

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-01821

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 Francine Danais
Coroner

BUREAU DU CORONER

2024-03-04

Date de l'avis

2024-01821

Nº de dossier

IDENTITÉ

Prénom à la naissance

60 ans

Âge

Clarendon

Municipalité de résidence

Nom à la naissance

Féminin

Sexe

Québec

Province

Canada

Pays

DÉCÈS

2024-03-04

Date du décès

Gatineau

Municipalité du décès

Hôpital de Hull - CISSS de l'Outaouais

Lieu du décès

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme [REDACTED] a été identifiée par des membres de sa famille au cours de son hospitalisation à l'Hôpital de Hull (CHH).

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 1^{er} mars 2024 vers 11 h 20, Mme [REDACTED] est vue faisant des convulsions alors qu'elle est dans la salle d'interrogatoire du poste de police de la Sûreté du Québec (SQ), poste de la MRC de Pontiac.

Un appel au 911 est immédiatement fait. Dans l'attente de l'arrivée des ambulanciers, elle est placée en position de sécurité latérale. Une employée civile qui a une formation comme première répondante est à ses côtés. Elle perçoit un faible pouls.

Les ambulanciers arrivent à 11 h 39 et observent un arrêt cardiorespiratoire (ACR). Ils entrent sans délai des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) et installent leur défibrillateur, l'intubent et la ventilent à l'aide d'un ballon masque. Le moniteur du défibrillateur indique une activité électrique sans pouls (AES). Le score sur l'échelle de Glasgow (un indicateur servant à évaluer l'état de conscience) est à 3 sur 15, soit le minimum. Les ambulanciers effectuent à 5 reprises, selon leur protocole d'intervention clinique, une analyse du rythme cardiaque suivie de deux minutes de RCR, pendant lesquelles aucune défibrillation (aucun choc) n'est conseillée. Ils poursuivent le RCR pendant qu'ils la transportent à l'Hôpital du Pontiac (CHP) où ils arrivent à 12 h 12.

À l'hôpital, l'équipe médicale prend le relais du RCR. Mme [REDACTED] reçoit entre autres de l'épinéphrine pour stimuler son cœur. Son Glasgow est toujours au minimum. À 12 h 42, il y a un retour spontané de circulation mais elle est en bradycardie (rythme cardiaque anormalement lent). Un stimulateur cardiaque en intraveineux est installé pour corriger le rythme cardiaque. Le bilan sanguin révèle entre autres une acidose métabolique et des troponines élevées, ce qui suggère une souffrance cardiaque. Les résultats en imagerie révèlent des fractures costales et du sternum, lesquelles résultent du RCR, mais surtout une anoxie cérébrale diffuse, un œdème cérébral avec effet de masse et des foyers d'aspiration aux 2 bases pulmonaires. Le pronostic est sombre.

Le lendemain, devant une possible mort cérébrale, il est décidé de la transférer au CHH en vue de l'évaluer par des neurologues. Elle y arrive en ambulance sur l'heure du dîner et est admise à l'unité des soins intensifs. Malheureusement, le 4 mars 2024, un diagnostic de décès neurologique est rendu et son décès est constaté par le médecin.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été effectuée le 11 mars 2024 au Laboratoire de sciences judiciaires et médecine légale (LSJML) à Montréal et a permis de constater des stigmates d'interventions médicales mais l'absence de lésion traumatique. L'examen interne révèle un cerveau mollassé avec un œdème, une hémorragie de Duret secondaire à une hypertension intracrânienne, de l'emphysème pulmonaire, de l'athérosclérose modérée des artères coronaires et de l'aorte.

Des analyses toxicologiques effectuées au LSJML sur des prélèvements de sang effectués le 1^{er} mars 2024 au CHP indiquent la présence de méthamphétamine, de cocaïne, de THC, de duloxétine et le métabolite du bupropion dans le sang. Mme [REDACTED] avait des prescriptions pour la duloxétine et le bupropion. Pour ce qui est du THC, ce résultat est à prendre avec circonspection vu sa lenteur à se métaboliser. On ne peut donc inférer un état d'intoxication ou une consommation récente de THC par sa seule présence dans le sang, ce qui n'est pas le cas pour la méthamphétamine et la cocaïne.

ANALYSE

Le dossier clinique du CHP révèle que Mme [REDACTED] souffrait d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, d'anémie chronique, de dépression et d'un trouble d'usage de substances (alcool et cocaïne). Plusieurs médicaments lui étaient prescrits pour contrôler ces affections dont de la duloxétine, du bupropion, de la gabapentine, de la quetiapine et du clonazépam.

Selon un proche, elle souffrait également d'un choc post-traumatique et faisait des crises de panique. Elle avait été suivie par un médecin en Ontario pendant plusieurs années.

En juillet 2023, elle avait été hospitalisée pendant quelques jours suivant une perte de conscience. À ce moment, elle était très agitée, avait des hallucinations visuelles et auditives et elle avait dû être contentonnée. Une anémie sévère secondaire à un sevrage à l'alcool et une dénutrition avait été diagnostiquée. Les notes cliniques révèlent qu'elle avait fait plusieurs syncopes (pertes de conscience) dans le passé. Un protocole de sevrage CIWA (Clinical Institute Withdrawal Assessment) pour évaluer la gravité des symptômes de sevrage alcoolique avait été mis en place. Durant son séjour, bien qu'elle avait nié faire l'usage de drogues, 2 tests de dépistages toxicologiques avaient révélé la présence de méthamphétamine, de benzodiazépine, de cocaïne et de THC dans le premier alors que le deuxième, effectué 3 jours plus tard, révélait la présence de méthamphétamine, de benzodiazépine et de cocaïne ce qui suggère une consommation durant l'hospitalisation. Elle avait quitté l'hôpital sans en aviser le personnel soignant mais avait laissé une note au médecin promettant de retourner passer les examens qu'il avait demandés.

Selon le Dossier santé Québec, Mme [REDACTED] ne s'était pas procuré ses médicaments depuis le 24 janvier 2024 soit peu après sa dernière consultation médicale. Selon les quantités données et les prescriptions, elle n'en avait reçu que pour un mois à ce moment. Ainsi, il ne

devait pas lui en rester lors des évènements qui ont mené à son décès, ce qui suggère également une non-compliance avec les traitements prescrits.

Puisque les évènements entourant son décès s'étant principalement déroulés dans un poste de police, une enquête du Bureau des enquêtes indépendants (BEI) a été effectuée.

Afin de bien comprendre la séquence des évènements précédent son malaise, je reprends sous forme de tableau la chronologie des évènements qui a été élaborée en grande partie par le visionnement des caméras de surveillance et la déclaration des différents témoins lors de l'enquête du BEI.

8 h 41	Mme [REDACTED] est mise en état d'arrestation à son domicile. Une fouille sommaire par palpation est effectuée ainsi qu'une fouille de son manteau qu'elle mettra pour son transport vers le poste de la SQ à Campbell's Bay.
9 h 03	Elle entre seule dans la salle d'interrogatoire.
9 h 06	Un policier entre dans la salle. Lecture de ses droits et du droit à l'avocat.
9 h 10	Le policier et Mme [REDACTED] quittent la salle.
9 h 32	Mme [REDACTED] revient dans la salle d'interrogatoire et est laissée seule.
9 h 33	Le policier retourne dans la salle. Elle lui demande ses médicaments qui sont restés chez elle.
9 h 34	Le policier l'informe que des démarches sont faites pour récupérer ses médicaments puis quitte la salle.
9 h 35	Mme [REDACTED] cogne à la porte de la salle et n'obtient pas de réponse. Elle est debout, chancelante et perd l'équilibre.
9 h 37	Elle cogne à nouveau à la porte à quelques reprises et n'obtient pas de réponse.
9 h 39	Le policier retourne dans la salle pour lui parler et ressort une minute plus tard.
9 h 41	Le policier revient la chercher et les deux sortent de la salle.
9 h 47	Elle retourne dans la salle avec le policier.
9 h 50	Le policier quitte la salle et lui dit de cogner à la porte lorsqu'elle sera prête à parler.
9 h 55	Elle cogne à la porte et demande ses médicaments. Sans réponse.
10 h 06 à 10 h 09	Alors qu'elle est debout, elle perd l'équilibre et s'assoit sur une chaise. Elle se relève et garde difficilement son équilibre. Ensuite elle semble sautiller sur place en se tenant la tête avec les mains et perd l'équilibre. Elle se retient sur le mur et avec une chaise. Elle a une respiration rapide et forte.
10 h 09	Elle cogne à la porte, sans réponse. Elle est accotée sur le mur et sautille d'une jambe à l'autre.
10 h 11	Elle cogne à la porte, sans réponse. Elle est toujours chancelante.
10 h 14	Elle perd l'équilibre et tombe brusquement au sol. Elle tente de se relever et demeure finalement assise au sol le dos au mur avec ses jambes devant elle.
10 h 18	Elle se glisse sur ses fesses jusqu'à la chaise au fond de la pièce. Elle se lève et s'assoit avec difficulté en respirant fort.
10 h 28	Le policier entre dans la salle et lui remet 3 contenants de médicaments (gabapentine, duloxétine, bupropion) avec un verre d'eau. Il répond à son cellulaire et sort de la salle en la laissant seule. Elle semble prendre 1 comprimé par contenant puis en met dans ses poches. Elle manipule ses médicaments avec difficulté.

10 h 31	Le policier revient dans la salle et lui demande de lui remettre les comprimés qu'elle avait mis dans ses poches, ramasse ceux tombés au sol et lui demande à quoi servent les médicaments.
10 h 37	Le policier reprend les contenants de médicaments et sort de la salle.
10 h 38	Elle sort quelque chose de sa poche gauche de pantalon et le lance par terre. Ensuite, elle semble tenter de prendre quelque chose dans sa poche droite avec difficulté. À 10 h 40, elle lance au sol quelque chose qu'elle a pris dans sa poche droite de pantalon.
10 h 44 à 50	Elle s'agitte, tape sur la table, dit à répétition « give me one », dit « I gotta call my doctor » (10 h 49) et dit des paroles incompréhensibles (à l'enregistrement).
10 h 57	Elle se met subitement à taper sur la table à plusieurs reprises et crie (incompréhensible) enlève son manteau et demande quelque chose (incompréhensible) de façon plus calme.
11 h 08	Elle bouge subitement de manière saccadée et tombe de la chaise en continuant à avoir des convulsions au sol.
11 h 11	Les convulsions se terminent et elle reste au sol avec une respiration forte et rapide.
11 h 15	Le policier entre dans la salle et la trouve au sol. Un patrouilleur vient l'aider à l'asseoir sur une chaise. Elle ne répond pas à leurs questions.
11 h 19	Elle demande ses médicaments au patrouilleur et celui-ci lui répond qu'elle les a déjà eus.
11 h 20	Le policier revient dans la salle et l'informe qu'une ambulance est en route.
11 h 27	Elle est installée au sol sur une couverture.
11 h 29	Elle recommence à avoir des convulsions. Une employée civile qui est également première répondante entre dans la salle et s'en occupe. Celle-ci constate que Mme [REDACTED] a une respiration de plus en plus faible.
11 h 39	Arrivée des ambulanciers. Ceux-ci observent un ACR et début du RCR.
11 h 53	Début du transport vers le CH.

À la lumière de la chronologie et de l'enquête, Mme [REDACTED] a commencé à ressentir des malaises vers 9 h 30 alors qu'elle était seule dans la salle d'interrogatoire, moment où elle demande ses médicaments et dès 9 h 35, ses comportements suggèrent que son état se détériore. Toutefois, lorsque le policier retourne dans la salle, elle ne mentionne pas de malaise autre le fait qu'elle veut ses médicaments, ce qu'elle obtient à 10 h 28. Elle ne mentionne pas être tombée. Bien qu'elle cogne à la porte et dit qu'elle doit voir un médecin, elle n'obtient aucune réponse. Ce n'est que vers 11 h 15 - 11 h 20, en la trouvant au sol après son premier épisode de convulsion qu'une ambulance est demandée. Il est à noter que lorsqu'elle est laissée seule dans la salle, il ne semble pas y avoir de surveillance en régie. Ainsi, il ne faut pas inférer une non-intervention des policiers lorsqu'elle perd l'équilibre, tombe et fait son premier épisode de convulsions puisqu'ils ne semblent pas informés de la situation.

Une politique de gestion à la SQ¹ édicte certaines règles au niveau de la surveillance de personne sous leur garde soit :

- 3.4 Toute personne sous garde est traitée avec humanité et respect ;
- 3.5 Toute information sur l'état de santé de la personne sous garde est notée dans le formulaire « Suivi d'un prévenu sous la responsabilité de la Sûreté » (SQ-o-190) et relayée aux intervenants concernés ;

¹ PG-SOUT-O3 « Personne sous la garde de la Sûreté », Direction du soutien au territoire, mise à jour 2019-05-17 ;

- 3.6 Tout comportement anormal ou tout indice potentiellement symptomatique d'une détérioration de l'état physique ou mental de la part de la personne sous garde est noté dans le même formulaire ;
- 3.6.1 une attention particulière de la part de tous les intervenants est accordée aux personnes qui présentent un risque lié à leur état de santé, notamment les personnes enceintes, suicidaires sous l'effet de l'alcool ou de drogues ou dont l'état mental est perturbé ;
- 3.6.2 toute personne sous garde qui est inconsciente ou qui peine à rester consciente est transportée le plus rapidement possible dans un établissement de santé ;
- 3.6.3 si la situation l'exige, la personne sous garde est conduite à un établissement de santé, et ce, tout en maintenant sa garde.
- 3.10 Une surveillance visuelle est constamment exercée ;
- 3.14 Tout médicament requis par l'état de santé de la personne sous garde est consommé dès qu'il lui est apporté, et ce, en la présence de la personne qui effectue la surveillance.

Ainsi, on peut se questionner sur ce qui semble être l'absence de surveillance de Mme [REDACTED] alors qu'elle éprouvait ses malaises dans la salle d'interrogatoire. À la lumière de mon investigation, il semble y avoir un manque de précision dans la « Politique de gestion de la Sûreté du Québec» ainsi que dans le « Guide des pratiques policières du ministère de la Sécurité publique² » au niveau de la définition d'une personne détenue et de la surveillance de celle-ci. Par ailleurs, 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, ni si les policiers ont agi dans les « règles de l'art » en ce qu'il y a des organismes dont c'est le mandat.

Cela étant dit, qu'est-ce qui a pu provoquer ses convulsions et ultimement son décès ?

Les notes médicales de ses consultations au Québec depuis juillet 2023 ne révèlent aucun antécédent d'épilepsie ou de crises convulsives. Mme [REDACTED] avait toutefois eu un épisode de sevrage à l'alcool en juillet 2023. Par ailleurs, elle était connue pour un trouble d'usage de substances soit la cocaïne, la méthamphétamine et les benzodiazépines.

Les résultats toxicologiques sur le sang prélevé vers 13 h au CHP confirment la consommation notamment de cocaïne et de méthamphétamine. Puisqu'elle avait été arrêtée à 8 h 41 et amenée au poste de police, cette consommation a assurément eu lieu avant. Or, lorsqu'il y a surdose, les effets arrivent rapidement, ce qui n'est pas le cas.

Ces substances (méthamphétamine et cocaïne) sont des stimulants qui agissent sur le cœur et peuvent causer différents problèmes notamment au niveau cardiaque, dont des arythmies et des infarctus du myocarde. Or, l'autopsie ne peut révéler les signes d'infarctus récent et les arythmies ne peuvent être observées qu'au moment où elles se produisent. Ainsi, Mme [REDACTED] a probablement subi un malaise d'origine cardiaque qui ne peut être objectivé à l'autopsie et qui est la cause ayant contribué à la cascade d'événements menant à son décès.

² « Guide des pratiques policières, 2.3 Arrestation et détention », ministère de la Sécurité publique, Direction générale des affaires policières, dernière révision 15 décembre 2019.

Par ailleurs, lors d'épisode de convulsions, des dommages au cerveau peuvent survenir.

De plus, Mme [REDACTED] a subi des manœuvres de réanimation de 11 h 40 jusqu'à 12 h 42, moment où une cardioversion a été effectuée. Durant cette période, des dommages irréversibles au cerveau sont malheureusement survenus lesquels sont des conséquences prévisibles lorsqu'il y a un RCR prolongé.

Il faut par ailleurs préciser que les médicaments réclamés par Mme [REDACTED] n'avaient pas pour effets de contrer les effets cardiotoxiques de la méthamphétamine et de la cocaïne et leur administration, ou les délais pour les prendre, n'ont pas été contributifs au décès, d'autant plus que selon le DSQ, elle ne les prenait pas assidûment et que techniquement, il ne devait plus lui en rester. Des médicaments qu'elle a reçus au poste, seule la duloxétine agit sur l'anxiété, ce qu'elle devait ressentir vu les circonstances.

Pour résumer, à la lumière de mon investigation, il semble que Mme [REDACTED] avait consommé de la méthamphétamine et de la cocaïne préalablement à son arrestation et qu'elle a souffert des effets délétères de ces substances, lesquels seraient survenus peu importe où elle se trouvait.

Enfin, il m'est impossible de déterminer si une intervention médicale plus rapide aurait empêché l'anoxie cérébrale et son décès mais cela aurait sans doute augmenté ses chances de survie.

À la lumière de ce qui précède et dans le but de préserver la vie, je crois qu'il y a lieu de faire des recommandations afin d'assurer une meilleure protection de toute personne détenue, ce dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec les responsables concernés.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée de complications neurologiques irréversibles survenues à la suite d'un arrêt cardiorespiratoire prolongé probablement induit par une consommation récente de drogues d'abus (cocaïne et méthamphétamine).

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande :

Que le **ministère de la Sécurité publique** :

[R-1] Révise le « Guide sur le traitement d'une personne détenue dans un poste de police » afin d'y ajouter le volet détention et garde dans une salle d'entrevue (interrogatoire) ;

[R-2] Révise la « Pratique policière 2.3.9 Détention dans un poste de police » afin :

- De préciser la définition de ce qu'est une personne détenue ;
- D'ajouter le volet des personnes détenues au poste de police dans tous les locaux autres qu'une cellule, notamment une salle d'entrevue, ou d'interrogatoire ou même véhicule de police.

Que la **Sûreté du Québec** :

[R-3] Revoit ses pratiques et mette à jour la politique PG-SOUT-03 ainsi que ses directives sur l'utilisation des salles d'entrevue (interrogatoire) en précisant notamment la définition de « personne sous garde » afin que les règles de surveillance ne s'appliquent pas seulement aux personnes détenues dans le bloc cellulaire ;

[R-4] S'assure qu'un responsable désigné exerce une surveillance étroite, régulière et constante, laquelle doit être adaptée à la condition de la personne sous sa garde, afin de garantir son bien-être, et ce, dès qu'elle est sous sa garde, peu importe où elle se trouve.

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 9 janvier 2026.

Me Francine Danais, coroner