

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

[REDACTED] [REDACTED]

2024-00536

Le présent document constitue
une version dénominalisée du
rapport (sans le nom du défunt).
Celui-ci peut être obtenu dans
sa version originale, incluant le
nom du défunt, sur demande
adressée au Bureau du coroner.

Me Mélanie Ricard

BUREAU DU CORONER		2024-00536
2024-01-17		N° de dossier
Date de l'avis		
IDENTITÉ		
Prénom à la naissance	Nom à la naissance	
46 ans	Masculin	
Âge	Sexe	
Sainte-Angèle-de-Prémont	Québec	Canada
Municipalité de résidence	Province	Pays
DÉCÈS		
2024-01-17	Sainte-Angèle-de-Prémont	
Date du décès	Municipalité du décès	
Résidence		
Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [REDACTED] a été identifié visuellement par des proches au Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellan-Dalcourt, à la suite de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Les circonstances de ce décès font l'objet d'un rapport d'évènement de la Sûreté du Québec, poste de la MRC de Maskinongé.

Le 17 janvier 2024, vers 11 h 53, un appel au 911 a été logé par des intervenants de la Résidence Lafleur, qui mentionnaient que M. [REDACTED] était au sol dans une salle de bains, inconscient. Des manœuvres de réanimation ont été entreprises par les intervenants sur place selon les directives de la préposée du centre de communications santé.

Les policiers sont arrivés les premiers sur les lieux et ils ont constaté l'absence de respiration. Ils ont donc débuté des manœuvres de réanimation, lesquelles ont été poursuivies par les ambulanciers à leur arrivée, quelques minutes plus tard.

Les ambulanciers ont installé un dispositif d'intubation et ont constaté qu'ils étaient en mesure de ventiler le patient. Ils ont donc appliqué des manœuvres de réanimation durant son transport vers le Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellan-Dalcourt de Louiseville.

Une fois sur place, le personnel médical a constaté l'obstruction du dispositif d'intubation mis en place par les ambulanciers, qu'ils ont retiré, ainsi que la présence de nourriture au niveau de la bouche, qu'ils ont retirée. Lors de leurs tentatives d'intubation, des morceaux de pain se trouvaient toujours au niveau des voies respiratoires et ont dû être retirés. Il aura fallu plusieurs tentatives d'intubation, entrecoupées de manœuvres de succion pour enlever la nourriture toujours présente dans la trachée, avant d'obtenir une intubation efficace.

Malgré l'obtention d'une ventilation efficace, l'administration de médicaments et plusieurs défibrillations, le personnel médical n'aura jamais obtenu de retour de pouls. Les manœuvres ont donc dû être cessées vers 12 h 31, après plus de 40 minutes d'arrêt cardio-respiratoire.

Le décès de M. [REDACTED] a été constaté par le médecin de garde de l'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellan-Dalcourt.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] étaient suffisamment documentées dans son dossier clinique du Centre multiservices de santé et de services sociaux Avellan-Dalcourt et de la Résidence Lafleur, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Selon son dossier médical, les antécédents médicaux de M. [REDACTED] comprenaient notamment un retard mental léger avec troubles cognitifs sévères et une obésité morbide. Au moment de son décès, il était hébergé à la Résidence Lafleur Inc.

Il s'agit d'un Centre d'hébergement communautaire (CHC) et une ressource intermédiaire (RI) ayant pour mission le rétablissement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes aux prises avec une problématique de santé mentale. La clientèle y est référée par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et par les Services correctionnels.

Le 17 janvier 2024 un peu avant midi, M. [REDACTED] dinait à la salle à manger du centre communautaire lorsqu'il s'est levé et s'est dirigé vers la salle de bain. Un résident a mentionné que M. [REDACTED] était malade et une intervenante, qui était sur place, a entendu ses propos et s'est rendue à la salle de bain. Sur place, elle a vu M. [REDACTED] qui était appuyé sur le comptoir de la salle de bain. Elle est immédiatement sortie pour aller chercher un collègue et à leur retour il était couché au sol, inconscient.

Les employés ont fait appel au 911. À l'écoute de la bande audio de l'appel au 911, d'une durée d'une quinzaine de minutes, il m'a été possible de constater une situation de désorganisation évidente. Dans un premier temps, en dépit du contexte du malaise, survenu en mangeant, l'étouffement ne semble pas avoir été suspecté. De plus, malgré toute leur bonne volonté, il était difficile pour les membres du personnel sur place, qui semblaient dépassés par la situation, de donner des indications claires à la préposée sur l'état de M. [REDACTED] notamment sur la présence ou non d'une respiration. Les employés, dans l'énerverment, avaient également de la difficulté à suivre les directives données pour la réanimation. Ils ne semblaient pas non plus en mesure d'utiliser le défibrillateur en leur possession, dont des pièces (câbles) semblaient manquantes.

Après vérification auprès de la coordination clinique de l'établissement, j'ai été informée que les membres du personnel recevaient tous les trois ans une formation en secourisme en milieu de travail d'une durée de 16 heures, selon les exigences de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Cette situation démontre le fait que cette formation s'avère insuffisante pour outiller les membres du personnel dans la prise en charge efficace de situations d'urgence, tels un étouffement ou un arrêt cardiorespiratoire. Dans la mesure où il s'agit d'un milieu de vie où la clientèle vulnérable peut faire face à de nombreuses situations d'urgence médicale, je formulerai des recommandations à l'intention de la Résidence Lafleur, dans le but de protéger la vie humaine.

Dans le cadre de mon investigation, je me suis également questionnée sur le fait qu'en contexte de probable étouffement, les ambulanciers aient installé un dispositif d'intubation (I gel) et aient constaté qu'ils étaient en mesure de ventiler le patient, malgré des mesures (de ETCO2) impossibles à confirmer.

À ce stade, il est important de préciser qu'en vertu de la *Loi sur les coroners*, il n'est pas dans le mandat du coroner d'évaluer la qualité des soins ou la compétence des professionnels impliqués dans le traitement d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres.

J'ai pu soumettre mes préoccupations concernant la prise en charge préhospitalière à la Direction Médicale Régionale des Services Préhospitaliers d'Urgence (SPU). J'ai subséquemment été informée que le dossier de M. [REDACTED] avait fait l'objet d'une revue au programme d'amélioration continue de la qualité et qu'une analyse en assurance qualité avait été effectuée, laquelle avait conclu que l'intervention était conforme.

Cette analyse n'a toutefois pas pu inclure les bandes audios de l'intervention, qui n'étaient pas disponibles. Conséquemment, dans le but de tirer un profit d'apprentissage sur une situation peu fréquente, un suivi de formation continue sur ce sujet, prenant pour référence ce cas type, a été demandé par la direction des SPU. Dans les circonstances, je ne formulerai pas de recommandations à ce sujet.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'une insuffisance respiratoire consécutive à une obstruction des voies respiratoires par du matériel alimentaire.

Il s'agit d'un décès d'origine accidentelle.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que la **Résidence Lafleur Inc.** :

- [R-1] S'assure que tous les membres du personnel reçoivent annuellement une formation en secourisme et réanimation cardio-respiratoire;
- [R-2] S'assure que tous les membres du personnel possèdent les compétences nécessaires et soient en mesure de prodiguer les soins d'urgence en matière d'étouffement et/ou d'arrêt cardiorespiratoire, en attendant l'arrivée des premiers répondants;
- [R-3] S'assure que tous les membres du personnel connaissent l'emplacement du défibrillateur externe automatisé (DEA) ainsi que son fonctionnement;

- [R-4]** Mette en place une procédure de vérification fréquente visant à s'assurer que le défibrillateur externe automatisé (DEA) est fonctionnel et que ses accessoires sont présents et en bon état.
-

Je soussigné, coroner, reconnaiss que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à La Tuque, ce 7 mai 2025.



Me Mélanie Ricard, coroner