'une biopsie, si tel avait été son choix.

Au département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL, la pratique veut que pour une échographie transrectale

pratiquée par les radiologistes, les résultats du toucher rectal ne sont pas notés, à moins qu'il y ait divergence entre le toucher rectal et l'échographie. Ainsi, dans le présent dossier et en l'absence de quelques notes que ce soient du radiologiste, on croit qu'il n'y a pas eu de toucher rectal ou encore que ce dernier était sans particularité et que la victime n'avait aucun symptôme particulier.

Recommandations :

Que le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie mette sur pied un organisme de vérification des recherches impliquant des sujets humains, ou en confie le mandat au Vérificateur général du Québec, afin d'assurer le respect tant des participants que des règles régissant la recherche impliquant des sujets humains.

Que l'Université Laval adopte un règlement qui définit le fonctionnement de ses comités d'éthique et fasse en sorte que tout chercheur s'adressant à son comité soit informé des règles internes, notamment quant au suivi des protocoles de recherche et aux règles applicables lors de modifications de protocole.

Que le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate transmette une note à tous les participants au programme, les informant de la position du Collège des médecins et de sa propre position et de ses résultats en tant que chercheur et laissant le libre choix aux participants de suivre l'une ou l'autre des positions.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Recherche de la science et de la Technologie travaillent en collaboration à mettre sur pied un mécanisme de protection des sujets de recherche qui offrirait à un sujet qui se croit lésé lors d'une recherche un recours simple, pratique et efficace auprès d'un organisme, pour d'obtenir justice.

Que le Dr Fernand Labrie mette en place un mécanisme interne de contrôle et de suivi rigoureux des dossiers médicaux des patients du Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate.

Que le département de radiologie du CHUQ-Pavillon CHUL ainsi que tous ses membres remplissent plus adéquatement le rapport d'échographie transrectale conformément à l'article 2.02 du règlement sur la tenue des dossiers par un médecin.

Organismes visés :

Le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie
L'Université Laval
Le Centre de dépistage précoce du cancer de la prostate
Le Dr Fernand Labrie
Le CHUQ-Pavillon CHUL - département de radiologie

Avis / Dossier : A-133819 105821

Événement :

Une dame de 69 ans, atteinte d'une pneumonie et d'une néoplasie pulmonaire, décède au Château Rosemont, résidence d'hébergement pour personnes autonomes.

Elle a été hospitalisée au CHUM - Pavillon Notre-Dame, où on ne pouvait lui offrir ni chirurgie, ni radiothérapie. La patiente était en mauvais état général, ralentie au plan psychomoteur et parfois confuse. On décide donc de procéder à un traitement de confort chez cette patiente. Celle-ci désirait absolument retourner à la maison avec son fils. Or, quatre jours après son retour au domicile, soit le jour de Noël, son fils constate qu'il ne peut pas répondre à ses besoins. Il communique par téléphone au Pavillon Notre-Dame, où une infirmière le dirige vers l'organisme L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc.

Ainsi, une fiche d'inscription est remplie par téléphone, sans que la patiente ne soit rencontrée comme c'est la coutume. On amène la dame au Château Rosemont, où le co-propriétaire se rend et l'admet dans une chambre au 1er étage. Le fils quitte la résidence, le co-propriétaire retourne à ses fêtes de famille, l'employée quitte aussi : seul reste le surveillant aide-cuisinier.

Deux jours plus tard, le fils se rend au Château Rosemont pour visiter sa mère. Il la trouve encore toute habillée dans son lit, baignant dans son urine et éprouvant de sérieuses difficultés respiratoires. Il avise la co-propriétaire, de retour de son congé des fêtes, qui communique avec le 911. À l'arrivée d'Urgences-Santé, la victime est en arrêt cardio-respiratoire. On ne peut que constater le décès.

Cette dame, qui était en perte d'autonomie, a été dirigée vers une ressource d'habitation pour personnes autonomes non conventionnée qui l'a acceptée. Le statut de cette résidence fait qu'elle est assujettie à diverses réglementations municipales et autres. Toutefois, à l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a aucune réglementation pour la sélection de la clientèle, l'imputabilité de cette sélection aux propriétaires, la qualité de l'encadrement dans le respect de la dignité de la personne, contrairement aux établissements du réseau de la santé qui sont réglementés.

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- réglemente la notion d'autonomie de la personne et uniformise l'outil d'évaluation pour tout le réseau de la santé, qui inclurait une grille avec indicateurs semblables au profil des besoins présenté au Tableau I;
- responsabilise les propriétaires-gestionnaires envers la sélection de leur clientèle en créant une infraction pénale à cet égard;
- crée l'exigence légale ou réglementaire d'un enregistrement auprès des régies régionales;
- légifère pour conférer aux organismes du réseau de réels pouvoirs d'intervention dans les cas d'illégalité;
- insiste auprès des propriétaires sur l'importance d'embaucher du personnel ayant une formation adéquate.

Que la Fédération de l'âge d'or du Québec informe la population âgée des différents types de ressources (privée, publique, conventionnée ou non), de leur mandat respectif et de leur clientèle cible.

Que le ministère des Affaires municipales :

- crée l'exigence légale ou réglementaire pour ce genre de " résidence supervisée ", tel que définie par le Code du bâtiment 95, d'obtenir un permis municipal pour toute ressource d'habitation privée qui accueille et dispense des services à cinq personnes et plus; (4)
- délivre ce permis municipal seulement après l'obtention d'une accréditation auprès de la Régie régionale du territoire ou d'un organisme accréditeur reconnu par la Régie régionale du territoire. (4)

Que la Direction des services professionnels du CHUM - Pavillon Notre-Dame :

- s'assure que le personnel infirmier ou administratif qui répond au téléphone, s'identifie, s'assure de comprendre le problème exposé et fasse des recommandations prudentes, compte tenu de l'importance de celles-ci pour le bénéficiaire désemparé ;

· insiste auprès des médecins pour qu'ils informent clairement le bénéficiaire et ses aidants naturels du diagnostic, du pronostic et de la conduite à tenir et s'assurent qu'ils ont bien compris.

Que l'organisme l'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc., procède à une évaluation complète et en personne du bénéficiaire à orienter, de sorte qu'un client non autonome ne risque plus d'être orienté vers une ressource d'habitation privée non conventionnée.

Que les responsables du Château Rosemont revoient le mode de sélection des bénéficiaires afin de n'accepter que les personnes autonomes, tel que défini dans le cadre de référence de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Fédération de l'âge d'or du Québec
Le ministère des Affaires municipales
Le CHUM - Pavillon Notre-Dame
L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc
Le Château Rosemont

Avis / Dossier : A-130389 103669

Événement :

Une femme de 36 ans, étant sous curatelle publique et demeurant dans un foyer de groupe chapeauté par l'Hôpital Douglas, décède d'un choc septique, consécutif à une fasciite nécrosante abdomino-péritonéale et péri-rectale.

La victime refusait de consulter jusqu'au jour de son décès, lorsqu'elle se présente à l'urgence du Centre hospitalier Angrignon, Pavillon Lasalle. Le médecin l'a rapidement évaluée, puis a demandé son transfert en chirurgie au Pavillon Verdun. La victime fut transportée par ambulance une heure après avoir été vue par le médecin avec, comme seul traitement, un soluté NAACL 0,9 % à 100 cc/hre.

Arrivée au Pavillon Verdun, elle attend une heure avant d'être réévaluée en catastrophe par l'urgentologue de garde plutôt que par le chirurgien auquel on l'avait adressée, une autre heure et demie avant que celui-ci ne l'évalue. La victime fait alors un premier arrêt cardio-respiratoire et ses voies d'accès veineuses sont non fonctionnelles.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon :

· soumette ce cas au comité de l'évaluation de l'acte médical eu égard à l'évaluation initiale de la bénéficiaire au Pavillon Lasalle, à l'évaluation et à la prévisibilité de la stabilité ou en attendant le transfert et le délai de prise en charge en chirurgie au Pavillon Verdun;

· émette des directives concernant les demandes de consultation - transfert urgent pour que le référant (qui demeure responsable du bénéficiaire jusqu'à la prise en charge par le consultant), en cas de transfert urgent, parler dans la mesure du possible au consultant pour l'informer de la situation instable du patient.

Organisme visé :

La Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

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

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner

les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;

- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

- désigne un préposé avec formation adéquate responsable de l'évaluation périodique des équipements;
- institue un livre de bord de vérification des équipements, moniteurs et batteries, indiquant spécifiquement la date d'achat, la date d'entrée en fonction et, pour les batteries, la date d'expiration du manufacturier;

· ajoute au protocole actuellement en vigueur de vérification par module et de rotation de batteries, des essais mensuels de génération de chocs pour chacune des batteries et l'élimination systématique de toutes les batteries ne pouvant générer au moins 15 chocs après recharge maximale de 16 heures.

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

Un transfert immédiat du patient est demandé vers le Centre hospitalier régional de Rimouski. À ce moment, il n'y

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereuse pour elle-même. La Loi sur la

protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

Avis / Dossier : A-133819 105821

Événement :

Une dame de 69 ans, atteinte d'une pneumonie et d'une néoplasie pulmonaire, décède au Château Rosemont, résidence d'hébergement pour personnes autonomes.

Elle a été hospitalisée au CHUM - Pavillon Notre-Dame, où on ne pouvait lui offrir ni chirurgie, ni radiothérapie. La patiente était en mauvais état général, ralentie au plan psychomoteur et parfois confuse. On décide donc de procéder à un traitement de confort chez cette patiente. Celle-ci désirait absolument retourner à la maison avec son fils. Or, quatre jours après son retour au domicile, soit le jour de Noël, son fils constate qu'il ne peut pas répondre à ses besoins. Il communique par téléphone au Pavillon Notre-Dame, où une infirmière le dirige vers l'organisme L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc.

Ainsi, une fiche d'inscription est remplie par téléphone, sans que la patiente ne soit rencontrée comme c'est la coutume. On amène la dame au Château Rosemont, où le co-propiétaire se rend et l'admet dans une chambre au 1er étage. Le fils quitte la résidence, le co-propiétaire retourne à ses fêtes de famille, l'employée quitte aussi : seul reste le surveillant aide-cuisinier.

Deux jours plus tard, le fils se rend au Château Rosemont pour visiter sa mère. Il la trouve encore toute habillée dans son lit, baignant dans son urine et éprouvant de sérieuses difficultés respiratoires. Il avise la co-propiétaire, de retour de son congé des fêtes, qui communique avec le 911. À l'arrivée d'Urgences-Santé, la victime est en arrêt cardio-respiratoire. On ne peut que constater le décès.

Cette dame, qui était en perte d'autonomie, a été dirigée vers une ressource d'habitation pour personnes autonomes non conventionnée qui l'a acceptée. Le statut de cette résidence fait qu'elle est assujettie à diverses réglementations municipales et autres. Toutefois, à l'heure actuelle, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a aucune réglementation pour la sélection de la clientèle, l'imputabilité de cette sélection aux propriétaires, la qualité de l'encadrement dans le respect de la dignité de la personne, contrairement aux établissements du réseau de la santé qui sont réglementés.

Recommandations :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- réglemente la notion d'autonomie de la personne et uniformise l'outil d'évaluation pour tout le réseau de la santé, qui inclurait une grille avec indicateurs semblables au profil des besoins présenté au Tableau I;
- responsabilise les propriétaires-gestionnaires envers la sélection de leur clientèle en créant une infraction pénale à cet égard;
- crée l'exigence légale ou réglementaire d'un enregistrement auprès des régies régionales;
- légifère pour conférer aux organismes du réseau de réels pouvoirs d'intervention dans les cas d'illégalité;

- insiste auprès des propriétaires sur l'importance d'embaucher du personnel ayant une formation adéquate.

Que la Fédération de l'âge d'or du Québec informe la population âgée des différents types de ressources (privée, publique, conventionnée ou non), de leur mandat respectif et de leur clientèle cible.

Que le ministère des Affaires municipales :

- crée l'exigence légale ou réglementaire pour ce genre de " résidence supervisée ", tel que définie par le Code du bâtiment 95, d'obtenir un permis municipal pour toute ressource d'habitation privée qui accueille et dispense des services à cinq personnes et plus; (4)

- délivre ce permis municipal seulement après l'obtention d'une accréditation auprès de la Régie régionale du territoire ou d'un organisme accréditeur reconnu par la Régie régionale du territoire. (4)

Que la Direction des services professionnels du CHUM - Pavillon Notre-Dame :

- s'assure que le personnel infirmier ou administratif qui répond au téléphone, s'identifie, s'assure de comprendre le problème exposé et fasse des recommandations prudentes, compte tenu de l'importance de celles-ci pour le bénéficiaire désemparé ;

- insiste auprès des médecins pour qu'ils informent clairement le bénéficiaire et ses aidants naturels du diagnostic, du pronostic et de la conduite à tenir et s'assurent qu'ils ont bien compris.

Que l'organisme l'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc., procède à une évaluation complète et en personne du bénéficiaire à orienter, de sorte qu'un client non autonome ne risque plus d'être orienté vers une ressource d'habitation privée non conventionnée.

Que les responsables du Château Rosemont revoient le mode de sélection des bénéficiaires afin de n'accepter que les personnes autonomes, tel que défini dans le cadre de référence de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Organismes visés :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Fédération de l'âge d'or du Québec
Le ministère des Affaires municipales
Le CHUM - Pavillon Notre-Dame
L'Ange-Gardien, orientation d'hébergement inc
Le Château Rosemont

Avis / Dossier : A-130389 103669

Événement :

Une femme de 36 ans, étant sous curatelle publique et demeurant dans un foyer de groupe chapeauté par l'Hôpital Douglas, décède d'un choc septique, consécutif à une fasciite nécrosante abdomino-péritonéale et péri-rectale.

La victime refusait de consulter jusqu'au jour de son décès, lorsqu'elle se présente à l'urgence du Centre hospitalier Angrignon, Pavillon Lasalle. Le médecin l'a rapidement évaluée, puis a demandé son transfert en chirurgie au Pavillon Verdun. La victime fut transportée par ambulance une heure après avoir été vue par le médecin avec, comme seul traitement, un soluté NAACL 0,9 % à 100 cc/hre.

Arrivée au Pavillon Verdun, elle attend une heure avant d'être réévaluée en catastrophe par l'urgentologue de garde plutôt que par le chirurgien auquel on l'avait adressée, une autre heure et demie avant que celui-ci ne l'évalue. La victime fait alors un premier arrêt cardio-respiratoire et ses voies d'accès veineuses sont non fonctionnelles.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon :

- soumette ce cas au comité de l'évaluation de l'acte médical eu égard à l'évaluation initiale de la bénéficiaire au Pavillon Lasalle, à l'évaluation et à la prévisibilité de la stabilité ou en attendant le transfert et le délai de prise en charge en chirurgie au Pavillon Verdun;
- émette des directives concernant les demandes de consultation - transfert urgent pour que le référant (qui demeure responsable du bénéficiaire jusqu'à la prise en charge par le consultant), en cas de transfert urgent, parler dans la mesure du possible au consultant pour l'informer de la situation instable du patient.

Organisme visé :

La Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

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

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

fois.

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodéal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangerosité pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de

pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-130389 103669

Événement :

Une femme de 36 ans, étant sous curatelle publique et demeurant dans un foyer de groupe chapeauté par l'Hôpital Douglas, décède d'un choc septique, consécutif à une fasciite nécrosante abdomino-péritonéale et péri-rectale.

La victime refusait de consulter jusqu'au jour de son décès, lorsqu'elle se présente à l'urgence du Centre hospitalier Angrignon, Pavillon Lasalle. Le médecin l'a rapidement évaluée, puis a demandé son transfert en chirurgie au Pavillon Verdun. La victime fut transportée par ambulance une heure après avoir été vue par le médecin avec, comme seul traitement, un soluté NAACL 0,9 % à 100 cc/hre.

Arrivée au Pavillon Verdun, elle attend une heure avant d'être réévaluée en catastrophe par l'urgentologue de garde plutôt que par le chirurgien auquel on l'avait adressée, une autre heure et demie avant que celui-ci ne l'évalue. La victime fait alors un premier arrêt cardio-respiratoire et ses voies d'accès veineuses sont non fonctionnelles.

Recommandations :

Que la Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon :

- soumette ce cas au comité de l'évaluation de l'acte médical eu égard à l'évaluation initiale de la bénéficiaire au Pavillon Lasalle, à l'évaluation et à la prévisibilité de la stabilité ou en attendant le transfert et le délai de prise en charge en chirurgie au Pavillon Verdun;
- émette des directives concernant les demandes de consultation - transfert urgent pour que le référant (qui demeure responsable du bénéficiaire jusqu'à la prise en charge par le consultant), en cas de transfert urgent, parler dans la mesure du possible au consultant pour l'informer de la situation instable du patient.

Organisme visé :

La Direction des services professionnels du Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

Le délai ambulancier entre l'appel au 9-1-1 et l'arrivée auprès de la victime a été de cinq minutes, soit un délai idéal

pour permettre une réanimation efficace. Toutefois, contrairement aux autres régions du Québec, les ambulanciers de la Gaspésie ne disposent pas de défibrillateurs semi-automatiques. Il s'agit d'un équipement utilisé par les ambulanciers pour effectuer une défibrillation, si une défibrillation ventriculaire est documentée sous moniteur. Il a été démontré que l'utilisation d'un tel appareil par les ambulanciers était aussi efficace que celle faite par le personnel hospitalier.

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour

des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

Quant au service ambulancier, l'investigation a démontré un délai de 10 minutes avant l'arrivée des ambulanciers.

Ils sont restés au domicile de la victime pendant 23 minutes, et par la suite, ils ont mis seulement 4 minutes pour se rendre à l'hôpital.

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Centre hospitalier régional de Rimouski.

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereuse pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et

vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-128900 106150

Événement :

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

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

Recommandations :

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

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

Organisme visé :

La RRSSS de la Gaspésie - Îles de la Madeleine

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

place et a commencé les manœuvres de réanimation.

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrysme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrysme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrysme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combi-tube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

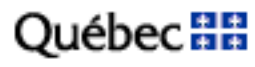
Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec :

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



© Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-120659 102827

Événement :

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

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

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

Recommandations :

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

- insiste auprès des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques sur la nécessité d'apporter tout le sérieux nécessaire à une bonne formation sur les manœuvres de réanimation; (1)
- insiste auprès des travailleurs forestiers en général et des émondeurs d'arbres le long des lignes électriques en particulier sur le danger de travailler seul, en quelque circonstance que se soit. (1)

Organisme visé :

La CSST

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression

diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;
- veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

Arrivés sur les lieux, les ambulanciers installent un moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA). Un tracé

d'électrocardiographie démontre la présence de fibrillation et indique que le patient doit être défibrillé. Le moniteur se met en mode défibrillateur et tente de préparer la charge en vue d'un choc cardiaque. Il indique, après quelques secondes, que la batterie est à plat et qu'il ne reste plus suffisamment de courant pour administrer le choc prévu.

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodéal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on

puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-130383 103957

Événement :

Une femme de 66 ans décède d'un choc hémorragique, à la suite d'une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Un an auparavant, la dame consultait son médecin de famille pour le suivi de son hypertension. À l'examen de l'abdomen, celui-ci note une masse et demande une échographie abdominale pour confirmer son impression diagnostique, au Pavillon Verdun du Centre hospitalier Angrignon.

L'examen ayant révélé un anévrisme de l'aorte abdominale, la patiente a été dirigée en chirurgie pour cet anévrisme. Le chirurgien demande une admission en chirurgie sans en préciser l'urgence, car on ne fait pas d'artériographies au Centre hospitalier Angrignon : on procède en admettant le patient puis en l'envoyant à l'Hôtel-Dieu de Montréal le lendemain, pour l'artériographie.

Ce n'est que neuf mois plus tard, après deux annulations, que la victime est admise au Centre hospitalier Angrignon pour sa chirurgie. L'opération est reportée à deux reprises. Après vérification de la liste des opérations, elle y figurait pas et son chirurgien souhaitait l'y faire inscrire, si un temps opération se libérait. Ce ne fut pas le cas.

Finalement, on note chez la patiente une infection urinaire asymptomatique. Le médecin décide de la traiter avant de procéder à la chirurgie prévue. Considérant que les disponibilités de la salle d'opération sont réduites et que le programme d'opérations de la semaine est déjà rempli, le chirurgien donne le congé à sa patiente, en précisant qu'elle sera réadmise dans quelques semaines. Il ne l'inscrit pas pour sa prochaine priorité opératoire la semaine suivante.

Trois jours après son retour au domicile, la victime ressent une vive douleur inguinale et tombe en diaphorèse. Transportée par ambulance au Centre hospitalier Angrignon, elle décédera sur la table d'opération d'une rupture d'anévrisme abdominal.

Recommandations :

Que les autorités du Pavillon Verdun, du Centre hospitalier Angrignon :

- exhortent les médecins à remplir adéquatement leurs demandes d'examen et d'admission quitte à leur retourner les demandes remplies incorrectement, c'est-à-dire sans mention de délai maximal raisonnable;
- mettent en application le plus rapidement possible le " Manuel de règles et procédures - Bloc opératoire ";
- rappellent aux chirurgiens qu'ils sont responsables de leur programme opératoire et les incitent à suivre les procédures en cas d'annulation avec lesquelles ils sont en désaccord;
- exploitent correctement la clinique d'investigation préopératoire pour éviter d'avoir à annuler des chirurgies pour des problèmes médicaux facilement traitables;

· veillent à la bonne utilisation des lits en développant davantage le " court-séjour " pour ce genre d'admission pour des examens.

Organisme visé :

Le Centre hospitalier Angrignon

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

défibrillateurs semi-automatiques.

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régions régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodéal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

Par ailleurs, depuis une trentaine d'années, la mortalité associée à un infarctus du myocarde a diminué par différents ajouts, depuis la mise en place d'unités de soins intensifs de type coronarien jusqu'à l'usage plus récent d'agents thrombotiques. Pour être efficaces, ces agents doivent être donnés dans les 12 heures du début de

l'infarctus. Bref, plus cette médication est donnée tôt, meilleures sont les chances de survie du patient. Les traitements de thromboses ne sont pas disponibles à Mont-Joli. Selon le coroner, les soins reçus par la victime à l'urgence du centre métissien de santé étaient très adéquats ainsi que le diagnostic et le délai de transfert vers le Centre hospitalier régional de Rimouski.

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-132752 103614

Événement :

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

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

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

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

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

Recommandations :

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

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

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

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

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

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

Organismes visés :

La Coopérative des ambulanciers de la Mauricie
La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux
La Conférence des régies régionales
Laerdal Medical Canada Ltée

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodéal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

L'urgence du centre métissien de santé étaient très adéquats ainsi que le diagnostic et le délai de transfert vers le Centre hospitalier régional de Rimouski.

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereuse pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger

immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs

abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-133541 103381

Événement :

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

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

Recommandation :

Que ce rapport soit porté à l'attention d'Urgence-Santé et du Collège des médecins du Québec. (1)

Organismes visés :

Urgences-Santé
Le Collège des médecins

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins

urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;

- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangerosité pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement.

Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-132485 105145

Événement :

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

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

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

Recommandations :

Que le CAUCA voie à définir clairement la couverture de l'ensemble du territoire desservi, afin qu'en tout temps les répartiteurs puissent acheminer correctement les appels reçus tant aux ambulances, pompiers, policiers, etc.

Que la direction médicale du Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches revoie le travail des ambulanciers lors de l'appel au chevet de la victime et s'assure que le tout s'est déroulé selon les règles de l'art, incluant des délais justifiés. (1)

Organismes visés :

Le Service ambulancier de la RRSSS Chaudière-Appalaches
Le Centre des appels d'urgence Chaudière-Appalaches

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de

l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes

qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

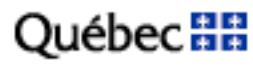
Que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec :

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-130279 102349

Événement :

Un homme de 44 ans décède d'une insuffisance myocardique et coronarienne terminale. Il souffrait d'une maladie cardiaque artériosclérotique avancée.

Présentant des douleurs thoraciques à son travail, il refusait que l'on appelle l'ambulance, préférant aller au CLSC. Un membre du personnel a accompagné l'homme en voiture jusqu'au CLSC Rivières-des-Prairies. De l'aide était alors demandée puisque, lors du transport, la tête de la victime se serait inclinée sur sa poitrine.

Une infirmière et deux médecins se sont rendus prodiguer les premiers soins. La victime a été couchée sur le trottoir, ventilée avec un " pocket mask " et le massage cardiaque a débuté. Le médecin a voulu donner de l'atropine, mais il n'y en avait pas de disponible. Une intubation endotrachéale a été essayée, mais en vain. À l'arrivée, les ambulanciers insistèrent pour appliquer leur protocole et un combitube a été installé.

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

Recommandations :

Que le CLSC Rivières-des-Prairies :

- inclue dans le matériel d'urgence, outre le tube endotrachéal, un combitube; (1)
- assure la formation continue à tous les intéressés qui pourraient avoir à installer un combitube. (1)

Que tous les CLSC du Québec soient sensibilisés et appliquent uniformément les recommandations précédentes. (1)

Organismes visés :

Le CLSC Rivières-des-Prairies
L'Association des CLSC et des CHSDL du Québec

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodéal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

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

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;

· établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)

· révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-121969 100566

Événement :

Un homme de 72 ans décède d'une hémorragie digestive haute massive et de choc hypovolémique, secondaire à un ulcus duodénal perforé.

La victime avait reçu une ordonnance de 50 comprimés de sulindac 200 mg en mai 1996, pour un total de six renouvellements. Les cinq premières ordonnances ont été exécutées entre mai 1996 et décembre 1997. Une dernière ordonnance a été traitée en mars 1999, soit près de trois ans après la première.

Recommandation :

Que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise ses membres à la prudence quand ils remettent une ordonnance de plus d'un an à un client, car la condition clinique du patient peut changer. Ceci est encore plus important lorsqu'il s'agit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1)

Organisme visé :

L'Ordre des pharmaciens du Québec

Avis / Dossier : A-128877 103817

Événement :

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

Le matin de son décès, la victime a eu une douleur thoracique sous forme de pesanteur qui apparaissait et disparaissait. L'homme s'est rendu lui-même à la salle d'urgence du Centre métissien de santé et de services communautaires, à Mont-Joli, où l'on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde dans le territoire inférieur du cœur.

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

Par ailleurs, depuis une trentaine d'années, la mortalité associée à un infarctus du myocarde a diminué par différents ajouts, depuis la mise en place d'unités de soins intensifs de type coronarien jusqu'à l'usage plus récent

d'agents thrombotiques. Pour être efficaces, ces agents doivent être donnés dans les 12 heures du début de l'infarctus. Bref, plus cette médication est donnée tôt, meilleures sont les chances de survie du patient. Les traitements de thromboses ne sont pas disponibles à Mont-Joli. Selon le coroner, les soins reçus par la victime à l'urgence du centre métissien de santé étaient très adéquats ainsi que le diagnostic et le délai de transfert vers le Centre hospitalier régional de Rimouski.

Recommandations :

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

- informent la population de la Mitis de se diriger vers l'urgence du Centre hospitalier de Rimouski pour les soins urgents, dont les traitements ne sont pas disponibles à Mont-Joli;
- établissent une directive auprès des services ambulanciers de la Mitis afin que les patients nécessitant des soins d'urgence, non disponibles à Mont-Joli, soient dirigés vers Rimouski; (1)
- révisent le fonctionnement des services ambulanciers régionaux afin qu'il y ait une complémentarité et que l'on puisse éviter qu'une région soit temporairement dépourvue d'ambulances. (1)

Organismes visés :

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

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereux pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereuxité pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-131260 101654

Événement :

Une femme de 56 ans, souffrant d'une décompensation aiguë psychotique d'une schizophrénie paranoïde, décède de déshydratation et de désordres électrolytiques.

Malgré de nombreuses demandes de l'époux qui témoignait de l'incohérence de la vie à la maison, la victime était maintenue à la maison par le Service de psychiatrie. En 1998, après 10 ans de traitements psychiatriques externes qui ont laissé la victime délirante et non fonctionnelle, l'époux a obtenu une séparation légale, avec la garde physique et légale des enfants. L'ex-conjointe est partie sans laisser d'adresse.

En janvier 1999, après une visite à l'Urgence psychiatrique du Centre hospitalier Saint-Mary, une médication lui est prescrite. Malgré qu'on la décrivait délirante, elle a été libérée et elle n'a pas été revue par la suite.

Depuis 1998, la victime ne prenait que sporadiquement sa médication, manquait ses rendez-vous, était amenée par les policiers à divers services de psychiatrie pour avoir troublé la paix ou volé de la nourriture, etc. Le coroner s'interroge à savoir comment le système de santé s'est assuré de sa non-dangereuxité pour elle-même. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q. 1997 c. 7S, leur aurait permis d'encadrer adéquatement la victime.

Recommandations :

Que le Dr Andras Korpassy, psychiatre, discute du cas de cette patiente avec le Service de psychiatrie du Centre hospitalier de Saint-Mary.

Que le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary, et particulièrement les infirmières qui assurent un suivi externe, discutent des moyens à prendre pour encadrer des bénéficiaires qui ne représentent pas un danger immédiat pour leur vie, mais un danger " chronique ".

Organismes visés :

Dr Andras Korpassy, psychiatre
Le Service de psychiatrie du Centre hospitalier Saint-Mary

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-128115 100525

Événement :

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

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

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

Recommandation :

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

Organisme visé :

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

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs

abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Les Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec



©Gouvernement du Québec, 2001

Avis / Dossier : A-132438 103774

Événement :

Une dame de 52 ans, au lourd passé médical et psychique, vivant seule en appartement et présentant des troubles locomoteurs et des difficultés de communication, est retrouvée décédée chez-elle d'une péritonite occasionnée par la rupture d'un diverticulite aiguë.

La dame recevait régulièrement l'aide du CLSC Basse-Ville de Québec. Elle n'avait pas le service téléphonique. Elle était suivie par une travailleuse sociale et, à chaque semaine, on faisait son ménage et on lui apportait régulièrement des repas.

Or, cinq jours avant son décès, la victime se présentait à l'Hôtel-Dieu de Québec pour une histoire de douleurs abdominales à la région sus-pubienne sous forme de crampes intermittentes, accompagnées de nausées et vomissements. Aucun examen de laboratoire n'a été demandé. Un diagnostic de constipation est porté et des suppositoires de glycérine sont recommandés.

Le même jour, la dame revient à l'hôpital en ambulance, car la glycérine n'avait pas calmé ses douleurs. Un lavement " Fleet " est appliqué, mais il semble plus ou moins efficace. On opta pour un lavement à la mélasse, après quoi elle reçoit son congé et quitte seule, sur pieds.

À partir de ce moment, les gens qui lui venaient en aide, tant ceux qui lui apportaient sa nourriture que la personne responsable de son entretien ménager ne pouvait avoir de réponse lorsqu'ils se présentaient à son appartement. Aucune démarche particulière n'a été faite en vue de s'enquérir des va-et-vient ou de l'état de santé de la victime, bien qu'elle ait informé la responsable du ménage de ses douleurs deux semaines auparavant.

Recommandations :

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

- revoie la conduite des divers intervenants qui avaient la responsabilité ou qui avaient à intervenir auprès de la dame, incluant le CLSC Basse-Ville, et s'assure qu'un plan de suivi régulier et efficace sera établi afin que les personnes démunies soient le moins souvent laissées à elles-mêmes;
- prenne les mesures adéquates et efficaces afin d'améliorer la communication entre ces divers intervenants afin de pouvoir détecter rapidement tout problème aigu et venir efficacement en aide aux personnes seules, sans ressource et qui sont dans le besoin.

Que le directeur des Services professionnels du CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec revoie la conduite diagnostique et thérapeutique adoptée lors des deux visites de la victime, afin de s'assurer que les règles de l'art ont été respectées.

Organismes visés :



©Gouvernement du Québec, 2001