

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2020-05637

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

BUREAU DU CORONER		
2020-08-26 Date de l'avis	2020-05637 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
69 ans Âge	Masculin Sexe	
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2020-08-26 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès	
Hôpital de Hull Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié au moyen d'une pièce d'identification officielle avec photographie par le médecin qui a constaté son décès à l'Hôpital de Hull.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 21 août 2020 vers 20 h 30, un appel aux services d'urgence est logé par un voisin de M. ██████████ car ce dernier qui est en proie à une grande confusion se rend dans l'appartement du voisin quémandant de l'aide pour aller à la salle de bain. Premier sur les lieux, un policier du Service de police de la Ville de Gatineau (SPVG), constate que M. ██████████ est effectivement très confus, qu'il est faible et qu'il a des troubles de mobilité ; il l'accompagne à son appartement et l'aide à se rendre à la salle de bain.

À 20 h 43, les ambulanciers se présentent sur place et sont avisés par le Centre de coordination de santé de l'Outaouais¹ (ci - après « la Centrale ») que l'affectation ambulancière est annulée à la demande du policier assistant M. ██████████ car ce dernier estime qu'il n'y a aucune urgence médicale et que la situation relève davantage d'un cas de perte d'autonomie.

Puisqu'ils sont déjà sur les lieux, les ambulanciers vérifient néanmoins avec un second policier arrivé sur place et resté à l'extérieur du logement si effectivement leur assistance n'est pas requise. Après vérification auprès de son collègue demeuré auprès de M. ██████████ ce second policier leur confirme que selon son collègue, l'état de M. ██████████ ne constitue pas une urgence médicale mais un cas de perte d'autonomie et qu'il devrait surtout être transporté à l'hôpital pour que ses besoins soient évalués. Or, comme ce dernier refuse le transport vers l'hôpital, le policier considère qu'il est préférable de joindre des proches pour venir s'occuper de lui. Orientant son intervention vers une perte d'autonomie au lieu d'une condition clinique médicale, le policier confirme l'annulation de l'affectation ambulancière.

Vu l'annulation de l'affectation ambulancière par la Centrale et la confirmation du policier que la situation clinique ne constituait pas selon lui, une urgence médicale, les ambulanciers ne se rendent pas auprès de M. ██████████ pour l'évaluer.

¹ Le Centre de coordination de santé de l'Outaouais est responsable des répartitions et de la coordination des services d'urgence.

Durant cette période, le policier resté auprès de M. [REDACTED] fait des démarches auprès de proches afin que quelqu'un vienne s'occuper de lui. Or, un membre de la famille de M. [REDACTED] qui ne peut se libérer au moment des faits, insiste sur la nécessité d'un transport ambulancier avisant le policier que M. [REDACTED] n'est pas dans son état normal et qu'il est autonome malgré ses problèmes physiques de santé. Le policier maintient néanmoins sa décision soutenant que la situation est une perte d'autonomie et non une urgence médicale. Vers 21 h 50, il quitte les lieux en s'assurant de laisser la surveillance de M. [REDACTED] au responsable de l'immeuble à logements en attente de l'arrivée d'une amie de M. [REDACTED]

Vers 22 h 10, après plusieurs appels au 9-1-1, une seconde affectation ambulancière est faite sur l'insistance de ce même membre de la famille qui avait discuté en vain avec le policier. Dès leur arrivée sur les lieux, les ambulanciers constatent que M. [REDACTED] présente des signes d'un accident vasculaire cérébral et que son état nécessite un transport urgent vers l'hôpital. Ils remettent en question auprès de la Centrale l'annulation de leur première affectation ambulancière.

À son arrivée à l'Hôpital de Hull, à 22 h 50, M. [REDACTED] est admis en urgence. Une tomodensitométrie cérébrale révèle la présence d'un hématome sous dural aigu frontal et d'une hémorragie intracrânienne massive.

Le 22 août 2020, une craniectomie décompressive est faite. Malgré le succès de la chirurgie, le pronostic est défavorable et la condition de M. [REDACTED] se détériore progressivement en raison de la présence de l'hémorragie frontale massive. Le décès est constaté le 26 août 2020 à 15 h 51.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe et une autopsie sont faits le 28 août 2020 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal. L'examen externe ne démontre aucune lésion traumatique apparente qui serait contributive au décès. Les résultats de l'autopsie permettent d'établir la présence résiduelle d'un hématome sous-dural. L'examen histologique met en évidence plusieurs pathologies et lésions anatomiques sur des organes vitaux confirmant la présence d'antécédents médicaux sévères notamment une cardiopathie ischémique et hypertensive, des signes d'une insuffisance cardiaque, une vasculopathie cérébrale préexistante d'origine multifactorielle (diabétique, hypertensive et artériosclérotique) et une néphropathie diabétique (maladie rénale chronique). Aucune autre lésion contributive au décès n'est observée.

Un examen approfondi du cerveau est fait par la suite en neuropathologie au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Dans son rapport, le neuropathologiste fait état des constatations suivantes :

- la présence d'un volumineux hématome sous-dural fronto-temporo-pariéto-occipital gauche (le côté gauche en entier à partir du devant, incluant le côté jusqu'à l'arrière du cerveau) avec dommage secondaire du parenchyme cérébral (ensemble des cellules qui constituent le cerveau) adjacent ;
- la présence d'un hématome intra parenchymateux frontal gauche important associé à une herniation (engagement)² du parenchyme cérébral au travers du volet chirurgical et à une dissémination intraventriculaire secondaire ;
- la présence d'un œdème cérébral important avec aplatissement des gyri (le gyrus est l'ensemble des replis du cortex cérébral), rétrécissement des sillons et début d'une

² Un engagement cérébral est une urgence médicale qui se produit lorsque la pression dans le crâne est élevée et pousse le cerveau.

- herniation des unci (les parties les plus internes des lobes temporaux) gauche et droit ;
- la présence d'une vasculopathie hypertensive chronique et/ou artériosclérotique et/ou diabétique.

ANALYSE

La rédaction du rapport a été mise en suspens à la suite du déclenchement d'une enquête du Bureau des enquêtes indépendantes (ci-après « BEI ») sur la décision du policier d'annuler le transport ambulancier et de l'attente de la décision du Directeur des poursuites criminelles et pénales (ci-après « DPCP »). Le DPCP n'a pas déposé d'accusations criminelles contre le policier. Une audience au Tribunal administratif de déontologie policière sur les faits de cette affaire est prévue pour décembre 2024. La levée du suspens est maintenant faite afin de finaliser la rédaction du présent rapport d'investigation dans le respect de la juridiction du coroner sans nuire au processus d'enquête et de décision des autres organismes impliqués.

M. [REDACTED] [REDACTED] est âgé de 69 ans. Ses antécédents médicaux sont importants, notamment, il est hémodialysé trois fois par semaine en raison d'une insuffisance rénale chronique, il est atteint également d'une maladie coronarienne artériosclérotique ayant nécessité des prothèses endo-vasculaires (communément appelés des « stents »). Il est aussi diabétique insulino-dépendant, hypertendu et il est sous anticoagulothérapie. La force motrice dans ses membres inférieurs a également diminué à la suite de ses traitements en dialyse, lesquels lui causent parfois des douleurs aux jambes. Cela étant dit, il vit seul dans son logement depuis près de deux ans et il bénéficie d'un entourage qui le soutient dans ses activités de la vie quotidienne.

Les résultats de l'autopsie et de l'examen neuropathologique confirment la présence d'un volumineux hématome sous-dural aigu et d'une hémorragie intracrânienne massive. Or, un hématome sous-dural aigu constitue une urgence médicale qui mène souvent à une détérioration neurologique aiguë due à la pression intracrânienne causée par l'accumulation de sang. Le taux de mortalité est élevé si le drainage du sang n'est pas fait en temps opportun sous réserve des facteurs de risque et de la condition de santé de l'individu.

Les enquêtes du BEI et du SPVG confirment que deux jours avant l'appel aux services d'urgence soit le 19 août 2020, M. [REDACTED] fait une chute au sol avec impact crânien contre un mur devant deux témoins, en poussant sa marchette à la suite d'une perte d'équilibre alors qu'il sort de l'ascenseur dans le couloir de son immeuble à logements.

Selon la déclaration d'un témoin, recueillie par un enquêteur du BEI, au moment de la chute, M. [REDACTED] perd conscience quelques minutes mais il revient à lui. Après avoir bu un jus d'orange, il refuse une consultation médicale et affirme se sentir bien. Le second témoin passe la soirée avec lui et affirme que son état ne semble pas anormal durant cette période.

M. [REDACTED] est diabétique. En sus, la dialyse l'affaiblit et lui cause des problèmes de mobilité et d'équilibre. Il est fort probable que sa perte d'équilibre ait été causée par un taux glycémique plus bas et que de boire du jus d'orange lui ait permis de rééquilibrer sa glycémie. Toutefois, sa glycémie n'a rien à voir avec le risque d'un hématome sous-dural à la suite d'un traumatisme cérébral avec impact crânien.

Les symptômes fréquents d'un hématome sous-dural, comme les maux de tête et la confusion, peuvent s'installer progressivement. Une vigilance est de mise surtout chez un patient anticoagulé, car rappelons que les risques d'hémorragie intracrânienne sont encore plus élevés pour une personne âgée avec la condition de santé de M. [REDACTÉ]

La preuve recueillie par le BEI permet d'établir qu'au moment de la première affectation ambulancière, l'état de confusion de M. [REDACTÉ] n'était pas dû à une perte d'autonomie comme le soutenait le policier mais relevait davantage de la progression des complications cérébrales à la suite du traumatisme crânien dont il avait été victime deux jours auparavant, dont le développement d'un hématome sous-dural.

En rétrospective, le premier transport ambulancier n'aurait pas dû être annulé. Le policier qui est demeuré avec M. [REDACTÉ] était pourtant convaincu du bien-fondé de son approche et de son intervention orientant vers une perte d'autonomie. Certes, il est resté près de M. [REDACTÉ] et il a multiplié les démarches auprès de l'entourage de M. [REDACTÉ] pour assurer sa sécurité. Toutefois sa persistance à maintenir sa décision unilatérale d'annuler l'affectation ambulancière face à la confusion manifeste de M. [REDACTÉ] et ce malgré l'insistance d'une proche et après avoir été informé de la chute de M. [REDACTÉ] soulève un enjeu de taille.

Il ne savait pas que M. [REDACTÉ] était anticoagulé et bien entendu, il avait les meilleures intentions du monde mais c'est justement le nerf de la guerre : il ne savait pas et pourtant il a dans les faits, sans le savoir, posé un diagnostic de perte d'autonomie alors qu'il n'avait pas l'expertise requise et il n'était pas habilité pour faire ce type d'évaluation. Il est prévisible que des appels de ce genre puissent être fréquents. Il y aurait une certaine plus-value à ce que les policiers aient des connaissances de base sur les impacts des traumatismes crâniens et des lésions, qui bien que non apparents à l'externe progressent rapidement à l'interne, surtout chez une population âgée.

Les évaluations des personnes en perte d'autonomie relèvent du milieu de la santé et sont réalisées en réponse à des concepts précis élaborés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, le niveau d'autonomie de M. [REDACTÉ] était révisé annuellement. Or, la dernière évaluation en date du 20 février 2020 et complétée le 11 mai 2020 (trois mois avant l'événement) par une travailleuse sociale des services de soutien à domicile de son Centre local de services communautaires (CLSC), indique que M. [REDACTÉ] malgré ses nombreux problèmes de santé, est encore autonome ce qui est conforme aux déclarations du témoin proche de M. [REDACTÉ] qui avait discuté avec le policier. Par ailleurs, les ambulanciers ne sont-ils pas davantage outillés pour évaluer et faire le pont avec le milieu hospitalier en cas d'une apparente perte d'autonomie ?

Rappelons aussi que M. [REDACTÉ] n'était pas déclaré inapte au sens du *Code civil du Québec*. Dans l'éventualité où il aurait refusé un transport ambulancier vers l'hôpital après avoir été vu par les ambulanciers, ces derniers lui auraient fait signer un refus de traitement sans autre formalité. Ce qui aurait eu pour effet de protéger à la fois les ambulanciers et le policier.

L'article 4 de la *Loi sur les coroners* interdit au coroner de se prononcer, au terme de son investigation, sur la responsabilité civile, professionnelle ou criminelle d'une personne. 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.

Suivant l'enquête du BEI, le DPCP n'a pas déposé d'accusations criminelles à l'endroit du policier. Une audience est cependant prévue en décembre 2024 au Tribunal administratif de déontologie policière lequel jugera de la qualité de l'acte professionnel du policier.

Au regard de la sévérité des nombreux antécédents médicaux de M. [REDACTÉ] et après discussion avec le pathologiste qui a réalisé l'autopsie, les probabilités de survie après la craniectomie même si réalisée dans un meilleur délai ne peuvent être confirmées. Cela étant dit, il pourrait survenir une situation où un patient n'aurait peut-être pas des antécédents médicaux aussi sévères. Dans ce cas, une telle situation pourrait être encore plus lourde de conséquences.

De plus, j'ai noté lors de l'écoute des bandes sonores que les services d'urgence autot du côté des ambulanciers, de la Centrale et des policiers semblaient remettre en question les demandes multiples du membre de la famille de M. [REDACTÉ] pour un transport ambulancier. Or, les faits lui ont donné raison.

En vertu de la *Loi sur les coroners*, je dispose d'une autorité pour formuler des recommandations, si opportunes. Les résultats de l'investigation m'amènent à conclure que des orientations et des actions devraient être prises par les divers intervenants concernés : les services de police, le Centre de coordination de santé de l'Outaouais et la Coopérative des Paramédics de l'Outaouais pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise.

J'ai discuté avec le directeur des opérations de la *Coopérative des Paramédics de l'Outaouais*. Depuis cet événement, il n'y a pas eu de changement ou de mise en place de directives pour orienter les intervenants lorsqu'ils sont confrontés à ce type d'événement. Les ambulanciers affirment que des policiers annulent fréquemment un transport ambulancier et que cela est nécessaire pour assurer une fluidité opérationnelle. Toutefois, il y a une belle ouverture pour établir un meilleur processus de collaboration et d'échanges d'informations avec les corps policiers pour l'application des expertises de chacun afin de préciser davantage les interventions pouvant être annulées par les policiers de celles où les ambulanciers devraient intervenir, et ce tout en assurant une fluidité opérationnelle.

J'ai aussi discuté avec un représentant de l'état-major du SPVG. À ce jour, il n'y a pas de directive opérationnelle spécifique pour encadrer la décision d'annuler un transport ambulancier demandé par un tiers. À l'instar de la *Coopérative des Paramédics de l'Outaouais*, le SPVG y voit une valeur ajoutée pour outiller ses patrouilleurs ; même discours du côté du Service de la sécurité publique de la MRC-des-Collines-de-l'Outaouais qui couvre aussi un grand territoire en Outaouais et que j'ai aussi consulté afin de savoir quelle était leur approche face à ce type d'orientation.

Au regard de ce qui précède, à la suite de l'étude des causes et des circonstances entourant le décès de M. [REDACTÉ] et pour une meilleure protection de la vie humaine, il m'apparaît important d'encadrer les situations pour lesquelles un policier peut annuler un transport ambulancier de celles où il devrait plutôt agir avec réserve et laisser les ambulanciers procéder à une évaluation. La recommandation s'adressera uniquement au SPVG étant le corps policier concerné.

Toutefois une copie de ce rapport sera aussi transmise au Service de la sécurité publique de la MRC-des-Collines-de-l'Outaouais qui s'y est dit favorable. Également, pour fins d'informations, une copie sera transmise à l'Association des Directeurs de police du Québec et au ministère de la Sécurité publique qui déterminera s'il y a lieu d'intégrer une directive

semblable au Guide de pratiques policières lequel est appliqué notamment par la Sûreté du Québec et constitue une source d'inspiration pour les autres corps policiers du Québec.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'une hémorragie cérébrale secondaire à un traumatisme craniocérébral sévère.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Service de police de la Ville de Gatineau** de :

- [R-1] Rédiger une directive opérationnelle afin de préciser les situations pour lesquelles un policier peut annuler le transport ambulancier demandé par un tiers ;
- [R-2] Donner une formation de base à ses policiers portant sur un rappel des impacts des traumatismes crâniens notamment chez une population âgée afin de mieux les outiller à cerner le type d'intervention requis.

Je recommande à la **Coopérative des Paramédics de l'Outaouais conjointement avec le Centre de coordination de santé de l'Outaouais (la Centrale)** de :

- [R-3] S'assurer que les ambulanciers valident un refus de traitement du patient en cas d'annulation par un policier sur refus du patient d'être transporté vers un hôpital pour une condition clinique médicale.

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 8 juillet 2024.

Me Pascale Boulay

Me Pascale Boulay, coroner