

EYB 2018-303367 – Résumé

Tribunal d'arbitrage

*Syndicat du secteur préhospitalier Laurentides-Lanaudière/CSN (SPLL-CSN) et
Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière*
(approx. 50 page(s))
31 août 2018

Décideur(s)

Sylvestre, André

Type d'action

GRIEF contestant le congédiement du salarié. ACCUEILLI en partie.

Indexation

TRAVAIL; *CODE DU TRAVAIL*; ARBITRAGE DE GRIEFS; CONGÉDIEMENT; PREUVE; technicien ambulancier; négligences répétées quant à la non-application ou application défaillante des protocoles cliniques et des politiques et directives patronales liées aux soins cliniques; attitude irrespectueuse à l'endroit d'une patiente; absence de téléchargement des enregistrements pour trois quarts de travail; accès sans autorisation à des documents en forçant un tiroir; règle de la progression des sanctions

Résumé

Le salarié était technicien ambulancier au service de l'employeur depuis 11 ans. L'employeur l'a suspendu pour enquête en raison d'interventions inappropriées. Au terme de l'enquête patronale, le salarié a été congédié. Il conteste son congédiement par grief.

Le 12 juin, le salarié devait déplacer une patiente fortement intoxiquée, qui selon les policiers, avait pris une forte dose de narcotique et de bières. La preuve prépondérante confirme que le salarié n'a pas respecté les protocoles d'intervention en pareil cas. Il a laissé la patiente se rendre à pied à l'ambulance alors qu'elle aurait dû être déplacée sur civière en cas de perte de conscience. De plus, le salarié a fait défaut de prendre les signes vitaux de la patiente à l'intérieur du domicile. Alors qu'il s'agissait d'une urgence de priorité 3, le salarié n'a pas demandé à son coéquipier de se rendre à l'hôpital le plus rapidement possible. Finalement, il a fait des blagues vulgaires à caractère sexuel au sujet de la patiente, en sa présence. Le 7 juillet, il a fait marcher une patiente ayant mal au dos et il n'a pas pris ses signes vitaux. Le même jour, il a appliqué le protocole pour adulte à une enfant de 8 ans. Le 8 juillet, il a amené un patient à l'hôpital sans prendre ses signes vitaux et en ne lui démontrant aucune empathie. Dans tous ces cas, le salarié n'a pas respecté l'encadrement conventionnel, législatif et réglementaire. Le salarié a aussi fait défaut de télécharger l'enregistrement de ses interventions lors des journées des 7, 8 et 9 juillet, sans donner d'explications,

sinon celle d'un oubli, ce qui démontre de l'insouciance à s'acquitter de ses obligations. Finalement, il a été démontré que le salarié a perdu 30 minutes de travail à forcer un tiroir pour rechercher un document. Il s'agit d'une négligence sérieuse puisque cela a occasionné son retard de 30 minutes à son poste.

L'importance des manquements fondait une lourde sanction justifiant l'employeur de ne pas respecter le principe de la gradation des sanctions. Le salarié a toutefois reconnu ses torts et il a adressé une lettre à l'employeur les admettant. Le dossier disciplinaire du salarié est vierge. En considérant ces facteurs atténuants, il faut conclure que le salarié n'est pas irrécupérable. Le congédiement n'est donc pas approprié en l'espèce. Il y a lieu de l'annuler et de le remplacer par une longue suspension de dix mois. Le grief est accueilli en partie. L'employeur devra réintégrer le salarié dans son emploi en lui remboursant le salaire et les avantages perdus. L'arbitre réserve sa compétence pour trancher tout litige découlant de sa décision.

Suivi

- ☐ Nos recherches n'ont révélé aucun suivi relativement au présent jugement.

Jurisprudence citée

1. *Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec c. Corporation d'Urgences-Santé de la région de Montréal-Métropolitain*, [REJB 2004-53772](#), AZ-50219910, D.T.E. 2004T-251, J.E. 2004-559 (C.A.)
2. *Syndicat du préhospitalier - CSN et Corporation d'Urgences-santé*, [EYB 2016-275748](#), 2016 QCTA 640, AZ-51320957 (T.A.)

Législation citée

1. *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, RLRQ, c. S-6.2, art. [65](#) al. 2

TRIBUNAL D'ARBITRAGE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° de dépôt :

Date : Le 31 août 2018

SOUS LA PRÉSIDENCE DE : ANDRÉ SYLVESTRE, avocat

**SYNDICAT DU SECTEUR PRÉHOSPITALIER LAURENTIDES-LANAUDIÈRE /
CSN [SPLL-CSN]**

ET

SERVICES PRÉHOSPITALIERS LAURENTIDES-LANAUDIÈRE

DANS LE GRIEF LOGÉ AU NOM DE FRANÇOIS GOURDE

Procureur du Syndicat : M. FRANÇOIS RENAUD

Procureur de l'Employeur : Me JACQUES AUDETTE

SENTENCE ARBITRALE

LA PREUVE

[1] Me Audette a produit François Gourde comme premier témoin. Embauché en 2006, il affichait au-delà de 11 ans d'ancienneté au jour de son congédiement. Détenteur d'un DEC en techniques ambulancières, il a suivi des séances de formation dispensées annuellement par l'Agence de la santé. On y procède, entre autres, à la mise à jour des connaissances et on dispense des informations concernant de nouveaux médicaments. Comme paramédic, il ne travaillait jamais seul et, durant l'été 2017, il a toujours été affecté avec Sylvain De Blois. Le paramédic TPA-2 est au volant de l'ambulance et son collègue, le TPA-1, se tient à l'arrière du véhicule, au chevet du patient.

[2] Le 5 juillet 2017, François Perreault, le directeur-adjoint des ressources humaines, lui a adressé cet avis de convocation :

« Objet : Avis de convocation pour enquête disciplinaire »

Monsieur,

Vous êtes convoqué le mercredi le 19 juillet prochain à 7h00 après votre quart de travail à une rencontre pour une enquête disciplinaire en présence d'un représentant désigné par votre syndicat. L'objet de l'enquête porte sur une intervention du 12 juin 2017 à Saint-Colomban, vers 00h20, au cours de laquelle des fautes ou manquements importants auraient été commis à l'occasion des soins à prodiguer à une patiente intoxiquée. L'objet de l'enquête concerne également votre comportement et vos propos déplacés à connotation sexuelle, propos qui auraient été tenus durant le transport de la patiente et au centre hospitalier Saint-Jérôme en présence du personnel policier et infirmier au moment du triage de la patiente.

Aux fins de cette rencontre, vous trouverez, ci-joint, une copie du formulaire A5-803 complété pour cette intervention.

Nous vous rappelons aussi qu'il est interdit de discuter des faits sous enquête avec un témoin présent sur l'appel et ou au centre hospitalier cette nuit-là.

Si vous désirez renoncer à être assisté d'un représentant de votre syndicat, vous devez nous en aviser par écrit avant le début de la rencontre. »

[3] Cette rencontre disciplinaire a eu lieu le 19 juillet. Outre lui-même, elle a regroupé le directeur des opérations, Stéphane Maillet, la directrice des ressources humaines, Antonietta Marro, et son représentant syndical, Jean-Claude Brochu. La discussion a duré deux heures et il a eu tout le loisir de s'expliquer sur les gestes reprochés lors d'une intervention à Saint-Colomban. Cet avis de convocation lui avait été adressé par courriel et son collègue De Blois l'avait invité, par téléphone, à en prendre connaissance. Après avoir lu ce document, le plaignant l'avait rejoint et confié n'avoir conservé aucun souvenir de gestes incorrects allégués.

[4] Il a travaillé avec ce collègue les 7, 8 et 9 juillet et ne se rappelait pas avoir discuté avec lui de cet incident. Le 14 juillet, il a reçu cet autre courriel adressé par la directrice des ressources humaines:

« Objet : Avis de convocation pour enquête disciplinaire – MODIFIÉ et Suspension pour fins d'enquête

Monsieur,

*Pour faire suite à votre premier avis de convocation disciplinaire du 5 juillet 2017 et notre enquête préliminaire, nous modifions l'heure de la convocation à l'enquête disciplinaire prévue pour le mercredi le 19 juillet prochain **pour 13h00.***

Nos vérifications à ce jour nous ont permis de découvrir des omissions importantes dans l'application des protocoles cliniques dans le cadre de d'autres interventions.

Ainsi, en plus de l'intervention ambulancière du 12 juin 2017, nous vous demanderons lors de cette même rencontre disciplinaire de nous fournir des explications au sujet de vos omissions dans le cadre des interventions suivantes :

- Intervention ambulancière en date du 7 juillet 2017 impliquant une patiente avec douleur lombaire (AS-803 : #39240508)*
- Intervention ambulancière en date du 7 juillet 2017 impliquant une patiente âgée de 8 ans ayant fait un accident en VTT (AS-803 : #39241967)*

- Intervention ambulancière en date du 8 juillet 2017 impliquant un patient intoxiqué avec une douleur aux jambes (AS-803 : #39259231)

À cette fin, nous joignons copie des formulaires AS-803 complétés.

Ces omissions, qui s'ajoutent à celles du 12 juin 2017, ont un caractère de gravité qui nous oblige à devoir vous retirer immédiatement de votre travail pour le temps de l'enquête.

*Dans les circonstances, nous vous informons que vous êtes **suspendu sans solde ni avantage aux fins d'enquête dès maintenant**, et ce, pour une période provisoire et indéterminée. Vous ne pourrez pas vous présenter sur les lieux du travail pour la durée de votre suspension.*

Également la rencontre traitera aussi de certains de vos agissements suite à votre réception de l'avis du 5 juillet 2017, soit :

- Vos agissements en lien avec l'absence de téléchargement des enregistrements MDSA pour vos quarts de travail des 7, 8 et 9 juillet 2017. Nos vérifications démontrent que vous avez fait défaut de télécharger le moniteur à la fin de ces quarts de travail. L'absence de téléchargement de vos données pourrait porter à penser que vous avez tenté de compromettre notre enquête.

- Vos agissements dans la salle des TAP en début de quart de travail du 8 juillet 2017 lorsque vous avez forcé le tiroir barré pour accéder à des documents, sans autorisation.

Pour la suite de notre enquête, nous vous rappelons qu'il est interdit de communiquer avec un témoin des faits sous enquête, incluant votre coéquipier.

Si vous désirez renoncer à être assisté d'un représentant de votre syndicat lors de votre rencontre disciplinaire, vous devez nous en aviser par écrit avant le début de la rencontre. »

[5] Les protocoles cliniques mentionnés dans cet envoi sont des lignes directrices émises par l'Agence de la santé, c'est-à-dire des façons de faire à respecter lorsqu'une équipe se présente dans les lieux. Il était familier avec certains de ces protocoles l'aidant à faire face à des situations fréquemment rencontrées. Après lecture de ce nouvel avis de convocation, les faits reprochés ne lui disaient rien, sauf une intervention ambulancière du 7 juillet impliquant une patiente atteinte de douleurs lombaires. Cet avis mentionnait également deux autres interventions, une du 7 juillet impliquant une

patiente de huit ans victime d'un accident de VTT et une seconde, du lendemain, relative à un patient intoxiqué se plaignant de douleurs aux jambes. Pourtant, il n'y avait aucun lien entre ces incidents et la rencontre annoncée dans l'avis du 5 juillet. Quant à l'absence du téléchargement des enregistrements MDSA, elle était possiblement due à un oubli de sa part ou à celui de son collègue De Blois. L'avis mentionnait également ses agissements, au début du quart de travail du 8 juillet dans la salle des TAP, lorsqu'il aurait forcé un tiroir verrouillé mais pratiquement éventré depuis des années. Or c'était plutôt le fait de son collègue qui était à la recherche d'une enveloppe pour lui ajouter la facture d'un repas. Ils en avaient mis de quatre à cinq minutes à ouvrir ce tiroir mais n'avaient pas trouvé cette enveloppe.

[6] À ce stade, Me Audette a présenté un moniteur au plaignant :

- Il contient un saturomètre pour s'assurer des taux d'oxygénisation du patient;
- Un électrocardiographe;
- Un test « fast patch » pour administrer des chocs électriques;
- S'ajoute un écran monitoring qui informe sur :
 - le taux d'oxygénisation du patient;
 - sa pression artérielle;
 - son rythme cardiaque.
- Enfin, cet appareil enregistre toutes les conversations qui se font entendre à l'intérieur de l'ambulance.

[7] Un protocole prévoit que dès l'arrivée de l'équipe auprès d'un patient, le paramédic utilise ce moniteur et son équipement pour prendre tous ses signes vitaux,

ce qu'a fait le plaignant dans chacune des situations rencontrées. De la sorte, il s'assure de son taux d'oxygénisation, en plaçant le saturateur au bout de l'index, de son pouls cardiaque et de sa pression artérielle.

[8] Le 12 juin, lorsque François Gourde s'est présenté chez la patiente de Saint-Colomban, il n'a pas immédiatement pris ses signes vitaux mais il l'a plutôt fait une fois rendu à bord de l'ambulance. Il était resté à l'intérieur pendant 10 minutes, sans intervenir, car elle s'y promenait en discutant avec une policière. D'ailleurs, le protocole MD-12 n'impose pas l'obligation, dans une telle situation, de prendre immédiatement les signes vitaux du patient.

[9] Suite à la rencontre du 19 juillet, Antonietta Marro lui a signifié son congédiement en lui adressant cet avis daté du 1^{er} août, une décision contestée par le grief logé le 9 août :

« Objet : Congédiement disciplinaire »

Monsieur Gourde,

La présente faite suite à notre rencontre d'enquête disciplinaire du 19 juillet dernier en présence de monsieur Stéphane Maillet, Directeur des opérations et de votre représentant syndical, monsieur Jean-Claude Brochu, au sujet de vos agissements lors des interventions ambulancières du 12 juin et des 7 et 8 juillet derniers.

L'enquête visait à l'origine plusieurs manquements importants dans les soins prodigués et les propos utilisés à l'égard d'une patiente ayant fait une tentative de suicide, que vous avez transportée avec votre partenaire, monsieur Sylvain De Blois, en date du 12 juin dernier.

Avant la tenue de votre rencontre disciplinaire, nous avons découvert plusieurs autres manquements dans les soins prodigués à d'autres patients en date du 7 et 8 juillet derniers, qui ont été ajoutés aux manquements couverts lors de la rencontre disciplinaire. Voyant que ces manquements n'étaient pas des actes isolés et tenant compte de leur gravité, nous vous avons alors suspendu pour fins d'enquête en date du 14 juillet 2017, afin de prendre les précautions nécessaires à l'égard de la santé et de la sécurité de nos usagers.

Vous avez par la suite fait parvenir à la soussignée une lettre le 20 juillet dernier, dans laquelle vous expliquez votre situation personnelle et reconnaissez votre

manque d'éthique et de professionnalisme en lien avec les faits reprochés.

Nous retenons de votre rencontre disciplinaire, de vos explications et des vérifications additionnelles effectuées, les faits suivants :

Intervention du 12 juin 2017 (AS-803 : 39727680)

Le 12 juin dernier, vous avez reçu une affectation pour une intervention ambulancière impliquant une patiente avec un code 23-C-2i « intoxication – overdose/respiration anormale/intentionnelle ». Le répartiteur vous avait alors indiqué qu'il s'agissait d'une dame de 55 ans ayant fait une tentative de suicide avec médicaments. L'appel fut d'ailleurs codé comme priorité 1. Il s'agissait d'un appel au 911 provenant d'un citoyen de la Hollande qui craignait pour la vie de la patiente.

Nous n'avons pas de données cliniques et verbales enregistrées sur le moniteur MDSA sur les lieux de la prise en charge. En l'absence de telles données, nous retenons les faits suivants quant à la période où vous étiez dans le domicile :

- Lors de votre arrivée sur les lieux de prise en charge, vous expliquez que deux policiers, un ami de la patiente qui l'hébergeait ainsi que la patiente étaient présents sur les lieux.*
- Vous étiez alors TAP#1 (préposé) et votre partenaire, M. De Blois, TAP#2 (conducteur).*
- Vous auriez eu le moniteur MDSA avec vous et vous ne comprenez pas pourquoi l'appel n'a pas été enregistré au domicile.*
- Lors de votre arrivée, vous n'étiez pas sûr si la patiente avait pris ou non des médicaments en raison de sa démarche que vous qualifiez de normale lorsqu'elle se déplaçait dans le domicile. Or, votre déclaration est contredite par celle que nous avons reçue des policiers qui était que la démarche de la patiente était celle d'une personne visiblement intoxiquée, qui présentait aussi d'autres signes d'intoxication.*
- Vous et votre partenaire avez déclaré ne pas avoir cru que la patiente avait pris 40 comprimés de méthadone, malgré ses dires et ceux de son ami qui était sur place. Vous avez tout de même indiqué cette information sur votre rapport AS-803. Or, les policiers nous ont déclaré vous avoir remis les emballages de comprimés de méthadone trouvés au domicile, sur lesquels 40 cavités contenant les comprimés avaient été perforées. Vous avez aussi invoqué une déclaration du médecin au centre hospitalier que si la patiente avait pris une telle quantité de médicaments, elle serait morte. Toutefois, au moment de la prise en charge et du transport, vous ne pouviez pas avoir cette information et deviez présumer que la patiente avait ingurgité une quantité de médicaments pouvant mettre sa vie en danger.*
- Vous reconnaissez avoir fait marcher la patiente après avoir évalué que l'intervention était de type psycho-social. Toutefois, vous reconnaissez avoir fait ce constat sur la base seulement de vos observations visuelles,*

contrairement aux protocoles d'intervention clinique.

- *Vous dites n'avoir pas pris de signes cliniques sur place parce que la patiente nécessitait une intervention psycho-sociale plutôt qu'une intervention nécessitant l'application du protocole MED.12 en lien à la prise de méthadone. Or, votre rapport AS.803 indique que le protocole d'intervention clinique appliqué a été MED.12.*
- *Aucune appréciation clinique de la patiente (permettant le choix du protocole d'intervention clinique à appliquer) n'a été faite sur place, soit aucune prise de la pression artérielle, aucune glycémie capillaire, aucune évaluation de la saturation en oxygène et aucune évaluation de la respiration.*

Comme l'enregistrement était disponible une fois à l'intérieur de l'ambulance, nous avons pu évaluer les données cliniques et verbales à la lumière des précisions apportées par vous et votre partenaire lors de nos rencontres et nous retenons les faits importants suivants :

- *Vous et votre partenaire, avec la patiente, étiez alors les seuls à l'intérieur de l'ambulance.*
- *Alors que prescrit par MED-12, aucun monitoring cardiaque et aucune glycémie capillaire n'ont été effectués lors du transport, seulement la pince saturo ayant été installée. Pour le monitoring, vous avouez que vous ne faites pas toujours de monitoring sur vos interventions, sans expliquer pourquoi.*
- *Aucun oxygène n'a été administré à la patiente en aucun cas durant le transport, malgré une saturation hautement instable dont certaines entre 82-85%. Selon vous, vous étiez alors plutôt concentré sur le fait de comprendre et de vous exprimer en anglais avec la patiente.*
- *Le mode de déplacement lors du transport n'a pas été fait en mode urgent, alors que l'affectation était une P-1 et que le protocole MED-12 (intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie) le prescrit, parce que vous ne pensiez pas que la patiente était aussi intoxiquée et médicamentée qu'elle en témoignait. Toutefois, vous avouez avoir été incertain lorsque vous avez signalé à votre partenaire que la patiente « tachycarde pas pire » sans demander le déplacement en mode urgent. Vous avouez que le déplacement aurait dû passer en 10-30.*
- *Pendant le transport vers le CH, la patiente était confuse et tombait inconsciente à plusieurs reprises, soit « dans les vapes » selon ce que vous signalez à votre partenaire.*
- *Vous avez interrogé plusieurs fois la patiente pour tenter de la stimuler, alors que son état se détériorait. Vous l'avez également questionnée à savoir si c'était l'alcool ou les médicaments qui avaient causé son état, en avouant durant la rencontre croire qu'elle était alors intoxiquée.*
- *Aucun préavis au centre hospitalier n'a été donné, contrairement au protocole MED-12, ce qui a entraîné le transfert de la patiente au triage alors*

qu'elle était dans un état instable et possiblement critique.

- *Devant la patiente, vous avez utilisé à haute voix l'expression « deep throat » (« gorge profonde »). Vous avez avoué pendant votre rencontre que de tels propos déplacés ne devraient pas être utilisés devant les patients, en prétextant que cette expression était la seule expression anglaise à laquelle vous avez pensé spontanément.*
- *Selon nos recherches sur Wikipédia, « deep throat », fait référence à un des premiers films pornographiques dans lequel la vedette du film a dû, afin de réussir les fellations du film sans s'étouffer, subir un entraînement pour apprendre à avaler entièrement un pénis.*
- *Vous reconnaissez que votre partenaire vous a répondu, encore devant la patiente, ce qui suit : « Demandes-y si a l'a mal à la gorge là, pis heu, propose-lui » en référence au film pornographique. Nous concluons ainsi que vous et votre partenaire avez utilisé un langage sexuel et obscène en présence d'une patiente vulnérable ayant fait une tentative de suicide.*
- *Alors que vous avez mentionné lors du début de la rencontre disciplinaire que la patiente ne comprenait pas l'anglais ni le français, nous constatons durant l'enregistrement qu'elle parle et comprend l'anglais et même le français. Nous devons conclure que la patiente a pu raisonnablement comprendre les propos sexuels échangés entre vous et votre partenaire.*
- *Pendant le transport, on vous entend rigoler à quelques reprises avec votre partenaire en présence de la patiente. Nous en concluons que la patiente aurait pu se sentir ridiculisée et non prise au sérieux, et ce alors qu'elle venait de tenter de se suicider.*
- *Le formulaire AS-803 complété par vous pour cette intervention, indique faussement que le protocole MED-12 aurait été appliqué, alors que l'enregistrement des données MDSA et verbales démontre le contraire. Vous reconnaissez que certaines données cliniques et les heures indiquées à l'AS-803 ne sont pas exactes en justifiant avoir pris l'habitude de faire correspondre faussement l'heure auprès des patients à l'heure de votre première pression. Vous avez aussi admis avoir faussé votre rapport en mettant 16 respirations/minute, en raison d'une mauvaise habitude que vous auriez prise.*
- *Lors du triage, vous reconnaissez que l'état de la patiente était très différent que sur le lieu de prise en charge et qu'elle était « partie » une fois au triage. Ceci s'explique par le fait que la méthadone peut prendre un long délai avant de prendre effet. Vous avez déclaré à plusieurs reprises durant la rencontre ne pas avoir connu les effets de la méthadone au moment de l'intervention. Dans ces circonstances, vous avouez que vous n'auriez pas dû sous-estimer l'état de la patiente et auriez dû appliquer le protocole pour intoxication.*
- *Malgré l'état instable de la patiente, vous avez lancé plusieurs blagues à caractère sexuel ou déplacé avec votre partenaire et les autres intervenants au triage, aux dépens de la patiente et du témoin intéressé sur les lieux. Vous croyez même avoir été celui des intervenants qui a dit « C'est pas*

parce que je mets mon pénis dedans que je vais lui donner mon adresse », sans pouvoir expliquer pourquoi.

- *Au triage, vous avez continué à rigoler en prétextant ne pas avoir été près de la patiente, même si nous pouvons entendre vos échanges sur l'enregistrement. Pendant tout ce temps, la patiente était sur votre civière sans surveillance clinique, malgré le fait qu'on entendait le ronflement de celle-ci qui pouvait indiquer un problème de respiration. En aucun moment, vous n'avez cessé d'utiliser des propos inappropriés ou demandé d'évaluer ou de trier la patiente rapidement.*
- *En raison du comportement de votre équipe et celui des autres intervenants, le triage a pris un peu plus de 16 minutes. Voyant que l'état de la patiente s'aggravait, elle a ensuite été transférée dans la salle de choc. Le mode de déplacement urgent et un préavis au centre hospitalier auraient évité l'aggravation de l'état de la patiente.*

Absence d'enregistrements ZOLL pour interventions du 7, 8 et 9 juillet 2017

- *Vous reconnaissez que vous avez omis de télécharger le moniteur ZOLL pour vos quarts du 7, 8 et 9 juillet. Plusieurs explications divergentes ont été fournies, qui nous font douter des raisons pour lesquelles vous avez omis de télécharger, dont notamment les explications suivantes :*
 - *C'est vous qui vous occupiez du téléchargement et vous le faisiez lorsque vous aviez des enveloppes d'assurance qualité et d'administration de médicaments. Toutefois, nos vérifications nous démontrent que même ce type de cas n'était pas toujours téléchargé par votre équipe.*
 - *Vous admettez que vous ne téléchargez pas l'ensemble de vos interventions depuis quelque temps.*
 - *Vous indiquez que l'absence de téléchargement pour l'une des journées visées s'explique par un oubli et les deux autres par l'absence de cas d'assurance qualité.*
 - *Vous étiez au courant qu'il fallait télécharger systématiquement à la fin de tous vos quarts de travail, selon la Politique de téléchargement des données de la carte d'enregistrement du MDSA, malgré le fait que vous ne vous y conformiez pas.*

Intervention du 7 juillet 2017 (AS-803 : 39240508)

- *Il s'agit d'une affectation 5A1 (mal de dos non traumatique) pour une patiente ayant une hernie discale depuis 4 ans durant laquelle vous étiez le préposé.*
- *Vous indiquez avoir fait marcher la patiente, car elle ne tolérait pas la position assise sur la civière-chaise.*
- *Vous reconnaissez avoir fait marcher une patiente qui avait une douleur lombaire et était alitée pendant 2 semaines sans pouvoir faire aucune activité quotidienne.*
- *Vous admettez qu'aucun signe vital ni monitoring cardiaque n'ont été faits*

sur les lieux de prise en charge, alors que vous indiquez sur le rapport AS-803 que le protocole APP aurait été complété.

Intervention du 7 juillet 2017 (AS-803: 39241967)

- Il s'agissait d'une affectation 29-D-2 (accident/transport/cinétique importante) de priorité 1 impliquant une patiente de 8 ans ayant fait une chute avec un véhicule tout-terrain durant laquelle vous étiez le préposé.
- Votre partenaire nous indique que vous l'auriez avisé de ne pas immobiliser la patiente, car pas de douleur dans le dos.
- Vous avez compris pendant la rencontre, que selon le protocole TRAU.0, la patiente aurait dû être immobilisée à cause de son âge de 8 ans et que son transport aurait dû être en mode urgent.
- Tel que l'on peut le constater au rapport AS-803, aucun oxygène n'a été donné, car vous prétendez avoir appliqué le protocole TRAU.3, alors que le protocole TRAU.5 (traumatisme pédiatrique) qui dicte l'administration d'oxygène à haute concentration, aurait dû être appliqué. Aucun soin n'a été appliqué en conformité avec les protocoles.

Intervention du 8 juillet 2017 (AS-803 : 39259231)

- Il s'agissait d'une affectation 26-C-2 (personne malade/respiration anormale) de priorité 3 impliquant un patient avec douleur aux pieds et aux jambes et intoxiqué à l'alcool, durant laquelle votre partenaire était préposé.
- Vous reconnaissez que le patient a marché vers l'ambulance, alors qu'il avait une douleur aux jambes, en avouant croire qu'il était un habitué des services de l'entreprise, après qu'une autre équipe vous ait avisé que celui-ci voulait s'arranger pour aller rejoindre sa conjointe déjà hospitalisée.
- Vous reconnaissez avoir laissé vos préjugés à l'égard du patient nuire à votre jugement clinique, présumant que celui-ci abusait du système.
- Alors que votre partenaire nous indique que vous aviez convenu qu'il n'était pas nécessaire de faire une évaluation clinique (APP) sur place et que vous vouliez seulement le rendre à l'hôpital, vous dites avoir été surpris que votre partenaire reparte vers l'ambulance avec le moniteur. Vous reconnaissez qu'aucune évaluation clinique n'a été faite sur place.

Ouverture forcée du tiroir dans la salle TAP le 8 juillet 2017

- Vous nous avez informés d'une pratique au sein de l'entreprise qui consiste à forcer le tiroir verrouillé qui contient des documents confidentiels référant à des patients ou des collègues.
- Vous reconnaissez avoir aidé votre partenaire dans la vérification des enveloppes retirées du tiroir, alors que votre quart de travail était déjà commencé.
- Votre équipe a perdu plus de 25 minutes à vérifier les enveloppes, ce qui a entraîné un délai dans votre activation au Centre de communication santé,

retardant ainsi votre déplacement vers votre point d'attente. Vous ne savez pas pourquoi le délai a été si long.

Après avoir analysé l'ensemble de ses interventions, voici ce que nous vous reprochons :

1. Négligence répétée quant à la non-application ou l'application défailante des protocoles cliniques et des politiques et directives de l'entreprise reliées aux soins cliniques :

- a) Vous avez omis de prodiguer des soins à vos patients alors que ces soins étaient prescrits selon les protocoles cliniques applicables contrairement à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, à l'article 1.24 de la convention collective et au Code de conduite des paramédics qui obligent le paramédic à s'assurer en tout temps de la conformité de ses actions avec les protocoles établis.*
- b) Vous n'avez pas fait l'appréciation de la condition clinique de vos patients sur les lieux de prise en charge ou pendant leur transport. Comme vous le savez, cette appréciation est requise pour permettre de déterminer le ou les protocoles à appliquer tel que prévu par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.*
- c) Vous avez fait marcher des patients sans qu'aucune évaluation clinique initiale n'ait été faite, contrairement au protocole d'intervention clinique et à notre directive Déplacement des patients (DIR-2012).*
- d) Vous avez fait défaut d'appliquer en tout ou en partie les protocoles cliniques applicables à vos interventions, notamment dans le cas de trauma pédiatrique (TRAU.5), d'intoxication (MED.12) et d'une altération de l'état de conscience chez la patiente (MED.2), incluant le défaut de monitoring cardiaque et de glycémie capillaire. Notre Politique de qualité des soins et relations d'aide (POL-1006), la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et l'article 1.24 de la convention collective vous obligent à appliquer et respecter de façon rigoureuse les protocoles cliniques.*
- e) Vous avez fait défaut d'administrer de l'oxygène selon le protocole TECH.10 lorsque la saturométrie était instable et en-deçà de 92%, ce qui aurait pu entraîner une complication ou une dégradation de la condition clinique des patients allant jusqu'à des séquelles neurologiques.*
- f) Vous avez fait défaut de transporter les patients selon le mode urgent et d'aviser le centre hospitalier, alors que les patients présentaient des critères d'instabilité, contrairement aux protocoles d'intervention clinique et à la Directive d'affectation transmise par le CCS/Délai de mise en route/Mode de déplacement (DIR-2016).*
- g) Vous avez fait défaut de faire une surveillance continue des signes vitaux*

durant les interventions, incluant au triage, malgré la détérioration de l'état du patient, tel que prescrit par les protocoles cliniques.

- h) Vous avez fait défaut de croire vos patients sans avoir fait l'appréciation clinique de leur état, en vous fiant seulement sur vos observations visuelles. Comme vous le savez et selon la Politique de la qualité des soins et relations d'aide (POL-1006), vous devez tenir pour acquis que le patient est de bonne foi et qu'il est sincère. Le fait de ne pas croire le patient peut compromettre la qualité et l'efficacité des soins requis par celui-ci et mettre sa vie en danger.*
 - i) Vous avez inscrit de fausses informations dans vos rapports AS-803 portant à croire que vous aviez faussement administré des soins ou appliqué le protocole requis contrairement au Code de conduite des paramédics (DIR-2006) et autre normes applicables qui obligent la consignation adéquate et complète des informations cliniques.*
- 2. Attitude insouciant et irrespectueuse à l'égard de la vie et de la fragilité psychologique des patients allant jusqu'à l'utilisation d'un langage vulgaire et pervers :*
- a) Vous avez manqué d'empathie et de considération pour la vie de la patiente lors de l'intervention du 12 juin, alors qu'elle était en situation de vulnérabilité et de fragilité émotionnelle au point de vouloir mettre fin à sa vie. Plutôt que de vous soucier de son état, vous ne lui avez prodigué aucun soin et l'avez ridiculisée et négligée. Il va sans dire que vous avez fait preuve d'une négligence grave et d'une insouciance démesurée pour la vie et l'état psychologique de la patiente, allant à l'encontre de vos normes professionnelles et des valeurs de l'entreprise prévues au Code de conduite des paramédics (DIR-2006) et à la Politique de la qualité des soins et relations d'aide (POL-1006).*
 - b) Vous avez fait des blagues à caractère sexuel et vexatoire à l'égard de la patiente lors de l'intervention du 12 juin, alors que ce genre de conduite n'est pas toléré par l'entreprise, tel que prévu par son Code de conduite des paramédics. Les propos utilisés par vous et votre partenaire heurtent les valeurs de l'entreprise et nuisent à l'image et à la réputation du métier de paramédic. Vos propos qui ont été entendus par la patiente et les usagers du centre hospitalier, contribuent à discréditer la profession aux yeux du public.*
 - c) Vous avez laissé vos préjugés et vos présomptions à l'égard du statut social de patient transporté le 8 juillet dernier, influencer votre jugement et remplacer votre appréciation clinique, contrairement à la Politique sur la qualité et la relation d'aide (POL-1006).*
- 3. Insubordination visant les politiques et directives de l'entreprise pouvant avoir un impact sur la qualité du service.*

- a) *Vous n'avez pas enregistré et/ou téléchargé systématiquement toutes les interventions où il y a eu un contact avec un patient, conformément à la Politique sur le téléchargement des données de la carte d'enregistrement du MDSA. En raison du grand degré d'autonomie dans l'exercice de vos fonctions, il est important que tous les paramédics enregistrent et téléchargent toutes leurs interventions avec des patients.*
- b) *Vous avez retardé votre délai de mise en route vers votre point d'attente lors de l'incident du tiroir verrouillé, alors que vous aviez déjà été avisé par la direction en lien avec d'autres délais de mise en route. Comme vous le savez, ces délais auraient pu allonger nos délais de réponse.*

En conclusion, vous avez donc fait preuve d'une négligence professionnelle grave et d'une attitude insouciance et parfois immorale dans le cadre de vos interventions, manquant ainsi à vos responsabilités à titre de paramédic. Or, votre dossier de formation continue confirme que toutes vos formations de mise à niveau ont été complétées et réussies. Nous sommes alors forcés de conclure que vos manquements découlent non pas d'un manque de compétence mais d'une négligence et insouciance, selon votre aveu. Vos manquements vont carrément à l'encontre de votre devoir de paramédic de soigner et d'aider.

Par ailleurs, nous retenons que, lors de votre première rencontre disciplinaire, vous avez collaboré à nous aider à comprendre vos interventions en tentant toutefois de banaliser les manquements en raison du « contexte », selon vos dires. Vous avez tenté de minimiser vos propos en indiquant qu'ils ne visaient pas directement la patiente. Vous avez aussi exprimé ne pas avoir réalisé que vos blagues étaient allées si loin cette fois-ci et que vous aviez échappé cette intervention. Vos réponses étaient toutefois concises, sans présenter d'excuses pour vos agissements.

À la fin de la rencontre, vous avez expliqué que ces manquements résultaient d'un manque de motivation et avez reconnu qu'il pouvait s'agir de négligence et d'insouciance tant au niveau clinique que des propos utilisés.

Nous vous rappelons que, selon la Loi et les attentes de l'entreprise, vous et votre partenaire étiez les seuls responsables de fournir à la patiente lors de l'intervention du 12 juin dernier, les soins requis par son état et de la traiter avec respect, compréhension et dignité. Vous ne pouvez pas vous exonérer de ces responsabilités en invoquant les circonstances de l'intervention.

Nous reconnaissons toutefois que vous avez exprimé dans votre lettre du 20 juillet dernier être prêt à ne plus travailler avec votre partenaire, M. De Blois, en indiquant penser que vous et votre partenaire auriez pris des mauvaises habitudes avec le temps cherchant à vous amuser au point de tomber dans l'exagération. Vous seriez alors prêt à nous démontrer à l'avenir être un bon paramédic consciencieux et avec une éthique sans failles. À la lumière des

reproches ci-haut, nous avons de la difficulté à croire que vous pourriez démontrer du jour au lendemain une éthique irréprochable. Vos écarts de conduite à ce jour risqueraient de miner la confiance du public.

En effet, comme vous le savez, vous jouissez d'un grand degré d'autonomie dans l'exercice de vos fonctions et à cette autonomie correspond un degré de responsabilité accru. Nous devons pouvoir avoir la confiance que tous les patients qui sont sous la responsabilité de nos paramédics soient soignés conformément à l'application stricte des protocoles cliniques et qu'ils reçoivent le respect et l'empathie auxquels ils sont en droit de s'attendre. Le lien de confiance revêt donc une importance capitale. Tenant compte de la gravité des manquements reprochés ci-haut et tel que vous le reconnaissez, nous sommes obligés de conclure que l'entreprise ne peut plus avoir une telle confiance en vous. Ceci encore moins lorsque vous avouez une pratique de non-enregistrement ou de non-téléchargement des données MDSA qui limiterait ainsi la possibilité pour l'employeur de valider la conformité de vos actions et soins.

Considérant, entre autres, votre longue ancienneté, la gravité des reproches, leur caractère négligent et insouciant, la récurrence des manquements cliniques, le rôle et l'autonomie du métier de paramédic, et le haut niveau de confiance du public, nous vous confirmons que votre lien de confiance est irrémédiablement rompu. Tenant compte de votre date de suspension pour fins d'enquête, votre congédiement disciplinaire sera rétroactif au 14 juillet 2017.

Nous vous demandons de nous remettre dans les plus brefs délais toute pièce d'équipement, vêtement de protection individuelle, clé et dispositif d'identification nous appartenant et qui est en votre possession.

Nous verrons, pour notre part, à vous remettre prochainement les relevés et sommes qui pourraient vous être dus jusqu'à la date de votre congédiement. »

[10] Le 12 juin, lorsqu'il s'est présenté à la résidence de la patiente, le répartiteur ne l'avait pas avisé qu'elle avait fait une tentative de suicide. Ce dernier s'était limité à donner l'indication de ce qui pouvait « à peu près » les attendre et lui-même n'en avait pas personnellement requis d'autres informations. Par la suite, la direction a découvert d'autres manquements survenus les 7 et 8 juillet dont il a été discuté à la rencontre du 19 juillet. François Gourde, dans une lettre adressée à la direction le lendemain, a expliqué qu'il venait de traverser une mauvaise année, une séparation de son épouse et le décès de sa mère. Ainsi, sa tête n'était pas toujours au rendez-vous de sorte qu'il avait pu commettre certains manquements à l'éthique.

[11] Le 29 mai 2013, il avait suivi une séance de formation intitulée « *L'autre côté de la médaille 2012* » mais n'avait conservé aucun souvenir de son contenu. Le 17 mai 2017, il avait participé à une autre séance intitulée « *Trauma 2016* ». Il s'agissait d'un cours portant sur les nouvelles normes de traumatologie, soit sur la façon d'évaluer les soins et sur le besoin d'immobiliser le patient ou non. Il a toujours réussi tous les cours de quatre, de huit ou de 16 heures.

[12] Le plaignant, à la demande du procureur patronal, a passé en revue certains extraits du "*Code conduite des paramédics*", la DIR-2006, dont les articles suivants :

- **2.12** : le 12 juin, l'ensemble de l'intervention a dérapé et lui-même a commis une faute en lançant de mauvaises blagues et en rigolant; il en a été de même une fois rendu à l'hôpital; sa conduite, à ces occasions, n'a pas, de toute évidence, été irréprochable;
- **2.13** : sauf pour ce dérapage, il a correctement exécuté ses tâches;
- **3.2** : à cette occasion, il n'a pas installé les électrodes à bord de l'ambulance et n'a pas pris le taux de sucre de la patiente;
- **3.3** : par ailleurs, il ne lui a pas manqué de respect;
- **4.1** : les 7 et 8 juillet, il a fait son travail avec prudence et dignité;
- **4.7** : le 12 juin, il n'a pas fait de blagues sur la patiente car ce fut l'ensemble du contexte qui a dérapé.

[13] François Gourde a ensuite commenté la carte d'appel transmise le 12 juin 2017, à 00h01 et lui signalant chez la patiente une respiration anormale due à une « *tentative de suicide par médicaments* ». Au début, cet appel était de priorité 3, celui d'une affectation immédiate demandant de s'y rendre à bonne vitesse. En cours de route, le répartiteur a signalé une priorité 1. L'équipe s'est alors dépêchée à cette adresse à grande vitesse et avec sirène. Elle y est parvenue à 00h21, donc 20 minutes après la

réception de l'appel. Dès son arrivée, le plaignant a constaté la présence de deux policiers dans la résidence et celle d'un homme dans la quarantaine et d'une dame dans la mi-cinquantaine comme signalé par le répartiteur. Celle-ci était en train de faire sa valise et déambulait en ramassant ses vêtements. Une policière présente dans les lieux lui a expliqué s'être déplacée suite à un appel reçu des Pays-Bas, via Interpol, informant que cette personne aurait avalé 40 cachets de méthadone et consommé environ 20 bouteilles ou canettes de bière depuis 17h00. Or, au jugement du plaignant, si elle avait consommé autant de médicaments que de bière, elle aurait été incapable de marcher et même de bouger.

[14] En quittant l'ambulance, il s'était muni de son moniteur. Cependant, fort de son constat que la condition de la patiente était stable, il n'a pas pris ses signes vitaux. Il a plutôt conclu qu'elle présentait un cas psychiatrique plutôt que médical. Elle lui semblait être sous l'effet de l'alcool mais la prise de ses signes vitaux ne s'imposait pas immédiatement. Elle s'est ensuite rendue dans l'ambulance en marchant car, au jugement du plaignant, elle présentait un trouble psychiatrique et il n'avait pas à l'aliter dans la civière. Par ailleurs, une fois rendue à l'intérieur du véhicule, elle s'y est étendue.

[15] Au chapitre de la qualité des soins, le plaignant a expliqué avoir dispensé un traitement de qualité à cette patiente. À l'intérieur de l'ambulance, il ne lui a pas manqué de respect en parlant d'elle à son partenaire car elle ne comprenait pas le français. Cependant, dans la résidence, en ne prenant pas immédiatement ses signes vitaux, il avait pu manquer au protocole. Dans l'ambulance, en lançant à son partenaire qu'elle était « *paquetée et ben soûle* », il n'a pas respecté sa dignité et n'a pas fait preuve d'empathie.

[16] François Gourde a ensuite commenté l'enregistrement qui a débuté à son entrée dans l'ambulance. À 00h35, il a évalué la condition de la patiente par un « *quick look* ». À 00h36, à bord de l'ambulance, il a pris ses signes vitaux. Elle respirait 16 fois à la minute, ce qui était normal. Son pouls, à 120 battements à la minute, était rapide, sa tension artérielle de 119/72 était normale, tout comme son SpO₂, à 93 %. Même si le pouls était plus rapide que la normale, elle n'éprouvait aucune difficulté à respirer. Enfin, durant le trajet, elle passait d'un état de réveil à celui de somnolence, ce qui l'obligeait à la tenir éveillée.

[17] Le plaignant a ensuite commenté un document intitulé « *Protocoles d'interventions cliniques à l'urgence des techniciens-ambulanciers paramédics* » dont certains extraits indiquent la marche à suivre. Au meilleur de son jugement, il a respecté ces directives. Pendant le transport de cette patiente vers l'hôpital, il n'a pas constaté, sur l'écran, une dégradation de ses signes vitaux. Plutôt, elle lui parlait et il lui répondait. Au chapitre de l'appréciation, le document offre cette définition d'un patient instable, celui qui présente un ou des symptômes suivants, dont une altération de la conscience en une altération significative de la conscience (< 85 %). Dans un tel cas, un transport urgent est requis et avis doit être lancé au centre hospitalier de l'arrivée de l'ambulance. Selon le plaignant, la condition de cette patiente n'exigeait pas un transport en urgence car elle ne manifestait aucune instabilité. Même si elle s'est endormie à quelques reprises, son état de conscience n'était pas altéré. Son pouls était un peu accéléré mais non pas de façon inquiétante. Enfin, son taux de saturation s'établissait à 94 %.

[18] La lettre de congédiement lui reprochait d'avoir omis de procéder à un monitoring cardiaque et à une glycémie capillaire de la patiente. Cependant, d'expliquer le plaignant, il lui a posé le brassard pour vérifier sa pression artérielle et pris sa saturation. Il ne lui a pas administré d'oxygène car il ignorait son taux de

saturation et n'a pas jeté un coup d'œil au moniteur alors qu'il était à 82 ou 86. Finalement, il a reconnu que l'équipe aurait dû passer en mode d'urgence. Durant le trajet, comme il voulait éviter que la patiente s'endorme, il a maintenu un contact constant avec elle pour éviter l'altération de sa condition. Il a échangé des propos vulgaires avec son collègue mais n'a jamais pensé la ridiculiser. Il avait appris qu'une personne qui affiche un taux de 94 % et moins de SpO₂ doit recevoir de l'oxygène. Or, selon le moniteur, ce taux oscillait entre 85 et 94. À 82, le visage de la patiente serait mauve, preuve que cet équipement ne donnait pas des résultats exacts.

[19] La transcription de ses échanges suite à l'arrivée de l'ambulance à l'hôpital révèle des propos qu'il a admis avoir prononcés :

00h52 : TAP2 - se moque du faible niveau d'anglais de son coéquipier avec une autre personne (...) en entrant dans l'urgence. Il répète ce que son collègue a dit lorsqu'on lui a demandé comment se disait le mot « vomir » en anglais.

00h53 : TAP2 - il demande c'est quoi « vomir » en anglais, j'ai dit « *throw up* » ... « *Faque là, il me demande, j'entends il dit : « OK, comme deep throat ».* Éclats de rire. TAP.1 « *En tout cas, ça sonne de même* ».

(...)

« 00h59 : Le plaignant : « *c'est pas parce que je mets mon pénis dedans que je vais lui donner mon adresse, hein?* »

« 1H00 : La patiente porte toujours la pince de saturation qui indique 87 – 88 %.

...

Le plaignant intervient alors : « *elle est paquetée ben raide* ».

[20] Dans un second temps, François Gourde a abordé le reproche de l'absence de téléchargement de son appareil ZOLL les 7, 8 et 9 juillet. Suite à un congé des 5 et 6 juillet, son collègue De Blois et lui sont revenus en poste les trois jours suivants. Or, ces jours-là, il n'a rien enregistré et ce silence n'avait rien à voir avec l'avis de convocation. Il s'agissait peut-être d'un simple oubli de sa part ou celle de son

coéquipier. Normalement, ces enregistrements doivent être téléchargés et adressés à l'Agence même si ce n'est pas obligatoire de le faire. Ils permettent à celle-ci d'apprendre ce qui s'est passé durant le quart de travail d'une équipe et d'évaluer la qualité des actes posés. Tout doit être enregistré puis téléchargé. Le document INS-4015 ne mentionne pas qu'on n'a pas à télécharger en l'absence d'un cas d'assurance-qualité. Peut-être qu'un collègue s'était emparé de son téléchargeur pour ensuite prendre la route, ce qui s'était déjà rencontré. Enfin, il connaissait la consigne qu'il fallait tout décharger.

[21] Il a ensuite traité de la carte d'appel adressée à l'équipe, de priorité 7, le 7 juillet à 20h39. La patiente souffrait d'un mal de dos non traumatique causé par une hernie discale et elle était alitée depuis deux semaines. L'équipe s'est présentée sur les lieux à 23h07 et a quitté à 00h00. La patiente a demandé à marcher jusqu'à l'ambulance et le plaignant n'a pas noté cette requête dans son rapport. Il ne s'est pas soucié de prendre ses signes vitaux sur place après avoir appris la cause de ses douleurs. Cependant, il l'a fait une fois à bord de l'ambulance.

[22] Durant la même soirée, à 19h30, le répartiteur a adressé à l'équipe une autre demande de déplacement. Une patiente de huit ans s'était blessée suite à un accident de véhicule tout-terrain. L'ambulance est arrivée sur place à 19h46. Le plaignant a immédiatement remarqué une fillette de 8 ans, en larmes, assise avec sa mère sur le bord du trottoir. Ayant laissé son moniteur dans le véhicule, il a pansé sa plaie puis demandé si elle éprouvait d'autres douleurs. Une fois la fillette rendue à bord de l'ambulance, il a pris ses signes vitaux et constaté qu'elle souffrait de tachycardie avec un pouls supérieur à 100 pulsations/minute. Il a qualifié cet appel de "non urgent" car il avait appris que, dès après l'accident, elle avait marché jusqu'à la maison. Malgré son âge, il lui a appliqué le code 3 en la traitant comme une adulte. Selon son évaluation, cette fillette ne souffrait pas de douleurs au dos et, comme prévu par le protocole, il n'a pas eu à l'immobiliser. Par contre, un autre protocole impose l'immobilisation dans le

cas d'un enfant de huit ans. Il a admis son erreur, celle de l'avoir considérée comme une adulte, en s'étant trompé de protocole.

[23] Le lendemain, à 03h50, l'équipe a reçu une carte d'appel de priorité 3. Le patient souffrait d'une respiration anormale et éprouvait des difficultés à se tenir debout. L'ambulance s'est présentée à 04h01 pour quitter les lieux 17 minutes plus tard. Le patient était ivre, désagréable et agressif. Pour l'avoir déjà transporté à trois ou quatre reprises, le plaignant le connaissait bien et savait qu'il utilisait l'ambulance comme taxi. Sur ce, le paramédic d'une autre équipe l'a rejoint par téléphone pour l'informer qu'il venait de reconduire la femme de ce patient à l'hôpital et que ce dernier voulait tout simplement l'y rejoindre. Les deux équipiers ne l'ont pas raccompagné en civière vers l'ambulance, jugeant qu'il s'agissait d'un habitué préférant s'y rendre en marchant. De toute façon, le plaignant ne croyait pas à son allégation de douleurs aux jambes. Son collègue De Blois s'est occupé de ce patient intoxiqué. Il ne se souvenait pas si le protocole prévoit de donner de l'oxygène à un patient dans cet état. Finalement, il avait jugé que ce patient abusait du système.

[24] François Gourde a donné sa version de l'ouverture forcée du tiroir du classeur installé dans la salle des TAP. Il avait constaté que des confrères l'ouvraient régulièrement en le forçant pour mettre la main sur des documents contenant des données personnelles. Ainsi un employé, après avoir ouvert une partie du tiroir, passait le bras dans l'ouverture pour se saisir du document recherché et y déposer des papiers personnels, dont des factures de repas.

[25] Ce soir-là, son quart débutait à 18h00 et son collègue et lui devaient consacrer 15 minutes à faire l'inventaire du contenu de leur ambulance. À 18h02, il avait entrepris l'inventaire du moniteur mais, au même moment, Sylvain De Blois forçait le tiroir en question. Sur ce le plaignant, pour l'aider, l'a rejoint et passé le bras dans l'ouverture alors que son collègue continuait à forcer le tiroir. À 18h08, le plaignant a quitté les

lieux et est retourné à l'ambulance. Quelques minutes plus tard, à 18h13, de retour dans le local, il a invité son équipier à le rejoindre et s'est fait répondre qu'il ne retrouvait pas la fichue enveloppe. À 18h20, Sylvain De Blois continuait encore à la rechercher. Leur point d'attente était à Mirabel, à 10 minutes de trajet. À 18h25, son partenaire poursuivait sa recherche alors qu'à la même heure, l'ambulance aurait dû être rendue à son point d'attente. Ce manège a pris fin à 18h28. Le rapport de la boîte noire équipant l'ambulance révélait un départ du garage à 18h32, un retard qui a mécontenté le plaignant. Enfin, il n'avait pas souvenir que la direction lui ait reproché un départ tardif, tant verbalement que par écrit.

[26] Le directeur des opérations Stéphane Maillet a suivi à la barre. Il a reçu sa formation de paramédic en Ontario avant d'être embauché par l'employeur chez qui il a exercé la profession de 1993 à décembre 2008. Parallèlement, de 1995 à 2005, il a enseigné à des paramédics de Lanaudière et à certains autres en cours d'emploi au Cégep Ahuntsic. Il a obtenu le poste de superviseur aux opérations en janvier 2009 et celui de directeur-adjoint en 2012 avant d'accéder à son poste actuel à partir de 2015. Le personnel de l'employeur compte 270 paramédics et 40 ambulanciers répartis dans quatre points de service, Lachute, Saint-Eustache, Mirabel et Terrebonne. Le plaignant était affecté à celui de Mirabel. On retrouve de 50 à 60 paramédics à l'œuvre durant le quart de jour et 25 durant celui de nuit. Trois superviseurs sont affectés à la couverture du territoire mais leur présence est plutôt ponctuelle de sorte que les paramédics jouissent d'une grande autonomie accordée par la direction.

[27] Le témoin a participé à la rédaction de l'avis de congédiement et approuvé la décision qu'il annonçait. Tout a commencé à la fin de juin lorsqu'un commis à la facturation lui a remis une carte d'appel datée du 12 juin et demandé s'il y avait eu transfert par ambulance. En effet, il croyait avoir décelé des lacunes cliniques dans cette intervention, par exemple pour la saturation. Le témoin a référé le cas à Sonia Roy, la coordonnatrice clinique. En lui remettant la carte d'appel et le rapport rempli par

le plaignant, il l'a chargée d'analyser cette intervention en vérifiant sa conformité aux protocoles. Deux jours plus tard, cette dernière lui a remis son rapport dans lequel elle a souligné avoir découvert des manquements cliniques, des omissions et des commentaires à teneur sexuelle, certains propos ridiculisant une personne vulnérable et noté l'absence d'une évaluation clinique dans la résidence de cette patiente. En effet, le moniteur n'avait été ouvert qu'à son arrivée à bord de l'ambulance. Il n'y avait donc pas eu d'évaluation clinique sur place. De plus, les équipiers l'avaient fait marcher alors qu'elle était intoxiquée. Une autre faute décelée était celle de ne pas lui avoir administré de l'oxygène alors que le taux de sa saturation était faible. Pendant le transport, le plaignant avait fait des blagues de mauvais goût dont un rappel à « *deep throat* ». Il ne s'était pas préoccupé du monitoring cardiaque durant le déplacement. De plus, ce transport vers l'hôpital a été en mode " *non urgent* " alors que la patiente présentait des risques d'instabilité, à preuve ses pertes de conscience et un état comateux dû à une forte consommation d'alcool et de méthadone.

[28] Ces divers manquements aux protocoles étaient autant de fautes graves car constituant des entorses aux politiques de l'entreprise. Par exemple, une fois arrivé à la résidence de la patiente, le plaignant s'était contenté d'un « *quick look* » plutôt que de procéder à une appréciation clinique. Pourtant, elle présentait de la détresse respiratoire car elle haletait, indice d'une vie en danger. Devant un tel tableau, le « *quick look* » n'était pas suffisant. Ce paramédic aurait plutôt dû procéder à un examen secondaire pour évaluer la condition de la patiente, d'abord en lui demandant ce qui se passait pour ensuite entreprendre son évaluation clinique dans le but de confirmer sa stabilité. Cette démarche demandait de procéder à la prise de ses signes vitaux, tension artérielle, fréquence cardiaque, nombre de respirations à la minute, électrocardiogramme et saturométrie pour vérifier si elle avait ou non besoin d'oxygène. Tout cela aurait dû se passer au chevet de la patiente.

[29] Le « *quick look* » sert à identifier si la vie du patient est en danger. Lorsque le

paramédic n'en prend pas les signes vitaux, il renonce à recueillir des indices capitaux pour vérifier si sa vie est à risque ou non. Dans le cas d'un patient intoxiqué, il doit procéder à une évaluation clinique complète. Le plaignant, devant cette situation critique, aurait dû se charger de cette évaluation et d'une glycémie capillaire. En effet, une personne en hypoglycémie peut donner l'impression d'être intoxiquée. Une fois cette démarche terminée, les équipiers auraient dû transporter la patiente dans l'ambulance et n'auraient pas dû la faire marcher mais plutôt, et dans le but de la protéger, la faire asseoir dans la chaise-civière. Le plaignant, dans son rapport, a identifié qu'il s'agissait d'un cas psychiatrique mais en ajoutant que la patiente avait consommé de l'alcool et de la méthadone. À moins d'un refus absolu, les paramédics, dans tous les cas, doivent amener le patient dans l'ambulance par civière ou dans la chaise-civière.

[30] Durant le voyage en ambulance, la situation de la patiente était instable de sorte qu'il fallait exercer sa surveillance clinique pour éviter une détérioration de son état et ce, comme prévu par les protocoles dans tous les cas. En traitant une patiente dont l'état conscient déclinait durant le voyage, le plaignant aurait dû regarder à la fois celle-ci et consulter le tableau du moniteur. Le seuil minimal de saturation à atteindre est de 94%. S'il descend à 82% ou 84%, il faut alors lui administrer de l'oxygène, ce qu'il n'a pas fait. Son rythme cardiaque était élevé, ce qui pouvait signifier différentes choses. Associé à une basse saturation, la condition de la patiente exigeait un déplacement d'urgence avec gyrophare et sirène jusqu'à l'arrivée à l'hôpital. De plus, comme elle s'était peut-être livrée à une tentative de suicide, tel qu'annoncé depuis les Pays-Bas, les paramédics auraient dû déployer tous les efforts possibles pour veiller sur cette patiente, ce qu'ils n'ont pas fait.

[31] Vers le 29 juin, la collaboratrice du témoin lui a remis son rapport. Il a ensuite rencontré la directrice Marro pour l'informer de la situation. Quelque temps plus tard, elle a adressé au plaignant deux avis de convocation. Celui-ci a travaillé les 7, 8 et 9

juillet mais n'a pas téléchargé les enregistrements ZOLL, ces trois journées, ce qui a grandement interpellé le témoin.

[32] Le directeur Maillet a ensuite traité de la première intervention du 7 juillet. À nouveau, le plaignant n'a pas procédé à une évaluation clinique complète de cette patiente alors que rien ne justifiait cette négligence. Il aurait compris de la patiente qu'elle voulait se diriger vers l'ambulance en marchant mais cette mention n'apparaissait pas dans son rapport d'intervention. Le plaignant, avant de la laisser marcher, aurait dû procéder à une évaluation clinique complète. Enfin, la condition de cette patiente n'exigeait pas son transport en mode d'urgence.

[33] Le second incident survenu durant la même journée a été celui de son intervention auprès d'une fillette de huit ans. Compte tenu de son jeune âge, le protocole exigeait son immobilisation et ce, même si une évaluation rapide ne révélait rien de sérieux. Le protocole couvrant l'enfant exige un transport en mode d'urgence et l'administration d'oxygène car il est cachotier et peut taire ses malaises.

[34] Le 8 juillet, le plaignant a pris charge d'un patient qu'il ne croyait pas. Il n'a donc pas procédé à son évaluation clinique car, a-t-il expliqué, il était intoxiqué. Le rapport d'intervention confirmait une saturation à 94 %, ce qui le dispensait de lui administrer de l'oxygène. Le reproche adressé au plaignant était d'avoir fait marcher le patient et négligé de procéder à son évaluation clinique.

[35] Avant de rédiger la lettre de congédiement, le témoin avait pris connaissance de l'ensemble de ces manquements. Le plaignant avait été le premier des deux équipiers à subir un interrogatoire par le témoin et en présence de la directrice des RH. Ce qui l'avait surtout étonné et même ébranlé avait été le fait de ce paramédic de justifier ses manquements par des oublis. Pourtant, il était un bon professionnel. Il était d'accord avec la décision de lui imposer le congédiement. En effet, ce paramédic s'était

comporté d'une façon insouciante et négligente avec les patients et s'était même moqué d'une d'entre eux. Cette façon d'agir avait rompu le lien de confiance.

[36] En défense, monsieur Renaud a présenté une preuve et rappelé le directeur Maillet comme premier témoin. Le 29 juin, à la réception du rapport de la coordonnatrice, il a pris connaissance des manquements reprochés au plaignant. Mais il a mis près d'un mois avant de le rencontrer, le 19 juillet, en invoquant la période des vacances de la directrice Marro.

[37] La lettre de congédiement a reproché à cet employé de ne pas avoir respecté le "*Code de conduite du paramédic*". À l'embauche de nouveaux employés, la direction remet à chacun une copie papier des politiques de conduite et les informe qu'ils ont accès aux mises à jour par informatique et par version papier. Ils peuvent également, pour s'informer, consulter l'adjoint administratif affecté au quart de jour ou leur superviseur. Cependant, il n'existe aucun registre permettant de s'assurer que les employés ont bien lu ces directives.

[38] Le rôle du témoin, en matière de relations de travail, lui permet, à titre de directeur des opérations, d'avoir accès au dossier de tous les membres de son personnel, en l'espèce à celui du plaignant. Comme ce dernier était un paramédic compétent, il a été surpris d'entendre ses explications. Il ne l'avait jamais rencontré précédemment, en matière disciplinaire, pour lui reprocher de ne pas respecter les protocoles. Lorsque la direction rencontre un employé pour cette raison, elle lui mentionne ce qu'il a à améliorer dans son rendement professionnel.

[39] À la fin du quart de travail, le chauffeur recule l'ambulance au point de service et les deux équipiers l'alimentent en fournitures médicales qui manquent, nettoient la cabine, sortent leur équipement personnel, complètent leur rapport quotidien, insèrent dans un pigeonier les documents pertinents et en téléchargent les données. Celui qui

se charge de cette opération n'a pas à en attendre la fin et il peut quitter lorsqu'il s'est assuré qu'elle est correctement enclenchée. Au total, 10 appareils ZOLL équipent la caserne de Mirabel et on trouve trois endroits de branchement dans la salle des casiers. La bande-vidéo a permis de constater que, ces trois jours-là, les équipiers Gourde et De Blois n'ont pas branché la machine ni démarré le téléchargement.

[40] Le 12 juin, le paramédic aurait dû aviser, en 10-10, la salle d'urgence de son arrivée avec une patiente présentant des signes d'instabilité. Un des reproches adressé au plaignant était de ne pas avoir respecté le code prévu, une formation qu'il avait pourtant suivie avec succès le 30 novembre 2016.

[41] Le paramédic n'appartient à pas à une corporation professionnelle de telle sorte que le congédiement d'un d'entre eux ne lui interdit pas d'être embauché par un autre employeur. La seule exigence requise est d'être muni d'un permis d'exercice. Le MSSSQ lui octroie la carte d'attestation et le directeur médical régional en confirme l'embauche au registre. Le paramédic qui met en danger la population peut se faire retirer sa carte par ce dernier et le témoin peut lui soumettre une plainte à cet effet. En l'espèce, le directeur médical régional a rencontré le plaignant suite à la plainte logée concernant les gestes posés le 12 juin et, peut-être, ceux des 7 et 8 juillet. Or, suite à l'analyse de ces cas, il ne lui a pas imposé la radiation. La vocation ultime du paramédic est d'aider les gens en difficulté, à les réanimer et à les conduire à l'hôpital. Si un d'entre eux rend un service notable, par exemple par réanimation, le témoin en fait mention et l'Agence peut alors lui remettre une épinglette attestant des gestes de cette nature. Il ignorait si le plaignant, le 8 ou le 9 juillet, a réanimé un patient.

[42] Caroline Paul a suivi dans la boîte. Dotée de 20 ans d'expérience, elle occupe un emploi d'infirmière aux urgences à l'Hôpital de Saint-Jérôme. Elle connaissait le plaignant en tant que collègue de travail depuis une dizaine d'années. Le 12 juin, elle était affectée au triage lorsque François Gourde s'est présenté à son service en

accompagnant une patiente. Cette dernière, d'origine étrangère, s'y rendait pour la troisième fois pour la même raison, une intoxication à la méthadone. À leur arrivée, les paramédics prennent un numéro et, en accompagnant le patient, attendent qu'on les appelle. Comme l'infirmière Paul revenait d'un long congé-maladie, elle a pris un peu plus de temps que normalement, peut-être neuf minutes, avant de procéder à l'évaluation de cette patiente. De plus, le téléphone était défectueux et elle a dû courir dans le service pour dénicher une civière où l'aliter.

[43] Lorsqu'un patient est instable, le paramédic déclenche le code 10-10 et une équipe d'urgence se forme pour le recevoir. Elle se compose d'un médecin, d'un inhalothérapeute et d'une infirmière. En carrière, elle a régulièrement eu à répondre à des codes 10-10 annonçant l'arrivée d'un patient dont l'état de conscience était altéré, souffrait de troubles cardiaques, était intoxiqué ou ne réagissait pas à la douleur. En l'espèce, à l'arrivée de cette patiente, l'infirmière Paul a constaté que son état de conscience n'était pas altéré car elle était assise sur la civière de l'ambulance. On a dû la déplacer dans la salle de choc car les autres salles des urgences débordaient. Le témoin ne parle pas anglais et deux policières bilingues, présentes au triage, lui ont servi de lien avec la patiente. Elle n'avait pas souvenir que le plaignant ait tenu des propos déplacés mais il riait avec les policières.

[44] Contre-interrogée, Caroline Paul a précisé que la patiente s'était présentée trois fois aux urgences durant la même semaine pour intoxication à la méthadone. De plus, le 12 juin, son haleine dégageait des relents d'alcool. Comme traitement d'un patient dans cet état, les responsables veillent à protéger sa respiration et peuvent avoir à l'intuber. L'intoxication à la méthadone se rencontre rarement mais, à ces trois occasions, on n'a pas eu à intuber la patiente car elle a pu se remettre de son malaise par le simple écoulement du temps.

[45] Embauché en 2005, Sison Vongprachanh a témoigné à son tour. Il est diplômé

paramédic depuis 17 ans. Vice-président du syndicat, il est affecté à la même caserne que le plaignant, celle de Mirabel. Il a passé en revue les reproches adressés à son collègue, dont son défaut de déclencher l'enregistrement à son arrivée chez la patiente, le 12 juin. Cet oubli s'est déjà produit dans son cas si, par exemple, à son arrivée, il constatait l'état nébuleux du patient. Il n'a pas à cerner l'ensemble de l'historique mais, faute d'instructions, il peut oublier d'activer le moniteur. Plutôt, il tente de comprendre la scène pour s'assurer, par exemple s'il s'agit d'un accident, du nombre de blessés et pour procéder aux diverses analyses requises par la situation.

[46] Dans son rapport d'intervention, le plaignant n'a pas coché la case confirmant si la patiente avait marché jusqu'à l'ambulance ou si on l'avait allitée dans la civière. Il est déjà arrivé au témoin d'omettre d'inscrire cette mention. Par ailleurs, il a reconnu que les propos tenus dans l'ambulance étaient inappropriés. De plus, il a omis de télécharger son appareil ZOLL. Or, dans ce cas, si les trois consoles de téléchargement de sa caserne sont déjà occupées, le paramédic peut quitter sans avoir attendu pour brancher son appareil. Lui-même n'a jamais été sanctionné pour cette omission. Il lui est déjà arrivé de faire monter un patient invoquant un besoin de se rendre aux urgences mais, qu'une fois arrivé à destination, ce dernier se rend au bar plutôt qu'à l'hôpital. On a aussi reproché au plaignant de ne pas avoir eu recours au saturomètre. Or, à bord de l'ambulance, les secousses ressenties peuvent faire varier les résultats obtenus de 84%, à 86% ou à 94%. Donc, lorsque ce véhicule circule, il est plus important de regarder le patient pour s'assurer de sa condition que de se servir d'un appareil dont les lectures ne sont pas fiables.

[47] Soumis au contre-interrogatoire, le témoin a relaté qu'il lui est déjà arrivé de ne pas déclencher son moniteur à temps. Toutefois, dès qu'il s'en rendait compte, il le démarrait au moment de prendre les signes vitaux du patient. Par ailleurs, il ne connaissait pas tous les 84 protocoles que le paramédic doit maîtriser. En bout de ligne, c'est le patient qui importe mais, si celui-ci est intoxiqué et instable, il faut partir en

urgence et lui administrer de l'oxygène. Sans laisser le patient des yeux, il peut se référer à l'écran qui aide à mieux évaluer sa condition. Il a reconnu que les propos tenus par le plaignant étaient inappropriés et lui-même ne les aurait pas prononcés. Si les trois stations sont occupées à la fin de son quart de travail, il quitte la caserne sans enclencher l'opération ce qui, en 13 ans, lui est arrivé à deux reprises. Depuis un mois, il a constaté que plusieurs téléchargements avaient avorté. Ces informations sont adressées à l'Agence pour lui permettre de vérifier la qualité du travail accompli par le paramédic et, en bout de ligne, pour protéger l'entreprise.

[48] François Gourde a été le dernier témoin entendu. Il n'est pas bilingue mais il peut se servir de notions de base pour communiquer avec un patient anglophone. Le 12 juin, à son arrivée chez la patiente, il a croisé une policière qui discutait déjà avec elle. Durant le trajet vers l'hôpital, il a lancé le malencontreux « *deep throat* » après avoir appris de son collègue De Blois qu'en anglais, « *vomir* » se dit « *throw up* ». Son équipier et lui ne sont pas partis en mode d'urgence car la patiente n'était pas instable. Comme elle en était à 93% de saturation et n'éprouvait aucune difficulté à respirer, il ne lui a pas administré d'oxygène.

[49] Dans le premier incident du 7 juillet, il a fait marcher la dame qui souffrait d'une hernie discale car c'était adéquat. En effet, elle était alitée à son arrivée mais elle était parvenue à se lever. Quant au patient qui, le lendemain, voulait un voyage en ambulance pour rejoindre sa femme, ce fut son collègue De Blois qui s'en est occupé. Lui-même aurait manifesté une plus grande empathie. Durant l'incident du tiroir forcé, on le voyait lever les mains pour signifier à son collègue que, même s'il ne trouvait pas l'enveloppe, il lui fallait se rendre au travail. Quant aux téléchargements des ZOLL, il ne pouvait confirmer un oubli personnel ou celui de son équipier. Le 8 juillet, il a réussi une réanimation et l'Agence aurait pu apprendre si le patient en était sorti vivant. Si tel a été le cas, l'Agence ou l'employeur devait lui remettre une épinglette lui confirmant le nombre de réanimations qu'il avait réussies.

[50] Contre-interrogé, le plaignant a souligné ne pas être parti en urgence, le 12 juin, car la patiente n'était pas instable. Il n'a pas souvent jeté un coup d'œil au moniteur car elle le regardait et n'était pas en instabilité. Elle « *partait* » pendant quelques secondes mais « *revenait* » aussitôt.

POSITION DES PARTIES

[51] La position patronale s'appuie sur la convention collective, la loi, la réglementation et les protocoles pertinents en l'espèce pour soumettre que les transgressions de ces dispositions par le plaignant, un paramédic d'expérience, en ont justifié le congédiement. En défense, la position syndicale invoque la longue expérience de ce paramédic qui lui permettait de jauger la condition d'un patient sans avoir à le soumettre immédiatement à la batterie des tests prévus par les protocoles.

[52] Le paragraphe 1.24 de la convention collective prévoit :

« Le libellé apparaissant ci-dessus constitue un énoncé des principales attributions du titre d'emploi de technicien ambulancier paramédic.

Le rôle d'un technicien ambulancier paramédic consiste à administrer à un utilisateur de services les soins que requiert son état, selon ses compétences et les protocoles établis et à le transporter de façon sécuritaire dans un établissement de santé, selon les protocoles et procédures en vigueur.

Un technicien ambulancier paramédic assume les fonctions d'évaluation et de stabilisation de l'utilisation de services selon les protocoles et les ressources mises à sa disposition dans le but de prévenir une détérioration de sa condition jusqu'à ce qu'il puisse recevoir les soins médicaux appropriés.

(...) »

[53] La "Loi sur les services préhospitaliers d'urgence", L.R.Q. c. S-6-2, mentionne, au second alinéa de son article 65 :

« (...) Le technicien ambulancier vérifie chez la personne concernée la présence de signes ou de symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne et, le cas échéant, la transporte avec diligence vers un centre exploité par l'établissement receveur désigné (...) »

[54] L'employeur a également invoqué certains protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics. Ce recueil énonce d'abord quelques consignes générales, dont celles-ci :

5. Déplacement du patient

Seuls les patients dont la demande d'aide est liée à un problème de comportement ou un besoin psychosocial sans composante médicale peuvent être assistés vers la civière ou le véhicule ambulancier en marchant, lorsque le TAP s'est assuré qu'il est sécuritaire de procéder ainsi.

À titre d'exemple, aucun patient présentant ou ayant présenté une douleur thoracique, une dyspnée, même si non objectivable ou une des plaintes/signes suivants : syncope, quasi-syncope, AVC, altération de l'état de conscience, faiblesse ou étourdissement, choc, intoxication, difficulté à marcher ou signes vitaux anormaux ne doit se rendre à la civière ou à l'ambulance en marchant.

6. Accompagnement du patient

Durant le transport du patient vers le centre receveur, pour les transports primaires et les transferts interétablissements, un TAP doit toujours accompagner le patient dans le module de soins à moins que le patient soit en arrêt cardiorespiratoire et qu'aucune manœuvre ne soit indiquée.

7. Surveillance du patient

La surveillance du patient doit être exercée en tout temps. Ceci inclut le monitoring cardiaque et la saturométrie en continu lorsque ces actions sont prescrites par les PICTAP, et ce, jusqu'à la fin du triage au centre hospitalier receveur. La documentation objective des signes vitaux doit se faire selon l'état de stabilité du patient. Par contre, la prise de signes vitaux complète est requise avant ou simultanément à l'administration d'un médicament.

[55] Le "Protocole" d'appréciation de la condition clinique préhospitalière prévoit, parmi d'autres consignes :

3. Obtention d'une première impression (*quick look*)

Seuls les patients dont la demande d'aide est liée à un problème de comportement ou un besoin psychosocial sans composante médicale peuvent être assistés vers la civière ou le véhicule ambulancier en marchant, lorsque le TAP s'est assuré qu'il est sécuritaire de procéder ainsi.

À titre d'exemple, aucun patient présentant ou ayant présenté une douleur thoracique, une dyspnée, même si non objectivable ou une des plaintes/signes suivants : syncope, quasi-syncope, AVC, altération de l'état de conscience, faiblesse ou étourdissement, choc, intoxication, difficulté à marcher ou signes vitaux anormaux ne doit se rendre à la civière ou à l'ambulance en marchant.

4. Appréciation primaire

L' : (État de conscience)	présence ou absence de réaction.
A : (Airway)	ouverture des voies respiratoires.
B : (Breathing)	respiration.
C : (Circulation)	pouls.
D : (Disability)	désordre neurologique : niveau de conscience « AVPU).
E : (Expose)	exposer, découvrir la partie affectée seulement

Si instable, (voir page 3)

- protocole approprié;
- transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- prise de signes vitaux si la situation le permet;
- aviser le centre receveur de l'arrivée du patient.

5. Prise des signes vitaux

Si signes vitaux instables :

- protocole approprié;
- transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- aviser le centre receveur de l'arrivée du patient.

6. Potentiel d'instabilité

Si potentiel d'instabilité :

- protocole approprié;
- transport **IMMÉDIAT** au centre désigné par le SPU.

[56] Le MED. 2 décrit les actes à poser si un patient présente une atteinte de l'état de conscience :

Critères d'inclusion :

Patient avec niveau de conscience « V », « P » ou « U ».

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Assurer la perméabilité des voies respiratoires.
3. Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique/Anaphylactique).
4. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requise.
5. Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration lorsque le patient présente un état de conscience à « P » ou « U ».
6. Lorsque le patient présente un état de conscience à « V », administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).
7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
8. Si tension artérielle < 100, se référer au protocole MED.5 (Choc non traumatique) et transport URGENT au centre désigné par le SPU.
9. Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques – hypoglycémie) au besoin.
10. Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires.
11. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
12. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

[57] Enfin, le MED.12 couvre les cas d'intoxication volontaire et involontaire et de toxicomanie :

Critères d'inclusion

Histoire d'intoxication avec médicaments, alcool, drogue ou tout autre produit.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.

(...)

5. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).

(...)

7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.

(...)

[58] Si le protocole spécifique demande un supplément d'oxygène, il faut procéder de la façon suivante pour toutes les situations sauf les situations spéciales :

(...)

- Si $SpO_2 < 94 \%$: administrer de l'oxygène; viser une saturation entre 94 % et 96 %.

[59] L'employeur, dans l'annonce de sa décision, a également invoqué les transgressions par le plaignant de certaines des clauses du "Code de conduite des paramédics", la DIR-2006 :

« **2.3** Le paramédic agit au meilleur de ses connaissances et de ses habiletés dans l'exercice de ses fonctions. Il doit notamment s'assurer de :

- La conformité de ses actions avec les protocoles et les procédures établies;
- La consignation adéquate et complète des informations administratives et cliniques exigées dans le cadre de ses activités.

(...)

2.12 Le paramédic doit adopter une conduite irréprochable dans ses rapports avec la direction et les autres employés de l'entreprise, le personnel des Agences de développement et des établissements, le personnel du CCS, les policiers et les premiers répondants, la clientèle, le public et les représentants

des autres services publics.

2.13 *Le paramédic doit en tout temps, par son attitude et son comportement, projeter une image digne, soignée et professionnelle et ne rien faire qui pourrait porter ombrage à la crédibilité et à la réputation des paramédics, de la profession ou de l'entreprise vis-à-vis du public en général.*

(...)

3.3 *Le paramédic doit, dans l'exercice de ses fonctions, avoir une conduite irréprochable envers le client. Notamment, le paramédic ne doit pas :*

- Manquer de professionnalisme, de respect et d'empathie;*
- Faire usage d'un langage impoli, condescendant ou familier (ex. : le tutoiement);*
- Perdre le contrôle;*
- Faire des menaces, de l'intimidation ou agresser verbalement;*
- Refuser d'entendre les explications ou les réponses offertes;*
- Être négligent ou insouciant à l'égard de la santé, de la sécurité ou de la dignité du client.*

(...)

4.1 *Le paramédic doit se conformer aux politiques, aux directives, aux procédures et aux instructions de l'entreprise qui le concernent. Il doit aussi s'assurer du respect des protocoles d'intervention clinique. Les directives de l'employeur peuvent être écrites ou verbales.*

(...)

4.7 *Le paramédic doit, par sa conduite, favoriser le maintien d'un climat de travail sain avec l'employeur et ses collègues le travail. À cette fin, le paramédic doit notamment :*

- Faire preuve de professionnalisme;*
- Faire preuve de civilité et de respect;*
- Être poli, courtois;*
- S'efforcer de coopérer et d'offrir du support à son collègue de travail en cas de besoin;*
- Donner son opinion et ses recommandations dans les plus brefs délais lorsqu'il est consulté par un collègue;*
- Éviter les critiques et les propos injurieux, offensants ou tendancieux.*

(...) »

[60] La lettre de congédiement a conclu :

*« Considérant, entre autres, votre longue ancienneté, la gravité des reproches, leur caractère négligent et insouciant, la récurrence des manquements cliniques, le rôle et l'autonomie du métier de paramédic et le haut niveau de confiance du public, nous vous confirmons que votre lien de fonction est irrémédiablement rompu.
(...) »*

[61] Me Audette a soumis que les manquements reprochés au plaignant ont brisé le lien de confiance dont le maintien était forcément exigé par l'employeur. À l'appui de cette position, il a cité, entre autres autorités, un arrêt de la Cour d'appel du Québec, RETAQ-FSSS-CSN et Corporation d'urgences-Santé de la Région de Montréal-Métropolitain, AZ-50219910. Dans cette affaire, ce tribunal a rejeté l'appel d'un jugement de la Cour supérieure accueillant une requête en révision judiciaire d'une sentence arbitrale ordonnant la réintégration de deux techniciens ambulanciers. L'employeur leur avait imposé le congédiement pour avoir, entre autres, refusé ou négligé de prêter assistance à un citoyen en détresse. Or, l'arbitre les avait réintégrés. La Cour d'appel a conclu, pp. 7 et 8 :

«[12] Il est bon de souligner ici que Sébastien Valade et Martin Gariépy sont âgés respectivement de 24 et 25 ans, le 23 février 2001;

[13] Il est assez étonnant, dans les circonstances, de voir l'arbitre justifier jusqu'à un certain point leur conduite indigne en invoquant leur immaturité, comme s'il s'agissait d'enfants en bas âge;

[14] Cela est d'autant plus étonnant que l'arbitre s'appuie sur cet argument pour ordonner leur réintégration en emploi alors que lui-même déclare, comme on vient de le lire: «Leur comportement «suffisant» lors de l'enquête et de l'audition, a aussi eu pour effet de les dépeindre comme des salariés dont on peut douter de la capacité de faire preuve de maturité».

[15] Par ailleurs, l'arbitre lui-même signale que les deux mis en cause ont rendu des témoignages ne méritant aucune crédibilité et qu'ils ont affiché un manque de remords flagrant en comparaissant devant lui;

[16] Dans les circonstances, il est absolument incompréhensible qu'il ait pu conclure que les agissements des mis en cause ne pouvaient entraîner un bris

de confiance justifiant leur congédiement par leur employeur;

[17] Comment l'employeur pourrait-il manifester sa confiance à deux employés qui ont carrément manqué à leur devoir premier comme ambulancier, celui de prêter assistance à un citoyen en détresse (les arguties de l'arbitre pour soutenir le contraire nient la réalité), et qui ont ensuite menti quant aux circonstances entourant cet incident?

[18] D'ailleurs, la question de confiance ne se pose pas seulement à l'égard de l'employeur, mais aussi à l'égard du public en général, dans le cas en l'espèce;

[19] Une personne victime d'un accident ou d'une maladie exigeant une assistance rapide et efficace se sentirait-elle en sécurité si, connaissant les faits au cœur du présent litige, elle apprenait que cette assistance dépendait des deux mis en cause?

[20] Aucune personne sensée ne voudrait, sans doute, se trouver dans une telle situation;

[21] Avec égards, l'arbitre n'a pas accordé toute l'importance requise à ce facteur essentiel qu'est la sécurité publique, facteur ne justifiant pas d'accorder aux mis en cause une seconde chance dans les circonstances;

[22] Compte tenu de toutes les constatations faites par l'arbitre, ses conclusions sont manifestement déraisonnables, ce qui justifiait l'intervention de la Cour supérieure.»

[62] En défense, monsieur Renaud a d'abord contesté le reproche adressé au plaignant de ne pas avoir appliqué à la lettre certains protocoles d'intervention clinique. En effet le paramédic, selon l'employeur, doit connaître par cœur 84 protocoles. Or les ambulances ne sont pas équipées d'un cartable contenant l'ensemble de ces protocoles de sorte que celui-ci doit uniquement se fier à sa mémoire, une exigence exorbitante. D'ailleurs le plaignant, depuis son embauche, n'a suivi que 18 séances de formation et preuve n'a pas été faite qu'elles aient porté sur tous et chacun de ces 84 protocoles. Enfin, l'employeur a basé sa décision sur quatre cas clinique, ce qui est minime quand on sait que les paramédics, en moyenne, se chargent de cinq à six interventions quotidiennes.

[63] Le 12 juin, le plaignant et son partenaire se sont rendus porter secours à une patiente en détresse. Dès leur arrivée, des policières présentes sur place leur ont donné des détails sur sa consommation d'une quantité importante de stupéfiants et d'alcool. L'arbitre ne devrait pas tenir compte de ces informations car, comme ces policières n'ont pas témoigné, il s'agissait de oui-dire. De son côté, le plaignant a observé la patiente déambuler dans la pièce, faire sa valise et noté que, même si elle était en état d'ébriété, elle était tout à fait capable de marcher. Il l'a donc invitée à se rendre à pied jusqu'à l'ambulance, ce qu'elle a fait. En route vers l'hôpital, il a pris ses signes vitaux à l'arrière du véhicule. A priori, le seul reproche sérieux adressé par le directeur a été celui de ne pas lui avoir administré de l'oxygène car selon le moniteur, son taux de saturation avait atteint 85 % à un moment donné. Or, tel qu'expliqué par le vice-président du syndicat, étant donné que le véhicule était en marche, les secousses ressenties à l'arrière bousculaient l'équipement du contrôle de ce taux, d'où des variations erronées. Ce reproche ne pouvait donc être retenu. De toute façon, ce qui était important, et le plaignant s'en est chargé, était de ne pas laisser la patiente du regard et de continuer à lui parler pour la garder éveillée. De toute façon, preuve n'a pas été établie que cette dernière, comme allégué par l'employeur, était dans un état instable. Enfin, et le plaignant l'a reconnu et s'en est excusé, il a utilisé un langage vulgaire devant elle mais, comme elle ne comprenait pas le français, elle n'a pu s'en sentir insultée.

[64] Dans le cas de la première intervention du 7 juillet, l'employeur a reproché au plaignant d'avoir fait marcher vers l'ambulance une plaignante affligée d'un mal de dos et de ne pas avoir procédé à un monitoring cardiaque. Or, fort d'une expérience de 11 ans, il savait que cette personne serait plus à l'aise en marchant qu'en étant assise dans la civière-chaise. Par ailleurs et comme elle ne souffrait que de douleurs lombaires, il aurait été inutile de procéder à un monitoring cardiaque. Enfin, il a pris

ses signes vitaux une fois à bord de l'ambulance.

[65] Pour la seconde intervention de la même date, l'employeur lui a reproché de ne pas avoir appliqué le TRAU.5 à sa jeune patiente de huit ans mais, plutôt, le TRAU.3 réservé aux adultes. Or ces protocoles n'ayant pas été déposés en preuve, l'arbitre ne peut s'assurer s'il a commis la faute reprochée.

[66] Le 8 juillet, le plaignant a admis avoir manqué d'empathie envers le patient. Cependant, celui-ci n'avait qu'une seule raison d'avoir logé son appel de détresse, celle de se servir de l'ambulance comme taxi pour se rendre rejoindre son épouse.

[67] Le 8 juillet, il a aidé son partenaire à récupérer un document en forçant un tiroir. Or, il ne lui a prêté qu'une faible assistance après avoir procédé, seul, au remplissage et à l'inspection de son véhicule. Il lui a prêté ce coup de main pour pouvoir quitter plus rapidement et se rendre au lieu d'attente.

[68] Les 7, 8 et 9 juillet, on lui a reproché l'absence du téléchargement de son appareil ZOLL. Or, la preuve n'a pas déterminé auquel des deux paramédics, au TAP1 ou au TAP2, incombait cette responsabilité. En effet, en témoignant, le plaignant ne se souvenait pas de celui qui, lui-même ou son collègue, devait s'en charger et l'employeur n'a pas déterminé lequel des deux devait y voir. De plus, le système n'est pas sans faille car, même Stéphane Maillet en a attesté en reconnaissant qu'on ne retrouve que trois stations de déchargement pour huit équipements ZOLL. Enfin, le plaignant n'avait aucun intérêt à ne pas enregistrer volontairement. Au contraire, ce jour-là, il a réanimé un patient en lui sauvant la vie et, faute d'un enregistrement démontrant ce beau geste, il n'a pas pu recevoir l'épinglette soulignant cet exploit.

[69] D'autre part, l'arbitre ne peut retenir le reproche adressé au plaignant qu'il ne respectait pas les procédures prévues par le "*Code de conduite des paramédics*" car l'employeur n'a jamais établi par la preuve qu'il avait déjà pris connaissance de ce document.

[70] Le directeur médical régional détient la pouvoir de donner la directive à un employeur de suspendre un paramédic défaillant et Stéphane Maillet a remis à ce responsable le dossier du plaignant. Or cette demande n'a pas connu de suite car ce directeur a conclu que le plaignant avait respecté les dispositions de la loi de sorte que ce dernier a pu conserver sa carte de compétence et pu trouver un poste chez un autre employeur. Le procureur syndical a aussi reproché à l'employeur de ne pas avoir respecté la règle de la progression des sanctions en congédiant le plaignant dont le dossier disciplinaire était pourtant vierge.

[71] Finalement, monsieur Renaud, à l'appui de sa position, a cité de la jurisprudence dont une sentence rendue par l'arbitre Robert Côté, le 21 août 2016, Syndicat du préhospitalier – CSN et Corporation d'Urgences-Santé, 2016 QCTA 640 (AZ-51320957). Dans cette affaire, l'employeur avait congédié deux paramédics pour avoir, de façon volontaire et délibérée, négligé de se rendre auprès d'une personne blessée suite à la réception d'un appel à l'aide. L'employeur, après avoir qualifié ce geste de refus d'assistance à une personne ayant besoin de soins, de négligence grave, avait décidé de mettre fin à leur emploi. L'arbitre Côté, après analyse de la preuve, a accueilli partiellement le grief :

«[70] *N'imposer qu'une suspension de cinq jours, sans pour autant qualifier cette mesure de légère, ne permettrait pas d'atteindre l'objectif de la mesure disciplinaire : permettre aux deux salariés de comprendre la faute qui leur est reprochée ainsi que sa gravité et les inciter à amender leur comportement.*

[71] Comme mentionné précédemment, ce n'est que lorsque confrontés à la décision de leur employeur de les congédier que les plaignants ont réalisé la gravité du comportement qu'ils avaient jusqu'alors banalisé. L'employeur était à juste titre préoccupé par le fait que les plaignants ne réalisaient pas spontanément que, bien qu'elle n'ait heureusement pas entraîné de conséquences trop fâcheuses, la décision prise ce jour-là n'était pas appropriée. Le Tribunal estime qu'une mesure sévère, en l'espèce une suspension de trois mois, est de nature à permettre la réalisation des fins recherchées par l'imposition d'une sanction. »

MOTIFS ET DÉCISION

[72] Après appréciation de l'ensemble de la preuve et à la lumière des textes pertinents en l'espèce, l'arbitre conclut au comportement gravement fautif reproché à François Gourde. Tout a débuté lorsque, à la fin de juin, suite à une information fournie par un commis à la facturation, le directeur Maillet a confié à Sonia Roy, la coordonnatrice clinique, le mandat d'analyser une intervention du 12 juin à partir de la carte d'appel transmise au plaignant et du rapport qu'il avait rempli. Il s'agissait de vérifier si ce paramédic, à cette occasion, s'était conformé aux normes encadrant ses interventions. Deux jours plus tard, elle a remis à son patron un rapport identifiant différents manquements commis par ce dernier.

[73] Interrogé sur cette intervention du 12 juin, le plaignant a expliqué qu'un « *quick look* », à son arrivée dans les lieux, lui a suffi pour conclure que cette patiente, bien que sous l'influence de l'alcool, présentait un cas psychologique plutôt que médical. Il n'avait donc pas à prendre ses signes vitaux sur place. Il l'a alors laissée marcher jusqu'à l'ambulance sans se soucier de l'installer dans la chaise-civière. Le procureur syndical a souligné qu'on ne pouvait s'attendre à ce qu'un paramédic connaisse sur le bout de ses doigts le détail des 84 protocoles qu'il doit appliquer. Par contre François Gourde, et son procureur en a fait grand état, détenait plus de 10 ans d'ancienneté. Il

était donc un professionnel expérimenté et, sans tout connaître par cœur les dispositions des 84 protocoles, connaissait les démarches élémentaires à respecter et ce fut ce qu'il a fait.

[74] Le soussigné ne peut suivre le procureur syndical sur cette voie. Traitant des déplacements, le chapitre des généralités prévoit "*qu'aucun patient présentant ... un des signes suivants ... intoxication ... ne doit se rendre à la civière ou à l'ambulance en marchant*". Le plaignant a expliqué s'être contenté d'un "*quick look*" pour conclure que la patiente était en mesure de se rendre à l'ambulance en marchant et qu'il n'avait pas à la soumettre à la prise de ses signes vitaux car elle se déplaçait facilement dans la résidence et était à même de préparer sa valise. Pourtant, l'ensemble de la preuve oblige à en arriver à la conclusion que cette dame était intoxiquée et que, de ce fait, le plaignant devait intervenir immédiatement en prenant ses signes vitaux puis en la dirigeant vers le véhicule, alitée ou assise sur la chaise-civière. Il ne devait pas prendre de chances. En effet, la carte d'appel signalait un cas de priorité 1 et précisait que la patiente présentait une respiration anormale et avait tenté de se suicider en consommant de la méthadone. Selon les policières, elle aurait ingurgité une forte dose de narcotique en arrosant le tout de plusieurs bouteilles de bière. Bien que cette information fût du oui-dire, elle était de nature à confirmer au plaignant que ce cas était sérieux. Pourtant, il a décidé de la laisser marcher jusqu'à l'ambulance.

[75] L'enregistrement de ses échanges avec la patiente a débuté à 00h35 à bord de ce véhicule. Une minute plus tard, il a pris ses signes vitaux, T/A, à 119/72, pouls, à 120/minute, taux de saturation, à 93% et respiration, 16/minute. Sur ce, le plaignant l'a interrogée sur sa consommation de bière et elle a précisé "*twenty*". Son collègue lui a demandé s'il devait passer en 10-30 et il a décliné cette suggestion même s'il avait constaté "*qu'elle tachycarde pas pire (...)*".

[76] À 00h38, le plaignant a prié son collègue d'arrêter le véhicule pour lui permettre d'aliter la patiente. À 00h40, il a demandé à cette dernière d'ouvrir les yeux. À 00h42, il a demandé à son collègue la traduction du verbe "*vomir*". Celui-ci lui a répondu, "*to throw up*", ce qui lui a permis de lancer la répartie vulgaire «*comme dans "Deep throat"*». Ils se sont esclaffés tous les deux.

[77] Vers 00h45, il est à nouveau intervenu pour la tenir éveillée, "*on reste avec moi*". À 00h48, la prise des signes vitaux révélait T/A, 123/74, pouls, 113/minute, taux de saturation, 92% et 16 respirations/minute. À 00h49, il a lancé à la patiente, "*madame, on reste éveillée, on reste éveillée (...)*". La fréquence cardiaque atteignait 120/minutes et, le taux de saturation, 87%-89%. À 00h51, ce taux oscillait entre 82% et 85%.

[78] À 00h52, une fois l'ambulance arrivée au service des urgences de l'hôpital, le plaignant a constaté que la patiente s'était endormie et il a dû l'interpeler pour la réveiller. Les deux paramédics, l'infirmière au triage et des policières ont échangé des propos pendant cinq minutes, jusqu'à la prochaine prise des signes vitaux qui a donné T/A, 113/75, FC, 107/minute et taux de saturation, 89%. À 00h59, le plaignant a à nouveau blagué, "*ce n'est pas parce que je mets mon pénis dedans que je vais lui donner mon adresse, hein?*".

[79] À 1h00, la saturation de la patiente indiquait "87%-88%". Un paramédic lui a lancé, pour la tenir éveillée, "*t'étais ben partie*" et à quoi son collègue a répliqué, "*elle est paquetée ben raide*".

[80] Devant la preuve de ce premier incident, l'arbitre ne peut accueillir la défense du plaignant qu'un « *quick look* » lui permettait de conclure qu'il n'avait pas à prendre ses

signes vitaux sur place et que la patiente était en état de se rendre à l'ambulance sans son assistance. En effet, elle était sûrement intoxiquée par l'alcool et peut-être même par la méthadone, comme les faits subséquents l'ont démontré, tant à bord de l'ambulance qu'après son arrivée au triage des urgences. Il était tenu de lui appliquer les divers traitements prévus par le protocole 12, de lui administrer de l'oxygène et de procéder à un monitoring cardiaque, ce qu'il ne s'est pas soucié de faire.

[81] La direction a adressé deux autres reproches au plaignant relatifs à des manquements commis à l'occasion de deux interventions, le 7 juillet. Dans un premier temps, il s'agissait d'un appel de priorité 3. Il a fait marcher la patiente, plutôt que de l'inviter à s'asseoir dans la chaise-civière et ce, à la demande de cette dernière. Il n'a pas procédé sur place à la prise de signes vitaux ou à un monitoring cardiaque en estimant qu'il n'en était pas besoin compte tenu de sa condition. L'arbitre juge qu'il a alors manqué à cette obligation, celle de prendre ses signes vitaux immédiatement.

[82] La même journée, on a dirigé l'équipe à la rescousse d'une fillette de 8 ans. On lui a reproché de lui avoir appliqué le protocole prévu pour les adultes plutôt que celui prévu pour les enfants de 8 ans et moins. À ce chapitre, le plaignant a reconnu sa faute.

[83] Le lendemain, à la réception d'une carte d'appel précisant une priorité 3, il a cueilli un patient qu'il connaissait pour s'en être déjà occupé. Lui-même et son collègue n'ont pas jugé bon de prendre ses signes vitaux et n'ont démontré aucune empathie à son endroit en présumant que ce dernier entendait utiliser l'ambulance comme taxi pour se rendre au chevet de sa femme hospitalisée.

[84] Dans ces quatre cas, ce paramédic s'est comporté comme si sa seule

expérience lui permettait d'agir comme il l'a fait. L'encadrement conventionnel, législatif et réglementaire auquel il était soumis ne comptait pas. Ainsi, par exemple, le paragraphe 1.24 de la convention collective lui demandait de respecter les protocoles en vigueur car il devait *"assumer la fonction d'évaluation et de stabilisation de l'utilisation des services selon les protocoles et les ressources mises à sa disposition dans le but de prévenir une détérioration de (la) condition (de l'utilisateur) jusqu'à ce qu'il puisse recevoir les soins médicaux appropriés."*

[85] La *"Loi sur les services préhospitaliers d'urgence"* reprend la même consigne, celle de vérifier *"chez la personne concernée des signes ou des symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne (...)".*

[86] Les *"Directives générales sur l'application des protocoles"* interdisent, à l'article 5, *"de permettre à un patient de marcher jusqu'à l'ambulance s'il présente une altération de son état de conscience ou de l'intoxication"*. De plus, le paramédic doit, selon l'article 7, exercer en tout temps une surveillance du patient *"ce qui inclut le monitoring cardiaque et la saturométrie en continu (...) et ce, jusqu'à la fin du triage au centre hospitalier."*

[87] Le MED.12, si le patient présente une histoire d'intoxication avec médicaments, alcool, drogue ou tout autre produit exige, entre autres, de lui administrer de l'oxygène et un monitoring cardiaque.

[88] Enfin, le *"Code de conduite des paramédics"* demande, au paragraphe 2.3, *"de s'assurer, au meilleur de sa connaissance, de la conformité de ses actions avec les*

protocoles et les procédures établies."

[89] Le paragraphe 2.12 lui demande d'adopter une conduite irréprochable avec, entre autres, la clientèle.

[90] La clause suivante exige, en tout temps, par son attitude et son comportement, de projeter une image digne, soignée et professionnelle.

[91] Cet employé, selon le paragraphe 3.3, ne doit pas manquer de professionnalisme, de respect et d'empathie et de faire usage d'un langage impoli.

[92] La preuve a révélé que François Gourde, à ces quatre occasions, a transgressé, à différents degrés, plusieurs de ces normes.

[93] Un autre reproche dont la preuve est solide car admis par le plaignant est celui d'avoir négligé de télécharger l'enregistrement des interventions par l'équipe les 7, 8 et 9 juillet 2017. Le document INS-4015 intitulé "*Téléchargement des données de la carte d'enregistrement du MDSA*" prévoit, au chapitre des objectifs recherchés :

« Ces instructions servent à définir la procédure du téléchargement des données de la carte d'enregistrement du MDSA. La carte d'enregistrement recueille les données et les informations enregistrées sur le MDSA à l'occasion d'interventions auprès de la clientèle. Celles-ci permettent d'apprécier la qualité et la conformité des actes ainsi que les circonstances dans lesquelles ils sont posés. »

[94] Or, en témoignant, François Gourde n'a donné aucune explication sinon celle d'un oubli, de sa part ou de celle de son partenaire. Au jugement du soussigné, cette

explication ne peut que confirmer son insouciance à s'acquitter de cette obligation.

[95] Enfin, le dernier reproche a été celui d'avoir perdu 30 minutes à aider son confrère à défoncer le tiroir d'un classeur pour rechercher une enveloppe sur laquelle, finalement, ils n'ont pu mettre la main. À nouveau, il s'agissait d'une négligence sérieuse car elle a été la cause d'un retard d'une demi-heure.

[96] L'importance des manquements reprochés au plaignant a justifié l'imposition d'une lourde sanction. Au jugement de l'arbitre, compte tenu de leur gravité, l'employeur n'était pas tenu de respecter la règle de la gradation des sanctions. Comme reconnu par les décisions arbitrales invoquées par le procureur patronal, l'autonomie dont le plaignant bénéficiait l'obligeait à respecter les normes auxquelles ses activités étaient soumises, d'autant plus qu'aucun supérieur ne l'encadrait. L'arbitre Suzanne Moro, parmi d'autres, a écrit ces commentaires sur la question de son autonomie dans la sentence Fédération des paramédics et des employés(es) des services préhospitaliers du Québec et Services préhospitaliers de Laurentides-Lanaudière, 5A/11/010-2010-021-P :

«[77] Les paramédics jouissent d'une très grande autonomie dans leur travail. Aucun cadre de SPLL ne surveille leurs allées et venues. SPLL se fie en tout temps à ce qu'ils déclarent sur les ondes et indiquent à leur feuille de route. Le fonctionnement de SPLL repose sur la très grande confiance qu'il place en eux.

[78] Le tribunal fait siens les propos suivants de l'arbitre Claude Fabien dans l'affaire Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain et Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec (CSN), 17 juillet 2006, AZ-50390130 :

[46] Le technicien ambulancier jouit d'un grand degré d'autonomie, dans l'exercice de ses fonctions. À cette autonomie correspond un degré de responsabilité accru et une obligation d'honnêteté et de loyauté plus intense. Sa relation avec l'employeur est fondée sur la confiance et il doit se comporter de manière à ne pas la compromettre par un comportement déloyal. À cet égard, le plaignant a manqué à ses obligations.

[47] Obtenir une rémunération qui ne correspond pas à une prestation de travail véritable, dans de telles circonstances, constitue une faute de loyauté. Faire une fausse déclaration dans une feuille de route ou un rapport d'activité, dans le but d'en tirer une rémunération induue, constitue aussi une faute de loyauté. La jurisprudence arbitrale qualifie de tels comportements de "faute lourde", "fraude" ou de "vol de temps". Elle sanctionne sévèrement ces fautes et n'hésite pas, dans bien des cas, à maintenir les congédiements qui en résultent. Le plaignant mérite une sanction sévère, en proportion de la gravité de ses manquements.»

[97] De plus, et comme soulevé par le procureur patronal, les manquements reprochés au plaignant n'étaient pas dus à un manque de compétence car, à ce sujet, le directeur Maillet a reconnu qu'il était un paramédic dont le professionnalisme était établi. Plutôt, on constate que ces défaillances s'expliquaient par son insouciance et son non-respect des protocoles d'interventions cliniques applicables.

[98] Par ailleurs, on retrouve au dossier des circonstances atténuantes. Si la négligence volontaire de François Gourde, lors de l'intervention du 12 juin, sa grossièreté et son manque d'empathie face à la patiente étaient objectivement impardonnables, ses manquements des 7 et 8 juillet, bien que blâmables, étaient moins sérieux. En effet, le 7 juillet, il a permis à la patiente de marcher jusqu'à l'ambulance mais ce fut à sa demande. Durant la même soirée, il a appliqué à une fillette de huit ans le protocole réservé aux adultes en ne l'alitant pas pour la conduire à l'ambulance alors que le protocole réservé aux enfants de cet âge imposait l'usage de la civière. Cependant, à ce chapitre il a reconnu son erreur. Enfin, le 8 juillet, le plaignant et son collègue De Blois ont démontré un manque d'empathie à l'égard d'un patient affirmant souffrir de douleurs aux pieds et aux jambes. Comme ils ne le croyaient pas, ils l'ont laissé marcher jusqu'à l'ambulance et ne se sont pas souciés de le soumettre à une évaluation clinique. Cependant, ce n'était pas la première fois que ce patient, intoxiqué par l'alcool, faisait appel à leurs services pour se servir de l'ambulance comme taxi.

[99] D'autre part, au chapitre de l'évaluation de la sévérité de la sanction, l'arbitre doit considérer que François Gourde avait un dossier disciplinaire vierge, qu'il a reconnu ses torts, du moins en partie, dès le lendemain de la rencontre du 19 juillet, en adressant une lettre à la direction, et admis plusieurs des faits reprochés dans son témoignage rendu devant l'arbitre. Ces éléments amènent le soussigné à conclure que ce paramédic est récupérable et qu'une très lourde suspension lui permettra de se racheter pour l'avenir et de renouer le lien de confiance.

[100] Pour toutes ces raisons, considérant la gravité des fautes reprochées au plaignant mais aussi les éléments d'atténuation contenus au dossier, l'arbitre décide d'intervenir, d'accueillir partiellement le grief, de casser le congédiement et de lui substituer une suspension sans solde de 10 mois débutant le 14 juillet 2017. Il ordonne à l'employeur de le réintégrer dans les 15 jours suivant la réception de la présente et de lui verser le salaire et les avantages perdus depuis le 15 mai 2018. Finalement, il se réserve compétence pour trancher tout litige éventuel relatif à l'application de la présente.

ANDRÉ SYLVESTRE, avocat