

# Rapport d'enquête

**2022-00278**

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

**Jean Malavoy**

2020-06488

M<sup>e</sup> Julie-Kim Godin

## **Table des matières**

INTRODUCTION .....	3
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE .....	3
CIRCONSTANCES DES DÉCÈS .....	3
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES.....	5
ANALYSE .....	5
CAUSE DE DÉCÈS.....	12
RECOMMANDATIONS .....	12
LA PROCÉDURE .....	13
LISTE DES PIÈCES.....	14

## **1. INTRODUCTION**

Le 2 octobre 2020, une coroner, M<sup>e</sup> Francine Danais, a été avisée du décès de M. Jean Malavoy, ce dernier étant décédé à l'Hôpital de Hull consécutivement à une rupture de la rate.

Le 10 février 2022, la coroner en chef du Québec, M<sup>e</sup> Pascale Descary, a ordonné la tenue d'une enquête publique concernant le décès de M. Malavoy. Plusieurs questions importantes demeuraient en suspens et il s'avérait essentiel d'assigner des témoins afin d'y répondre.

Plus particulièrement, la présente enquête avait pour but d'établir et de comprendre la trajectoire de soins de M. Malavoy, les décisions prises, les circonstances entourant la panne de l'appareil de tomodensitométrie (plus communément appelé CT-scan) de l'Hôpital de Hull survenue dans la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 octobre 2020 et de formuler, au besoin, des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

Le présent rapport fait suite aux audiences d'enquête publique, qui se sont tenues du 19 au 22 septembre 2022 au palais de justice de Gatineau.

## **2. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

M. Jean Malavoy, âgé de 71 ans, est décédé le 2 octobre 2020. Il a été identifié visuellement par une proche sur les lieux de son décès.

## **3. CIRCONSTANCES DU DÉCÈS**

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, en fin de soirée, M. Malavoy est tombé dans les escaliers de son domicile. Une proche ayant entendu un bruit inattendu s'est aussitôt déplacée et a retrouvé M. Malavoy sur un palier des escaliers. Il présentait un traumatisme au niveau de la tête et des douleurs au dos. Il a brièvement perdu conscience. La centrale 9-1-1 a été avisée vers 23 h 29.

Des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) sont arrivés auprès de M. Malavoy vers 23 h 45 et l'ont évalué. Puis, ils l'ont transporté à l'Hôpital de Hull.

En cours de route, les TAP ont contacté le personnel de l'urgence de l'Hôpital de Hull afin de leur communiquer les informations pertinentes quant à l'état de M. Malavoy.

Le 2 octobre 2020, vers 0 h 20, M. Malavoy est arrivé à la salle de choc de l'Hôpital de Hull, où la médecin de garde l'attendait. Cette dernière a noté qu'il était conscient, avait fait une chute dans les escaliers, avait subi un traumatisme crânien et se plaignait d'une douleur au dos. Il était hypotendu (tension artérielle basse), anticoagulé et en fibrillation auriculaire rapide. Elle jugeait que son état hémodynamique était précaire et a soulevé différentes hypothèses diagnostiques dont un choc d'origine hémorragique, neurogénique ou cardiogénique. La médecin lui a prescrit des examens, soit une radiologie des poumons, une échographie abdominale et un CT-scan cérébral-cervical-thorax-abdomen-pelvis, afin de préciser le diagnostic et le plan de traitement. Elle lui a également prescrit un soluté et un médicament (Levophed®).

Vers 1 h, M. Malavoy s'est soumis à un examen radiologique des poumons et à une échographie abdominale à la salle de choc. La présence de fractures au niveau des côtes a alors été confirmée. Aucun saignement ou liquide libre n'a été mis en lumière.

Le CT-scan étant alors en panne, le médecin de l'urgence a demandé que M. Malavoy soit transféré en urgence à un autre hôpital afin d'y subir ce test qui s'avérait essentiel pour poser un diagnostic et établir un plan de traitement. Une ambulance qui était déjà sur les lieux a pris en charge M. Malavoy vers 1 h 30. Un résident en médecine et une infirmière ont accompagné M. Malavoy lors du transfert.

Vers 1 h 45, M. Malavoy est arrivé en ambulance à l'Hôpital de Gatineau. Vers 1 h 50, il a été installé dans la salle du CT-scan. Celui-ci a dû être redémarré en raison d'un problème technique imprévu. L'examen a ensuite pu être complété et a mis en lumière la présence d'une rupture de la rate et d'un saignement interne actif abondant. Ce traumatisme a vraisemblablement été causé au moment de sa chute dans les marches et constituait une urgence chirurgicale.

La médecin de l'urgence de l'Hôpital de Hull a rapidement été avisée de la situation par le résident qui accompagnait M. Malavoy.

M. Malavoy, qui était toujours conscient, a été amené à la salle de choc de l'Hôpital de Gatineau. Une médecin de l'Hôpital de Gatineau a été avisée de la situation et est venue évaluer M. Malavoy. Ce dernier a reçu des transfusions sanguines de même qu'une médication (Cyklokapron®) pour tenter de stabiliser son état.

La médecin de l'Hôpital de Gatineau a tenté de joindre la chirurgienne de garde à son hôpital, mais celle-ci était déjà au bloc opératoire auprès d'un autre patient et ne pouvait prendre en charge M. Malavoy dans l'immédiat. Il n'y avait pas d'autre chirurgien de disponible. Par conséquent, la décision a été prise de retourner en urgence M. Malavoy à l'Hôpital de Hull.

M. Malavoy a quitté l'Hôpital de Gatineau en ambulance vers 2 h 46.

La chirurgienne de garde à l'Hôpital de Hull a été avisée de la situation vers 2 h 50. Étant alors à son domicile, elle s'est dirigée vers le centre hospitalier.

Vers 2 h 55, M. Malavoy est arrivé à l'Hôpital de Hull. Un protocole de transfusion massive a été débuté, un test pour la COVID-19 a été fait et une échographie (FAST echo) a été effectuée. Celle-ci confirmait alors la présence de sang dans l'abdomen.

Vers 3 h 30, M. Malavoy a été évalué par une chirurgienne et a donné son consentement pour être opéré en urgence. Tous les préparatifs nécessaires ont ensuite pu être complétés pour procéder à la chirurgie.

Vers 4 h 20, M. Malavoy est entré en salle opératoire. À la suite de l'anesthésie et de l'intubation, M. Malavoy a souffert d'un arrêt cardiaque qui a requis des manœuvres de réanimation. Une fois qu'un pouls a été retrouvé, la chirurgie consistant en une splénectomie a pu être effectuée. Vers la fin de l'intervention, M. Malavoy a présenté une tachycardie ventriculaire (son cœur battait de manière inefficace) et un traitement pour retrouver un rythme normal a dû être fait (soit une cardioversion). L'intervention a été complétée avec succès vers 7 h.

En postopératoire, M. Malavoy a été pris en charge par l'équipe de l'unité des soins intensifs. En dépit des traitements prodigués, son état s'est dégradé. Ses proches ont été rencontrés en après-midi et ont été informés de la situation. La décision a été prise de lui offrir des soins de confort.

M. Malavoy s'est éteint le 2 octobre 2020 à 17 h 40 entouré de ses proches à l'Hôpital de Hull.

#### **4. EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Des échantillons sanguins *ante mortem* (prélevés avant le décès de M. Malavoy, soit le 2 octobre 2020 à l'Hôpital de Hull) ont été saisis et analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal.

Des médicaments qui lui étaient prescrits ont été retrouvés, mais ne sont pas contributifs au décès. L'alcoolémie était de 54 mg/dL (à titre de comparaison, la limite légale pour la conduite d'un véhicule est inférieure à 80 mg/dL).

Comme les lésions ayant entraîné le décès de M. Malavoy sont bien documentées à ses dossiers médicaux de l'Hôpital de Hull et de l'Hôpital de Gatineau, aucune expertise additionnelle n'a été requise.

#### **5. ANALYSE**

##### ***Remarques préliminaires***

Il importe de mentionner qu'il n'est pas dans le mandat du coroner d'évaluer les gestes professionnels, la qualité des soins prodigués ou la compétence des professionnels impliqués. De plus, la Loi sur les coroners interdit aux coroners de se prononcer sur la responsabilité civile, déontologique ou criminelle d'une personne. Il existe des mécanismes à cet effet et des organismes dont le mandat est spécifiquement d'assurer la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres et la protection du public.

Ainsi, la présente enquête n'a nullement pour objectif de se prononcer sur la responsabilité d'une personne ni de rechercher des coupables.

L'ensemble du processus appelle plutôt à la collaboration de tous dans un intérêt commun : la protection de la vie humaine.

##### ***Portrait de M. Malavoy***

M. Malavoy était un homme actif qui était fort apprécié de ses proches et de son entourage. Il œuvrait dans le domaine des communications et des arts en plus de s'impliquer activement au sein de sa communauté. Il était reconnu comme étant un passionné de culture et un fervent défenseur de la culture franco-ontarienne.

Au niveau de ses antécédents médicaux, il présentait notamment une maladie coronarienne athérosclérotique, de l'hypertension, de la dyslipidémie et une insuffisance cardiaque. Il prenait une médication (dont des anticoagulants) et bénéficiait d'un suivi médical régulier.

M. Malavoy avait une vie personnelle et professionnelle active.

### ***Hôpital de Hull***

L'Hôpital de Hull fait partie du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) et a la désignation de centre de traumatologie de niveau secondaire régional. Par conséquent, il doit être en mesure d'accueillir des usagers polytraumatisés et répondre à une série d'exigences en ce sens. Par exemple, il doit disposer des équipes et de l'équipement spécialisés pertinents. Les cas de traumatologie survenant sur le territoire du CISSSO doivent donc être amenés vers l'Hôpital de Hull.

À la suite de sa chute, M. Malavoy a subi un traumatisme. C'est dans ce contexte qu'il a été transporté au centre de traumatologie de son secteur, soit l'Hôpital de Hull.

Même si on savait que le CT-scan était en panne, il a été présenté en preuve qu'il n'y avait pas d'indication de détourner l'ambulance vers un autre hôpital.

### ***CT-scan***

Plusieurs témoins entendus ont confirmé qu'un des meilleurs examens pour objectiver la présence d'un saignement chez un patient polytraumatisé est un CT-scan. Cet examen est irremplaçable. Ainsi, un centre de traumatologie devrait avoir au moins un CT-scan fonctionnel, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il s'agit d'ailleurs d'une exigence essentielle pour exploiter un centre de traumatologie secondaire régional.

L'Hôpital de Hull détenait un CT-scan qui avait été acquis en 2007 et avait une durée de vie d'environ 10 ans.

Dès 2015, en raison des besoins grandissants, des discussions ont été entamées par le département de radiologie pour demander un deuxième CT-scan. Celui-ci était jugé essentiel par l'équipe en place.

Au surplus, dans une lettre datée du 22 mars 2017, des médecins intensivistes de l'Hôpital de Hull se sont mobilisés et ont transmis une lettre à la direction de l'établissement pour les aviser de la nécessité d'avoir au minimum deux CT-scans. Afin d'illustrer l'urgence de la situation, ils ont rapporté des cas réels où les interruptions de service du CT-scan ont entraîné des conséquences indésirables graves sur la santé de leurs patients et la qualité des soins (pièce C-6).

Ces médecins avaient ainsi clairement nommé les risques liés à n'avoir qu'un seul CT-scan, qui était par ailleurs en fin de vie, au sein d'un établissement de traumatologie.

Or, en octobre 2020, l'Hôpital de Hull ne disposait toujours que d'un seul CT-scan. Celui-ci arrivait au terme de sa vie utile et était parmi les plus occupés au Canada (selon l'information obtenue par le chef de département de radiologie). Selon plusieurs témoins, il faisait en plus l'objet de pannes fréquentes.

En résumé, on savait depuis plusieurs années qu'il y avait des risques pour la sécurité des usagers à n'avoir qu'un seul CT-scan et qu'il y aurait éventuellement d'autres victimes si des changements n'étaient pas faits, rendant la situation d'autant plus intolérable.

## ***Planification du remplacement du CT-scan***

La Direction des technologies biomédicales et de l'information (DTBI) du CISSSO gère entre autres les appareils d'imagerie de ses établissements, dont le CT-scan de l'Hôpital de Hull. Elle tient ainsi à jour un inventaire de tous ses appareils, qui contient l'historique et toutes les informations pertinentes de chaque appareil.

Cet inventaire permet également de prévoir un échéancier pour le remplacement de ses appareils. Il revient ultimement à l'établissement de hiérarchiser le processus de remplacement de ses appareils.

En 2016, son système d'inventaire a signalé qu'il était venu le temps de prévoir le remplacement du CT-scan de l'Hôpital de Hull. En effet, sa durée de vie utile estimée arrivait à échéance en 2017.

Celui-ci a été inscrit au Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En d'autres termes, on a commencé à prévoir son remplacement et la période visée était 2018-2019.

Jusqu'à la transmission de la lettre des médecins intensivistes à la Direction de l'Hôpital de Hull (en mars 2017), le projet de remplacement du CT-scan semblait stagner.

Puis, le 30 mars 2017, soit quelques jours après la transmission de cette lettre, le CISSSO a avisé le MSSS de l'urgence d'obtenir deux CT-scans et un second appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Une autre année s'est ensuite écoulée. Est-ce que des enjeux de sous-financement, de priorisation des projets ou de planification ont contribué aux délais ?

Le 27 avril 2018, le CISSSO a préparé un prémandat concernant ses besoins et son souhait de remplacer son CT-scan.

En mai 2018, le MSSS a approuvé le projet d'acquisition de deux nouveaux CT-scans, d'un appareil d'IRM de même que la création de locaux adaptés. Plusieurs directions ont été impliquées dans ce projet, qui devait par ailleurs respecter des normes précises, dont le processus des achats regroupés du Centre d'acquisitions gouvernementales du gouvernement du Québec. En d'autres termes, l'achat de cet équipement était régi par un processus bien précis.

Un autre délai de près d'un an s'est ensuite écoulé avant que le projet d'acquisition des CT-scans n'avance.

Voici un bref résumé des étapes qui ont suivi :

<b>15 mars 2019 :</b>	Dépôt du mandat préparé par le CISSSO
<b>22 juillet 2019 :</b>	Adjudication du contrat pour les CT-scans (à la suite d'un appel d'offres)
<b>Entre juillet et novembre 2019 :</b>	Développement du projet CT-scans, présentation de la solution et de la configuration des équipements (entente sur les particularités)
<b>À partir du 30 octobre 2019 :</b>	Début des rencontres en lien avec le projet d'aménagement des nouveaux locaux des CT-scans
<b>28 novembre 2019 :</b>	Émission du bon de commande au fournisseur pour l'acquisition des appareils
<b>Mai 2020 :</b>	Appel d'offres en lien avec l'aménagement des nouveaux locaux des CT-scans
<b>22 juin 2020 à décembre 2020 :</b>	Exécution des travaux d'aménagement des nouveaux locaux des CT-scans
<b>Décembre 2020 à janvier 2021 :</b>	Fin des travaux et installation de l'équipement
<b>Janvier et février 2021 :</b>	Mise en opération des deux CT-scans

Tout le processus pour remplacer cet appareil indispensable à la mission de l'établissement aura ultimement pris environ 5 ans. Des délais difficilement justifiables se sont accumulés entre 2016 et 2019. Ces délais semblent essentiellement découler du CISSSO.

Questionnés sur les délais rencontrés, des représentants du CISSSO ont mentionné que la complexité du processus d'acquisition et les conséquences de la pandémie à la COVID-19 ont pu contribuer aux délais. Aucun motif précis quant aux délais rencontrés avant 2019 n'a été nommé. On s'est contenté d'observer que le projet a tardé à démarrer.

Une meilleure planification, de plus grandes ressources et un leadership fort dès 2016 auraient certainement permis d'accélérer le processus d'acquisition de ces appareils essentiels.

Face à ces constats et dans le cadre de la présente enquête, le CISSSO a proposé des actions pour accélérer l'acquisition d'équipement pour l'avenir (pièce C-22). Notamment :

*Une fois l'équipement est planifié et le budget approuvé, entamer le processus d'appel d'offres sans délai ;*

- *Améliorer la coordination entre le GBM [génie biomédical] et l'équipe projet de la DLST [Direction de la logistique et services techniques] ;*
- *Réfléchir à améliorer la réalisation des projets de construction et de réaménagement liés aux équipements médicaux lourds afin de réduire les délais. Pour ce faire, un comité conjoint entre la DTBI*

[Direction des technologies biomédicales et de l'information], *DLST (volet projet et volet approvisionnement)* et *DQEPE* [Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique] *pourrait être mis en place ;*

- *Identifier les équipements critiques par rapport à la mission et voir à négocier avec les fournisseurs de service des ententes pour réduire le temps de réponse (paramètres à considérer : Point de service le plus proche, disponibilité des pièces de rechange, qualité des techniciens, consignation des pièces de rechange critique...);*
- *Prévoir dans nos appels d'offres des exigences en lien avec le temps de réponse, la disponibilité des pièces de rechange, prêt d'équipement s'il y a lieu ;*
- *Évaluer systématiquement le programme de maintenance préventive en mettant l'emphase sur les équipements critiques ;*
- *Finaliser la mise en œuvre de la structure GBM basée sur la création des pôles de compétences. Exemple : nous avons dédié un ingénieur biomédical pour l'imagerie médicale, un poste de coordonnateur technique a été créé pour chapeauter des techniciens spécialisés en imagerie médicale (Pôle de l'imagerie médicale).*

Il serait judicieux d'ajouter à ces actions l'identification de personnes responsables de veiller à la planification et à la coordination efficaces de l'acquisition des appareils médicaux.

### ***Bris du CT-scan et transferts interhospitaliers***

Venons-en maintenant aux évènements des 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2020.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, en soirée, le CT-scan de l'Hôpital de Hull a été utilisé et une problématique avec l'appareil a été notée. La technologue a redémarré l'appareil et l'injecteur, mais le problème a persisté. Elle a donc informé la coordonnatrice d'activités que le CT-scan était hors service. La coordonnatrice a ensuite avisé le technicien en génie biomédical de garde de la situation. Il était alors environ 23 h 15 (pièces C-28 et C-9).

Vers 23 h 35, le technicien en génie biomédical est arrivé sur les lieux afin de réparer le CT-scan. Il a identifié un problème de surchauffage qui découlait du refroidisseur de l'appareil. La coordonnatrice des activités a été avisée que l'appareil serait hors service pendant un certain temps. La procédure en cas de bris d'équipement devait conséquemment être appliquée.

Puis, le technicien a trouvé une solution temporaire pour remettre l'appareil en fonction, en attendant la réception d'une nouvelle pièce pour remplacer celle qui était défectueuse. Il a ensuite fait des tests qui ont permis de confirmer que l'appareil était fonctionnel.

Le 2 octobre 2020, vers 1 h 50, le technicien a informé le technologue et la coordonnatrice que le CT-scan était fonctionnel (selon son témoignage et la pièce C-9). Il n'a toutefois pas été possible de confirmer à quel moment l'urgence et les départements concernés ont été avisés ; aucune note n'a été consignée à cet égard.

Or, le CT-scan était fonctionnel avant 1 h 50. En effet, selon le rapport d'utilisation de l'appareil, il a été utilisé pour effectuer un examen de 1 h 29 à 1 h 43 (qui avait été demandé à 0 h 27). Bien que le technicien en génie biomédical assiste généralement aux deux premiers examens qui sont effectués après une réparation, il a témoigné qu'il n'avait pas

assisté à cet examen. Pourquoi aurait-il quitté avant l'examen de 1 h 29 et attendu aussi longtemps (jusqu'à 1 h 50) pour confirmer la remise en fonction du CT-scan ? On ne le sait pas.

Aucun témoin n'a été en mesure de préciser davantage la chronologie des événements ou de confirmer l'heure exacte du retour en fonction du CT-scan.

À la lumière de ce qui précède, je retiens que le CT-scan était de retour en opération à 1 h 29. La coordonnatrice et le personnel de l'urgence n'ont vraisemblablement pas été avisés dans l'immédiat.

Ainsi, comme la seule information dont disposait la médecin de garde vers 1 h – 1 h 30 était que le CT-scan était en panne, elle a décidé de transférer M. Malavoy à l'Hôpital de Gatineau pour qu'il y subisse en urgence cet examen essentiel. Par ailleurs, il n'y avait pas de test alternatif possible et il n'était pas envisageable de prévoir un traitement (telle une chirurgie) sans d'abord avoir un diagnostic.

Avant d'ordonner le transfert, le personnel de l'urgence n'a pas cherché à connaître la durée des travaux de réparation ni à vérifier s'ils étaient complétés. Par ailleurs, il n'a pas été avisé promptement du délai des travaux ni de la remise en fonction du CT-scan.

Dans les faits, M. Malavoy a quitté en ambulance vers 1 h 33. Au même moment, le CT-scan de l'Hôpital de Hull était fonctionnel et en cours d'utilisation.

Le transfert vers l'Hôpital de Gatineau a généré des délais additionnels de près de deux heures :

- Préparation et transfert en ambulance vers l'Hôpital de Gatineau ;
- Redémarrage du CT-scan de l'Hôpital de Gatineau en raison d'un problème technique ;
- Communications et échanges d'informations entre les médecins de l'Hôpital de Hull et de l'Hôpital de Gatineau à la suite du CT-scan, incluant les démarches pour contacter la chirurgienne de garde de Gatineau et décider du lieu pour opérer ;
- Préparation et retour en ambulance vers l'Hôpital de Hull.

Si les procédures et la communication avaient été optimales, il est bien possible que M. Malavoy soit demeuré à l'Hôpital de Hull pour y subir son CT-scan. Dans ce cas, les transferts interhospitaliers auraient été évités et les délais auraient certainement été réduits. M. Malavoy aurait été opéré plus rapidement et son pronostic en aurait bénéficié.

Subsidiairement et suivant la prémisse où un transfert interhospitalier devait avoir lieu, il aurait pu être judicieux d'aviser plus tôt la médecin de l'urgence et la chirurgienne de l'hôpital receveur du transfert de M. Malavoy. Celles-ci auraient pu se préparer aux différentes éventualités, dont la détérioration de l'état de M. Malavoy ou une chirurgie en urgence. De plus, la chirurgienne de Gatineau aurait disposé de plus d'information avant de décider d'entrer en salle opératoire avec un autre patient.

Cela étant dit, au moment des événements, il n'était pas possible d'opérer en urgence M. Malavoy à l'Hôpital de Gatineau. Selon les médecins entendus, M. Malavoy était suffisamment stable pour être transféré à l'Hôpital de Hull, qui était doté d'une plus grande

expertise et où il allait pouvoir être opéré en urgence. Il était donc dans son meilleur intérêt de retourner à l'Hôpital de Hull.

### ***Pistes d'amélioration***

L'Hôpital de Hull n'avait qu'un seul CT-scan au moment des évènements et celui-ci était en panne. Cette possibilité d'interruption de service était un risque connu, qui a toutefois été réglé par l'acquisition de deux nouveaux CT-scans en 2021.

L'Hôpital de Hull avait un protocole en cas de bris d'appareil, mais celui-ci n'a toutefois pas mené à une intervention et à des communications optimales. Au surplus, les actions posées n'ont pas été bien consignées et le registre des appels de service (« call log ») n'a jamais été retrouvé. Ainsi, il n'a pas été possible de confirmer avec précision la chronologie des évènements ni quand et comment les différents intervenants ont été avisés du bris du CT-scan, du suivi des réparations et de sa remise en opération. Des améliorations s'imposent.

Au cours de la présente enquête, le CISSSO nous a présenté les enjeux qu'il a identifiés plus particulièrement au niveau de la communication, des délais d'intervention et de la gestion, de même que les actions mises en place (ou qui sont en processus d'être mises en place) pour y répondre (pièce C-22), dont :

#### *Au niveau de l'imagerie médicale :*

- *L'entretien des deux SCAN est réalisé à des dates différentes afin d'éviter un bris de service ;*
- *Refaire l'algorithme décisionnel en cas de bris de service pour tous les appareils de l'imagerie médicale en février 2022 — En cours de révision, depuis le mois d'août 2022 ;*
- *Mise en place d'un cartable de garde structuré pour le département de l'imagerie médicale (les cadres sup de garde sont orientés et connaissent bien la procédure à suivre en cas de bris d'équipement) ;*
- *Meilleure coordination entre le département d'imagerie médicale et la DSPPC [Direction des services professionnels et de la pertinence clinique] lors de bris d'équipement ;*
- *Révision des notes de service pour l'avis d'un bris de service.*

#### *Au niveau des soins infirmiers :*

- *Une vigie sera faite aux 30 minutes par le cadre de garde de la DSI, la personne de garde à la DTBI, les autres directions concernées (s'il y a lieu) et le technicien du service touché et de bien communiquer l'évolution de la situation du bris et des démarches en cours pour la réparation en temps réel ;*
- *Le cadre de garde de la DSI assure la communication de l'évolution de la situation aux coordonnateurs d'activités de l'installation touchée par le bris et de l'installation qui assure le corridor de détournement du service ;*
- *Les coordonnateurs d'activités des 2 installations transmettent en temps réel l'information sur l'évolution de la situation aux services cliniques concernés par le bris et le corridor de détournement.*

Au cours des auditions, j'ai perçu une volonté du CISSSO de collaborer et de bonifier ses manières de faire afin de prévenir des décès. Il a tiré plusieurs leçons des présents évènements, qu'il utilise comme histoire de cas auprès des résidents et pour la formation.

J'ai également retenu que le CISSSO améliorera ses procédures en cas de bris, consolidera les responsabilités des intervenants impliqués et bonifiera les canaux de communication incluant lors de transferts interhospitaliers. Sur la base de ses engagements, mes recommandations seront plus limitées.

Pour conclure, je tiens à rappeler que la santé et la sécurité des usagers devraient toujours gouverner la prise des décisions et la prestation de services au sein de nos établissements de santé et de services sociaux.

Je conviens que la gestion de bris techniques et de l'achat d'un appareil de radiologie spécialisé est complexe. En revanche, cette complexité ou la lourdeur administrative ne devrait pas devenir une excuse à des délais indus ou à des ruptures de service.

Il faut continuer d'améliorer et d'accélérer le processus d'acquisition de l'équipement médical essentiel pour assurer des soins et des services de haute qualité, la raison d'être des services de santé étant les usagers.

## **6. CAUSE DE DÉCÈS**

M. Jean Malavoy est décédé des complications secondaires à sa chute du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## **7. RECOMMANDATIONS**

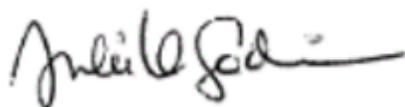
Afin de mieux protéger la vie humaine, je recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais

- De poursuivre et d'intensifier ses actions dans le but d'optimiser la planification et le processus d'acquisition de l'équipement médical requis afin de prévenir tout bris de service ou diminution de la qualité des soins.

Des responsables de projet doivent notamment être nommés et tenus responsables de la planification, de l'acquisition et de l'installation de l'équipement requis ;

- De poursuivre et d'intensifier ses actions dans le but de réduire les délais en cas de bris ou d'interruption de service d'un équipement médical, d'améliorer les communications et de prévenir la survenance d'incidents ou d'accidents pour ses usagers.

Montréal, le 12 octobre 2023.



Me Julie-Kim Godin, coroner

## ANNEXE I

### LA PROCÉDURE

Les audiences publiques se sont déroulées au palais de justice de Gatineau du 19 au 22 septembre 2022 inclusivement.

J'ai reconnu comme parties intéressées lors des audiences :

- M<sup>me</sup> Carol Mundle et M<sup>me</sup> Isabelle Malavoy Mundle, soit la conjointe et la fille de M. Malavoy ;
- Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais qui est représenté par M<sup>e</sup> Danielle Pharand ;
- D<sup>rs</sup> Josée Bussièrès, Gabrielle Gauvin, Marie-Noël Labrecque, Racine Sanou, Gauri Nadkarni et Jean-François Brouillette qui sont représentés par M<sup>e</sup> Marie-Ève Bélanger (McCarthy Tétrault).

J'ai également reçu une demande de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, mais elle a retiré sa demande le 29 août 2022.

J'ai été assistée, tout au long de ces journées d'audition, par M<sup>e</sup> Julie Roberge, qui était procureure au Bureau du coroner.

La preuve documentaire a été déposée sous les cotes C-1 à C-28 et 18 témoins ont été entendus. Les pièces marquées d'un astérisque sont frappées d'une ordonnance de non-publication et de non-divulgateion.

Lors de la dernière journée des audiences, soit le 22 septembre 2022, M<sup>me</sup> Mundle a fait des représentations.

**ANNEXE II**  
**LISTE DES PIÈCES**

<b>Cote</b>	<b>Description</b>
<b>C-1</b>	Ordonnance pour désigner un autre coroner (2021-11-04)
<b>C-2</b>	Ordonnance d'enquête publique (2022-02-10)
<b>C-3 *</b>	Enregistrement de l'appel au 911 du 1 <sup>er</sup> octobre 2020
<b>C-4 *</b>	Dossier de la Coopérative des paramédics de l'Outaouais (Rapports d'intervention préhospitalière du 2020-10-01 et 2020-10-02)
<b>C-5 *</b>	Dossier médical de M. Malavoy auprès de l'Hôpital de Hull (Tome 1 reçu le 15 décembre 2021 ; Tome 2 reçu le 16 décembre 2021)
<b>C-5.1 *</b>	Notes de D <sup>r</sup> Raphaël Hamad (rédigées le 2/10/2020 à 1 h 30 et 3 h 30)
<b>C-5.2 *</b>	Rapports de radiologie des poumons (examens du 2/10/2020 à 0 h 54 et 10 h 50)
<b>C-6</b>	Lettre du D <sup>r</sup> Jean-François Brouillette et autres signataires adressée au D <sup>r</sup> Morissette (2017-03-22)
<b>C-7 *</b>	Dossier médical de M. Malavoy auprès de l'Hôpital de Gatineau
<b>C-7.1 *</b>	Notes tardives du D <sup>re</sup> Marie-Noël Labrecque
<b>C-7.2 *</b>	Rapport de radiologie (scanner cérébral et cervical, angioscanner thoracoabdominal et scanner abdomino-pelvien du 02/10/2020 à 1 h 24 — D <sup>r</sup> Racine Sanou)
<b>C-8 *</b>	Rapport d'expertise en toxicologie — LSJML
<b>C-9</b>	Rapport d'intervention (tomodensitomètre scan) daté du 02/10/2020
<b>C-9.1</b>	Rapport de service — Canon Medical Systems Canada Limited (Commande Refroidisseur)
<b>C-10</b>	Déclaration assermentée — D <sup>r</sup> Raphaël Hamad
<b>C-11</b>	Lettre de la part du responsable de l'accès à l'information du CISSSO du 7 juillet 2022 en réponse à des questions formulées par le Bureau du coroner
<b>C-11.1</b>	Note de service en cas de bris de tomodensitomètre (scan) — Hôpital de Hull
<b>C-11.2</b>	Historique de maintenance du tomodensitomètre (scan) entre le 1 <sup>er</sup> octobre 2018 et le 20 octobre 2020
<b>C-11.3</b>	Utilisation du scan les 2 et le 3 octobre 2020
<b>C-11.4</b>	Engagement n° 1 pris par le CISSSO — Tomodensitométrie - Contrôle de qualité

Cote	Description
	hebdomadaire (Redémarrages)
<b>C-11.5</b>	Engagement n° 2 pris par le CISSSO — Examens de SCAN réalisés durant la nuit du 2 octobre (Registre manuscrit)
<b>C-12</b>	Documents en liasse en lien avec l'achat et l'entretien CT-SCAN
<b>C-13</b>	Documents en liasse en lien avec les procédures ou protocoles si bris CT-SCAN
<b>C-13.1</b>	Ancien gabarit de note de service — Arrêt programmé ou bris du tomodensitomètre (scan) — Document utilisé avant 2021
<b>C-13.2</b>	Destinataires de la note de service — Bris ou arrêt programmé — En tout temps — Document utilisé après février 2022, Direction des services multidisciplinaires et à la communauté
<b>C-13.3</b>	Bris ou arrêt programmés d'appareil — Logigramme 2022-02-14 — Document utilisé après février 2022 DSMC et DSPPC
<b>C-13.4</b>	Trajectoire de soutien — Imagerie médicale (révision 2022-08-00) — Document utilisé depuis août 2022 DSMC
<b>C-13.5</b>	Guide pour la garde des cadres de la DSMC — Services diagnostiques – Document utilisé après juin 2022
<b>C-14</b>	Documents en liasse sur le bris du CT-SCAN du 1 <sup>er</sup> octobre 2020 et rapport concernant le Tube Flow
<b>C-15</b>	Courriel explicatif de M. Medhi Abada à M. Mohsen Vaez et M <sup>me</sup> Marie-Ève Leclerc le 26 juillet 2022 concernant le registre manuscrit des appels pour bris ou arrêts du scan
<b>C-15.1</b>	Registre des appels pour bris ou arrêts du scan existant au 12 novembre 2020 transmis par M. Medhi Abada
<b>C-16</b>	Déclaration assermentée — D <sup>r</sup> Racine Sanou
<b>C-17</b>	Date de planification du remplacement du tomodensimètre (SCAN) — Plan triennal de 2016-2019
<b>C-18</b>	Projet Donut Land (Remplacement et ajout de SCANS et IRMs) — Hôpital de Hull (Document préparé par le département de l'imagerie de l'Hôpital de Hull et fourni par M <sup>e</sup> Pharand pour l'enquête publique du coroner sur le décès de M. Jean Malavoy)
<b>C-18.1</b>	Engagement n° 3 pris par le CISSSO — Courriels en liasse portant sur la chronologie de certaines étapes liées au remplacement du CT-SCAN
<b>C-19</b>	L'évaluation de la qualité de l'acte au CISSSO — Document au soutien du témoignage du D <sup>r</sup> Nicolas Gillot
<b>C-19.1</b>	Les étapes de l'évaluation médicale au CISSS de l'Outaouais : l'apprentissage continu préparé par la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique du

Cote	Description
	CISSSO
<b>C-19.2</b>	Réflexions du DSP en lien avec les prises de décisions et les trajectoires de soins — 2 <sup>e</sup> document au soutien du témoignage du D <sup>r</sup> Gillot
<b>C-20</b>	État de situation quotidien des lits à l'intention du gestionnaire et de la coordonnatrice d'activités de soir et de nuit (2020-10-01 23 h 30)
<b>C-21</b>	Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie — Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Direction des services de santé et de l'évaluation des technologies Septembre 2018
<b>C-22</b>	Rapport en lien avec le décès de M. Malavoy rédigé par Khéilil Hamitouche et Chantal Desjardins (DQEPE) — document au soutien du témoignage de M <sup>me</sup> Desjardins
<b>C-23</b>	Courriels en liasse concernant les démarches faites par le CISSSO pour retracer le rapport quotidien de M. Marc Lemieux lors de son quart de travail de nuit du 2 octobre 2020
<b>C-24</b>	État de situation de Marc Lemieux_2020-10-02 et courriels explicatifs
<b>C-24.1</b>	Déclaration assermentée — M. Marc Lemieux
<b>C-25</b>	Relevé statistique — Registre opératoire (2020-10-02 salle 05 Hôpital de Gatineau)
<b>C-26</b>	Note de service du 16 septembre 2022 de la Direction adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux du MSSS fournissant certaines précisions concernant le rôle du MSSS
<b>C-27</b>	Lettre de la directrice des services techniques et de la logistique par intérim du CISSSO du 21 septembre 2022 en réponse à des questions formulées par le Bureau du coroner
<b>C-28</b>	Engagement n° 4 pris par le CISSSO — Déclaration assermentée de la technologue M <sup>me</sup> Mélina Gauthier

\* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.