

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2023-05352

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 Pascale Boulay
Coroner

| | |
|--|--|
| BUREAU DU CORONER | |
| 2023-07-20 Date de l'avis | 2023-05352 N° de dossier |
| IDENTITÉ | |
| ██████████ Prénom à la naissance | ██████████ Nom à la naissance |
| 47 ans Âge | Masculin Sexe |
| Val-des-Monts Municipalité de résidence | Québec Province |
| | Canada Pays |
| DÉCÈS | |
| 2023-07-20 Date du décès | Val-des-Monts Municipalité du décès |
| Domicile Lieu du décès | |

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ ██████████ été identifié au moyen d'une pièce d'identification officielle par un policier du Service de la sécurité publique de la MRC-des Collines (ci-après « MDC ») et visuellement par des proches sur le lieu de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

La chronologie des circonstances est très détaillée en raison de son importance dans l'analyse des événements et les recommandations du présent rapport.

Le 20 juillet 2023, un appel est logé au 9-1-1 à 2 h 49 par un individu qui semble seul et qui présente une détresse respiratoire le rendant incapable de parler. La répartitrice de la centrale des appels d'urgence pour la MRC-des-Collines est en mesure de localiser des données géographiques à partir du téléphone à une adresse résidentielle de la municipalité de Val-des-Monts. L'appel est classé de priorité 1¹. Une ambulance est affectée de manière urgente et se rend à l'adresse de M. ██████████ ██████████ (maison unifamiliale de deux étages avec un sous-sol) dans les délais conformes à 3 h 09. Les premiers répondants (ci-après «pompiers») de la municipalité de Val-des-Monts) sont sur les lieux depuis 3 h 03. Une offre pour une assistance policière de la MDC est offerte par la MDC (bien qu'il n'y ait aucun véhicule patrouille dans le secteur visé) et déclinée par la répartitrice de la centrale des appels d'urgence au moment de la réception de l'appel vu la présence des pompiers déjà dépêchés sur les lieux.

Dès leur arrivée sur les lieux, les techniciennes ambulancières paramédics constatent la présence de trois véhicules dans l'entrée de stationnement. Les pompiers les informent que les lumières de la résidence étaient éteintes lors de leur arrivée et que la porte à l'avant est verrouillée. Toutefois, ils ont vérifié le rez-de-chaussée de la résidence en y pénétrant par la porte patio derrière la résidence, laquelle était déverrouillée ; ils n'y ont trouvé personne. Les deux techniciennes ambulancières paramédics pénètrent à leur tour dans la résidence et elles se dirigent vers le sous-sol de la résidence alors que les premiers répondants vérifient le deuxième étage. Deux chambres et une salle de bain sont localisées au sous-sol. Les techniciennes ambulancières paramédics ne trouvent personne dans une des chambres, ni dans la salle de bain.

¹ Une priorité 1 est considérée comme un risque immédiat de mortalité selon le Protocole opérationnel des priorités des affectations préhospitalières du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Elles tentent d'ouvrir la porte de la deuxième chambre laquelle est verrouillée. Elles n'obtiennent aucune réponse après avoir frappé à la porte, mais elles entendent le bruit d'un ventilateur qui fonctionne. À ce moment, elles remarquent la présence d'une petite lame de scie plantée le long de la moulure de la porte de chambre. Jugeant les lieux non sécuritaires, elles reviennent au rez-de-chaussée et expriment leur crainte de poursuivre la vérification des lieux sans la présence de policiers. Les pompiers, qui n'ont trouvé personne de leur côté après avoir fouillé une des deux chambres du deuxième étage y récupérant toutefois au passage un cellulaire, se rangent du même avis. Tous décident de sortir de la résidence dans l'attente des policiers. L'appel d'assistance policière est logé à 3 h 17.

Durant cette attente, le cellulaire trouvé par les pompiers sonne ; c'est la répartition qui communique avec le numéro du cellulaire identifié lors de l'appel logé au 9-1-1. Il n'y a toujours aucun mouvement dans la résidence.

À 3 h 37, des policiers de la MDC arrivent sur les lieux. Après avoir discuté rapidement avec les pompiers et les techniciennes ambulancières paramédics, les policiers se dirigent au sous-sol vu les craintes exprimées par les techniciennes ambulancières paramédics. Ils voient la lame de scie plantée dans le mur de l'intérieur vers l'extérieur, près de la moulure de la porte verrouillée. Après avoir cogné et n'obtenant aucune réponse, un patrouilleur déverrouille la porte (poignée qui se déverrouille de l'extérieur) et y trouve un jeune homme endormi, ignorant des événements, qui les informe que son père est à la maison et qu'il devrait être dans sa chambre laquelle est située au deuxième étage de la maison.

Les patrouilleurs se dirigent au deuxième étage. Un premier patrouilleur vérifie une chambre, un bureau et une salle de bain sans trouver personne. De son côté, son collègue vérifie la chambre des maîtres, vérifiée plus tôt sans succès, par les pompiers qui y avaient trouvé le téléphone cellulaire. À leur instar, il ne trouve personne. Les deux policiers se rendent à l'extérieur de la résidence. Ils n'observent rien de suspect sur la scène extérieure et il n'y a toujours aucune trace de M. [REDACTÉ]. Après discussion avec le jeune homme, ce dernier les informe que son père possède des armes entreposées dans sa chambre, sous son lit.

Vers 3 h 46, afin de s'assurer que les armes sont présentes, un patrouilleur (celui qui n'avait pas fait la vérification dans la chambre) se rend en compagnie du jeune homme dans la chambre des maîtres qui sera vérifiée pour une troisième fois. Après s'être dirigé jusqu'au fond de la pièce pour s'approcher davantage du lit, le patrouilleur trouve M. [REDACTÉ] inconscient au sol, en position fœtale, entre le lit, un petit bureau et un mur de la pièce. M. [REDACTÉ] présente des signes physiques pouvant suggérer un possible événement cardiaque sous réserve d'un examen plus approfondi. Les techniciennes ambulancières paramédics sont immédiatement appelées à l'étage.

À 4 h 01, les techniciennes ambulancières paramédics tentent d'administrer des manœuvres de réanimation, en vain. Aucune défibrillation n'est recommandée après six analyses. Les techniciennes ambulancières paramédics constatent l'asystolie au moniteur. Les manœuvres sont cessées en conformité avec le Protocole préhospitalier applicable.

À 4 h 51, donc près d'une heure après l'application dudit Protocole, les techniciennes ambulancières paramédics communiquent avec l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (ci-après « UCCSPU ») pour qu'un constat de décès à distance soit dressé.

Le décès de M. [REDACTED] [REDACTED] est constaté à distance par un médecin de l'UCCSPU à 5 h 17.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe est fait le 21 juillet 2023 à la morgue de Montréal. Aucune marque de violence ou lésion traumatique contributive au décès n'est observée. Le médecin examinateur note la présence de sang dans la zone buccale. L'hypothèse d'une possible embolie pulmonaire ou d'un syndrome coronarien aigu est émise.

Des prélèvements biologiques effectués au moment de l'examen sont analysés par la suite au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (ci-après «LSJML») à Montréal. Aucune substance contributive au décès n'est détectée.

Une autopsie est faite le 26 juillet 2023 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (ci-après «CHUM»). Les résultats de l'autopsie mettent en évidence la présence d'une athérosclérose coronarienne sévère présentant une occlusion de trois artères coronariennes principales dont deux sont jugées quasi-complètes. La présence d'emphysème est également observée sur les poumons sans autre particularité². Aucune lésion anatomique préexistante et significative des autres organes n'est observée. Aucune évidence macroscopique ancienne ou récente d'un infarctus du myocarde ou d'une thrombose aiguë des artères coronariennes n'est observée. L'absence d'évidence de l'intervention d'un tiers est également notée.

L'examen histologique des organes effectués par la suite confirme les constats macroscopiques rapportés dans le rapport d'autopsie du pathologiste.

ANALYSE

Ce rapport d'investigation est basé sur l'analyse de la preuve recueillie au moyen de l'enquête policière de la MDC, des rapports d'interventions préhospitalières des premiers répondants (pompiers) et des techniciens ambulanciers paramédics, des discussions avec les proches, des données inscrites au dossier Santé Québec et au registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ainsi que de mes échanges avec des représentants de la haute-direction de la MDC, de la Direction régionale des services préhospitaliers d'urgence du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, de la haute direction de la Direction des services généraux et préhospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que des conclusions des expertises ordonnées.

Cause du décès

L'examen de la scène par les policiers ainsi que les résultats de l'autopsie excluent toute évidence d'une effraction ou d'une intervention d'un tiers pouvant être associée aux circonstances du décès de M. [REDACTED]. Aucune évidence d'une intention suicidaire n'a été démontrée. L'examen externe du corps n'a révélé aucune lésion traumatique contributive au décès. Les résultats des analyses toxicologiques éliminent la consommation d'une substance pouvant avoir contribué au décès.

² L'emphysème pulmonaire est une maladie pulmonaire des voies aériennes qui s'attaque aux alvéoles pulmonaires.

M. [REDACTED] est âgé de 47 ans. Il vit avec ses fils à sa résidence. Hormis des antécédents significatifs de tabagisme et une maladie pulmonaire obstructive chronique, laquelle a été confirmée à l'autopsie, il n'a pas d'antécédents médicaux connus au moment du décès. Notamment, il n'est pas connu pour des troubles cardiaques. Selon ses proches, il se serait plaint de douleurs thoraciques, mais aucune investigation à ce sujet n'aurait été faite, car le médecin aurait affirmé semble-t-il que ses douleurs étaient liées à sa condition pulmonaire et le fait qu'il fume régulièrement. Effectivement, aucune investigation ou médication pour une condition cardiaque n'est inscrite dans son dossier Santé Québec, ni dans le registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ni dans son profil pharmacologique. Ces éléments en soi à mon avis ne sont pas suffisamment probants pour soulever un doute sur la qualité du suivi médical. De plus, M. [REDACTED] n'a pas de médecin traitant régulier au Québec faisant appel de manière ponctuelle à des soins médicaux prodigués dans une clinique sans rendez-vous *AppleTree* de la Ville d'Ottawa. Par conséquent, j'ai difficilement accès aux notes médicales du médecin de la clinique en question.

L'autopsie a permis d'établir que le décès de M. [REDACTED] est survenu dans le contexte d'une maladie coronarienne athérosclérotique en révélant que trois des artères coronariennes de M. [REDACTED] étaient atteintes de manière significative. L'athérosclérose est une maladie causée par l'accumulation de dépôts graisseux à la surface interne des artères. Un infarctus du myocarde communément appelé une crise cardiaque survient lorsqu'une artère coronaire se trouve soudainement fermée ou bloquée par un caillot de sang. L'artère s'étant fermée, l'apport du cœur en sang et en oxygène baisse de façon soudaine et prononcée causant ainsi des dommages au cœur.

Pourtant, aucun signe d'infarctus du myocarde n'a été observé par le pathologiste. Notons qu'une personne doit avoir survécu quelques heures afin que des lésions au cœur démontrant un infarctus soient identifiables à l'autopsie.

La possibilité d'un infarctus du myocarde demeure néanmoins réelle malgré l'absence d'un signe franc décelable à l'autopsie. Toutefois, des lésions au thrombus coronarien (formation d'un caillot affectant l'artère coronaire causant une obstruction) sont généralement apparentes dans un contexte d'infarctus. Or, dans son rapport, le pathologiste n'a identifié aucune lésion au thrombus coronarien. Sur la base de ce constat, j'élimine la probabilité d'un infarctus du myocarde comme cause de décès.

Cela étant dit, l'analyse des résultats de l'autopsie au regard de la trame factuelle, de la symptomatologie rapportée et des signes physiques présentés par M. [REDACTED] lors de la découverte de son corps oriente néanmoins vers un événement inattendu et soudain de la fonction cardiaque que l'on peut nommer un syndrome coronarien aigu.

Un syndrome coronarien aigu se caractérise par une diminution de l'apport sanguin secondaire à un rétrécissement ou, mais non limité, à une obstruction des artères coronaires. Le spectre est donc plus large que l'infarctus du myocarde, car il est constitué de l'ensemble des manifestations découlant de cette insuffisance circulatoire sanguine au niveau du muscle cardiaque, allant de l'arythmie maligne à la nécrose d'une partie d'un muscle cardiaque et à ses complications.

Circonstances : ce décès était-il évitable ?

Une fois la cause du décès identifiée. La question subséquente devient est-ce que ce décès était évitable ? L'enquête policière de la MDC et les résultats de l'investigation ont permis d'identifier plusieurs éléments décrits ci-dessous :

1. Absence d'administration rapide des manœuvres de réanimation

De manière générale, les compressions thoraciques rétablissent entre 25 % et 30 % de la circulation normale. Les chances de survie sont multipliées par cinq (38 %) à la suite de l'utilisation d'un défibrillateur externe automatique (ci-après « DEA ») lorsqu'un choc est administré.

Il va sans dire que le délai entre un arrêt cardiaque et la défibrillation est un facteur déterminant de la réussite de la tentative de réanimation. Chaque minute de délai écoulé réduit de 7 à 10 % la probabilité de survie si l'individu ne fait pas l'objet de manœuvres de défibrillation dans les douze minutes suivant l'arrêt cardiaque ; le taux de survie se situe alors à environ 5 %.

M. [REDACTED] a logé lui-même son appel au 9-1-1 à 2 h 49. Il a été pris en charge à 4 h 01 par les techniciennes ambulancières paramédics. D'emblée, lorsque les manœuvres de réanimation lui ont été administrées, il était trop tard.

L'écoute de l'appel au 9-1-1 permet d'établir que M. [REDACTED] est en pleine détresse respiratoire au point qu'il est incapable de parler. L'appel a été classé de priorité 1 (risque immédiat de mortalité). Les pompiers et les techniciennes ambulancières paramédics se sont rendus sur les lieux dans les délais conformes pour ce type d'appel. Respectivement à 3 h 03 et 3 h 09 donc dans un délai qui de manière générale si administrée, des manœuvres (surtout au moyen d'un DEA) aurait possiblement pu réanimer l'homme de 47 ans, ceci sous réserve des pathologies mises en évidence au moyen des résultats de l'autopsie.

Or, les manœuvres de réanimation ont été administrées une heure après l'appel de détresse au 9-1-1 malgré la présence sur les lieux dans un délai conforme permettant une administration rapide de la part des techniciennes ambulancières paramédics et des pompiers. Pourquoi ce délai dans la prise en charge ?

2. Motifs invoqués pour justifier le délai de prise en charge

Selon les rapports préhospitaliers et le rapport d'intervention préhospitalière des premiers répondants, les techniciennes ambulancières paramédics jugeaient que la scène était non sécuritaire et qu'il y avait présence d'éléments louches et elles craignaient qu'il y ait un individu armé dans la résidence. Les pompiers se sont rangés de leur avis. L'assistance policière a donc été demandée pour effectuer la vérification de la résidence.

a) Sécurité des lieux

Les services d'urgence doivent d'abord sécuriser les lieux et ils n'ont pas à mettre leur vie et leur sécurité en péril pour porter assistance à autrui. Encore faut-il qu'il y ait présence d'un risque raisonnable de dangerosité. Dans les faits en l'espèce, avait-on raisonnablement matière de s'inquiéter ?

Ci-dessous, un résumé des constats de la scène au regard des éléments jugés « louches » par les intervenants (pompiers et techniciennes ambulancières paramédics) sur place des services préhospitaliers d'urgence.

1. Les portes à l'avant sont verrouillées et la porte patio à l'arrière est déverrouillée.

Notons qu'il n'y a aucun signe d'effraction ou de désordre suspect à l'intérieur de la résidence. Aucun élément de violence sur la scène, aucune trace de sang à l'extérieur ou à l'intérieur, aucun signe de lutte, aucun désordre suspect dans la résidence n'est visualisé.

2. Absence de bruits et de réponses dans la résidence :

Rappelons qu'un appel à l'aide a été logé par un homme visiblement en détresse respiratoire qui est incapable de parler et pour lequel nous n'avons aucune information qu'il y a présence d'une autre personne donc qui pourrait être seul à la résidence. L'absence de réponse et de bruits à l'arrivée des secours pourrait-elle suggérer que l'homme en question est inconscient dans la résidence au moment de leur arrivée ? Poser la question, c'est un peu y répondre.

3. Lumières éteintes :

L'appel a été logé à 2 h 49 du matin — n'est-il pas raisonnable qu'il n'y avait pas de lumière allumée ?

4. La petite lame de scie dans la moulure du cadrage d'une porte fermée et qui se déverrouille de l'extérieur :

La petite lame de scie s'avère être un petit couteau de gypse utilisé dans le cadre de rénovations et qui était planté de l'intérieur vers l'extérieur dans la moulure du cadrage d'une porte fermée et verrouillée. Par ailleurs, il n'y a aucune trace de sang sur la lame.

5. L'incertitude de l'adresse puisqu'elle fut obtenue par géolocalisation :

À partir du moment où le téléphone cellulaire trouvé par les pompiers sonne lorsque la répartition rappelle au numéro enregistré lors de l'appel 9-1-1, n'y a-t-il pas confirmation que les services d'urgence sont à la bonne adresse et qu'il y a une personne probablement inconsciente sur les lieux vu les constats initiaux (homme en détresse respiratoire, haut risque de mortalité) ?

6. La porte de chambre du sous-sol verrouillée de l'extérieur (qu'on aurait pu déverrouiller facilement pour vérifier) et un bruit d'un ventilateur qui fonctionne :

Rappelons que nous sommes au mois de juillet, les probabilités de ventilateur ne sont pas en soi un élément louche.

Le *Protocole d'intervention pour les services préhospitaliers* ne définit pas ce qui constituent des éléments à risque. L'analyse des éléments de risque est laissée à la subjectivité des intervenants sur place. Ce constat m'apparaît donner une ouverture à une réflexion à savoir s'il est opportun de mieux définir ce qu'est une situation jugée à risque afin d'assurer d'une part, la sécurité des techniciennes ambulancières paramédics et des premiers répondants

lors d'une intervention tout en s'assurant d'éviter un délai non justifié en l'absence d'un risque raisonnable de dangerosité pour intervenir le plus rapidement possible auprès d'un patient dont la condition clinique pourrait se révéler être à haut risque de mortalité.

Les Centres de communication santé suivent des protocoles établis (au total il y en a 36) et qui sont prévus dans le *Medical Priority Dispatch System* (Système de répartition d'urgences médicales — traduction par la soussignée). Ce système de répartition et de classification des appels prioritaires d'urgences médicales établit des normes universelles pour la répartition des appels d'urgence. Dans les faits en l'espèce, le protocole 32 (*Unknown Problem*) m'apparaît être celui qui aurait dû être appliqué. Une recommandation sera faite à l'échelle locale, mais également au Comité clinique provincial des Centres de communication de Santé Québec de revoir l'orientation et la gestion de l'appel afin de vérifier si le protocole 32 a été appliqué et si oui, cela a-t-il été fait correctement ? Si un autre protocole a été appliqué, pourquoi ?

Par ailleurs, après discussion avec la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence de Santé Québec, il pourrait aussi être opportun de développer un guide uniforme de portée nationale pour cibler les situations à risque et mieux éduquer les intervenants (techniciens ambulanciers paramédics et premiers répondants).

Une recommandation sera également faite à cet effet au Comité clinique provincial des Centres de communication de Santé Québec afin que les experts y siégeant puissent définir ce qu'est un risque raisonnable pour les services préhospitaliers d'urgence afin de limiter l'interprétation purement subjective d'une situation selon l'intervenant qui intervient sur les lieux.

b) Assistance policière

L'appel a été annulé par la Centrale de répartition de la MRC-des-Collines après discussion avec les techniciens ambulanciers paramédics. Or, les techniciens ambulanciers paramédics ne peuvent d'emblée savoir la composante des variables inconnues. Ce rôle appartient au répartiteur de bien évaluer la situation. Si l'appel est uniquement présenté aux techniciens ambulanciers paramédics comme une urgence médicale avec détresse respiratoire. Il est plus que probable que les techniciens ambulanciers paramédics vont décliner, et ce, avec raison l'offre d'assistance policière. Il relève donc de la répartition de bien identifier au préalable les variables inconnues pouvant causer un risque raisonnable de potentielle dangerosité avant d'annuler une assistance policière.

L'investigation permet d'établir que dès le départ il y avait présence d'un grand nombre de variables inconnues importantes pouvant constituer un risque de dangerosité pour les services préhospitaliers notamment :

- une adresse obtenue par géolocalisation sans assurance ferme d'être au bon endroit ;
- un appel en pleine nuit en milieu rural par un homme qui semble seul (sans certitude de la présence d'autres témoins), incapable de parler et qui visiblement est en détresse respiratoire ;
- la non connaissance du motif de la détresse respiratoire ;

Or, malgré les nombreuses inconnues, la répartition de la MRC-des-Collines a jugé que cet appel constituait une urgence médicale seulement. Était-ce prudent au regard des circonstances et des variables inconnues mentionnées plus haut ? L'appel de détresse aurait-il pu être logé par quelqu'un qui aurait pu être la victime d'un événement violent et ne

pouvait parler ? Y-avait-t-il présence d'autres personnes ? Comment savoir ? N'aurait-il pas été plus prudent de maintenir l'offre d'assistance des policiers dès le début ne sachant pas sur quel genre de scène on se dirigeait et à qui l'on avait affaire ?

Par ailleurs, n'oublions pas que les techniciens ambulanciers paramédics n'ont pas le droit de défoncer une porte d'une résidence sauf s'il peuvent voir la personne inconsciente de l'extérieur. Ce pouvoir de défoncer la porte d'une résidence dans certaines situations est du ressort exclusif des policiers. Dans les faits en l'espèce, M. [REDACTED] n'était pas visible à première vue. Je ramène ici à l'appel 9-1-1 initial. On parle d'un homme en détresse respiratoire, incapable de parler. Visiblement les risques que la personne en détresse soit inconsciente à l'arrivée des services d'urgence sont élevés. La porte du patio était déverrouillée, mais qu'aurait-on fait si elle avait été verrouillée ? Il aurait fallu appeler les policiers et ainsi, ajouter un délai additionnel à une possible prise en charge dans un contexte où une personne est jugée à risque de mortalité immédiate.

Selon le *Protocole opérationnel des affectations préhospitalières du ministère de la Santé et des Services sociaux*, un déplacement policier est automatiquement effectué pour les affectations priorité 0 (haut risque d'arrêt cardio-respiratoire). Pour les priorités 1, le risque de décès est aussi élevé, mais comme la personne est jugée consciente, il n'y pas de déplacement policier automatique.

Je me suis interrogée vu la minime différence entre les deux types d'appels si un déplacement policier serait opportun pour les priorités 1 au même titre que les priorités 0 puisque ces dossiers pourraient donner ouverture à des investigations du coroner dans le cas d'un décès. Opérationnellement, cela n'est pas faisable. D'abord, il n'y a pas assez de patrouilleurs pour répondre à tous les appels et ensuite, bien que plusieurs de ces cas peuvent donner ouverture à une investigation du coroner, certains sont uniquement des urgences médicales sans mener à un décès et encore là, il n'est pas dit que les circonstances ou causes du décès seraient d'intérêt pour le coroner.

Cela étant dit, après discussion avec la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence de Santé Québec, cette dernière a reçu avec beaucoup d'ouverture la suggestion qu'en présence de variables inconnues comme celles dans les faits en l'espèce, un déplacement policier ne devrait pas être annulé. Une recommandation à cet effet sera faite à la fin de ce rapport au ministère de la Sécurité publique et à Santé Québec afin de lancer des travaux conjoints pour revoir l'analyse et l'orientation de la classification de l'appel et de formuler des recommandations d'une portée nationale à cet effet.

c) Qualité de la fouille

Trois vérifications ont dû être faites avant de localiser le corps de M, [REDACTED] et encore la dernière avec l'aide du fils mineur et ébranlé de la victime, ce qui d'un point de vue humain m'apparaît assez préoccupant. L'évidence démontre qu'il y a matière à se questionner sur la qualité de la vérification faite par les pompiers. A-t-on pris la peine de pénétrer dans la chambre et de vérifier correctement ?

En revanche, c'est le rôle des policiers de procéder à des fouilles rigoureuses. Or, la qualité de la fouille du premier patrouilleur soulève des questions. S'est-il rendu au fond de la pièce près du lit ou a-t-il jeté un simple regard dans la pièce sans y pénétrer ? Là aussi, les faits militent vers une fouille sommaire de la pièce sans examen approfondi pour localiser une personne probablement inconsciente. Après discussion avec des représentants de la haute

direction de la MDC, une recommandation formelle sera faite pour revoir la qualité de la fouille et d'y apporter les mesures correctrices que la MDC jugera appropriées incluant un rappel de formation auprès de leur personnel, s'il y a lieu.

En rétrospective, dans les faits en l'espèce et après avoir visionné et regardé les photos de la scène avec les policiers, on peut se demander si la dangerosité des lieux pour justifier le délai avant la prise en charge était fondée? Les résultats de l'investigation et l'enquête policière suggèrent plusieurs lacunes dans l'analyse de la scène ainsi que sur la qualité de l'intervention des trois services d'urgence à des degrés variables. Il semble qu'une méconnaissance des éléments constitutifs d'une scène dangereuse, qu'une difficulté à mitiger un risque raisonnable et l'absence apparente de vérification rigoureuse pour localiser une personne en détresse soit en cause dans le présent dossier.

L'analyse de toute la preuve recueillie me permet de conclure raisonnablement que ce décès était possiblement évitable et qu'une prise en charge avec réanimation au moment de l'arrivée des services d'urgence aurait augmenté considérablement les chances de survie de M. [REDACTED] et peut-être même pu lui sauver la vie.

La Loi sur les coroners (ci-après «la Loi») RLRQ c-68.01 interdit au coroner de se prononcer, au terme de son investigation, sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. Il n'est pas non plus dans le mandat du coroner d'examiner la compétence ou l'attitude des personnes impliquées dans le traitement d'une personne dans le réseau de la santé; des mécanismes existent à cet effet et des organisations ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres.

Conformément au pouvoir qui m'est accordé en vertu de l'article 3 de la *Loi*, j'ai l'autorité pour formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine lesquelles suivront à la fin du présent rapport et dont j'ai discuté précédemment dans le texte.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à une mort naturelle.

CONCLUSION

À la suite de l'analyse du dossier qui m'a été fourni, je conclus que M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'un syndrome coronarien aigu dans un contexte d'une maladie coronarienne athérosclérotique.

Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que **Santé Québec** :

- [R-1] Mandate son Comité clinique provincial des Centres de communication Santé d'analyser le présent dossier et, le cas échéant, revoie les critères d'éligibilité pour la carte 32 des protocoles du *Medical Priority Dispatch System*;
- [R-2] Offre de la formation continue à l'intention des premiers répondants et techniciens ambulanciers paramédics sur l'ensemble du territoire québécois afin d'éviter des

disparités régionales sur la composante raisonnable et objective des éléments de risques et sujets de dangerosité;

- [R-3]** Débute des travaux de concertation avec les Centres de communication Santé et le ministère de la Sécurité publique afin d'élaborer un guide conjoint identifiant les situations, notamment celles avec présence de variables inconnues et de définir qui sont les responsables pouvant annuler l'offre d'assistance policière et dans quelles circonstances.

Je recommande que le **Centre de répartition de la MRC-des-Collines, en sollicitant la collaboration avec le Centre de communication Santé Outaouais, la Municipalité de Val-des-Monts et la Coopérative des paramédics de l'Outaouais :**

- [R-4]** Évalue la qualité de la gestion et de l'orientation de l'appel 9-1-1 du 20 juillet 2023 concernant la personne décédée afin de s'assurer que le protocole 32 du *Medical Priority Dispatch System* a été appliqué et, le cas échéant, prenne les mesures correctrices appropriées;

- [R-5]** Revoie la décision de la répartition pour annuler l'assistance policière et, le cas échéant, y apporte, à l'échelle locale, des mesures correctrices de formation et d'éducation;

- [R-6]** Évalue les éléments de risques invoqués pour justifier le délai de prise en charge, des premiers répondants et techniciens ambulanciers paramédics et y apporte le cas échéant, à l'échelle locale, des mesures correctrices de formation et d'éducation.

Je recommande que le **Service de la sécurité publique de la MRC-des-Collines :**

- [R-7]** Revoie et évalue la qualité de l'exécution de la fouille de la scène par les patrouilleurs au domicile de la personne décédée et y apporte, le cas échéant, les mesures correctrices qu'il jugera appropriées, incluant l'opportunité d'offrir de la formation.

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 Gatineau, ce 4 juin 2025.

Me Pascale Boulay

Me Pascale Boulay, coroner