

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-01348

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

Me Julie A. Blondin
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-02-12 Date de l'avis	2025-01348 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
69 ans Âge	Masculin Sexe	
Laval Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-02-12 Date du décès	Laval Municipalité du décès	
Hôpital de la Cité-de-la-Santé Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié à l'aide de pièces d'identification à l'Hôpital de Cité-de-la-Santé.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon le dossier clinique, M. ██████████ se dirige à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé le 11 février 2025. Il se présente au triage de l'urgence de l'hôpital pour des douleurs au niveau de la nuque et au thorax à 14 h 25. Au triage, les données de ses signes vitaux sont dites normales. À 14 h 30, il est évalué par l'infirmière du triage qui lui attribue une priorité très urgente (P-2) et un électrocardiogramme (ECG) est effectué. À 14 h 37, l'infirmière change ensuite sa priorité pour une cote moins urgente (P3) et retourne M. ██████████ dans la salle d'attente sans médication. Il devait être revu toutes les trente minutes. Il est placé dans la salle d'attente et n'est pas revu.

Vers minuit vingt minutes le 12 février 2025, M. ██████████ s'effondre dans la salle d'attente en arrêt cardiorespiratoire. Le personnel s'affaire à trouver une civière et à l'emmener à la salle de réanimation. Le personnel médical tente ensuite de le réanimer sans obtenir de retour de pouls. Le médecin effectue un électrocardiogramme et note la présence d'un infarctus du myocarde. Il constate son décès et avise le Bureau du coroner que la séquence d'événements au triage doit être éclaircie.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Considérant que la cause probable du décès de M. ██████████ est documentée dans son dossier clinique de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, aucun autre examen supplémentaire n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

D'emblée il est important de rappeler que la *Loi sur les coroners* stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle

d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

M. [REDACTED] présentait des facteurs de risque le prédisposant à des problèmes cardiaques. Il souffrait notamment d'hypercholestérolémie et d'hypertension. Il était suivi pour une valvulopathie à l'Institut de cardiologie de Montréal et bénéficiait également d'un suivi auprès de son médecin de famille.

Le 11 février 2025, vers 12 h 30, alors qu'il se penchait vers l'avant à la maison, il a ressenti une douleur aiguë au cou et au thorax, ce qui l'a motivé à se rendre rapidement à l'urgence.

À l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, il a mentionné ressentir principalement une douleur thoracique.

Selon le dossier, une évaluation brève a été effectuée à 14 h 26 par une infirmière qui a noté la présence de douleurs thoraciques. La douleur était à 9/10.

À 14 h 30, l'infirmière du triage l'évalue et lui donne une cote P-2. La douleur thoracique est qualifiée de non cardiaque en fonction de cette priorisation. L'ECG est fait à 14 h 33.

Les notes d'observation font état d'une maladie cardiaque athérosclérotique avec un suivi médical. Le médecin n'a pas été informé des antécédents cardiaques selon les informations obtenues.

À 14 h 37, une réévaluation a été effectuée par l'infirmière du triage, après quoi, M. [REDACTED] a été dirigé vers la salle d'attente.

À partir de 19 h 30, un membre de sa famille est venu lui rendre visite. Il a tenté de manger un fruit et de boire, mais cela ne passait pas. Il éprouvait des douleurs importantes et se rendait régulièrement au triage pour vérifier l'avancement de sa prise en charge, sans obtenir de réponse de l'infirmière du triage.

Le 12 février 2025, un peu après minuit, il s'effondre dans la salle d'attente (à 0 h 20). Il est en arrêt cardiaque et ne présente aucun pouls. Il est transporté en salle de réanimation, où un massage cardiaque est entrepris. Aucun pouls spontané n'est détecté. À l'arrivée de l'équipe médicale, il est ventilé. Le médecin suspecte à ce moment une activité électrique anormale.

Selon le rapport de l'agent de sécurité, celui-ci a débuté son quart de travail à 23 h. Vers 0 h 20, alors qu'il effectuait une ronde de surveillance dans la salle d'attente de l'urgence, il a discuté avec un patient. Pendant ce temps, M. [REDACTED] était assis seul sur une chaise. Il s'est soudainement affaissé vers l'avant et s'est effondré sur le sol, près de l'agent de sécurité. Il a été relevé du sol et transporté sur une civière par le personnel. Aucune réanimation n'a été effectuée à ce moment-là. Plusieurs minutes ont été perdues avant que le personnel n'entame le massage cardiaque, ce qui peut avoir eu un impact sur sa survie.

Selon les notes, aucun bruit cardiaque nouveau n'est détecté. Un pouls est toutefois perceptible durant deux minutes de massage cardiaque, mais ensuite, plus aucun pouls spontané n'est détecté. Le cœur ne battait plus de lui-même (asystolie) et la circulation sanguine était uniquement maintenue uniquement par le massage cardiaque.

Le massage cardiaque a ensuite été pratiqué avec administration de plusieurs médicaments pour favoriser le retour de pouls spontané. Seul un rythme sans pouls a été noté, ce qui correspond à une activité électrique sans pouls.

Un trouble de la conduction électrique a été observé par l'équipe médicale, pouvant indiquer un infarctus du myocarde, ce qui explique son malaise dans la salle d'attente

M. [REDACTED] a présenté un arrêt cardiaque prolongé. L'ECG a révélé des signes de souffrance myocardique suggérant un infarctus sévère.

Les bilans sanguins demandés à 0 h 33 indiquaient un glucose à 6,5 et une créatinine à 123 umol/L. Il s'agit d'un marqueur de la fonction rénale qui peut indiquer dans un contexte de réanimation que le cœur ne pompe plus efficacement et que la circulation de sang aux reins ne se fait pas adéquatement. Pour cause, l'électrocardiogramme fait à 0 h 43 révèle aussi un infarctus aigu.

En date du 11 février 2025, le taux d'occupation à l'urgence était d'environ 173 % ce qui signifie qu'il y avait une situation de surcapacité.

La journée où M. [REDACTED] s'est rendu à l'urgence, certains ont entendu une infirmière dire que les cas non urgents devaient retourner à la maison et revenir le lendemain.

Mon évaluation de la situation se base sur L'*Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ÉTG)¹. Il s'agit d'un Guide d'implantation canadien élaboré par l'Association canadienne des médecins d'urgence. Cet outil indique les niveaux de priorités attribués au patient lors d'un triage.

Le rôle de l'infirmière de triage est aussi précisé dans ce guide. Elle a six rôles bien définis. Elle accueille les patients et leur famille. Elle effectue une évaluation visuelle rapide. Elle documente l'évaluation. Elle assigne un niveau de triage au patient en utilisant un guide approprié. Elle accompagne le patient jusqu'aux aires de traitements, le cas échéant. Elle donne un rapport à l'infirmière de l'aire de traitement ou au médecin d'urgence. Elle informe le patient des délais d'évaluation. Elle informe le patient de signaler tout changement dans leur état de santé.

Ce guide indique que pour un niveau de priorité II, que les patients qui se présentent avec une douleur non traumatique de type viscéral sont le plus souvent victime d'un syndrome coronarien. Le guide indique aussi qu'il s'agit de symptômes très difficiles à dépister.

Les infirmières peuvent aussi utiliser un autre outil complémentaire fourni par l'Ordre des infirmières du Québec : *Triage à l'urgence ; lignes directrices*².

Selon cet outil, l'infirmière qui se trouve dans l'impossibilité d'assurer la réévaluation des patients doit en aviser son supérieur dans les plus brefs délais³. De même, si elle a un doute, elle devra indiquer une priorité supérieure afin de ne pas causer préjudice au patient.

Dans le cas de M. [REDACTED], une priorité III, condition urgente lui a été attribué par le processus de triage.

¹ Association canadienne des médecins d'urgence, Guide d'implantation, l'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG), 1998.

² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025). *Triage à l'urgence – Lignes directrices*. <https://www.oiiq.org/en/triage-a-l-urgence-lignes-directrices>

³ Ibid., p. 22

Niveaux	Délais de prise en charge médicale	Détails
1	Prise en charge immédiate	Réanimation : conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention énergique et immédiate.
2	15 minutes	Très urgent : conditions qui menacent la vie, l'intégrité d'un membre ou de sa fonction et exigeant une intervention médicale rapide.
3	30 minutes	Urgent : conditions souvent associées à un inconfort important et à une incapacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
4	60 minutes	Moins urgent : conditions variables selon l'âge et le degré de détresse du patient et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5	120 minutes	Non urgent : conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

Source : **ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). Évaluation complète – Triage.** Gouvernement du Québec.
<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/evaluation-complete-triage/>

Dès son évaluation de priorité, je constate que le *Guide d'implantation ÉTG* ne semble pas avoir été appliqué par le personnel de triage.

Je constate que la réévaluation de M. [REDACTED] n'a pas été faite pendant l'attente. Il est resté pratiquement 10 heures dans l'aire d'attente sans être réévalué.

M. [REDACTED] a basculé sur le sol dans l'aire d'attente selon les images de la vidéo de surveillance. La vidéo des caméras de sécurité obtenue montre qu'il a été placé sur une civière par le personnel, mais que les manœuvres ne semblent pas avoir débuté pendant son évacuation de la salle d'attente.

Une plainte à la Commissaire à la qualité des soins et des services de l'établissement a été déposée par la famille.

Par ailleurs, certaines lacunes dans la pratique des infirmières ont été constatées par la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval que nous ne pouvons commenter. Des mesures ont été prises à cet effet par celle-ci.

Mesures correctives mises en place depuis le décès :

Dans le cadre de mon investigation, j'ai constaté que certaines mesures correctives ont été mises en place depuis le décès de M. [REDACTED].

En effet, le Bureau de gestion intégrée de la qualité des risques, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique ont procédé à une revue de cet événement. Plusieurs lacunes ont été identifiées au niveau de la prise en charge de M. [REDACTED] à l'urgence dans le processus de triage. Un plan d'action a été mis de l'avant avec un échéancier. Le plan d'action sera suivi jusqu'à sa mise en place complète par ce bureau.

Il implique les quatre recommandations suivantes :

- 1) **Finaliser l'analyse de la pratique des infirmières impliquées dans le triage, la réévaluation et la prise en charge de l'usager suite à sa perte de connaissance dans la salle d'attente et assurer le suivi requis des recommandations ;**
- 2) **Mettre en place des mesures afin d'améliorer la prise en charge des usagers dès l'arrivée à l'urgence (incluant le triage, la réévaluation et la prise en charge dans des situations de perte de conscience) ;**
- 3) **Améliorer le processus de priorisation des usagers en salle d'attente ;**
- 4) **Améliorer l'organisation de travail, lorsque possible, lors de volume très élevé à l'urgence.**

Malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler une recommandation au nom de la protection de la vie humaine, afin de nous assurer qu'une telle tragédie ne se reproduise plus.

L'ensemble des éléments recueillis indique que M. [REDACTED] a eu un malaise de nature cardiaque et qu'il s'est effondré dans la salle d'attente.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un infarctus aigu dans un contexte où la réanimation a été entreprise avec un délai.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, duquel relève l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé** :

- [R-1]** Dispense une formation au personnel de l'urgence afin d'assurer que le triage des usagers respecte rigoureusement les lignes directrices établies par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2025) en matière de triage à l'urgence (*OIIQ, 2025*) ainsi que le Guide d'implantation de *l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ÉTG).

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 11 décembre 2025.

Me Julie A. Blondin, coroner