

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-05718

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 Julie-Kim Godin

BUREAU DU CORONER	
2024-07-29 Date de l'avis	2024-05718 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prenom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
56 ans Âge	Masculin Sexe
Saint-Jean-sur-Richelieu Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2024-07-29 Date du décès	Montréal Municipalité du décès
Hôpital général de Montréal Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 27 juillet 2024, M. ██████████ participait à une fête familiale à son domicile à Saint-Jean-sur-Richelieu.

Vers 22 h 23, il a fait une chute de sa hauteur alors qu'il était dans son garage. Un proche a entendu un bruit et a aussitôt remarqué que M. ██████████ était inconscient, couché au sol. Il s'est précipité à ses côtés et a demandé de l'aide.

Vers 22 h 25, un appel a été logé par un autre proche à la centrale 9-1-1 afin de demander de l'aide en urgence. M. ██████████ respirait, mais était inconscient et ne réagissait pas. Il présentait également un saignement au niveau de la tête. L'appel a été traité par le centre de communication santé (CCS) Groupe Alerte Santé. Au terme de son évaluation, la répartitrice a attribué un niveau de priorisation P1 (soit une affectation prioritaire), a validé l'adresse et a confirmé que des secours seraient envoyés.

Comme aucun ambulancier n'était arrivé à 22 h 53 et que l'état de M. ██████████ avait changé, un proche a rappelé à la centrale 9-1-1. Une répartitrice du CCS Groupe Alerte Santé a pris l'appel et a été informée que M. ██████████ était maintenant éveillé, agité et agressif. Il voulait se lever et les nombreuses personnes présentes parvenaient avec difficulté à le maîtriser. Celle-ci a alors modifié le niveau de priorisation et lui a octroyé un niveau P3 (soit une affectation urgente).

Le 28 juillet 2024, vers 0 h 12, une ambulance est arrivée au domicile de M. ██████████. Des ambulanciers se sont rendus auprès de M. ██████████ qui était alors agité, confus et refusait d'être transporté. Toutefois, il a rapidement présenté un état comateux (Glasgow 3).

Dans les circonstances, il a été transporté en ambulance à l'Hôpital général de Montréal, où il est arrivé à 1 h 27. Il a été pris en charge par l'équipe de traumatologie et s'est soumis à un scan cérébral, qui a mis en lumière un important hématorne sous-dural.

En dépit des soins reçus, il est malheureusement décédé le 29 juillet 2024 à l'Hôpital général de Montréal.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] ont été suffisamment documentées dans son dossier clinique, aucune autopsie n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

De plus, il n'a pas été possible d'effectuer des analyses toxicologiques puisque les liquides biologiques prélevés le 28 juillet ont accidentellement été détruits par l'Hôpital général de Montréal.

ANALYSE

M. [REDACTED] avait quelques antécédents médicaux qui ne sont pas contributifs à son décès.

Selon l'information recueillie, le 27 juillet, M. [REDACTED] a vraisemblablement perdu l'équilibre alors qu'il était dans son garage avec un proche. Il a ainsi fait une chute de sa hauteur et a subi un grave traumatisme craniocérébral.

Ce proche n'a pas été témoin de la chute, mais il est rapidement intervenu et des secours ont immédiatement été appelés.

Un délai de 1 h 47 s'est toutefois écoulé avant que les ambulanciers arrivent auprès de M. [REDACTED]. De plus, aucun premier répondant n'est intervenu.

M. [REDACTED] est ainsi arrivé à l'Hôpital général de Montréal le 28 juillet, vers 1 h 27, soit plus de 3 h après sa chute.

En dépit des soins prodigués, M. [REDACTED] est malheureusement décédé des complications de sa chute.

Mentionnons que l'enquête policière effectuée a permis d'exclure l'intervention d'un tiers.

Délais d'intervention préhospitalière

Il est bien connu que dans un contexte de traumatisme crânien, chaque minute compte. Un retard de prise en charge peut compromettre les chances de récupération et le pronostic du patient.

Dans le cadre de la présente investigation, j'ai donc tenté de préciser et de comprendre l'origine des délais de prise en charge et d'intervention préhospitalière. En effet, le délai de 1 h 47 qui s'est écoulé entre le premier appel et l'arrivée des ambulanciers est manifestement supérieur à l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) pour un appel priorisé P1 et P3.

Selon le *cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affection et la répartition des ressources ambulancières* (2024) établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) est un objectif chronométrique maximal d'arrivée auprès d'un patient afin d'utiliser la ressource ambulancière disponible la plus efficiente pour répondre à une demande. En d'autres termes, c'est la fenêtre de temps visée entre l'appel initial et l'arrivée des ambulanciers auprès du patient.

Ce même *cadre normatif* a illustré la conduite et l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) attendues selon l'échelle des priorités d'affectation :

TABLEAU DES PRIORITES D'AFFECTATION EN FONCTION DE LA CHRONOMETRIE DE LA CHAINE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

Priorité	Nature de la demande	Affectation	Mode de conduite du véhicule ambulancier	Objectif de temps réponse clinique (OTRC)
P0	Haut risque d'arrêt cardio-respiratoire	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l'ETA le plus rapide
P1	Risque de mortalité	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l'ETA le plus rapide modulable*
P2E	Transfert : Patient instable (selon les diagnostics oblés)	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l'ETA le plus rapide modulable
P2	Transfert : Patient instable (Risque élevé de morbidité ou de mortalité immédiate)	Urgente	Conduite non urgente modulable	< 30 minutes
P3	Risque de détérioration clinique (Risque de morbidité)	Urgente	Conduite non urgente modulable	< 30 minutes
P4	Risque de détérioration clinique au cours des heures suivantes	Non urgente	Conduite non urgente	< 60 minutes
P5	Transfert : Patient stable pour transfert rapide (faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme)	Non urgente	Conduite non urgente	< 60 minutes
P6	Transfert : Patient stable avec rendez-vous et patient en soins palliatifs	Non urgent	Conduite non urgente	Selon heure du rendez-vous
P7	Situation clinique stable (peu ou pas de risque de détérioration immédiate)	Non urgente	Conduite non urgente	< 3 heures
P8	Transfert : Patient stable pour transfert / retour non urgent	Non urgent	Conduite non urgente	Modulable selon les besoins

* P1 MODULABLE : APPLICABLE SEULEMENT POUR LES VEHICULES HORS ZONE ET HORS REGION (VOIR CADRE NORMATIF SUR L'ELABORATION DES PROTOCOLES OPERATIONNELS)
 COULEURS : APPELS POPULATIONNELS (SELON LE NIVEAU D'URGENCE)
 Gris : TRANSFERTS INTERETABLISSEMENTS

Voyons maintenant plus en détail ce qui s'est passé et ce qui pourrait être fait pour bonifier la chaîne d'intervention préhospitalière.

Lors du premier appel, à **22 h 25**, la répartitrice a attribué un niveau de priorisation P1. Une priorité P1 requiert une affectation prioritaire et une conduite urgente (mise en route immédiate de l'ambulance avec gyrophare et, au besoin, avec les sirènes). Le temps d'arrivée doit alors être le plus rapide possible.

À ce moment précis, la zone de Saint-Jean-sur-Richelieu était desservie par quatre ressources ambulancières et il n'y avait pas de bris de service.

À **22 h 28**, une ambulance (# 6617) a été assignée et s'est mise en route vers le domicile de M. [REDACTED].

En revanche, plusieurs appels jugés urgents ont aussi été reçus pour cette même zone d'opération. Le CCS Groupe Alerte Santé a assigné les ambulances en service à ces appels et a demandé, à **22 h 46**, à l'ambulance (# 6617), qui était en route vers le domicile de M. [REDACTED] d'aller vers un autre appel plus urgent (P0).

Il a assigné une autre ambulance (# 6624), qui était sur le territoire de M. [REDACTED] et celle-ci s'est mise en route à **22 h 47**.

Vers **22 h 53**, un deuxième appel a été logé à la centrale 9-1-1 et a mené à un changement de priorisation de la demande. Elle est alors passée d'un P1 à un P3. L'affectation est ainsi passée de prioritaire à urgente et l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) est passé du plus rapide possible à moins de 30 minutes.

Dans les circonstances, le CCS Groupe Alerte Santé a annulé l'assignation de l'ambulance (# 6624) qui était déjà en route. Il a attribué successivement quatre ambulances différentes au cas de M. [REDACTED]. C'est la quatrième, qui avait été assignée à 23 h 49 et qui était hors

territoire, qui est arrivé chez M. [REDACTED] à 0 h 12. Un délai de 1 h 19 s'est donc écoulé entre le deuxième appel et l'arrivée de l'ambulance au lieu de prise en charge, et ce, alors que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) était de moins de 30 minutes.

Au cours de la période entre le premier appel et l'arrivée d'une ambulance auprès de M. [REDACTED]

- Le CCS Groupe Alerte Santé a reçu six autres appels urgents pour la même zone d'opération ;
- Quatre ressources ambulancières étaient en service sur la zone d'opération ;
- Selon les statistiques annuelles d'utilisation des ressources ambulancières pour cette zone d'opération, elles étaient en nombre suffisant ;
- Six ressources ambulancières différentes (de la zone d'opération et hors zone) ont été assignées au cas de M. [REDACTED]

Facteurs contributifs au délai d'intervention préhospitalière

Les évaluations et les décisions prises par les répartiteurs sont évidemment au cœur des enjeux. Mentionnons par ailleurs que la priorisation des appels s'appuie sur des politiques strictes et standardisées.

Est-ce que ces politiques ont été suivies adéquatement ? Est-ce que l'assignation des ressources ambulancières a été faite adéquatement ? Est-ce que le deuxième appel a été priorisé adéquatement ? Est-ce que le cas de M. [REDACTED] a été réévalué et orienté correctement une fois que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) a été dépassé ?

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou professionnelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les intervenants et professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

Dans ce contexte, l'analyse de la conduite des répartiteurs a été effectuée par le CCS Groupe Alerte Santé lui-même. Il s'est notamment penché sur la conduite des répartiteurs, la décision de prioriser à nouveau le cas lors du deuxième appel et les réassignations. Son analyse lui a permis de conclure que la meilleure pratique aurait été de laisser la deuxième ressource ambulancière assignée (# 6624) se diriger au lieu de prise en charge sans réassignation subséquente.

De plus, le CCS Groupe Alerte Santé s'est engagé à prendre les actions suivantes :

- Intervention directe auprès des répartiteurs concernés ;
- Bulletin clinique concernant les traumatismes crâniens et les signes indiquant une perfusion cérébrale inadéquate ;
- Rappel de procédure concernant l'objectif de temps réponse clinique.

Bien que des mesures correctives devraient être mises en place, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

En effet, le cas de M. [REDACTED] met en relief un enjeu plus important au niveau de la gestion des délais. Une fois que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) a été dépassé, aucun mécanisme d'alerte n'est en place pour informer le répartiteur de la situation et lui rappeler qu'une réévaluation et une assignation immédiate étaient requises. Un tel système serait facilement implantable et permettrait d'agir en amont afin de prévenir des délais indus, voire même des oublis. Certains centres de communication santé (CCS) disposent déjà de différents mécanismes pour signaler un dépassement de l'objectif de temps réponse clinique (OTRC), réévaluer les demandes et gérer l'allocation des ressources et des priorités d'appels.

Au surplus, selon le *cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières*, lorsqu'il est prévisible que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) d'une priorité urgente (P2-P3) sera dépassé, une ressource ambulancière doit être assignée immédiatement, sans temporisation. *A fortiori*, il faut en faire autant pour une affectation prioritaire (P1).

Dans cette logique, un dépassement de délai devrait aussi permettre d'aller chercher une ressource ambulancière hors zone, même pour une affectation P3. Il y aurait donc lieu de moduler les orientations ministérielles pour l'élaboration de protocoles opérationnels pour l'affectation des ressources ambulancières et, plus particulièrement, la procédure d'affectation d'un véhicule hors zone ou hors région. En effet, celle-ci empêche dorénavant d'affecter une ressource hors zone pour une priorité P3.

J'ai eu l'occasion de partager mes réflexions et mes recommandations avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec et le CCS Groupe Alerte Santé.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un traumatisme craniocérébral sévère survenu à la suite d'une chute de sa hauteur.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que **Santé Québec** :

[R-1] Exige que les centres de communication santé (CCS) disposent d'un mécanisme d'alerte afin d'informer promptement les répartiteurs lorsqu'il est prévisible que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) sera dépassé afin de garantir une réévaluation et une réponse préhospitalière efficace, efficiente et rapide.

Je recommande que le **ministère de la Santé et des Services sociaux** :

[R-2] Révise les orientations ministérielles et la procédure d'affectation d'un véhicule hors zone ou hors région afin de permettre l'affectation d'une ressource ambulancière hors zone lorsqu'il est prévisible que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) sera dépassé et que l'urgence de la situation le nécessite afin de garantir une réponse préhospitalière efficace, efficiente et rapide.

Je recommande que le **centre de communication santé (CCS) Groupe Alerte Santé** :

[R-3] Mette en place un mécanisme d'alerte afin d'informer promptement les répartiteurs lorsqu'il est prévisible que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) sera dépassé afin de garantir une réévaluation et une réponse préhospitalière efficace, efficiente et rapide.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- les dossiers cliniques de M. [REDACTED] ;
- le rapport d'intervention préhospitalière ;
- le rapport opérationnel du CCS Groupe Alerte Santé ;
- le rapport d'intervention policière ;
- le *cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affection et la répartition des ressources ambulancières.*

Je soussignée, coroner, reconnais 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 Montréal, ce 13 mai 2025.



Me Julie-Kim Godin, coroner