

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

  2022-08740

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 Karine Spénard

BUREAU DU CORONER		2022-08740
2022-11-23	Date de l'avis	Nº de dossier
IDENTITÉ		
Prénom à la naissance [REDACTED]	Nom à la naissance [REDACTED]	
48 ans	Féminin	
Âge	Sexe	
Mirabel	Québec	
Municipalité de résidence	Province	
Canada	Pays	
DÉCÈS		
2022-11-13	Montréal	
Date du décès	Municipalité du décès	
Hôpital Général de Montréal		
Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme [REDACTED] a été identifiée visuellement par un proche sur les lieux de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 1^{er} novembre 2022, Mme [REDACTED] subit une intervention chirurgicale élective dans une clinique privée de Westmount. Elle entre au bloc opératoire à 16 h 30, puis la chirurgie débute à 17 h 10 après que les préparations d'usage ont été effectuées.

Vers 17 h 50, soit vers la fin de la chirurgie, la chirurgienne remarque que l'inhalothérapeute qui l'assiste manipule l'oxymètre. Il lui dit alors qu'il a de la difficulté à avoir un signal et la chirurgienne voit alors que la main de Mme [REDACTED] est blanche et froide. Elle donne immédiatement des instructions d'intuber Mme [REDACTED] et de la médication lui est donnée, comme il est constaté que son rythme cardiaque est lent. L'inhalothérapeute installe alors un masque laryngé.

Les signes vitaux de Mme [REDACTED] reviennent à la normale un peu plus tard et elle respire spontanément, mais elle ne se réveille pas. Un anesthésiologue est appelé en renfort vers 18 h 30 alors qu'il déjà a quitté la clinique et revient sur les lieux vers 19 h. Il se change immédiatement et se rend dans la salle de chirurgie, où des informations lui sont données par une infirmière en service externe à l'effet que Mme [REDACTED] a subi un événement hypoxique et bradycardique alors qu'elle était sous anesthésie locale et sédation.

À son entrée dans la salle, les signes vitaux de Mme [REDACTED] sont toujours normaux et elle reçoit de l'oxygène ainsi que du sévoflurane, un agent anesthésique. Ses pupilles sont très dilatées et il cesse l'administration du sévoflurane. Mme [REDACTED] respire alors spontanément mais commence à hyperventiler, ce qui est suggestif d'une lésion cérébrale.

Environ 30 minutes plus tard, elle réagit aux stimuli douloureux mais commence à fléchir ses bras et ses jambes, ce qui indique aussi à l'anesthésiologue qu'elle a possiblement des dommages cérébraux. Il conclut qu'elle ne regagnera pas conscience et se rend à une seconde salle de chirurgie, où opère la chirurgienne, et l'informe que Mme [REDACTED] doit être transférée à l'hôpital.

Une infirmière de la clinique communique ensuite avec le 9-1-1 vers 19 h 35 et mentionne que Mme [REDACTED] a reçu trop de sédation et a commencé à désaturer. Elle rapporte aussi qu'elle respire avec difficulté et que l'anesthésiologue est en train d'installer un tube endotrachéal.

Les techniciens ambulanciers paramédics sont sur place à 19 h 45 conduisent ensuite Mme [REDACTED] à l'Hôpital général de Montréal, où elle arrive vers 20 h 20. Les examens qui sont réalisés par la suite sont sans particularité, sauf le scan cérébral qui montre une perte de différenciation entre la substance grise et blanche du cerveau.

Elle est admise aux soins intensifs et subit des convulsions le 2 novembre 2022. Une imagerie par résonnance magnétique est ensuite réalisée et montre un œdème cérébral bilatéral et symétrique, compatible avec une encéphalopathie hypoxique-ischémique.

La sédation est cessée le 7 novembre 2022 pour évaluer l'état de Mme [REDACTED]. L'équipe médicale constate par la suite une détérioration de son état au cours des jours suivants et un examen fait le 9 novembre 2022 confirme un pronostic sombre et peu de chances de récupération fonctionnelle.

Après plusieurs rencontres avec la famille, il est convenu d'extuber Mme [REDACTED] vers midi le 13 novembre 2022 et son décès est officiellement constaté par un médecin à 16 h 14.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été faite le 18 novembre 2022 à l'Hôpital général de Montréal. Dans son rapport, le pathologiste constate la présence d'une lésion ischémique au cerveau de Mme [REDACTED] ainsi que d'encéphalopathie hypoxique. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Je tiens à souligner que le décès de Mme [REDACTED] n'a été signalé au Bureau du coroner le 23 novembre 2022 et après que ses obsèques aient eu lieu, de telle sorte que je n'ai pu ordonner aucune autre expertise. L'autopsie avait toutefois déjà été demandée par l'Hôpital général de Montréal.

ANALYSE

Mme [REDACTED] n'avait pas d'antécédents médicaux connus et documentés qui soient pertinents pour comprendre les causes et les circonstances de son décès.

Il a été demandé à Mme [REDACTED] de consulter un cardiologue en prévision de sa chirurgie, des trouvailles fortuites d'anomalies ayant été décelées lors d'un électrocardiogramme. Elle a donc rencontré un cardiologue le 15 mars 2022, qui a noté qu'elle était asymptomatique au niveau cardiaque, qu'elle avait une excellente qualité de vie ainsi qu'une excellente tolérance à l'effort. Elle a subi le même jour un échocardiogramme au repos, qui a montré une fraction d'éjection normale, des ventricules gauche et droit normaux et de dimensions et tailles normales. Le cardiologue a conclu que les anomalies qui avaient été mises en évidence étaient vraisemblablement des variantes rencontrées dans 5 % à 10 % de la population et pouvaient aussi être des anomalies artéfactuelles. Le cardiologue soulignait finalement que Mme [REDACTED] pouvait subir la chirurgie sans problème et qu'il n'y avait pas de risque cardiaque accru.

Mme [REDACTED] a vu un médecin pour la dernière fois le 26 octobre 2022, soit quelques jours avant sa chirurgie, et rien de particulier n'a été noté à ce moment.

Types de sédation

I. Sédation-analgésie

Il existe plusieurs types de sédation, évalués selon le score de Ramsay (ou « échelle de Ramsay »), qui est un indicateur pour mesurer la profondeur de la sédation. Essentiellement, il s'agit de mesurer la capacité de la personne recevant la sédation de répondre à un stimulus. Afin de bien saisir les données associées à la situation de Mme [REDACTED], je juge utile de reproduire l'échelle de Ramsay ici :

1	Patient anxieux, agité
2	Patient coopératif, orienté et calme
3	Patient répondant aux ordres
4	Patient endormi mais avec une réponse vive à la stimulation de la glabelle* ou à un bruit intense
5	Patient endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus
6	Pas de réponse aux stimulations nociceptives**

* La glabelle est l'espace sans poils compris entre les sourcils

** Stimulations douloureuses

La sédation-analgésie est définie par le Collège des médecins et l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, dans un guide élaboré conjointement avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec¹, comme étant « l'administration de médicaments ou de substances visant à altérer le niveau de conscience d'une personne, sa perception de la douleur et sa tolérance à l'environnement, tout en lui permettant une réponse à la stimulation verbale ou tactile et le maintien d'une fonction cardiaque et ventilatoire adéquate en tous points ». Une personne peut ainsi recevoir soit une sédation, soit une analgésie ou encore les deux à la fois, selon l'évaluation clinique faite de son état de santé.

Les niveaux de sédation-analgésie doivent correspondre à une sédation minimale, soit sans changement de l'altération du niveau de conscience de la personne et sans altérer la perméabilité des voies aériennes, la ventilation et la fonction cardiovasculaire, ou encore être une sédation dite « modérée », soit une situation où la réponse de la personne aux stimuli verbaux ou tactiles légers est volontaire, toujours sans altérer la perméabilité des voies aériennes, la ventilation et la fonction cardiovasculaire.

La médication qui est utilisée en sédation-analgésie peut varier et comprendre des benzodiazépines et des opioïdes, ce qui a été le cas pour Mme [REDACTED]. Il peut également parfois y avoir des anesthésiques généraux, tels que du propofol, mais dans de tels cas, le médecin qui procède à l'intervention doit être expérimenté en sédation-analgésie et en réanimation cardiorespiratoire. Dans le cas contraire, un anesthésiologue ou un médecin ayant une formation reconnue en réanimation cardiorespiratoire avancée doit être présent, toujours selon les Lignes directrices en sédation-analgésie.

¹ La sédation-analgésie, *Lignes directrices* (04/2015), Collège des médecins du Québec, Ordres des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, avril 2015.

Le propofol peut rapidement causer une diminution marquée du niveau de conscience et une dépression respiratoire pouvant mener à une anesthésie générale non désirée. Les professionnels qui sont présents doivent donc être habilités à prendre en charge la survenue d'une telle situation.

Par ailleurs, selon un document rempli par l'inhalothérapeute, du sufentanil a été administré à Mme [REDACTED] le 1^{er} novembre 2022 pendant sa chirurgie. Il s'agit d'un opioïde de synthèse, considéré comme sept à dix fois plus puissant que le fentanyl. J'ai questionné le protocole applicable à la clinique de chirurgie esthétique concernant l'utilisation de cette substance et on m'a informée qu'il s'agissait d'une médication régulièrement utilisée par les anesthésistes en salle de chirurgie, mais que pour les situations de sédation-analgésie, les inhalothérapeutes devaient s'en tenir au protocole en place, autorisant l'utilisation de fentanyl et non de sufentanil. Selon la chirurgienne, elle n'a pas autorisé l'utilisation de sufentanil et n'en a pas été informée.

Je rappelle que dans le cas spécifique de Mme [REDACTED], la chirurgienne n'était accompagnée que d'un inhalothérapeute. J'ai tenté d'obtenir le dossier de formation de la chirurgienne auprès du Collège des médecins du Québec, mais ces renseignements sont confidentiels. J'ai aussi demandé directement à la chirurgienne à quand remontait sa dernière formation en réanimation cardiorespiratoire avancée et il m'a été communiqué qu'une formation était organisée dans les locaux de la clinique aux deux (2) ans, à laquelle la chirurgienne participait. La dernière séance de formation avant le décès de Mme [REDACTED] a ainsi eu lieu le 25 octobre 2020.

Lorsqu'il y a sédation-analgésie, une surveillance clinique doit être effectuée en continu et de façon soutenue, notamment pour les mesures de la pression artérielle, du pouls et de la respiration, ainsi que la saturation capillaire en oxygène. Par ailleurs, l'évaluation du niveau de conscience doit aussi être réalisée en continu suivant les Lignes directrices. La lecture des appareils faite le soir de l'événement par un anesthésiologue a permis de voir que la saturation en oxygène de Mme [REDACTED] était trop faible et que son niveau de conscience n'était clairement pas celui attendu lors d'une sédation-analgésie.

II. Sédation profonde

Lorsqu'une personne est sous sédation profonde, elle dort pendant l'intervention et ne s'en souviendra pas ou très peu lorsqu'elle se réveillera. Dans de tels cas, sa respiration peut ralentir, comme la personne perd partiellement la capacité à contrôler ses voies aériennes, et de l'oxygène sera souvent administré. Partant de cette prémissse, une personne en sédation profonde pourra correspondre à un niveau 5 ou 6 selon l'échelle de Ramsay.

Le Guide d'exercice de l'anesthésie² de la Société canadienne des anesthésiologistes souligne qu'il est «inacceptable qu'un seul médecin administre une anesthésie, y compris une sédation procédurale profonde, simultanément à la réalisation d'une procédure diagnostique ou thérapeutique, exception faite des interventions réalisées par seule infiltration d'anesthésiques locaux et/ou une sédation minimale».

Mme [REDACTED] a échangé des messages texte avec un proche peu avant son entrée au bloc chirurgical et elle lui a écrit qu'elle venait de voir l'inhalothérapeute, qui lui avait expliqué qu'elle serait sous sédation profonde et qu'elle dormirait tout au long de l'intervention. Ils se sont ensuite parlé au téléphone et le proche m'a mentionné que Mme [REDACTED] était déçue et

² Guide d'exercice de l'anesthésie, Édition révisée 2023, Journal canadien d'anesthésie, Volume 70, numéro 1.

mécontente, puisque ce type de sédation n'était pas ce qui avait été convenu au cours des rencontres précédentes avec sa chirurgienne.

L'halothérapeute qui était présent lors de la chirurgie m'a par ailleurs confirmé que lors d'une intervention telle que celle qu'a subie Mme [REDACTED], la sédation était « assez profonde », c'est-à-dire que la personne sous sédation dormait, ne se réveillant qu'à l'occasion. Lors des réveils, une nouvelle dose de médication était administrée pour induire de nouveau le sommeil.

Selon toutes les informations que j'ai obtenues, il semble effectivement que Mme [REDACTED] ait été en sédation profonde.

III. Anesthésie générale

L'anesthésie générale est aussi un état d'inconscience où la personne dort pendant une intervention et où elle perd la capacité à contrôler ses voies aériennes ou à répondre à une stimulation physique ou à un ordre verbal.

Dans les situations de sédation profonde et d'anesthésie générale, il n'y a pas ou peu de réponse à une stimulation verbale ou tactile. Ces états se comparent au sommeil et assurent l'absence de réaction de la personne aux stimuli douloureux, ce qui facilite une intervention chirurgicale.

Le sévoflurane est un agent anesthésique, utilisé pour l'induction et le maintien des anesthésies générales. L'anesthésiologue de la clinique a confirmé qu'à son arrivée vers 19 h le 1^{er} novembre 2022, Mme [REDACTED] en recevait en même temps que l'oxygène qui lui était administré. Son dossier de la clinique n'indique cependant pas à quel moment le sévoflurane a été débuté, ni même qu'il a été administré. La seule indication que j'ai pu y voir sur cette substance est la note de l'anesthésiologue, qui a constaté à son arrivée vers 19 h que Mme [REDACTED] le recevait.

Il était convenu initialement avec Mme [REDACTED] que sa chirurgie devait être effectuée sous anesthésie locale seulement, selon ce que m'a rapporté un proche. Par ailleurs, le formulaire de consentement signé par Mme [REDACTED] ne précise pas le degré d'anesthésie qui devait être employé, mais j'y reviendrai dans une section subséquente. Il est cependant possible d'administrer du sévoflurane si une personne subit des convulsions, mais je n'ai eu aucune information ni dans le dossier médical, ni au cours de toutes les discussions que j'ai eues avec les membres de l'équipe de la clinique, à l'effet que Mme [REDACTED] a eu des épisodes de convulsions.

D'autre part, un membre du personnel m'a mentionné que s'il avait été prévu de procéder à une anesthésie locale seulement, il n'aurait pas été demandé à Mme [REDACTED] d'être à jeun et un électrocardiogramme n'aurait pas été demandé. Je constate donc qu'il semble avoir de la divergence entre ce qui semble avoir été expliqué à Mme [REDACTED] et la pratique qui a effectivement pris place.

Déroulement de la chirurgie

La chirurgie qu'a subie Mme [REDACTED] l'a été avec une chirurgienne et un inhalothérapeute, ainsi que du personnel infirmier. Il n'y avait pas d'anesthésiologue de présent dans la salle ni à la clinique, puisqu'il avait été convenu selon les proches que l'intervention se déroulerait sous anesthésie locale au cours des rencontres préopératoires avec la chirurgienne. Le dossier médical de Mme [REDACTED] est cependant muet à ce sujet. Par ailleurs, ce plan semble avoir changé le jour même de la chirurgie, mais si c'est le cas, la présence d'un anesthésiologue aurait été possiblement requise.

L'anesthésiologue qui s'est joint à l'équipe en soirée le 1^{er} novembre 2022 m'a expliqué dans un document qu'il m'a lui-même transmis le 14 février 2023 que l'infirmière en service externe l'avait informé que l'équipe n'avait pas entendu d'alarme au cours de la chirurgie. Le personnel clinique et la chirurgienne auraient constaté qu'il y avait une situation anormale seulement lorsqu'ils ont vu l'inhalothérapeute tenter de placer un masque sur le visage de Mme [REDACTED]. La chirurgienne qui pratiquait l'intervention m'a fait part des mêmes observations, soit qu'elle n'avait pas entendu d'alarme avant qu'elle ne désactive un appareil qu'elle utilisait au cours de la chirurgie, lequel est très bruyant.

Or, selon les informations que j'ai obtenues, il appert que plusieurs alarmes semblent avoir sonné au cours de l'intervention.

J'ai en effet récupéré un registre des événements survenus pendant la chirurgie de Mme [REDACTED] le 1^{er} novembre 2022, extrait à partir de l'équipement présent dans la salle de chirurgie, soit la table d'anesthésie ainsi que le moniteur. J'ai aussi consulté une responsable du soutien clinique de la compagnie qui fait l'entretien de ces appareils afin de bien comprendre les codes qui étaient inscrits au registre.

J'ai pu y constater qu'une alarme indiquant « O2 supply failure » avait sonné à quarante-sept (47) reprises entre 17 h 41 et 18 h 11 sur la table d'anesthésie. Ce code indique que l'oxygène qui doit se rendre à la table d'anesthésie ne fonctionne pas, soit parce que la bonbonne est fermée ou encore qu'elle est vide. Il peut aussi y avoir une difficulté avec la tubulure, mais dans tous les cas l'oxygène ne se rend pas à la table d'anesthésie et donc pas au patient à qui elle est raccordée.

Il importe de souligner que les premières alarmes, soit vers 17 h 41, ont pu être en lien avec le changement de la bonbonne d'oxygène. En effet, un membre de l'équipe m'a indiqué que la bonbonne était vide environ trente (30) minutes après le début de la chirurgie et qu'il avait dû la changer. C'est quelques minutes après le changement de bonbonne qu'il a été remarqué que les signes vitaux de Mme [REDACTED] étaient anormaux. Cependant, les alarmes subséquentes ne semblent pas être en lien avec l'équipement, la bonbonne ayant été changée selon l'inhalothérapeute.

Un autre code, soit « MV too high », a également déclenché dix-huit (18) alarmes entre 17 h 42 et 18 h 30. Ce code est en lien avec la fréquence respiratoire d'une personne, à savoir si elle respire rapidement et si ses respirations sont profondes. Lorsque le code « MV too high » déclenche une alarme, l'appareil indique que la personne prend de trop grandes respirations ou encore qu'elle respire trop rapidement.

D'autre part, le moniteur permettant de mesurer les signes vitaux de Mme [REDACTED] a déclenché onze (11) alarmes entre 17 h 24 et 18 h 1. Pour les onze (11) alarmes, la machine

indique qu'une intervention manuelle les a fait cesser. Essentiellement, une personne de l'équipe clinique a donc arrêté manuellement les alarmes.

Par ailleurs, l'anesthésiologue a consulté les informations recueillies par le moniteur de la salle de chirurgie peu après son arrivée le 1^{er} novembre 2022 en lien avec les signes vitaux de Mme [REDACTED]. Il a pu y voir une période d'entre 15 à 20 minutes pendant laquelle les valeurs de la tension artérielle, du rythme cardiaque de Mme [REDACTED] et de sa saturation en oxygène étaient soit non mesurées, soit très basses. Il n'a pas lui-même vérifié si les alarmes étaient activées. Il est toutefois possible qu'il y ait des artefacts présents et donnent de fausses données si une personne convulse, ou encore si elle est appuyée sur les bracelets qui permettent de mesurer ces éléments.

Ces informations relatives aux signes vitaux ne sont conservées aux appareils que pendant une courte période en raison des cartes mémoires et je n'ai pas pu y avoir accès pendant mon investigation. J'ai toutefois demandé à la clinique dès le 23 novembre 2022 qu'elles soient extraites, mais il semble que la demande ait été formulée tardivement par le personnel de la clinique à la compagnie et que les informations n'étaient plus accessibles lorsque le technicien s'est présenté.

Les registres de codes de l'appareil m'ont permis de voir qu'une autre mesure pouvait en être extraite, soit le « positive end-expiratory pressure », ci-après « PEEP ». Les tables d'anesthésie permettent de mesurer cette donnée lorsqu'une personne est sous ventilation seulement et il n'y a pas lieu de ventiler une personne qui est sous anesthésie locale. Le PEEP mesure essentiellement le nombre de litres par minute et une respiration normale est entre 4 et 6 litres par minute. Lorsque les valeurs mesurées sont sous ces chiffres ou au-dessus, des alarmes sonnent et l'écran de la table d'anesthésie clignote. Les alarmes ne cessent pas non plus jusqu'à ce que les valeurs reviennent à la normale ou qu'une personne arrête manuellement. Dans le cas de Mme [REDACTED], les mesures du PEEP ont été à l'extérieur des valeurs de référence à de multiples reprises et il est donc probable que des alarmes aient retenti.

Par ailleurs, la table d'anesthésie a permis d'extraire des mesures du PEEP entre 17 h 41 et 18 h 30. C'est donc dire que Mme [REDACTED] était sous ventilation depuis au moins 17 h 41, donc probablement pendant l'intervention, ses difficultés respiratoires ayant été constatées vers 17 h 50.

Finalement, j'ai questionné la procédure en place pour le calibrage, la maintenance préventive et l'ajustement des appareils dans les salles de chirurgie, afin de voir si les alarmes avaient pu se déclencher erronément ou ne pas se déclencher aux moments opportuns. Il m'a été rapporté que des vérifications quotidiennes étaient complétées avant chaque journée de chirurgie et que ces vérifications ont bien été faites le 1^{er} novembre 2022. Par ailleurs, des vérifications annuelles sont aussi effectuées par l'entreprise d'équipements médicaux, la dernière ayant eu lieu le 4 janvier 2022 et la prochaine devant être le 21 novembre 2022. Le fonctionnement des appareils médicaux ne m'apparaît donc pas en cause dans l'événement.

Personnel infirmier

Lors de la chirurgie de Mme [REDACTED], il y avait en sus de la chirurgienne un inhalothérapeute, une infirmière de bloc opératoire, une infirmière à l'externe (« circulating nurse ») et une infirmière en service interne (« scrub nurse »), lesquels étaient présentes dans la salle de

chirurgie. Une préposée aux bénéficiaires et une infirmière étaient également présentes hors de la salle, la première aidant à nettoyer les salles et les patients une fois dans la salle de réveil, la seconde prodiguant des soins aux patients dans ladite salle de réveil.

J'ai eu l'occasion de discuter avec plusieurs membres de cette équipe lors de mon investigation. Il m'a notamment été expliqué que le rôle de l'infirmière en service externe, ou « circulating nurse », comprend la vérification de la stérilisation de la salle de chirurgie, l'inventaire des éléments requis en chirurgie et le « time out », soit une liste d'items visant à confirmer que toutes les actions à prendre avec un patient ont été posées. Selon ce qui m'a été expliqué au niveau des procédures en place à la clinique, cette infirmière est présente dans la salle de chirurgie et peut en entrer et en sortir, mais en aucun cas n'est supposée assister à deux chirurgies simultanément, son rôle en étant un de support auprès de l'équipe chirurgicale, qui peut notamment lui demander des instruments supplémentaires, par exemple.

L'infirmière en service externe doit également s'assurer de la sécurité des patients, peut aider à les repositionner au besoin pendant la chirurgie et aide à la surveillance clinique des patients. Elle n'a généralement pas à administrer de médication, comme il y a un inhalothérapeute et/ou un anesthésiologue sur place, mais elle peut être appelée à le faire sur une demande de l'équipe. Dans le cas de Mme [REDACTED], selon ce qui m'a été confirmé par un membre de l'équipe, cette infirmière a dû administrer une médication intraveineuse lorsque les complications sont survenues, après une demande de l'inhalothérapeute.

Lorsque la chirurgie est complétée, elle s'assure que les fonctions vitales du patient sont intactes, soit les voies respiratoires, la circulation et la respiration, s'assure que les bandages sont propres et secs, puis accompagne les patients jusqu'à la salle de réveil. Elle revient ensuite nettoyer la salle avec l'aide d'un préposé aux bénéficiaires et prépare la salle pour la prochaine chirurgie.

Plusieurs de ces tâches sont réservées aux infirmières et infirmiers dûment inscrits au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après « OIIQ ») par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, notamment :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes, dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;
(...)
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;

8. Appliquer des techniques invasives ;

(...)

10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;

11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;

(...)

13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ;

J'ai appris que lors de la chirurgie de Mme [REDACTED], l'infirmière en service externe n'était pas inscrite au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Cette dernière a une longue expérience de travail comme infirmière dans un autre pays ayant des soins cliniques semblables à ceux du Canada, mais n'est pas autorisée à travailler comme infirmière au Québec ni à en porter le titre. Néanmoins, elle se présentait aux patients comme infirmière et était embauchée à ce titre par la clinique médicale. Elle a assisté au cours de la chirurgie de Mme [REDACTED] et c'est elle qui a informé l'anesthésiologue de la situation vers 19 h, en sus d'avoir administré de la médication par voie intraveineuse.

Cette même infirmière était également inscrite comme « scrub nurse » dans le dossier d'une autre patiente ayant subi une chirurgie le même jour. Je rappelle que les « scrub nurses » sont les infirmières et infirmiers qui assistent étroitement les chirurgiens pendant les chirurgies.

Je souhaite ajouter que les avocats de la chirurgienne m'ont transmis une information en date du 7 juillet 2023 à l'effet que cette infirmière était plutôt une « instrumentiste/préposée stérile à la préparation des greffons ». Je ne remets pas en doute cette information qui était probablement exacte en date du 7 juillet 2023, mais toutes les informations que j'ai obtenues avant cette date sont à l'effet que l'infirmière visée agissait bien comme infirmière, y compris de la bouche même de cette dernière.

Les informations qui m'ont été transmises le 7 juillet 2023 mentionnaient également le nom d'une autre « instrumentiste/préposée stérile à la préparation des greffons ». Cette seconde personne n'est pas non plus inscrite au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et ne l'était pas en date du 1er novembre 2023, mais a également agi comme infirmière auprès de Mme [REDACTED] le 1er novembre 2023, soit à titre de « scrub nurse ». Elle a également assisté la chirurgienne lors de l'intervention qui s'est simultanément déroulée dans l'autre salle de chirurgie, alors que Mme [REDACTED] était toujours dans la première salle avant son transfert vers l'hôpital.

J'y vois une difficulté pour la protection du public et de la vie humaine, qui relève dans ce cas précis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. À ce sujet, j'adresserai donc une recommandation à la fin de mon rapport afin qu'il puisse prendre les mesures appropriées.

Inhalothérapeute

Au Québec, un inhalothérapeute est celui qui assure la surveillance clinique d'une personne sous anesthésie ou sous sédation-analgésie. Il collabore aussi avec un anesthésiologue lors de l'induction, du maintien ou de l'émergence d'une personne ayant subi une anesthésie générale, lorsqu'il y a une ordonnance. Cependant, il n'a pas pour rôle d'induire lui-même une anesthésie générale ou encore une sédation profonde, mais agit sous les ordres d'un médecin dans de tels cas.

Il n'y avait pas d'événements consignés au dossier tenu de l'inhalothérapeute pendant une période de 45 à 60 minutes avant l'arrivée de l'anesthésiologue le 1^{er} novembre 2022, soit de 18 h 15 à 19 h. Ce dernier m'a confirmé avoir alors conseillé à l'inhalothérapeute de compléter son dossier et de le documenter adéquatement sur les événements qui s'étaient produits pendant la chirurgie, ce que l'inhalothérapeute a fait après la demande de l'anesthésiologue.

Un membre de l'équipe clinique m'a confirmé que de façon générale, l'inhalothérapeute devait consigner ses observations au dossier toutes les trois (3) à cinq (5) minutes, généralement lorsqu'une mesure est prise au cours d'une intervention. Une personne en position d'autorité à la clinique de chirurgie m'a également fait part du fait que le graphique tenu par l'inhalothérapeute pendant la chirurgie ne correspondait pas aux données qui avaient pu être observées par les machines de la salle de chirurgie. Ce même graphique ne correspondait pas non plus au protocole de sédation, qui selon la chirurgienne est son ordonnance médicale et reflète la seule médication qu'elle autorise pendant une chirurgie.

Ces discordances peuvent peut-être s'expliquer par le fait que le dossier a été documenté tardivement.

D'autre part, selon la chirurgienne, il semble que l'inhalothérapeute ait décidé de son propre chef d'utiliser du sufentanil pendant la chirurgie, sans qu'elle n'ait été mise au courant. Cette substance étant très puissante et susceptible d'induire une sédation beaucoup plus profonde que ce qui avait été prévu, il se devait d'agir sous les ordres d'un médecin.

Soulignons que depuis l'événement ayant coûté la vie à Mme [REDACTED] l'inhalothérapeute qui était impliqué a cessé d'être inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, soit en novembre 2022. Même dans les cas où une personne cesse d'être membre de cet ordre professionnel, le syndic peut tout de même mener une enquête. Dans le cas présent, le syndic a bel et bien été saisi de la situation, et une audience disciplinaire s'est tenue en 2024, au terme de laquelle l'inhalothérapeute a plaidé coupable aux infractions qui lui étaient reprochées. Je ne ferai donc pas de recommandation en lien avec cet élément spécifique.

Transfert vers l'Hôpital général de Montréal

Il a été porté à mon attention qu'une difficulté était survenue lors du transfert de Mme [REDACTED] de la clinique vers l'Hôpital général de Montréal. À l'arrivée des techniciens ambulancier paramédics, ceux-ci ont été informés par l'anesthésiologue que Mme [REDACTED] avait reçu diverses substances, soit du rocuronium, de la kétamine, du midazolam et un gaz anesthésiant.

Le rocuronium est un bloqueur musculaire non dépolarisant et produit une paralysie musculaire. Il est utilisé lors de chirurgies, d'intubation ou encore d'insuffisance respiratoire sévère pour des personnes ventilées mécaniquement.

La kétamine est pour sa part un anesthésique non barbiturique, agissant rapidement et pour une durée courte, alors que le midazolam est un analgésique puissant, généralement utilisé pour anesthésier un patient de façon dite «consciente», c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'anesthésie générale.

Les substances qui ont été administrées à Mme [REDACTED] avant son transfert vers l'hôpital et alors qu'elle était toujours à la clinique ne font pas partie de la formation et du protocole des techniciens ambulanciers paramédics, de telle sorte qu'ils ne peuvent en assurer le suivi de façon sécuritaire. Le médecin qui demande un transfert conserve la responsabilité médicale du patient jusqu'à sa prise en charge par un médecin de l'établissement receveur.

Après plusieurs discussions entre les techniciens ambulanciers paramédics et le personnel de la clinique, il a été convenu qu'une infirmière de la clinique devait accompagner Mme [REDACTED] dans l'ambulance et devait rester sous les ordres d'un médecin, qui devait lui-même rester disponible pour assurer le suivi clinique. Une infirmière a noté et m'a confirmé lors d'une conversation téléphonique du 7 février 2023 qu'elle avait accompagné Mme [REDACTED] pendant le transport, mais les proches m'ont indiqué que Mme [REDACTED] était plutôt seule avec l'inhalothérapeute dans l'ambulance à l'arrivée. La chirurgienne m'a pour sa part indiqué que l'infirmière était dans l'ambulance, alors que l'inhalothérapeute n'y était pas, bien qu'il se soit rendu au centre hospitalier dans un véhicule différent. Il est au final difficile de confirmer qui a accompagné Mme [REDACTED] dans l'ambulance considérant les versions divergentes, mais je rappelle qu'un professionnel infirmier sous les ordres d'un médecin devait y être et une infirmière m'a confirmé avoir été présente, alors que l'inhalothérapeute était arrivé séparément et attendait dans la salle d'attente.

Dans les faits, il appert que la chirurgienne ayant opéré Mme [REDACTED] a poursuivi avec son horaire de la journée, a complété une autre intervention médicale entre 18 h 50 et 19 h 27, puis s'est rendue au chevet de Mme [REDACTED] à l'Hôpital général de Montréal vers 20 h 30. Je rappelle que les techniciens ambulanciers paramédics sont arrivés sur place vers 19 h 45, puis sont arrivés avec Mme [REDACTED] à l'Hôpital général de Montréal vers 20 h 20.

Consentement

Le *Code civil du Québec* prévoit à son article 24, premier alinéa, que le consentement aux soins non requis par l'état de santé soit donné par écrit. Le *Code de déontologie des médecins* prévoit également aux articles 28 et 29 que le médecin doit obtenir un consentement libre et éclairé de son patient avant d'entreprendre un traitement, ainsi que s'assurer que son patient a reçu les explications pertinentes à sa compréhension. Dans la situation précise de Mme [REDACTED], il y a effectivement un formulaire de consentement signé par elle-même ainsi que la chirurgienne en date du 1^{er} novembre 2022.

Ce document prévoit que Mme [REDACTED] autorise la chirurgienne à pratiquer l'intervention chirurgicale qui y est nommée ainsi que «toute autre opération non prévisible mais qui s'avèrera nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir [s]on consentement». Quant à la portion sur l'anesthésie, il est prévu que Mme [REDACTED] consent à ce que l'anesthésie qui est la plus appropriée soit administrée par la chirurgienne ou un membre du personnel médical ayant des priviléges en anesthésie.

Il y a ensuite une section indiquant « J'émetts cependant les restrictions suivantes » et un espace à remplir, resté vide sur le consentement de Mme [REDACTED].

Il avait été noté le 20 septembre 2021 dans le dossier par la chirurgienne qu'il était prévu de faire une anesthésie locale avec sédation.

Un document de consentement signé indique qu'une entente est survenue entre un médecin et son patient, mais n'en confirme pas la validité ni les informations qui ont été préalablement échangées avant d'obtenir ce consentement. Ces éléments doivent plutôt se retrouver dans le dossier médical du patient, ce que ne comprend pas celui de Mme [REDACTED], qui est complètement muet à ce sujet.

J'ai demandé à récupérer la documentation qui avait été remise à Mme [REDACTED] en prévision de sa chirurgie. Les documents qui m'ont été acheminés par la famille à partir d'une pochette qui avait été remise par la clinique à Mme [REDACTED] comprennent les instructions post-opératoires, un consentement pour la prise et l'utilisation de photographies médicales et la liste de médication de Mme [REDACTED]. Il n'y a aucun document sur les risques associés à la chirurgie et à l'anesthésie.

Par ailleurs, selon le Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, un inhalothérapeute doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend³. Dans les faits, l'inhalothérapeute a discuté avec Mme [REDACTED] environ une heure avant sa chirurgie et lui a annoncé qu'elle serait sous sédation profonde. Elle a ensuite discuté avec un proche pour lui exprimer son mécontentement.

En effet, ce proche de Mme [REDACTED] a souligné qu'elle avait auparavant fortement insisté pour que sa chirurgie se déroule sous anesthésie locale seulement et que c'était un point important pour elle, comme elle souhaitait être consciente de tout ce qui se passait.

Ce même proche a écrit à la chirurgienne le 5 novembre 2022 et lui a demandé pourquoi le protocole avait été changé vers une sédation profonde, ce à quoi elle a répondu que « les protocoles de sédation varient selon l'intervention pratiquée ».

J'ai rediscuté de la question du changement de protocole d'anesthésie et il m'a été souligné qu'un protocole de sédation-analgésie avait été convenu et que le plan n'avait ni changé, ni été révisé le jour de la chirurgie. Les éléments que j'ai recueillis au cours de mon investigation m'indiquent toutefois que ce n'est pas le cas, notamment la discussion avec l'inhalothérapeute qui a mentionné à Mme [REDACTED] qu'elle serait sous sédation profonde.

Finalement, le consentement versé au dossier de Mme [REDACTED] pour la chirurgie du 1^{er} novembre 2022 me semble incomplet et imprécis, laissant beaucoup de place à interprétation, notamment pour la question du type de sédation et d'anesthésie utilisée. Le dossier de la clinique m'apparaît aussi incomplet, ne faisant pas état des discussions relatives aux risques de la chirurgie ni de la compréhension de Mme [REDACTED] à ce sujet.

Je recommanderai donc au Collège des médecins de se pencher sur la question.

³ *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, chapitre C-23, r. 167, article 13.

Tenue de dossiers

Au cours de mon investigation, j'ai récupéré les dossiers médicaux de toutes les personnes qui ont subi une chirurgie à la clinique de chirurgie le 1^{er} novembre 2022, après avoir obtenu un mandat d'un juge de paix. En effet, je souhaitais reconstituer la chronologie de la journée et comprendre comment les divers professionnels ont œuvré auprès des patients de la clinique. Je me suis donc présentée sur place en personne accompagnée d'enquêteurs du Service de police de la Ville de Montréal le 31 janvier 2023 afin de prendre possession des documents.

Pour deux d'entre elles, il n'y avait pas de formulaire de consentement consigné au dossier.

Pour l'une d'entre elles, il n'avait aucune note infirmière, ni d'heure d'entrée ou de sortie du bloc chirurgical, pas de feuille d'anesthésie, ni de décompte d'instruments et compresses. Bref, le dossier était plutôt muet sur l'intervention qui a été pratiquée. J'y note une difficulté, considérant qu'il est impossible d'avoir une idée de l'aspect clinique entourant cette personne.

Pour une autre personne, un formulaire de consentement était placé au dossier, mais n'a pas été signé par la chirurgienne.

J'ai demandé spécifiquement ces documents lors de ma visite du 31 janvier 2023, ainsi que par écrit par la suite, soit le 2 février 2023. J'ai reçu certains documents, alors que d'autres sont restés manquants.

Des informations m'ont ensuite été transmises le 7 juillet 2023 par les avocats de la chirurgienne de la clinique, me disant avoir remarqué que les notes opératoires et protocoles opératoires n'avaient parfois pas été inclus avec les dossiers des patients. Ceci s'expliquerait par le fait que les documents « se trouvent dans une section particulière du dossier électronique et auraient parfois été involontairement oubliés au moment d'enregistrer le dossier médical ». Des problèmes de transfert auraient aussi pu avoir lieu le 31 janvier 2023 selon les avocats.

J'ignore si ces informations sont exactes, mais il appert que la tenue de dossier semble inégale à la clinique de chirurgie esthétique, du moins pour le 1^{er} novembre 2022. Dans un esprit de meilleure protection de la vie humaine et pour s'assurer de la qualité des soins administrés, je ferai une recommandation au Collège des médecins d'analyser cet élément.

Constats

Mme [REDACTED] a subi une intervention chirurgicale pour laquelle elle devait avoir selon la famille une simple anesthésie locale, mais qui semble selon les données qui m'ont été transmises avoir été une intervention sous sédation profonde.

Il ne semble pas y avoir de précisions claires sur qui peut induire ou maintenir une sédation profonde ou une anesthésie générale. Cependant, les activités réservées aux inhalothérapeutes prévoient qu'un inhalothérapeute peut « collaborer avec un anesthésiologue » lors d'une anesthésie générale, ce qui me laisse avec plusieurs questionnements sur la possibilité pour un inhalothérapeute de se trouver sans anesthésiologue auprès une personne sous anesthésie générale. Il aurait lieu de clarifier la situation ainsi que pour les cas de sédation profonde.

Par ailleurs, je rappelle que le Guide d'exercice de l'anesthésie de la Société canadienne des anesthésiologistes mentionne bien qu'il est «inacceptable qu'un seul médecin administre une anesthésie, y compris une sédation procédurale profonde, simultanément à la réalisation d'une procédure diagnostique ou thérapeutique, exception faite des interventions réalisées par seule infiltration d'anesthésiques locaux et/ou une sédation minimale». Il y a donc lieu de penser qu'il devrait être accompagné d'un second médecin, en l'occurrence préféablement un anesthésiologue, et non d'un seul inhalothérapeute.

D'autre part, la surveillance clinique qui a été effectuée tant par l'inhalothérapeute que la chirurgienne semble insuffisante, en prenant notamment en considération les alarmes qui ont été arrêtées manuellement pendant la chirurgie. Cette surveillance clinique ne se reflète pas non plus dans les dossiers médicaux qui m'ont été transmis.

J'ai pu constater plusieurs éléments questionnables au cours de mon investigation, entre autres des irrégularités dans la chronologie de la journée du 1^{er} novembre 2022, que je n'arrive pas à reconstituer avec exactitude avec les documents qui m'ont été fournis par la clinique médicale et ses avocats. J'ai cependant pu avoir la corroboration d'une personne qui s'est confié sous le sceau de la confidentialité qu'une pratique préoccupante avait cours à la clinique de chirurgie, à savoir la pratique de deux chirurgies simultanées dans deux salles par la même chirurgienne. En effet, je rappelle qu'alors que Mme [REDACTED] était toujours dans une salle, une seconde chirurgie a été débutée dans une salle adjacente, ce qui a été confirmé par les avocats de la chirurgienne en juillet 2023 ainsi qu'en octobre 2023. Ces derniers m'ont mentionné que Mme [REDACTED] était alors sous la supervision de l'anesthésiologue, mais ce dernier ainsi que d'autres membres du personnel m'ont confirmé que la chirurgienne n'était pas dans la salle à son arrivée.

Dans les informations qui m'ont été communiquées par les avocats du médecin en juillet 2023, il m'a été annoncé que la chirurgienne avait l'habitude d'amener elle-même les patients en salle d'opération, mais qu'il pouvait arriver qu'ils soient accompagnés par un autre membre de l'équipe. Dans le cas spécifique de Mme [REDACTED], la chirurgienne n'avait pas de souvenir à ce sujet, mais c'est pour la phase de préparation ou à la fin de la chirurgie que cette pratique avait cours, les patients demeurant alors sous la surveillance de l'anesthésiologue.

Dans la situation de Mme [REDACTED], il n'y avait toutefois pas d'anesthésiologue qui lui prodiguait des soins, sauf après que des difficultés aient été rencontrées au cours de la chirurgie et pendant le temps d'attente des techniciens ambulanciers paramédics pour le transfert vers l'hôpital. Par ailleurs, les heures de présence de cet anesthésiologue font l'objet d'informations contradictoires dans le dossier de Mme [REDACTED], l'une à l'effet qu'il était présent dans la salle de chirurgie à 18 h 35 et l'autre à 19 h. Je laisserai le soin au Collège des médecins de réviser cette pratique et de voir si elle est conforme aux standards attendus des médecins.

Avec respect, il me semble finalement que les professionnels impliqués dans le dossier de Mme [REDACTED] se lancent mutuellement la balle sur leur responsabilité respective. Je rappelle que mon mandat n'est pas de me prononcer sur la responsabilité criminelle, civile ou déontologique d'une personne, mais je laisserai le soin aux ordres professionnels concernés de réviser la situation en fonction de leurs codes de déontologie et de leurs standards de pratique respectifs.

En conséquence et conformément au pouvoir que la Loi sur les Coroners⁴ m'accorde, je formulerai des recommandations auprès des instances concernées, pour une meilleure protection de la vie humaine, comme le décès de Mme [REDACTED] était évitable à mon avis.

À titre informatif, il serait judicieux qu'une copie du présent rapport soit transmise à l'Association québécoise de chirurgie et à la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée d'anoxie cérébrale sévère.

Il s'agit de complications subies dans le cadre d'une chirurgie.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Collège des médecins du Québec** de :

- [R-1] Réviser la qualité des actes professionnels prodigués le 1^{er} novembre 2022 à la personne décédée et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances ;
- [R-2] Procéder à une inspection professionnelle et de réviser la tenue de dossier de la clinique de chirurgie esthétique concernée et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées afin que le dossier reflète l'état de santé d'un patient et son profil de risque ;
- [R-3] S'assurer que tous les chirurgiens pratiquant la sédation-analgésie disposent d'une formation à jour en matière de soins de réanimation avancés.

Je recommande à l'**Ordre des infirmières et infirmiers du Québec** de :

- [R-4] Prendre les mesures appropriées pour assurer la protection du public tenant compte du fait que l'infirmière en service externe et l'infirmière en service interne n'étaient pas inscrites au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et n'étaient pas autorisées à travailler comme infirmières au Québec, ni à en porter le titre.

⁴ RLRQ, c. 20.

Je recommande au **Collège des médecins du Québec, en sollicitant la collaboration de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, cosignataires du Guide de sédation-analgésie**, de :

- [R-5] Préciser les lignes directrices en matière de sédation profonde et d'anesthésie générale, notamment en ce qui concerne les actes réservés à chacun des professionnels.
-

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrites 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 10 juin 2025.



Me Karine Spénard, coroner