

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-04605

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 Dave Kimpton
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-06-19 Date de l'avis	2024-04605 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
67 ans Âge	Masculin Sexe	
Saint-Ubalde Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-06-19 Date du décès	Québec Municipalité du décès	
Hôpital de l'Enfant-Jésus Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par ses proches au moment de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

M. ██████████ réside dans une maison avec un proche. Le 15 juin 2024, vers 10 h, il informe cette personne qu'il sort de la résidence pour aller faire du ménage dans le garage situé à proximité sur le terrain. Vers 10 h 15, le proche sort pour aller rejoindre M. ██████████. Vers 10 h 20, il retrouve M. ██████████ pendu à l'aide d'une courroie attachée à une chaîne suspendue au plafond dans le garage. Le proche a alors rapidement abaissé la chaîne et a couru jusqu'à la maison afin de contacter le 911. Il a ensuite débuté les manœuvres de réanimation dans l'attente des ambulanciers, le tout conformément aux directives du préposé de la centrale d'urgence. Il n'y avait pas de premier répondant (PR) sur la liste officielle pour ce secteur.

Ainsi, les ambulanciers reçoivent l'appel à 10 h 21 (départ vers le lieu de prise en charge à 10 h 22) et se dirigent en urgence vers la résidence de M. ██████████. Ils arrivent sur les lieux à 10 h 37 et éprouvent certaines difficultés à trouver l'endroit exact où se trouve M. ██████████. La prise en charge aura finalement lieu à 10 h 40 et ils poursuivent les manœuvres de réanimation. Une demande d'assistance est également formulée à la Sûreté du Québec et des policiers arrivent sur les lieux à 10 h 49. Ces derniers prêteront assistance aux ambulanciers. Malgré les manœuvres de réanimation, le pouls de M. ██████████ demeure absent. Il est ventilé et transféré à l'urgence du Centre local de services communautaires (CLSC) de Saint-Marc-des-Carières où il arrive à 11 h 16. Lors de son arrivée, il a un Glasgow à 3 (échelle sur 15 points, indicateur de l'état de conscience). Le personnel médical va prendre en charge M. ██████████ et un appareil Lucas® (appareil de massage cardiaque mécanique) est installé. Le pouls de M. ██████████ revient vers 11 h 25 à la suite de l'octroi d'une dose d'épinéphrine et, par la suite, il est rapidement intubé, mais il ne reprendra jamais conscience.

Il est transféré en ambulance à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus où il arrive vers 13 h 08. L'examen radiologique demandé en urgence à son arrivée met notamment en évidence un tableau suggestif d'anoxie cérébrale diffuse avec amoindrissement de la différenciation cortico-sous-corticale en supra et en infratentorial et perte de la définition des noyaux gris centraux et thalami. Il y a des signes non équivoques d'anoxo-ischémie prolongée. Des phénomènes suggestifs de pneumonie d'aspiration au poumon droit sont également constatés.

L'évolution neurologique de M. [REDACTED] n'est pas favorable. Après discussion avec l'équipe traitante et considérant le sombre pronostic, la famille décide de cesser les soins actifs et le décès neurologique de M. [REDACTED] est constaté le 19 juin 2024 à 11 h 15.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] étaient suffisamment documentées dans ses dossiers médicaux, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Les circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] ont fait l'objet d'un rapport d'événement des policiers de la Sûreté du Québec et aucune trace d'effraction ou de violence dans le garage ni aucun élément permettant de suspecter l'intervention d'un tiers ou la commission d'un acte criminel n'ont été constatés.

Dans le cadre de mon investigation, j'ai consulté les dossiers médicaux du CLSC de Saint-Marc-des-Carières, de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Il s'avère que M. [REDACTED] avait des antécédents de trouble délirant depuis 2018, de trouble neurocognitif mineur (Alzheimer précoce) et de trouble anxieux. Il a également déjà manifesté des idées suicidaires.

À la lecture des notes évolutives contenues au dossier médical de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, je constate qu'il est connu de la clinique interdisciplinaire de la mémoire pour déficits cognitifs depuis 2021. La note évolutive du neuropsychiatre consulté en janvier 2024 fait mention qu'il ne semble pas avoir de déclin cognitif significatif depuis la rencontre initiale. Le diagnostic principal demeure celui d'une maladie d'Alzheimer, mais celle-ci est toujours au stade prodromique (période d'une maladie pendant laquelle un ensemble de symptômes avant-coureurs, généralement bénins, annoncent la survenue de la phase principale de cette maladie).

Le 28 avril 2024, M. [REDACTED] se présente à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus pour une consultation, car il éprouve alors une détresse psychologique. Son humeur serait grandement affectée depuis environ trois mois. Il remarque une baisse de l'estime de soi, se dit plus triste et démontre une perte de motivation pour les activités quotidiennes. Il mange de moins en moins et aurait perdu jusqu'à dix livres dans la dernière année. Il ne fait pas état d'éléments perturbateurs spécifiques, mais il décrit une augmentation de la confusion liée à ses pertes de mémoire et il semble avoir une dysarthrie (trouble de l'élocution) progressive. Il mentionne au médecin rencontré éprouver une certaine inquiétude, car il a remarqué l'apparition d'idées noires. Il n'a pas l'impression d'être en contrôle de sa vie et il ajoute s'être débarrassé de ses fusils dernièrement pour éviter de les utiliser de manière impulsive. Il demeurera à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus pour la nuit et, le 29 avril 2024, il se montre ambivalent vis-à-vis une hospitalisation prolongée. Il mentionne alors se sentir mieux et il souhaite en discuter avec sa conjointe lorsqu'elle viendra le visiter à l'hôpital. Son humeur semble s'être améliorée et il se sent moins confus qu'à son arrivée. Il admet au personnel médical avoir eu des idées suicidaires dans les derniers jours, mais sans intention de passage à l'acte.

La santé psychologique de M. [REDACTED] demeure toutefois précaire et il sera hospitalisé du 30 avril au 29 mai 2024 à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, soit pour une période de 29 jours. Durant cette hospitalisation, il a notamment subi une néphrolithiase (calculs rénaux) et son état de santé s'est dégradé en raison d'un délirium. Son déclin cognitif semble progresser durant l'hospitalisation, et ce, même en excluant le délirium de

l'équation. Les notes évolutives consultées au dossier médical font mention que M. [REDACTED] est calme et en contrôle à sa sortie d'hospitalisation le 29 mai. À ce moment, il est alors jugé comme étant non-suicidaire et il mentionne à l'intervenant spécialisé avoir l'intention de reprendre certaines activités. Un plan de sécurité en prévision de son retour à domicile a été complété avec l'intervenant spécialisé le 27 mai. M. [REDACTED] est jugé comme étant réceptif et collaborant lors de cet exercice. Les coordonnées d'une ligne d'aide et d'écoute lui sont aussi fournies au besoin.

Les premiers changements au niveau de l'état de santé de M. [REDACTED] en lien avec la maladie d'Alzheimer, ont été observés par ses proches environ sept ans avant son décès. La situation s'est toutefois détériorée dans les trois dernières années avant son décès. Il a vécu plusieurs périodes où les hallucinations étaient omniprésentes et lors desquelles il devenait très anxieux (ex. : craintes relatives au vol d'armes à feu, au vol de ses mots de passe, etc.). Puis, les symptômes se sont accentués vers la fin du mois d'avril 2024, d'où la consultation qui s'en est suivie à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Lorsqu'il est retourné à son domicile à la suite de cette hospitalisation, il était plutôt absent. Ses proches ont essayé de le divertir afin qu'il retrouve sa bonne humeur, mais il demeurait peu énergique et peu souriant. Il avait besoin de beaucoup de calme. Pendant le mois de juin 2024, il n'a jamais verbalisé d'idées suicidaires. Il regardait beaucoup la télévision et faisait des mots croisés. Selon les informations recueillies, je suis d'avis qu'aucun signe précurseur n'aurait pu permettre à ses proches d'intervenir afin d'éviter le geste suicidaire.

Dans le cadre de mon investigation, je me suis attardé au délai d'intervention des ambulanciers à la suite de l'appel logé au 911 par le proche le 15 juin 2024. J'ai également considéré la réalité géographique de la municipalité de Saint-Ubalde, qui est intégrée à la municipalité régionale de comté (MRC) de Portneuf, elle-même située dans la région administrative de la Capitale-Nationale. La municipalité de Saint-Ubalde se situe dans la partie ouest de la MRC de Portneuf, à 18 km au nord-ouest de Saint-Casimir, voisine du côté est, de Saint-Alban. Le rapport d'intervention des ambulanciers consultés fait état d'un délai de 15 minutes (en excluant les trois minutes où les ambulanciers ont recherché l'endroit de la pendaison de M. [REDACTED] en arrivant au domicile) entre l'appel et l'arrivée des secours auprès de M. [REDACTED]. Je me suis donc questionné à savoir si la municipalité de Saint-Ubalde bénéficiait d'un service de premier répondant (PR) au moment des événements. Depuis les années 90, les PR assurent, dans plusieurs régions du Québec, du fait de leur proximité à la population, une réponse rapide et efficace pour les situations d'urgence vitale en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers-paramédics¹. Le PR a reçu une formation avancée en secourisme lui permettant de fournir les premiers soins à une personne en situation d'urgence médicale. C'est le centre de communication santé (CCS) qui contacte le PR en fonction de la liste officielle pour lui indiquer de se rendre auprès de la personne en détresse afin de stabiliser son état de santé en attendant l'arrivée des services ambulanciers².

Dans un premier temps, j'ai contacté les personnes en autorité de la municipalité et du Service incendie de Saint-Ubalde afin d'examiner l'état de situation actuelle au sujet des PR. Or, il s'avère que les pompiers de la municipalité ont déjà été PR dans le passé, mais qu'ils n'agissent plus à ce titre depuis les années 90. Les effectifs pompiers de la caserne 15 de Saint-Ubalde, qui sont au nombre de 20 actuellement, ont toutefois toujours maintenus en vigueur leurs compétences de secouriste avancées en raison de l'imposition de cette orientation par la direction du service incendie. Les motifs ayant mené au retrait officiel du statut de PR reposeraient notamment sur la lourdeur bureaucratique en lien avec cette accréditation. Le service ambulancier le plus près est basé à Saint-Marc-des-Carrières, soit une ville qui se situe à environ 25 km de Saint-Ubalde (à environ 24 minutes de route en voiture selon Google Maps®). L'équipement utile pour fournir les premiers soins (incluant un

¹ [Protocoles-d_intervention-clinique-a-l_usage-des-premiers-repondants-2013.pdf](#).

² [Premier répondant | Gouvernement du Québec](#).

défibrillateur) serait déjà présent actuellement dans le véhicule d'urgence du service incendie. Les pompiers sont logés actuellement dans des locaux provisoires, et ce, depuis environ deux ans à la suite d'un incendie majeur qui a détruit la caserne³. La nouvelle caserne sera livrée normalement au cours de l'été 2025.

Je me suis aussi entretenu avec une personne en autorité de la direction des services généraux et préhospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de mieux comprendre les enjeux actuels et les grandes orientations gouvernementales en la matière de couverture des régions plus éloignées par les services d'urgence. Je comprends de mes échanges que chaque région sociosanitaire au Québec fait une analyse propre de sa desserte ambulancière et que, par la suite, celle-ci est transmise à Santé Québec qui eux analyse à leur tour la possibilité de fournir les crédits nécessaires pour augmenter la couverture ambulancière. En fin de compte, c'est le MSSS qui statuera en fonction des priorités gouvernementales. En parallèle, les vérifications effectuées auprès du coordonnateur concerné des services préhospitaliers d'urgence pour la Capitale-Nationale m'indiquent que le secteur de la municipalité de Saint-Ubalde n'est pas priorisé actuellement et qu'ainsi, il n'est pas envisagé de modifier la desserte ambulancière à court terme par l'addition de nouvelles ressources. En effet, il s'avère que le secteur de Portneuf, dans son ensemble (incluant la municipalité de St-Ubalde), a fait l'objet au cours de l'année 2024 d'une réévaluation de la dynamique de la gestion des ressources ambulancière existante. L'objectif était d'optimiser les points de services et de s'assurer d'avoir les meilleurs plans d'intervention. La volonté actuelle vise aussi à diminuer le volume d'utilisation des ressources ambulancières via une plus saine utilisation des ressources par les hôpitaux (dans le secteur de Portneuf, 43 % des cas d'utilisation des ambulances se font pour des transferts interhospitaliers).

Je comprends également des informations recueillies que la volonté gouvernementale est notamment d'implanter davantage les services de PR dans les régions éloignées. En effet, aux pages 15 et 16 du *Plan d'action gouvernemental du système préhospitalier d'urgence 2023-2028*, on peut lire ceci :

« Le développement et l'optimisation de la chaîne d'intervention préhospitalière sont essentiels afin d'améliorer la réponse des services préhospitaliers d'urgence et les délais de prise en charge des demandes nécessitant une intervention rapide. Cette chaîne d'intervention est composée d'un grand nombre d'acteurs. Pour la rendre plus efficiente, il faudra accroître la diversification et la complémentarité des ressources qui la composent. Entre autres, les mesures visant l'implantation de la paramédecine de régulation et de la paramédecine communautaire permettront de mobiliser l'ensemble de ces ressources et contribueront à l'efficacité du secteur en évitant des transports vers les centres hospitaliers, tout en répondant mieux aux besoins des usagers. Le déploiement de ces mesures devra être adapté aux besoins et aux particularités régionales afin d'assurer une réelle amélioration des services en fonction des ressources déjà présentes sur le territoire. De plus, le MSSS mettra en place une carte interactive permettant d'effectuer une analyse complète et systémique de la couverture préhospitalière, afin de faciliter la tâche des autorités, qui pourront prendre des décisions s'appuyant sur des données probantes, lesquelles seront mises en œuvre au réel bénéfice de la population. »

Plusieurs chantiers sont donc en cours pour l'atteinte de cet objectif gouvernemental, dont celui visant les PR. À ce sujet, la volonté est de revoir notamment le cadre contractuel du programme des PR. Les PR représentent un maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière d'urgence, qui est sous la responsabilité des municipalités et dont la vocation est de fournir rapidement, à partir d'une affectation d'un centre de communication santé (CCS), les premiers soins de stabilisation nécessaires à une personne dont l'état le requiert

³ [Les travaux sont lancés pour la caserne incendie de Saint-Ubalde - Courrier de Portneuf.](#)

en attendant l'arrivée des ambulanciers. Ainsi, cette initiative consiste à revoir le programme PR afin d'améliorer la couverture préhospitalière de la population. Pour ce faire, la méthode de financement et les mécanismes de mise en place pour moduler les services en fonction des besoins et des ressources préhospitalières présentes sur le territoire seront revus. Les municipalités devront donc être mobilisées pour s'assurer qu'elles assument leur rôle dans la chaîne d'intervention préhospitalière et qu'elles mesurent l'impact majeur de ce service sur la qualité des soins offerts à leurs citoyens.

La volonté gouvernementale est d'augmenter le nombre de PR et, à la lecture du plan d'action, on comprend que l'agilité des services de PR et leur implantation stratégique au sein des municipalités permettent à ces derniers d'intervenir rapidement dans ce type de situation d'urgence où chaque minute compte, réduisant ainsi les risques de mortalité et de morbidité. Ces acteurs de la chaîne d'intervention préhospitalière complètent l'intervention citoyenne et celle des ambulanciers. La revue du programme de PR, notamment par un financement plus adéquat, doit encourager les municipalités à mettre en place des services de PR afin de favoriser la croissance du nombre de services au Québec. Cette initiative visera à mettre en place un processus d'analyse des besoins de PR et de leur niveau requis dans toutes les régions, incluant les secteurs hors du réseau routier, de façon à assurer une réponse systémique sur l'ensemble du territoire. Actuellement, 50 % de la population québécoise est couverte par un service de PR et l'objectif est d'atteindre 80 % d'ici 2028. Pour atteindre cet objectif, l'investissement financier sur cinq ans représente 92,7 M\$.

Il existe actuellement trois niveaux de PR, soit le niveau 1 où la personne est formée pour intervenir rapidement dans une situation urgente où le temps de réaction a un effet direct sur les risques de mortalité ou de séquelles. Elle peut donc agir lors d'un arrêt cardio-respiratoire, d'une obstruction des voies respiratoires, d'une réaction allergique, d'une intoxication aux opioïdes, d'un cas d'hypoglycémie et de saignements graves. Le niveau 2 où la personne, en plus d'avoir les compétences du niveau 1, est formée pour intervenir dans une situation traumatique complexe, notamment pour contrôler une hémorragie majeure, effectuer les soins de plaies profondes et assurer l'immobilisation en cas de fractures. Le niveau 3, où la personne possède des compétences avancées pour gérer des urgences médicales critiques et des situations exceptionnelles comme des accouchements en urgence ou des crises médicales liées à des environnements particuliers (exposition à des produits chimiques ou risques industriels).

Le Québec compte environ 6 270 PR répartis dans plus de 333 municipalités⁴ et de nouveaux services s'ajoutent chaque année. Je suis bien conscient qu'en ce qui concerne le décès de M. ██████ personne ne pourra confirmer si un délai d'intervention moindre aurait pu lui sauver la vie. Toutefois, considérant que les ambulances les plus proches sont basées à une distance d'au moins 25 km de la municipalité de Saint-Ubalde et que, dans le cas d'un arrêt cardio-respiratoire, chaque minute est cruciale pour la survie de la personne impliquée, je suis d'avis qu'un tel service de PR devient ultimement nécessaire.

Selon le manuel médical Merck®, l'arrêt cardiaque survient lorsque le cœur cesse d'envoyer le sang et l'oxygène vers le cerveau et les autres organes et tissus (celui-ci peut être causé par tout ce qui fait que le cœur s'arrête de battre). Il arrive parfois qu'une personne puisse être réanimée après un arrêt cardiaque, surtout si le traitement est entrepris immédiatement. Cependant, plus le temps passe sans que du sang riche en oxygène soit envoyé au cerveau, moins il est probable que la personne puisse être réanimée et, si elle l'est, plus il est probable qu'elle ait des lésions cérébrales. Des lésions cérébrales sont probables si l'arrêt cardiaque dure plus de cinq minutes sans l'intervention de premiers secours que constitue la réanimation cardiopulmonaire. Le décès est probable si l'arrêt cardiaque dure plus de huit minutes. Ainsi, les manœuvres de réanimation en cas d'arrêt cardiaque doivent débiter le plus vite possible.

⁴ Statistiques vérifiées en date du 10 décembre 2024 ([Premier répondant | Gouvernement du Québec](#)).

Pour une meilleure protection de la vie humaine, je formulerai quatre recommandations.

CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTED] [REDACTED] est attribuable aux conséquences d'une asphyxie, secondaire à une pendaison.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande à **la municipalité de Saint-Ubalde** de :

- [R-1] Évaluer la possibilité de mettre en place un service de premier répondant au sein de la municipalité pour répondre efficacement aux besoins des citoyens en matière d'assistance d'urgence.
- [R-2] Collaborer, avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, aux initiatives prévues au *Plan d'action gouvernementale du système préhospitalier d'urgence 2023-2028* en regard des premiers répondants.

Je recommande au **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale** de :

- [R-3] Donner suite à l'action 2.1.1 du *Plan d'action gouvernementale du système préhospitalier d'urgence 2023-2028* en informant la municipalité de Saint-Ubalde des modalités de ce nouveau cadre et en lui transmettant toute information utile à son évaluation en lien avec la mise en place d'un service de premier répondant ;
- [R-4] Donner suite à l'action 2.1.2. du *Plan d'action gouvernementale du système préhospitalier d'urgence 2023-2028* en analysant les besoins de premiers répondants et du niveau requis pour la municipalité de Saint-Ubalde et de partager le résultat de cette analyse avec la municipalité.

Je soussigné, 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 Québec, ce 24 mars 2025.



Me Dave Kimpton, coroner