

Rapport d'enquête publique

Enquête 2023-00286

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Raphael André

2021-00418

Me Stéphanie Gamache

Table des matières

INTRODUCTION	4
Précisions et limites du rapport.....	4
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	5
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	5
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	5
ANALYSE ET CONSTATS	6
1. Portrait de M. André.....	6
2. Où se trouve M. André le 16 janvier 2021?.....	7
3. La cause du décès de M. André et le moment de son décès.....	7
4. Les grandes lignes de la structure de lutte à l'itinérance dans notre société québécoise.....	10
5. La coordination régionale intersectorielle en itinérance à Montréal.....	11
5.1 La Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD).....	11
5.2 La Direction des services généraux et partenariats urbains (DSGPU).....	12
5.3 La Direction régionale de santé publique (DRSP).....	13
6. L'implication de la Ville de Montréal dans la lutte à l'itinérance.....	14
7. L'implication du milieu communautaire.....	15
8. M. André et le réseau de la santé.....	17
8.1 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 26 mars au 20 avril 2019 et du 21 au 26 avril 2019.....	18
8.2 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 5 au 21 décembre 2019.....	19
8.3 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 30 décembre 2019 au 11 février 2020.....	20
8.4 Le séjour à l'Envol, du 11 février au 20 août 2020.....	22
8.5 Les épisodes de soins au CHUM du 24 au 26 août et du 18 au 24 septembre 2020.....	23
8.6 Les diverses consultations médicales à différents centres hospitaliers entre le 25 septembre et le 5 octobre 2020.....	26
8.7 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 15 octobre au 30 novembre 2020.....	27
8.8 Les consultations des 16 et 17 décembre et l'épisode de soins au CHUM du 19 au 29 décembre 2020.....	28
8.9 Les visites au Département d'urgence du CHUM le 29 décembre 2020 et les 2, 3, 10, 11, 12 et 16 janvier 2021 ainsi que la visite au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 6 janvier 2021.....	29
8.10 Mes constats à la suite du résumé des interactions de M. André avec le réseau de la santé entre mars 2019 et janvier 2021.....	32
9. Qu'en est-il des autres services que M. André a reçu des partenaires de la lutte contre l'itinérance entre mars 2019 et janvier 2021?.....	34
9.1 La fréquentation de M. André chez PAQ.....	34
9.2 La fréquentation du centre de jour La Porte Ouverte et les autres services dont M. André a bénéficié à cet endroit.....	35
9.3 La Porte Ouverte devient une halte-chaueur.....	36
9.4 L'écllosion de COVID-19 à La Porte Ouverte, sa fermeture et sa réouverture.....	37
9.5 Les fréquentations de M. André à La Porte Ouverte entre les 11 et 16 janvier 2021.....	38
10. Les contacts de M. André avec le SPVM entre mars 2019 et janvier 2021.....	39
10.1 L'événement du 2 octobre 2020.....	39
10.2 L'implication des policiers auprès de M. André le 29 décembre 2020.....	40

10.3	Janvier 2021 et l'avènement du couvre-feu	41
10.4	Les suites du couvre-feu pour la population itinérante	43
10.5	Les équipes de soutien du SPVM	43
11.	Les ressources disponibles pour les personnes en situation d'itinérance aux prises avec un problème de dépendance sur le territoire de la Ville de Montréal	45
11.1	Les ressources sur le territoire du CIUSSS du Centre-Sud	45
11.2	Les services de L'Exode	47
11.3	Les pistes de solution évoquées par Dre Goyer	48
12.	Les recherches sur les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance et sur le vécu des personnes avec des lésions cérébrales acquises	51
12.1	Les personnes en situation d'itinérance et l'espace public	51
12.2	Les lésions cérébrales acquises et l'itinérance	53
13.	La clientèle itinérante autochtone, les ressources en santé et les services culturellement sécuritaires en milieu urbain	54
14.	Les mesures structurantes et les initiatives en place depuis le décès de M. André	56
CONCLUSION		58
RECOMMANDATIONS		59
PROCÉDURE		63
LISTE DES PIÈCES		65
ACRONYMES		75

INTRODUCTION

Le 17 janvier 2021, le corps de M. Raphael André, une personne autochtone en situation d'itinérance, a été retrouvée dans une toilette chimique aux coins de l'avenue du Parc et de la rue Milton à Montréal. Compte tenu des circonstances, j'ai été avisée de ce décès et j'ai débuté une investigation.

Malgré tous mes efforts sur de longs mois pour tenter de comprendre les circonstances du décès de M. André, les informations que j'ai obtenues sont restées fragmentaires. Ces informations soulevaient donc énormément de questions pour lesquelles je n'avais pas de réponse. Il m'apparaissait donc essentiel de recourir à l'audition de témoins pour mettre en lumière toutes les circonstances entourant le décès de M. André, d'analyser les facteurs contributifs et d'émettre des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine. Pour cette raison, j'ai formulé une demande à la coroner en chef du Québec de l'époque, Me Pascale Descary, afin de procéder par enquête publique.

Après évaluation de ma demande, Me Descary ordonnait, le 31 janvier 2023, la tenue d'une enquête publique concernant les causes et les circonstances du décès de M. André. Le coroner désigné à ce moment a été dans l'impossibilité de la débiter. C'est le 7 juillet 2023 que j'ai été désignée pour présider cette enquête.

Le présent rapport donne suite aux audiences d'enquête publique qui se sont tenues entre le 13 mai et le 10 juin 2024, pour une durée de 13 jours. Cinquante et un témoins ont participé à la présente enquête et ont alimenté mes réflexions.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la présente enquête. Je tiens aussi à exprimer ma gratitude au chef de la communauté innue de Matimekush-Lac John, M. Réal McKenzie, de même qu'au frère, à la belle-sœur et à la mère de M. André qui ont fait le long voyage depuis leur communauté pour venir témoigner à cette enquête.

Finalement, je tiens à réitérer mes plus sincères condoléances à toute la famille de M. André ainsi qu'à sa communauté et je tiens à leur témoigner toute ma compassion.

Précisions et limites du rapport

Le présent rapport repose sur l'information recueillie en lien avec le décès de M. André, les témoignages entendus et l'ensemble de la preuve déposée au cours de l'investigation et de l'enquête publique.

Il importe de souligner que cette enquête n'a pas pour objectif de traiter de l'itinérance dans sa globalité malgré le statut de personne en situation d'itinérance de M. André. Il n'est pas non plus de mon mandat d'évaluer la conduite des différents professionnels impliqués dans la trajectoire de soins de M. André ni de contester les différents diagnostics médicaux posés.

Au surplus, selon la *Loi sur les coroners*, je ne peux me prononcer sur la responsabilité civile, professionnelle, déontologique et criminelle d'une personne ou d'une entité. Il existe des mécanismes à cet effet et des organismes dont le mandat est spécifiquement d'assurer la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres et la protection du public.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Raphael André a été identifié par des policiers sur les lieux de son décès au moyen d'une photographie de bertillonnage du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM).

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon un rapport d'enquête rédigé par des agents du poste 38 du SPVM, le 17 janvier 2021, vers 7 h 55, un agent de sécurité qui travaille à la ressource communautaire La Porte Ouverte Montréal/The Open Door Montréal (ci-après « La Porte Ouverte ») est avisé par des témoins qu'un homme a été retrouvé inanimé dans une toilette chimique installée à quelques mètres de cette ressource. Cet agent se rend à l'endroit indiqué et il constate que l'homme est accroupi dans la toilette et qu'il est froid. Il contacte aussitôt le 911 et les secours arrivent sur place rapidement.

Les témoins présents sur les lieux avisent les policiers que l'homme est M. André et les policiers confirment rapidement son identité par la suite. Les ambulanciers également présents sur les lieux administrent d'abord de la naloxone à M. André et ils tentent des manœuvres de réanimation, mais celles-ci sont rapidement arrêtées, car il y a présence de rigidités cadavériques. De plus, une lecture du rythme cardiaque indique aux ambulanciers une asystolie (absence d'activité mécanique et électrique du cœur) prolongée.

Dans les circonstances, et selon le protocole établi, un médecin d'Urgences-santé constate le décès à distance peu de temps après¹.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie est effectuée le 21 janvier 2021 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)². À l'examen externe, le pathologiste note une obésité de classe 1 et la présence d'un traumatisme mineur récent à la tête avec une plaie suturée à la région postérieure droite. Il y a aussi deux petites contusions de chaque côté de la langue et une décoloration brun rosée des genoux suggérant une hypothermie.

À l'examen interne, le pathologiste note les observations suivantes :

- une athéromatose coronarienne avec quelques sténoses légères à modérées ainsi qu'une légère cardiomégalie lors de son examen du cœur;
- de l'œdème pulmonaire modéré à sévère, une légère bronchiolite respiratoire, un statut post-lobectomie droite, soit le retrait d'une partie du lobe inférieur droit, et l'absence de thromboembolie, d'infection et de néoplasie à l'examen des poumons;
- des fractures anciennes à certaines côtes;
- l'examen du foie montre une légère stéatohépatite avec légère fibrose pluricellulaire, mais il y a absence de cirrhose;
- l'absence de condition préexistante significative lors de l'examen des autres organes internes et l'absence de fracture du crâne ou de lésion traumatique cérébroméningée.

¹ Pièce C-5.

² Pièce C-6*.

Aucune cause anatomique de décès n'est établie par le pathologiste à la suite de cette autopsie.

Des analyses toxicologiques sont pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Le rapport de toxicologie³ indique que l'éthanol sanguin est de 353 mg/100 mL (à titre comparatif, le seuil légal pour la conduite d'un véhicule est établi à 80 mg/100 mL ou moins). La présence de diazépam (benzodiazépine utilisée pour le traitement de l'anxiété et/ou en traitement des manifestations liées à un sevrage alcoolique) en concentration thérapeutique est aussi détectée dans le sang. Aucune autre substance n'a été détectée dans les limites des méthodes utilisées.

ANALYSE ET CONSTATS

Pour le lecteur et pour les proches de M. André, il est important de faire un survol de son vécu et d'expliquer les derniers moments de sa vie ainsi que la cause de son décès. Il est essentiel de regarder la trajectoire de soins et de services offerts à M. André. Toutefois, pour bien comprendre les différents acteurs du réseau de la santé avec qui il a été en contact, je me dois d'abord de brièvement parler de la structure étatique de la lutte à l'itinérance dans notre société ainsi que du déploiement de cette structure au niveau régional. Les autres acteurs et ressources qui ont eu des contacts avec M. André font aussi partie de mon analyse et de mes constats afin de déterminer les meilleures pistes de recommandations pour tenter d'éviter un décès comme celui de M. André dans le futur.

1. Portrait de M. André

M. André est innu, il a plus de 50 ans et il est aussi une personne en situation d'itinérance. Il est originaire de Matimekush-Lac John où sa famille demeure toujours. La preuve révèle qu'il habite de façon plus constante dans la région de Montréal depuis 2018⁴. Il y serait venu initialement pour voir des amis et avoir du bon temps, mais également possiblement en raison d'une rupture amoureuse et après la perte de son logement dans la région de Sept-Îles⁵.

M. André, qui est décrit par ses proches comme une personne résiliente et forte, ne fréquente habituellement pas les centres d'hébergement d'urgence et il préfère vivre dans les lieux extérieurs. Toutefois, la preuve révèle qu'il se rend à l'occasion dans les haltes-chaud des ressources communautaires La Porte Ouverte et Projets Autochtones du Québec (PAQ)⁶.

Le volumineux dossier clinique de M. André comporte plus de 4 000 pages⁷ et établit qu'il souffre de diverses conditions médicales. Pour les fins de cette enquête, il est seulement important d'indiquer que M. André est atteint d'une maladie virale chronique, qu'il a reçu un diagnostic de cancer du poumon pour lequel il a subi une lobectomie au printemps 2020, qu'il a une atteinte de la fonction cérébrale frontale entraînant des conséquences sur son comportement et ses fonctions cognitives, qu'il a un important problème de consommation d'alcool et qu'il souffre d'anxiété. Lorsqu'il consulte en milieu hospitalier, M. André exprime

³ Pièce C-7*

⁴ Pièces C-14 et C-27.

⁵ Pièce C-9.2*, p. 9.

⁶ Pièces C-21, C-25, C-25.1, C-52*, C-53*, C-55* et C-80.

⁷ Pièces C-8*, C-8.1*, C-8.2*, C-8.3*, C-8.4*, C-9*, C-9.1*, C-9.2*, C-11*, C-12*, C-13* et C-14.

son désir de cesser sa consommation d'alcool de façon définitive, d'avoir son propre logement et il souhaite retourner dans sa communauté à moyen terme⁸.

M. André a aussi des antécédents criminels⁹. En 1988, il a été condamné au criminel et il a purgé une peine de prison. En octobre 2020, il est accusé d'avoir proféré des menaces de mort contre un employé du CHUM. Il est libéré avec promesse de comparaître le 13 novembre 2020, mais il ne se présente pas au tribunal et un mandat d'arrestation est lancé contre lui pour cette raison. Cependant, rien dans la preuve présentée ne permet d'établir que M. André a été mis au courant de ce mandat d'arrestation.

La situation globale de M. André est donc très complexe et il est une personne extrêmement vulnérable. La preuve présentée révèle aussi que sa situation n'est pas unique et plusieurs personnes en situation d'itinérance à Montréal vivent avec des problématiques similaires à celles de M. André.

2. Où se trouve M. André le 16 janvier 2021?

La veille de la découverte de son corps, M. André effectue un court séjour au CHUM. Il quitte l'endroit à 18 h 21 et les circonstances de cette visite seront analysées plus loin dans mon analyse. Après son congé, la preuve ne me permet pas d'établir quel sera le trajet de M. André. Cependant, il se trouve à La Porte Ouverte durant la soirée, selon la déclaration audio du coordonnateur de la ressource, M. John Tessier¹⁰, et selon son témoignage à l'enquête. C'est vers 21 h 30 que M. André doit quitter les lieux pour la nuit. Selon les directives données aux intervenants sur place, la situation qui prévaut en lien avec la pandémie de la COVID-19 empêche la ressource de rester ouverte toute la nuit.

Il est impossible de savoir où M. André est allé par la suite, mais la toilette chimique dans laquelle il est retrouvé le matin du 17 janvier est située à proximité de la ressource La Porte Ouverte.

3. La cause du décès de M. André et le moment de son décès

L'enquêteur du SPVM, M. Alexandre Bertrand, est venu témoigner puisqu'il a été l'enquêteur assigné en soutien au coroner le matin du 17 janvier 2021 au moment de la découverte du corps de M. André dans la toilette chimique au coin de l'avenue du Parc et de la rue Milton. Il a pu noter qu'il n'y a aucune trace de violence autour de la toilette chimique ni sur le corps de M. André. L'enquêteur Bertrand note un peu de sang au sol à l'intérieur de la toilette chimique ainsi qu'au nez de M. André. Selon son expérience, le sang observé s'apparente aux écoulements biologiques notés lors d'un décès et il ne s'agit pas de sang dans un contexte de lutte avec un tiers. Aussi, selon l'enquête policière, l'intervention d'un tiers est exclue dans le décès de M. André.

Les autres observations de M. Bertrand sur les lieux de la découverte du corps de M. André sont la présence d'une grosse bouteille de bière vide (1,8 L) dans le lavabo de la toilette, quatre canettes de bière pleines et une canette vide (333 mL) sur le plancher de la toilette. Une autre bouteille de bière de 1,8 L se trouve dans la poche du manteau de M. André. Il n'y a pas d'argent ni de drogue dans ses poches de vêtements.

⁸ Pièces C-9.2*, pp. 18, 19 et 29.

⁹ Pièces C-26, C-27*, C-68, C-69, C-70, C-70.1 et C-70.2.

¹⁰ Pièce C-25.

Au soutien des expertises demandées dans le cadre de l'investigation, la chimiste toxicologue judiciaire Mme Jennifer Huynh est venue expliquer le contenu du rapport de toxicologie déposé en preuve¹¹. Selon ses explications, le taux d'alcool dans le sang de M. André au moment de son décès était 4 fois et demie supérieur à la limite permise pour la conduite d'un véhicule. Une autre référence en lien avec cette concentration est qu'elle équivaut à environ 14 consommations standards. Il pourrait s'agir de 14 bières régulières consommées.

Mme Huynh a aussi indiqué que la quantité d'alcool retrouvée dans les liquides biologiques analysés correspond à un état de coma ou d'inconscience. Il s'agit donc d'un état d'intoxication sévère au-delà de la simple ébriété.

Les analyses toxicologiques ont également établi la présence d'une concentration thérapeutique de diazépam dans le sang de M. André. Le diazépam est normalement prescrit pour le traitement de l'anxiété, pour les troubles musculaires ou pour le sevrage alcoolique.

Mme Huynh a aussi témoigné qu'une telle concentration est associée à une consommation sécuritaire chez la majorité des individus. Cependant, une consommation de diazépam associée avec une consommation d'alcool ne constitue pas un bon ménage puisque ces deux substances sont des déprimeurs du système nerveux central et lorsqu'ils sont présents ensemble dans l'organisme, leurs effets s'additionnent pour causer un plus grand relâchement du système nerveux central.

Quant à l'autopsie effectuée, le pathologiste attribue le décès de M. André à une hypothermie environnementale dans un contexte de consommation sévère d'alcool, en raison des observations notées à la suite de son examen externe et en raison du résultat des analyses toxicologiques effectuées. Ce pathologiste a été dans l'impossibilité de venir témoigner de ses conclusions à l'enquête. Avec l'accord préalable de toutes les personnes intéressées, un collègue du CHUM, Dr Yann Dazé, est venu me les expliquer. L'élément digne de mention de l'examen externe concerne les genoux de M. André qui montrent une décoloration brun rosée. Cette trouvaille ne peut pas être un artéfact post-mortem. Selon les explications du Dr Dazé, il s'agit d'indices d'un état d'hypothermie. L'autre élément notable est la plaie récente à l'arrière de la tête avec sutures. L'examen interne du cerveau a permis de voir que cette plaie n'a causé aucune complication, comme un saignement, au niveau intracrânien. Aussi, cet examen interne n'a pas mis en lumière de cause traumatique ou anatomique de décès. Dans les circonstances, Dr Dazé partage l'opinion du pathologiste ayant procédé à l'autopsie à l'effet que le décès de M. André est survenu dans un contexte d'hypothermie environnementale.

Dr Dazé corrobore aussi la conclusion du pathologiste quant à la consommation sévère d'alcool de M. André ayant contribué à son décès. Selon ses explications, l'alcool est un vasodilatateur, c'est-à-dire qu'il a pour effet de dilater les vaisseaux sanguins et occasionner une perte de chaleur. Une perte de chaleur exacerbée peut ainsi favoriser une hypothermie même à une température qui n'est pas extrême comme c'était le cas dans la soirée du 16 janvier et la nuit du 17 janvier 2021, où la température oscillait autour du point de congélation, selon la preuve déposée¹².

¹¹ Pièce C-7*.

¹² Pièce C-19 - Données climatiques historiques Environnement Canada – 2021-01-16 et 2021-01-17.

Quant à l'autre substance qui agit sur le système nerveux central et qui était présente dans le sang de M. André, le diazépam, Dr Dazé conclut qu'elle n'a aucune propriété de vasodilatation. Cependant, cette substance a possiblement induit un état d'endormissement chez M. André, un état qui survient dans un contexte de dépression respiratoire. Tant pour le pathologiste que pour le Dr Dazé, ce ne sont pas des suites d'une dépression respiratoire sur plusieurs heures que le décès de M. André est survenu, mais plutôt par hypothermie.

Dr Dazé m'a aussi expliqué que deux phénomènes sont parfois observés chez les personnes qui décèdent par hypothermie, soit le déshabillage paradoxal alors qu'une personne va se dévêtir même si un état d'hypothermie s'installe. La preuve ne me permet pas d'affirmer que M. André s'est dévêtu de façon significative alors qu'il est dans la toilette chimique. En effet, il porte encore son manteau, même si celui-ci n'est pas attaché¹³.

L'autre phénomène mentionné par Dr Dazé est communément appelé le « hide and die », alors que les personnes aux prises avec un état d'hypothermie vont tenter d'aller se cacher dans un endroit clos et bas (par exemple un fossé ou un égout). Est-ce que M. André est allé dans la toilette chimique puisqu'il était aux prises avec une hypothermie en installation et qu'il tentait de se cacher selon le phénomène du « hide and die »? J'y reviendrai plus loin dans l'analyse.

La preuve me permet donc de conclure que le décès de M. André est attribuable à une hypothermie environnementale dans un contexte de consommation sévère d'alcool. La prise de diazépam de façon concomitante a possiblement contribué à l'état d'endormissement de M. André alors qu'il était dans la toilette chimique. Dans les circonstances, il ne s'agit certainement pas d'un décès de cause naturelle et, selon la Classification internationale des maladies (CIM-10), lorsqu'un décès est le résultat d'un enchaînement de causes dont l'origine est un traumatisme non intentionnel, un tel décès doit généralement être considéré comme accidentel.

Qu'en est-il du moment du décès de M. André? Dr Dazé a mentionné qu'il n'existe pas de moyens fiables pour établir le moment du décès en l'absence de témoin. Les phénomènes post-mortem que sont les lividités et les rigidités apparaissent et disparaissent avec le temps et il est difficile de faire des généralisations.

Cependant, il appartient au coroner de déterminer la date du décès en vertu de l'article 2 de la *Loi sur les coroners*. Lorsque le décès d'une personne survient devant témoin ou encore dans un milieu hospitalier, cette date se détermine aisément. Dans les autres situations, c'est une date présumée qui sera établie. Cette date ne constituera pas une preuve hors de tout doute, tel que requis en matière criminelle, mais il s'agira d'une date probable et raisonnable, selon les circonstances. Pour établir cette date probable, le coroner doit se fier aux faits en preuve, aux éléments présents sur le lieu du décès et à l'histoire de la personne décédée.

Selon les témoignages recueillis tant dans le cadre de l'investigation que de l'enquête¹⁴, M. André a été vu dans la toilette chimique le soir du 16 janvier 2021 après 21 h. Il est alors à l'intérieur de celle-ci et il semble dormir. Un témoin est revenu le matin du 17 janvier et, puisque M. André est toujours dans la toilette, mais qu'il semble alors inanimé, l'appel au 911 est effectué.

¹³ Pièce 16.1* – Photos de la scène.

¹⁴ Pièces C-17*, C-18* et C-25.

Moins de dix heures se sont écoulées entre le dernier moment où M. André a été vu vivant et la constatation de son décès. Dans les circonstances, il est raisonnable de penser que son décès est survenu dans la nuit du 17 janvier 2021.

4. Les grandes lignes de la structure de lutte à l'itinérance dans notre société québécoise

Comme mentionné le premier jour de l'audience et au tout début de ce rapport, malgré les attentes de certains, cette enquête publique ne porte pas sur l'itinérance dans sa globalité. Toutefois, je me dois de faire une petite incursion dans la structure de lutte à l'itinérance dont notre société s'est dotée afin de pouvoir identifier, le cas échéant, les améliorations requises dans les soins et les services autour de M. André et d'autres personnes en situation d'itinérance comme lui.

L'enquête publique est aussi l'occasion unique pour le coroner de pouvoir entendre des témoins de différents horizons. Certains témoins qui ne sont pas intervenus dans la trajectoire de soins et de services de M. André sont venus témoigner pour me permettre de mieux comprendre les structures en place dans le réseau de la santé pour la clientèle itinérante dont il faisait partie.

Par ces témoignages, j'ai compris que tout comme la problématique de l'itinérance, la structure de lutte à l'itinérance est extrêmement complexe et elle ne peut malheureusement pas se résumer en un simple organigramme. En revanche, pour les fins de ce rapport, je vais sommairement faire référence à certaines explications fournies lors des témoignages pertinents et à quelques-unes des nombreuses pièces produites. Mon but ici n'est pas de diminuer l'importance de toutes ces informations ni du temps que les témoins ont donné pour les fins de cette enquête. Leurs explications et leurs documents ont été fort utiles pour ma compréhension et je les remercie.

Je dois cependant éviter de perdre de vue mon mandat pour la protection de la vie humaine. Il me faut aussi me concentrer sur ce qui était en place en matière d'accessibilité et de continuité de soins et de services disponibles au niveau régional et local au moment du décès de M. André afin de comprendre si des améliorations sont requises à ce niveau dans les structures actuelles.

Il est indéniable que notre nation québécoise déploie de grands efforts pour construire une société juste et équitable pour tous et il faut quand même s'en réjouir. C'est dans cet esprit que diverses orientations québécoises en matière d'itinérance ont vu le jour depuis 2008, selon les explications fournies par Mme Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, directrice à la Direction des services en dépendance et en itinérance au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), lors de son témoignage qui a été appuyé par une présentation écrite¹⁵.

C'est en 2014 que le gouvernement du Québec s'est doté d'une *Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir*¹⁶ afin d'agir de façon structurée et coordonnée pour faire la lutte à ce phénomène complexe et multidimensionnel. Cette politique est la base de toutes les actions et les initiatives déployées par la suite qui s'adressent aux instances ministérielles, régionales, territoriales, municipales, locales et communautaires qui participent aux efforts de lutte à l'itinérance¹⁷.

¹⁵ Pièce C-30.1.

¹⁶ Pièce C-31 - Politique nationale de lutte à l'itinérance 2014 – Ensemble pour éviter la rue et en sortir – ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹⁷ Pièces C-32, C-33, C-33.1 et C-34.

Le MSSS joue un rôle central de coordination, de concertation et de mobilisation intersectorielle selon une structure de gouvernance nationale qui se décline au niveau stratégique, tactique, opérationnel et consultatif. Toutefois, sur le terrain, en matière d'itinérance, ce sont 16 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) désignés qui ont la responsabilité de la coordination régionale intersectorielle en itinérance¹⁸, selon les réalités régionales qui leur sont propres. C'est cette organisation sur le terrain qui me préoccupe le plus en lien avec le décès de M. André, tant au niveau de la soirée du 16 et la nuit du 17 janvier 2021 que dans les mois qui ont précédé son décès.

5. La coordination régionale intersectorielle en itinérance à Montréal

La Ville de Montréal, qui est la plus grande ville du Québec, a des enjeux qui lui sont propres en matière d'itinérance, selon les témoignages entendus. Son écosystème en itinérance représente plus de 300 partenaires communautaires et institutionnels. Les partenaires institutionnels incluent, entre autres, cinq CIUSSS et cinq établissements non fusionnés qui dispensent des soins et services spécialisés en partenariat et en complémentarité avec les CIUSSS¹⁹.

La responsabilité de la coordination régionale intersectorielle en itinérance à Montréal est dévolue au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du Centre-Sud), qui compte 20 000 employés et qui est un des plus grands établissements de santé et de services sociaux au Québec, comme en fait foi son impressionnant organigramme²⁰.

Trois des directions du CIUSSS du Centre-Sud sont étroitement impliquées dans la gestion de l'itinérance sur le terrain et elles ont joué un rôle dans l'organisation des soins et des services pour la population itinérante, dont M. André, entre avril 2019 et janvier 2021.

5.1 La Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD)

La DPSMD est responsable de la planification, de l'organisation et de la dispense des offres de service cliniques nécessaires à l'exercice de ses responsabilités locales et régionales pour les programmes clientèle santé mentale et dépendance²¹.

- Le Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame fait partie de la DPSMD et est un service que M. André a fréquenté en 2019 et en 2020. Selon la description de ce service²², le Service des toxicomanies et de médecine urbaine travaille en étroite collaboration avec le Service de médecine des toxicomanies du CHUM, un des cinq établissements non fusionnés de la Ville de Montréal.

Les services offerts par le Service des toxicomanies et de médecine urbaine incluent une unité de soins qui admet, entre autres, des usagers présentant des risques de sevrage sévère et une clinique externe pour les personnes dont le problème de consommation est l'enjeu central de leur suivi médical.

¹⁸ Pièce C-30.1, p. 9.

¹⁹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales – Chapitre O-7.2).

²⁰ Pièce C-43 - Organigrammes du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

²¹ Pièce C-43.2, p. 64.

²² Pièce C-46.4, p. 1.

Il m'a été expliqué durant l'enquête, par les différents témoignages, que l'équipe du Service des toxicomanies et de médecine urbaine est multidisciplinaire et est composée de médecins de famille qui se succèdent selon un horaire de garde hebdomadaire ainsi que d'autres professionnels qui y travaillent sur une base quotidienne. Ces professionnels incluent des infirmières, un ergothérapeute, une travailleuse sociale, une neuropsychologue et, à l'époque pertinente, sur consultation uniquement, un psychiatre. Les usagers qui effectuent des séjours au Service des toxicomanies et de médecine urbaine sont évalués par tous les professionnels afin d'adapter les services offerts et déterminer la meilleure trajectoire en vue du congé. Il n'y a aucun suivi à long terme dans la communauté par l'équipe de l'unité de soins du Service des toxicomanies et de médecine urbaine. Ce suivi est effectué par les services et ressources externes identifiés par ce service pour soutenir l'utilisateur après l'hospitalisation.

- Le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, qui offre des services externes, des thérapies à l'interne et, depuis novembre 2023, des services d'Urgence-dépendance, fait aussi partie de l'offre du DPSMD²³. M. André y a séjourné brièvement en décembre 2019, dans le cadre de leur programme interne de gestion du sevrage avec hébergement.
- L'Équipe Itinérance est une autre composante de l'offre de la DPSMD²⁴. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire qui a pour mandat de favoriser l'accès au réseau de la santé pour les personnes désaffiliées en situation d'itinérance. Les motifs de référence sont, entre autres, des problèmes de santé physique complexes et l'absence d'une équipe de suivi ainsi que des situations complexes (santé, financière, judiciaire, résidentielle, familiale, dépendances). Le processus s'enclenche une fois que le consentement de l'utilisateur est obtenu pour une telle référence.

5.2 La Direction des services généraux et partenariats urbains (DSGPU)

La DSGPU a comme mission de renforcer les soins et les services de première ligne, les activités de santé publique territoriale, les liens transversaux au sein du CIUSSS du Centre-Sud et les partenariats locaux et régionaux²⁵.

- Le Service régional en itinérance fait partie de cette direction et assure la coordination des dossiers régionaux sociaux communautaires²⁶. Ce service a plusieurs mandats dont celui d'assurer la saine gestion des financements voués aux interventions communautaires en logement, que celles-ci soient privées ou sociales, pour assurer le maintien en logement des personnes vulnérables et permettre une offre de services plus complète.

Selon les explications fournies lors des témoignages de Mmes Catherine Giroux et Caroline Dusablon, responsables du Service régional en itinérance, ce service administratif ne traite aucunement avec les usagers et n'offre aucun service clinique. Le Service régional en itinérance a fourni un financement additionnel à La Porte Ouverte durant l'automne 2020 lorsque les places en hébergement pour les personnes en situation d'itinérance étaient restreintes en raison de la pandémie de la COVID-19 et que La Porte Ouverte est passée d'un centre de jour ouvert selon des

²³ Pièce C-46.3.

²⁴ Pièces C-13.1, C-13.2, C-13.3 et C-13.4.

²⁵ Pièce C-43.2, p. 54.

²⁶ Pièce C-45.

heures fixes à une halte-chaleur ouverte 24 h. Je vais y revenir, car il est important de comprendre l'évolution des services offerts par La Porte Ouverte en contexte de pandémie en décembre 2020 et en janvier 2021.

5.3 La Direction régionale de santé publique (DRSP)

La DRSP œuvre au quotidien pour préserver et améliorer la santé de la population de l'île de Montréal par des interventions de promotion, de prévention et de protection de la santé selon un mandat légal inscrit dans la *Loi sur la santé publique*²⁷.

À partir de mars 2020, la DRSP s'est trouvée impliquée dans les réflexions et les décisions concernant les mesures sanitaires à mettre en place auprès des personnes en situation d'itinérance à Montréal. Elle est aussi au cœur de la gestion des éclosions de la COVID-19 dans les milieux communautaires accueillant et hébergeant les personnes en situation d'itinérance pour atténuer les impacts sur cette population vulnérable, puisqu'aucune directive ministérielle n'a été élaborée en lien avec le milieu de l'itinérance et la gestion de la pandémie.

Plus particulièrement et pour remplir pleinement ses fonctions, la DRSP travaille en collaboration avec une équipe de gouvernance régionale qui assure un rôle de liaison et d'accompagnement des directions locales de santé publique afin de veiller à l'arrimage entre les priorités régionales et territoriales²⁸. Ces directions locales de santé publique se retrouvent dans les cinq CIUSSS de la Ville de Montréal et elles exercent toutes des responsabilités envers leur population territoriale²⁹. C'est dans ce contexte que le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du Centre-Ouest) s'est trouvé impliqué auprès de la ressource La Porte Ouverte, qui est située sur son territoire, en décembre 2020 pendant une éclosion de la COVID-19 entre ses murs.

Aussi, en lien avec ses responsabilités spécifiques de prévention et de contrôle des infections, et avant qu'un vaccin ne puisse aider à freiner la propagation du virus de la COVID-19, la DRSP a produit un document qui se veut un plan de réponse à cette pandémie³⁰ à l'intention de tous les partenaires impliqués dans la structure de gouvernance à Montréal. Une section spécifique de ce guide concerne la population itinérante ainsi que les objectifs opérationnels pour contrôler la transmission du virus de la COVID-19. C'est aussi en raison de ses pouvoirs légaux que la DRSP a réalisé une enquête épidémiologique au début janvier 2021. En effet, puisque la population itinérante à Montréal est aux prises avec une éclosion importante, la DRSP juge alors qu'il existe une réelle menace à la santé de cette population³¹.

²⁷ Ch. S-2.2, LRQ.

²⁸ Pièce C-43.2, p. 51.

²⁹ Article 4 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, chapitre O-7.2, LRQ.

³⁰ Pièce C-47.

³¹ Pièce C-47.1.

6. L'implication de la Ville de Montréal dans la lutte à l'itinérance

En raison de ses compétences municipales touchant la cohabitation dans l'espace public et la sécurité urbaine, la Ville de Montréal est aussi impliquée dans la lutte à l'itinérance et s'attarde à cette problématique de façon plus importante depuis une quinzaine d'années.

Plus précisément, c'est le Service de la diversité et de l'inclusion sociale de la Ville de Montréal qui porte le dossier de l'itinérance. Ce dossier concerne plusieurs services municipaux ainsi que les différents arrondissements de la ville. Par ailleurs, un poste de Commissaire aux personnes en situation d'itinérance a été créé en 2016 et M. Serge Lareault a occupé ce poste depuis sa création jusqu'à son départ, à la fin de l'année 2024. Lors de l'enquête, M. Lareault a témoigné de la complexité de la structure de gouvernance en itinérance à l'échelle régionale pour Montréal et l'organigramme présenté³² en fait foi.

M. Lareault agit comme conseiller auprès de la Direction générale de la Ville de Montréal et des élus et participe à la planification des actions de la ville pour assurer le développement de services destinés aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir à l'intérieur des compétences municipales de la métropole.

Selon les explications de M. Lareault, en raison des compétences qui leur sont propres, une réciprocité est essentielle entre les acteurs du milieu de la santé qui offrent des soins et des services aux personnes en situation d'itinérance au niveau régional et les acteurs du milieu municipal de tous les arrondissements de la Ville de Montréal. Pour cette raison, la structure de gouvernance en itinérance de Montréal a fait l'objet d'une importante révision aux termes d'une consultation exhaustive entre 2019 et 2021 afin de tenter de départager les rôles des acteurs sur le terrain et de suivre de façon plus étroite les orientations nationales.

Selon M. Lareault, la pandémie a aussi mis en lumière les vulnérabilités de la structure de gouvernance en itinérance de la Ville de Montréal de l'époque. Dès mars 2020, son rôle a été d'agir en soutien à la DRSP pour la coordination des mesures d'urgence afin de lutter contre la propagation du virus et d'assurer la santé et la sécurité des citoyens ainsi que des employés de la métropole. De plus, l'état d'urgence local a été déclaré par la mairesse de Montréal le 27 mars 2020³³ et des pouvoirs exceptionnels ont été délégués au Comité exécutif de la ville le 3 avril 2020 pour prolonger l'état d'urgence pour des périodes maximales de 5 jours. En tout, l'état d'urgence a été renouvelé 109 fois sans interruption pour prendre finalement fin le 28 août 2021, plusieurs mois après le décès de M. André.

C'est dans ce contexte que des lieux d'hébergement privés ont été réquisitionnés pour offrir de l'hébergement d'urgence aux personnes en situation d'itinérance en raison de la baisse drastique des capacités d'accueil chez les ressources existantes résultant des ordonnances sanitaires³⁴. La fermeture des services non essentiels au début de la première vague de la pandémie a aussi réduit considérablement l'accès aux installations sanitaires pour la population itinérante et des toilettes chimiques ont été installées à plusieurs endroits stratégiques dans la Ville de Montréal pour tenter de pallier ce manque³⁵, dont celle installée au coin de l'avenue du Parc et de la rue Milton. Le contrat de service pour le nettoyage de ces toilettes chimiques se faisait, au moment du décès de M. André, de 2 à 4 fois par jour, mais aucun service de nettoyage n'était assuré durant la nuit³⁶.

³² Pièce C-64.

³³ Pièce C-62, p. 5.

³⁴ Pièce C-62, p. 26.

³⁵ Pièce C-62, p. 38.

³⁶ Pièce C-62.1.

L'urgence sanitaire locale à Montréal s'est échelonnée du 27 mars 2020 au 28 août 2021 et quatre hôtels ont été réquisitionnés pour permettre aux personnes en situation d'itinérance d'être hébergées de manière sécuritaire et d'avoir accès à des services malgré la pandémie³⁷.

Lors de la 2^e vague de la COVID-19, à l'hiver 2020-2021, la Ville de Montréal a été grandement touchée et le virus faisait des ravages chez la population itinérante avec 296 cas diagnostiqués entre le 1^{er} décembre 2020 et le 27 février 2021³⁸, dont M. André qui a reçu un diagnostic positif le 17 décembre 2020, selon son dossier clinique³⁹.

Il est aussi important de mentionner que les acteurs municipaux qui sont en contact avec les personnes en situation d'itinérance sur une base quotidienne sont principalement les agents du SPVM. Toutefois, lorsque les policiers sont déployés pour venir en aide aux personnes en situation d'itinérance, ils ne peuvent remplir leur mission première de répression. Une section spécifique de cette analyse est consacrée au SPVM et à ses équipes de soutien à la sous-section 10.

Il est quand même d'intérêt de parler de l'équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (EMMIS) qui est une équipe de soutien relevant de la Ville de Montréal qui a vu le jour en septembre 2021⁴⁰. Cette équipe (qui n'est pas à confondre avec l'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance [EMRII] dont je traiterai dans la section 10 de ce rapport) est composée uniquement d'intervenants sociaux pouvant évaluer la dangerosité et l'état de santé d'une personne et, par la suite, faire appel au meilleur intervenant pour une situation donnée. Les interventions sont ponctuelles et il n'y a aucune prise en charge globale par cette équipe. Cependant, des projets similaires ont fait leurs preuves ailleurs dans le monde comme à Paris et à Toronto, selon M. Lareault. Ces équipes sont déployées 7 jours sur 7 dans quatre arrondissements, mais dès 2025, 19 arrondissements pourront bénéficier des services de l'équipe EMMIS. M. Lareault a aussi expliqué que ces équipes sont financées conjointement par la Ville de Montréal et par le ministère de la Sécurité publique (MSP). Ce projet doit prendre fin en 2026 (5 ans).

Est-ce que l'équipe EMMIS aurait pu aider M. André? Possiblement qu'elle aurait pu diriger M. André vers des intervenants qui auraient effectué un travail de fond avec lui. Pour cette raison, je pense que ces équipes demeurent des acteurs essentiels dans une métropole comme Montréal en agissant en complémentarité avec les autres partenaires, notamment ceux du milieu communautaire. Je formulerai donc une recommandation concernant la pérennisation de l'équipe EMMIS dans la section *Recommandations* du présent rapport.

7. L'implication du milieu communautaire

Un autre joueur indispensable dans cette structure régionale est le milieu communautaire qui travaille aussi auprès des personnes en situation d'itinérance ou des personnes à risque de le devenir. Les organismes communautaires sont des acteurs de premier plan auprès des personnes en situation d'itinérance. Leurs intervenants sont en contact quotidien avec cette population et, pour cette raison, ils sont à même de constater de façon courante ses besoins. Il est important aussi de mentionner qu'en vertu des articles 334 et 335 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LRQ C.s.-4.2), un organisme communautaire est indépendant et il peut définir librement ses orientations, ses politiques et ses approches

³⁷ Pièce C-62.

³⁸ Pièce C-47.3, p. 33.

³⁹ Pièce C-8.1*, p. 1381.

⁴⁰ Pièce C-66.2.

lorsqu'il reçoit une subvention. Les différents témoins entendus ont fait référence à cette indépendance des organismes communautaires à plus d'une reprise durant l'enquête.

Différents organismes à Montréal travaillent avec les personnes en situation d'itinérance autochtones. Selon les chiffres présentés dans le dénombrement de 2018, 0,6 % de la population de l'île de Montréal est autochtone alors qu'il y a 12 % de la population itinérante qui est autochtone⁴¹. Ces chiffres ont même augmenté depuis le décès de M. André. Les représentations de la DRSP déposées à la suite de l'enquête⁴² font état de 13 % des personnes en situation d'itinérance d'identité autochtone alors que les personnes autochtones constituent 0,85 % de la population montréalaise, selon les données obtenues du gouvernement du Québec tirées du *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec – rapport de l'exercice du 11 octobre 2022*.

Pour les fins de la présente enquête, je me dois de regarder le fonctionnement de la ressource La Porte Ouverte puisque cette ressource a été fréquentée par M. André et dans une moindre mesure, Projets Autochtones du Québec (PAQ).

Par ailleurs, il est important de souligner que dans les jours qui ont suivi le décès de M. André, une mobilisation importante a été menée par l'organisme à but non lucratif Femmes Autochtones du Québec, qui représente les femmes des Premières Nations du Québec ainsi que les femmes autochtones qui vivent en milieu urbain. Avec l'aide financière de la Ville de Montréal, l'organisme a permis la mise sur pied d'une tente chauffée qui a servi de halte-chaleur pour accueillir des personnes autochtones en situation d'itinérance au square Cabot. Le touchant témoignage de Mme Alexandra Ambroise, qui a porté à bout de bras ce projet, m'a permis d'apprendre que les services de cette tente ont bénéficié à plus de 108 000 personnes de toutes les origines confondues entre février 2021 et avril 2022, initialement avec le soutien de la nation mohawk, puis de la nation innue pour la gestion de la nourriture.

Ainsi, la petite équipe en place composée de 9 à 12 personnes bénévoles a pu donner un repas chaud, du répit et de la dignité aux personnes en situation d'itinérance durant 15 mois. Les personnes qui ont fréquenté cette tente, qui a porté le nom de M. André en sa mémoire, ont toutes pu obtenir un endroit pour se réchauffer, un repas et l'humanité que chaque personne de toute origine et de tout statut social confondu doit recevoir dans notre société qui se veut égalitaire. Les services offerts aux utilisateurs de cette tente ont inclus du référencement vers des ressources spécialisées et de l'écoute. Le niveau d'intoxication des usagers n'a jamais été un motif d'exclusion.

Pendant son témoignage, Mme Ambroise a mentionné que lors de sa plus grosse nuit durant cette période de 15 mois, 612 personnes en rotation ont pu bénéficier des services de la tente. Je reviendrai plus tard concernant les suites de ce projet puisque des lieux d'hébergement culturellement sécuritaires sont essentiels pour aider les personnes autochtones en situation d'itinérance à survivre en milieu urbain et je formulerai des recommandations à cet effet.

Au-delà de ce projet inspiré par le tragique décès de M. André, il est clair pour moi que tous les acteurs qui interagissent sur le terrain à Montréal dans cette lutte à l'itinérance ont dû composer entre eux dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire dû à la pandémie de la COVID-19 dès le mois de mars 2020. Les différents témoins entendus m'ont confirmé ce que nous savons tous, soit que des efforts continus sur plusieurs mois et sans répit ont été

⁴¹ Pièce C-28, p. 11.

⁴² Pièce C-87.

déployés par des gens dévoués du milieu de la santé, de la Ville de Montréal et du milieu communautaire pour aider les personnes en situation d'itinérance.

Toutefois, cette pandémie a mis en lumière le manque de préparation et de plan de gestion par les autorités de toutes les juridictions pour faire face à cette crise et le Québec n'y a pas échappé. En effet, la preuve a démontré que M. André est décédé dans un contexte d'hypothermie dans la nuit du 17 janvier 2021. Si une porte lui avait été ouverte et s'il avait disposé d'un endroit chauffé et sécuritaire où se loger pour la nuit, il est clair pour moi, selon les explications du Dr Dazé, qu'il ne serait pas décédé, même s'il était fortement intoxiqué en raison de l'alcool et, dans une moindre mesure, par le diazépam qu'il avait consommé. Aussi, il est impossible pour moi de conclure que M. André a été le seul responsable de son sort.

Que s'est-il donc passé pour que M. André décède de cette façon?

8. M. André et le réseau de la santé

Comme indiqué précédemment, M. André est une personne en situation d'itinérance extrêmement vulnérable. Sa situation est très complexe, mais elle n'est pas unique non plus. Alors que plusieurs personnes en situation d'itinérance sont complètement désaffiliées du réseau de la santé, la preuve médicale volumineuse révèle que M. André a consulté à de nombreuses reprises entre mars 2019 et janvier 2021 dans différents établissements de santé à Montréal.

Comme déjà mentionnée, cette période a également été marquée par l'état d'urgence sanitaire imposé en raison de la pandémie de la COVID-19. Rien dans la preuve présentée ne m'indique que cette urgence sanitaire a eu un impact direct sur les soins de santé que M. André a reçus, mais il est évident que certains services à sa disposition au niveau local et communautaire ont été grandement affectés. Cependant, je me dois d'abord de me concentrer sur les services et les soins obtenus par M. André du milieu de la santé.

Pour les fins de l'enquête, je me suis intéressée à neuf périodes précises au cours desquelles M. André a reçu des services et des soins de la part de différents intervenants du réseau de la santé. Il était important pour moi de faire ce pas en arrière et d'aller un peu plus loin que la période concomitante à son décès dans son parcours de soins et de services afin de tenter de comprendre pourquoi un phénomène de « portes tournantes » s'est installé pour M. André à partir de l'automne 2020. Aussi, dès la mi-décembre 2020, M. André est désorganisé, il est en période de consommation d'alcool active et il semble incapable de gérer et de faire face à ses problèmes multiples. Cet état de grande désorganisation est certainement un facteur qui a ajouté à l'importante vulnérabilité de M. André dans le dernier mois de sa vie.

Aussi, dans l'analyse des circonstances qui mènent à son décès, il faut donc se poser les questions suivantes : en raison de la structure préalablement décrite et des actions pour aider les personnes en situation d'itinérance et les personnes à risque de le devenir, est-ce que l'accessibilité et la continuité des soins et des services ont été présentées pour M. André dans les derniers moments de sa vie?

Sans rentrer dans le détail de chaque période, certains éléments importants méritent que je m'y attarde pour tenter de répondre aux questions que je me pose. De plus, il est important de souligner que, malgré mes questionnements, il est indéniable pour moi que les différents intervenants du réseau de la santé qui sont venus témoigner à l'enquête ont effectué leur

travail avec professionnalisme, dévouement et à la hauteur de leurs compétences. Leur témoignage m'a aussi permis de voir que la majorité des personnes qui ont côtoyé professionnellement M. André ont gardé un vif souvenir de sa personne et de ses valeurs.

8.1 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 26 mars au 20 avril 2019 et du 21 au 26 avril 2019⁴³

Le 26 mars 2019, M. André est amené au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame en raison de lacérations au visage et d'une intoxication sévère à l'alcool. Il est hospitalisé au Département des soins intensifs pour un delirium tremens, soit une complication importante d'un sevrage alcoolique. Par la suite, il effectue un séjour au Service des toxicomanies et de médecine urbaine afin de compléter son sevrage.

Durant les deux premières hospitalisations de M. André, une évaluation cognitive est effectuée par un duo composé d'une ergothérapeute et d'une neuropsychologue qui sont toutes les deux venues témoigner à l'enquête. L'évaluation de l'ergothérapeute s'est faite par des mises en situation qui lui ont permis d'observer que M. André a de la difficulté à s'autoréguler s'il rencontre des obstacles dans ses activités.

L'évaluation de la neuropsychologue corrobore les dires de l'ergothérapeute. Pour elle, M. André a une tolérance limitée et il lui est difficile de réguler ses émotions. Son humeur prend beaucoup de place dans ses comportements. Durant son témoignage, cette professionnelle de la santé m'explique que son évaluation a pris en compte les différents diagnostics contenus dans le dossier clinique, mais que son rôle n'était pas de se prononcer quant à ceux-ci. Aussi, son évaluation s'est basée sur la prémisse que M. André avait une possible atteinte frontale. Elle a également précisé que son évaluation était une photo de l'utilisateur à un moment bien précis dans le temps. Avec des facteurs favorables, comme une stabilisation de l'état et une diminution de la consommation d'alcool, une telle évaluation pourrait montrer une amélioration et l'inverse est aussi vrai. Des facteurs défavorables pourraient mettre en lumière une détérioration de l'évaluation cognitive. Il aurait été possible de faire une nouvelle évaluation cognitive pour M. André, mais aucune demande à cet effet n'a été formulée.

Une évaluation a aussi été effectuée durant cette période d'hospitalisation par Dre Marie-Ève Blain-Juste, psychiatre, qui est venue témoigner à l'enquête. Son opinion a été requise à l'époque par le médecin de garde du Service des toxicomanies et de médecine urbaine pour déterminer si des enjeux cognitifs présents pourraient avoir un impact sur le consentement aux soins de M. André. Par ailleurs, une composante de santé mentale était aussi possiblement en cause en raison de l'agressivité verbale de M. André et de sa colère dirigée envers les objets.

Selon le test Montréal Cognitive Assessment (MoCa) effectué⁴⁴, son opinion clinique était que M. André avait un trouble cognitif léger qui lui permettait de fonctionner en société avec un certain suivi. De plus, à ce moment dans le temps, son évaluation lui a permis de conclure que M. André pouvait alors consentir aux soins, soit à son hospitalisation. Elle précise aussi que son évaluation était également une photo précise dans le temps en considération de l'atteinte frontale de M. André. Une évaluation longitudinale sur le long terme aurait possiblement été nécessaire, mais, à l'époque, Dre Blain-Juste mentionne qu'elle ne faisait pas partie des réunions de suivi pour les patients du Service des

⁴³ Pièces C-9.1*, C-9.2* et C-9.3*.

⁴⁴ Pièce C-9.3*.

toxicomanies et de médecine urbaine. Donc, aucun suivi des conséquences de l'atteinte frontale de M. André n'a été effectué.

Durant cet épisode de soins, une travailleuse sociale a aussi offert un accompagnement à M. André. Parmi ses tâches, à ce moment et durant les autres séjours de M. André au Service des toxicomanies et de médecine urbaine, celle-ci a fait des démarches pour trouver un endroit de thérapie pour M. André pour son problème de dépendance. Elle s'est aussi impliquée pour lui trouver un hébergement au moment de ses congés.

En avril 2019, alors que son sevrage est complété et que l'équipe traitante juge qu'il a l'autonomie nécessaire pour gérer les prochaines étapes de son processus de réinsertion sociale avec arrêt définitif de sa consommation d'alcool, M. André exprime le souhait d'aller vivre chez un ami à l'extérieur de la région de Montréal. La travailleuse sociale établit donc un contact avec le Centre local de services communautaires (CLSC) de cette région pour assurer le suivi psychosocial, le suivi requis pour les conditions de santé de M. André et les démarches de thérapie des dépendances.

Un contact est aussi effectué avec le CLSC responsable de l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud advenant un retour de M. André dans la région de Montréal. Cependant, selon les informations contenues dans le dossier clinique⁴⁵, aucune prise en charge n'est effectuée par l'Équipe Itinérance par la suite, malgré le retour de M. André dans la région de Montréal dans les mois qui ont suivi et malgré le fait que ses besoins sont complexes et à plusieurs niveaux (santé, financière, judiciaire, résidentielle, familiale, dépendance).

Avant le départ de M. André pour aller vivre chez son ami, un navigateur autochtone, qui est aussi venu témoigner à l'enquête, a été impliqué dans sa trajectoire de soins. Ce navigateur autochtone fait partie de la clinique mobile de Médecins du Monde et leurs services sont déployés sur le territoire du CIUSSS du Centre-Sud. Ici, sa contribution a été sollicitée pour faciliter la transition au congé de M. André et assurer un continuum de soins par la suite. Toutefois, selon son témoignage, M. André était un des premiers usagers avec qui ce navigateur autochtone a travaillé et, à ce moment, il ne connaissait pas bien ses enjeux de santé. De plus, vu le départ de M. André pour l'extérieur de la ville, le témoin m'a expliqué que son rôle n'a pas été très grand à ce moment puisqu'il ne pouvait lui assurer un accompagnement dans une autre région. Cependant, il établit un bon lien de confiance avec M. André, ce qui facilite les échanges lorsqu'il le croise, à l'occasion, à son retour à Montréal. Par ailleurs, la preuve médicale révèle que le navigateur autochtone n'est pas impliqué dans le continuum de soins de M. André à l'automne 2020.

8.2 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 5 au 21 décembre 2019

C'est un contexte similaire qui a ramené M. André au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame en décembre 2019 alors qu'il est fortement intoxiqué par l'alcool et victime d'une agression. Il effectue alors un deuxième séjour au Service des toxicomanies et de médecine urbaine à partir du 5 décembre 2019 et les objectifs demeurent les mêmes, soit d'atteindre un sevrage alcoolique et, par la suite, de trouver le meilleur hébergement pour lui permettre de continuer à cheminer vers une cessation complète de sa consommation d'alcool et une réinsertion sociale.

⁴⁵ Pièces C-9.2* et C-13.3.

L'équipe traitante reste la même et, malgré son importante anxiété, M. André est plus posé et disponible aux interventions. Selon son dossier clinique⁴⁶, il exprime le souhait d'aller en thérapie une fois son sevrage alcoolique acquis. Plusieurs démarches sont faites pour voir quelle ressource pourrait convenir, incluant des ressources pour personnes autochtones. Malheureusement, il n'y a aucune place dans ces ressources avant la mi-janvier 2020. M. André nomme un centre de thérapie privé en dépendance à l'extérieur de Montréal qu'il a déjà fréquenté et il pourrait y être accueilli dès le 30 décembre 2019.

Les démarches sont donc entreprises par la travailleuse sociale pour régulariser le statut de M. André à l'aide sociale et pour assurer son accompagnement à la gare d'autobus le 30 décembre 2019. Dans l'intervalle, M. André est admis au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal pour poursuivre son sevrage alcoolique puisqu'il ne requiert plus de soins en milieu hospitalier. M. André y est admis le 21 décembre 2019 et le dossier de la travailleuse sociale du Service des toxicomanies et de médecine urbaine est alors fermé.

Le plan thérapeutique infirmier du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal⁴⁷ indique que M. André y est admis pour un sevrage alcoolique et qu'un suivi standard doit être appliqué. Aucune mention n'est faite de l'anxiété de M. André ni de son atteinte frontale qui rend difficile la régulation de ses émotions. Dès son arrivée au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, M. André est irritable et anxieux et il conteste les intervalles de prise de la médication (diazépam) pour son sevrage alcoolique. Le 23 décembre 2019, vers 10 h 08, la décision est prise d'expulser M. André puisqu'il présente de l'agressivité verbale, soit un comportement qui ne respecte pas les règles de vie de l'endroit. Aucune démarche n'est effectuée avec le Service des toxicomanies et de médecine urbaine pour expliquer les motifs de l'expulsion de l'utilisateur ni pour le mettre en lien avec une autre ressource du réseau de la santé. De plus, puisqu'il n'est pas dans le mandat du Service des toxicomanies et de médecine urbaine d'effectuer un suivi post-hospitalisation et puisque le dossier de la travailleuse sociale est fermé, l'équipe traitante n'est pas avisée de la situation.

Il s'ensuit que les autres étapes organisées dans le cadre des tâches de la travailleuse sociale du Service des toxicomanies et de médecine urbaine pour assurer le transport de M. André vers le centre de thérapie choisi tombent donc à l'eau. M. André se retrouve de nouveau en situation d'itinérance et de consommation puisque son sevrage n'est pas complété.

8.3 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 30 décembre 2019 au 11 février 2020

C'est dans un contexte de consommation d'alcool sévère avec un hématome sous-dural (traumatisme craniocérébral récent) et des idées suicidaires que M. André est admis au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame à la fin du mois de décembre 2019. Il débute un nouveau séjour au Service des toxicomanies et de médecine urbaine le 31 décembre⁴⁸.

Cette hospitalisation dure 42 jours, soit jusqu'au 11 février 2020. Une fois de plus, M. André est en contact avec l'équipe traitante du Service des toxicomanies et de médecine urbaine qui le connaît bien. L'utilisateur exprime une fois de plus vouloir cesser sa consommation d'alcool et, pour ce faire, il veut tenter de nouveau une entrée en thérapie pour sa problématique de dépendance.

⁴⁶ Pièce C-9.2*.

⁴⁷ Pièce C-9.4*.

⁴⁸ Pièces C-8.1* et C-9.2*.

La travailleuse sociale note que M. André ne bénéficie d'aucune prise en charge médicale centralisée pour assurer le suivi de ses autres conditions et des démarches sont entreprises en ce sens. Dre Anne-Sophie Thommeret-Carrière, venue témoigner à l'enquête, assure le suivi médical centralisé de M. André de janvier à juin 2020. Elle établit un bon lien de confiance avec le patient selon son témoignage.

Afin de préciser l'orientation de M. André au congé, deux options sont retenues en lien avec ses problématiques de santé. Il est soit envisagé de lui offrir des services en réadaptation vu la présence d'un trauma craniocérébral récent dans le portrait clinique et l'atteinte frontale diagnostiquée ou encore de le diriger vers un hébergement de réinsertion sociale pour les personnes qui vivent avec une maladie virale chronique.

Dans l'intervalle, une lésion suspecte pulmonaire est identifiée lors d'un examen par imagerie médicale de contrôle et un suivi est débuté avec le CHUM pour déterminer le traitement approprié. Cette nouvelle problématique cause un certain niveau d'anxiété chez M. André, mais il s'investit dans la démarche médicale proposée pour soigner cette atteinte pulmonaire et l'équipe traitante, y compris son médecin attitré, lui offre de l'écoute active au besoin.

Tant les notes d'évolution que les témoignages entendus font état d'un véritable bien-être de M. André durant ce séjour prolongé au Service des toxicomanies et de médecine urbaine. Après avoir manifesté de la solitude et de l'ennui sur l'unité, M. André s'investit dans les activités qui lui sont proposées même s'il demande une assistance importante de la part du personnel. Il choisit des projets qui sont ancrés dans sa culture et qui sont significatifs pour lui (peintures, dessins, capteurs de rêve). Il offre une bonne participation et il éprouve une fierté envers ses accomplissements. Par le fait même, M. André réussit à gérer plus facilement son anxiété.

La démarche pour diriger M. André vers un hôpital en réadaptation, vu son atteinte frontale et son trauma crânien, ne porte pas fruit en raison des enjeux complexes qui entourent les personnes en situation d'itinérance, dont les problèmes de consommation. Lors de son témoignage, Dre Thommeret-Carrière déplore ce fait. C'est vers un hébergement pour personnes aux prises avec une maladie virale chronique, Les Hébergements de l'Envol (l'Envol), que M. André est donc dirigé en vue de son congé et il est d'accord avec cette approche. De façon concomitante, une prise en charge par la Clinique d'infectiologie virale chronique du CHUM est aussi débutée pour assurer au patient une prise en charge médicale de sa maladie virale chronique et Dre Thommeret-Carrière assure aussi ce suivi puisqu'elle travaille également à cette clinique entre janvier et juin 2020.

M. André est alors mis en contact avec un travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique pour lui assurer l'accompagnement nécessaire pour la régularisation de son statut à l'aide sociale, afin d'obtenir les prestations qui lui permettent de payer son loyer à l'Envol ainsi que pour ses rendez-vous de suivis au CHUM après son hospitalisation au Service des toxicomanies et de médecine urbaine, tant pour sa lésion pulmonaire suspecte que pour son suivi médical de sa maladie virale chronique.

Malgré la volonté exprimée par M. André de débiter une thérapie pour sa dépendance au début de ce troisième séjour au Service des toxicomanies et de médecine urbaine, cette avenue n'est plus explorée au moment du congé de l'usager. Écarter cette option entraînera des conséquences importantes pour M. André lorsqu'il quittera l'Envol, tel qu'expliqué ci-dessous.

8.4 Le séjour à l'Envol, du 11 février au 20 août 2020

M. André effectue un séjour à l'Envol du 11 février au 20 août 2020. Il s'agit d'une ressource de réinsertion sociale pour les personnes qui vivent avec une maladie virale chronique.

La durée moyenne d'un séjour à cette ressource varie entre trois et six mois, mais peut s'étendre jusqu'à un an et la ressource a une capacité de huit résidents. Aucune limite de temps précise n'a été fixée à M. André au moment de son admission.

Le témoignage de la directrice générale, Mme Hélène Gagnon, m'a permis de comprendre que la ressource qu'elle opère vise à donner une stabilité physique et psychologique aux personnes souffrant d'une maladie virale chronique en vue de leur réinsertion sociale. Les intervenants de la ressource n'offrent toutefois aucun accompagnement pour des démarches en vue d'une thérapie pour une dépendance comme celle souhaitée par M. André au moment de son séjour au Service des toxicomanies et de médecine urbaine.

Durant son séjour à l'Envol, M. André bénéficie de l'accompagnement du travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique afin de l'aider à reprendre le contrôle sur sa vie. Il est aussi important de mentionner que M. André a cessé toute consommation d'alcool durant son séjour à l'Envol et il a maintenu cette sobriété exemplaire jusqu'à la fin du mois d'août 2020, selon la preuve présentée⁴⁹.

À partir de juillet 2020, M. André exprime vouloir quitter la ressource et veut se rendre à Québec pour se trouver un logement. En raison de ses suivis médicaux pour sa lésion pulmonaire, il est convenu que c'est à la fin du mois d'août que le séjour de M. André prendra fin. Durant cette période, les intervenants encouragent M. André à faire des démarches pour se trouver un logement, mais il préfère attendre d'être rendu à Québec. Il est impossible de savoir les motifs qui poussent M. André à refuser cette aide pour se trouver un logement. Est-ce qu'un véritable lien de confiance a été établi avec les intervenants de l'Envol? Est-ce que M. André bénéficie alors du bon encadrement pour l'aider à prendre les bonnes décisions vu son historique de problème de consommation d'alcool et son atteinte frontale?

Dans son témoignage, Mme Gagnon m'a décrit M. André comme une personne gentille, qui a un grand attachement pour sa famille et qui aime sa culture et sa liberté. Les propos de Mme Gagnon font écho au bilan de séjour produit en preuve⁵⁰ qu'il m'apparaît important de retranscrire ici. Ces extraits me montrent la sensibilité, la vulnérabilité et les valeurs de M. André :

Au départ discret, Raphaël (sic) s'est ouvert peu à peu, il aime parler de sa culture, de ses liens, de sa famille et de son histoire. De plus, Raphaël (sic) se définit comme quelqu'un de grande spiritualité avec un grand besoin de nature. Cette période de confinement (COVID-19) a été particulièrement compliquée à vivre pour lui, il verbalisera s'être senti enfermé à l'Envol exprimant que cela nuit à sa guérison. (...)

C'est une personne entière qui cherche à être dans son bon droit et qui est très sensible à ce qu'il juge comme de l'injustice. (...)

⁴⁹ Pièces C-8.1* et C-10*.

⁵⁰ Pièce C-10*.

Lors de conflits ou de trop grandes frustrations, Raphaël (sic) est en difficulté, il doit alors sortir marcher, ce qui semble l'aider à réfléchir. L'échange devient alors plus propice à son retour. C'est dans la valorisation de lui-même que nous pouvons l'aider à avancer (...).

(...) le cœur du travail avec Raphaël (sic) ne réside pas dans une approche stricte de l'autorité dont il ne comprend pas le sens, mais plus dans l'écoute et l'appréciation de ses besoins. En effet, c'est en comprenant le mode de fonctionnement de Raphaël (sic) que nous avons pu détecter les éléments anxiogènes et prévenir certaines situations entraînant des comportements violents chez lui. (...)

Ce bilan est rédigé à la suite du départ de M. André le 17 août 2020, sans préavis à qui que ce soit. Après 48 heures, l'absence de M. André a été considérée comme un congé non autorisé. Le bilan déposé en preuve indique aussi que si M. André désire effectuer un nouveau séjour à cette ressource, il y sera accueilli sans problème, mais il n'y revient jamais. Mme Gagnon explique aussi que le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique est avisé du départ soudain de M. André dans les jours qui suivent.

8.5 Les épisodes de soins au CHUM du 24 au 26 août et du 18 au 24 septembre 2020

Après avoir quitté l'Envol, M. André semble être retourné vivre dans la rue, selon ce qui est indiqué à son dossier du CHUM⁵¹. De plus, il effectue quelques visites au Département d'urgence du CHUM dans les semaines qui suivent son départ de l'Envol ainsi que deux séjours d'hospitalisation. Le séjour du 24 au 26 août 2020 débute lorsqu'il se présente au Département d'urgence pour des difficultés respiratoires et un état d'ébriété. Les examens effectués montrent toutefois que les difficultés respiratoires de M. André n'ont pas de lien avec sa lésion pulmonaire diagnostiquée précédemment et traitée au printemps 2020.

Un sevrage alcoolique est le diagnostic retenu et M. André est alors hospitalisé à l'Unité de médecine des toxicomanies, mais aucune médication (diazépam) n'est requise, car il a très peu de symptômes de sevrage. Le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique lui rend visite durant son hospitalisation et discute avec M. André de la possibilité de retourner à l'Envol, mais il refuse cette proposition. M. André réitère alors qu'il désire plutôt quitter Montréal pour la Ville de Québec et c'est le jour de son congé qu'il demande de l'aide au travailleur social dans sa démarche. Puisque cet intervenant sait que M. André est sans domicile fixe, il indique dans sa note au dossier qu'il attendra que M. André lui fasse signe⁵². Il est à noter que la feuille d'hospitalisation sommaire fait état que, outre l'absence de signes de sevrage, l'agressivité et la non-collaboration du patient sont aussi des motifs indiqués pour justifier le congé. Aucune mention n'est faite de l'atteinte frontale qui pourrait être en cause dans les comportements du patient.

Avant l'épisode de soins subséquent, M. André est amené à l'urgence le 13 septembre 2020 dans un contexte de consommation d'alcool et parce qu'il a des comportements violents dans un lieu public. Il exprime vouloir se reposer à l'hôpital, mais le médecin de garde estime qu'il n'y a aucune raison médicale qui le justifie et, de plus, il ne présente aucune dangerosité. C'est donc peu après que M. André est expulsé à la demande du médecin de garde⁵³.

⁵¹ Pièce C-8.1*.

⁵² Pièce C-8.1*, p. 719 à 735.

⁵³ Pièce C-8.1*, p. 948 à 966.

Le 17 septembre, M. André revient au Département d'urgence pour différentes problématiques médicales, dont des symptômes de sevrage et une plaie à la cheville qui est présente depuis quelques mois et qui le fait souffrir. Une consultation en service social est alors demandée par le médecin de garde en raison de la situation complexe de M. André et ses nombreuses consultations au Département d'urgence depuis quelques semaines.

Le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique rencontre alors M. André qui exprime le désir de suivre une thérapie fermée pour son problème de consommation d'alcool. M. André est donc hospitalisé une fois de plus à l'Unité de médecine des toxicomanies du 18 au 24 septembre 2020 pour stabiliser son état et compléter son sevrage.

Dre Stéphanie Mari-Anka Marsan est venue témoigner à l'enquête et m'a expliqué que le mandat de l'Unité de médecine des toxicomanies est suprarégional puisque cette unité est une référence pour tous les professionnels du Québec. Aussi, les hospitalisations qui sont de courte durée ont pour but de stabiliser un usager qui a un problème de dépendance et qui est en sevrage. Par la suite, c'est un suivi en clinique externe qui est effectué ou encore avec le médecin de famille de l'usager. Dans le cas de M. André, puisque son suivi médical est assuré par la Clinique d'infectiologie virale chronique, c'est le travailleur social associé à cette clinique qui doit aider M. André à effectuer ses démarches pour une thérapie et c'est ce qui est indiqué dans les notes médicales comme option thérapeutique envisagée⁵⁴. Aucun médecin de famille n'est intégré dans le plan de suivi au congé. Dre Thommeret-Carrière n'est alors plus médecin à la Clinique d'infectiologie virale chronique et, même si le statut de patient de la clinique devrait assurer à M. André un tel suivi, dans les faits, il ne voit aucun autre médecin à cet endroit entre juin 2020 et janvier 2021.

Durant le séjour de M. André à l'Unité de médecine des toxicomanies, Dre Marsan demande une évaluation fonctionnelle par un ergothérapeute du CHUM en raison, entre autres, de ses troubles de comportement sur l'unité, de sa difficulté à se recadrer et de son manque de collaboration dans les différentes activités thérapeutiques proposées. Selon le témoignage de Dre Marsan, aucun lien n'est effectué avec le Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame pour échanger sur les informations recueillies par cette équipe traitante, et, plus particulièrement, les observations de l'ergothérapeute et de la neuropsychologue lors des hospitalisations passées de M. André. Lors de son témoignage, Dre Marsan mentionne qu'il aurait effectivement été très utile d'avoir les informations du Service des toxicomanies et de médecine urbaine. Considérant la coordination régionale intersectorielle en itinérance à Montréal expliquée précédemment qui indique que le Service des toxicomanies et de médecine urbaine travaille en étroite collaboration avec l'Unité de médecine des toxicomanies du CHUM, il me semble évident qu'une faille importante existe ici et que les deux centres hospitaliers ont travaillé en silo concernant les soins et les services requis pour M. André à ce moment précis de son suivi médical.

Un autre élément notable du témoignage de Dre Marsan concerne les demandes de M. André pour obtenir du matériel pour son artisanat. Ce sont des morceaux de bois que Dre Marsan est allée chercher elle-même à l'extérieur et qui ont fait le bonheur de M. André qui ont été mis à sa disposition. Le dévouement et l'écoute de Dre Marsan m'ont beaucoup touchée tout comme la réaction de gratitude de M. André qu'elle a décrit. Toutefois, c'est aussi questionnant de voir que ses propos démontrent une absence de sécurisation culturelle pour les usagers d'origine autochtone comme M. André alors qu'un tel programme est en place au CHUM depuis 2015, selon Dre Marsan⁵⁵.

⁵⁴ Pièce C-8.1*, pp. 989 à 1211.

⁵⁵ Pièces C-77, C-77.1 et C-77.2.

Le rapport d'évaluation fonctionnelle⁵⁶ s'apparente, sans surprise, aux observations posées durant les séjours de M. André au Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame. L'ergothérapeute du CHUM identifie, entre autres, des difficultés très sévères chez M. André à réguler certains stimuli, à générer des comportements en accord avec ceux-ci sans hyperréactivité, à utiliser les bons mots pour une communication efficace et à planifier pour juger de l'étendue de ses actions. Selon l'ergothérapeute, le cadre hospitalier directif et restreint dans le temps, la relation expert-patient et les mesures de précaution en lien avec la COVID-19 amplifient plusieurs difficultés chez M. André qui pourraient être diminuées dans un contexte d'hébergement comme lors de son séjour à l'Envol.

Une évaluation psychiatrique est aussi effectuée durant ce séjour à la demande de Dre Marsan puisque M. André semble rencontrer des difficultés avec la diminution de la médication de sevrage. Cette consultation permet une modification de la médication qui est mieux tolérée par l'utilisateur. Certaines informations aux notes médicales du psychiatre⁵⁷ méritent que je m'y attarde puisqu'elles concluent à des limitations cognitives chez M. André et à une aptitude partielle. Le psychiatre note aussi un faible potentiel de réadaptation. Il semble que ces informations n'ont pas été portées à l'attention de Dre Marsan à l'époque, selon son témoignage, mais elles sont importantes pour la suite du suivi médical. En effet, les médecins subséquents qui côtoient M. André jusqu'à son décès ont l'impression qu'une évaluation conclut à une aptitude complète chez lui. Aussi, il est important de noter que le partage d'informations en lien avec les problématiques de M. André semble avoir été déficient même à l'intérieur d'un seul centre hospitalier, en l'occurrence le CHUM.

Le congé de M. André pour un suivi en externe et pour débiter une démarche afin de lui trouver une ressource pour une thérapie doit s'effectuer le 25 septembre 2020, mais M. André désire quitter le 24 septembre. En raison du libre choix qui est laissé à l'utilisateur qui est considéré apte malgré les réserves du psychiatre sur son aptitude ainsi que son potentiel de réadaptation et malgré les conclusions de l'ergothérapeute qui recommande un hébergement, aucune autre démarche n'est alors effectuée par le personnel soignant pour aider à l'orientation de M. André lors de son départ du CHUM. Quant au travailleur social, il est avisé de son départ le lendemain et donc, il doit attendre que M. André établisse un contact avec lui pour pouvoir l'aider. Les notes du travailleur social⁵⁸ ne parlent que d'aide pour une recherche de logement et non pour trouver une ressource d'hébergement. Ces notes font aussi état que M. André a « brûlé » différentes ressources et des hébergements spécialisés pour une clientèle aux prises avec une maladie virale chronique, ce qui ne correspond pas du tout à la réalité en lien avec un retour de M. André à l'Envol. Cette notion que M. André est « barré » de certaines ressources représente aussi une mauvaise compréhension des problématiques sur le terrain pour les personnes en situation d'itinérance qui, parfois, ont des suspensions de séjours chez différents organismes communautaires.

Ce travailleur social est aussi venu témoigner à l'enquête. Je retiens de son témoignage qu'il fait partie de l'équipe mobile de la Clinique d'infectiologie virale chronique depuis plusieurs années et les usagers qu'il côtoie ont des problématiques très complexes; il s'agit de cas très lourds, selon l'expression qu'il a utilisée. Je ne remettrai jamais en doute le dévouement et l'implication de ce travailleur social pour les usagers qu'il accompagne depuis de nombreuses années et qui fréquentent la Clinique d'infectiologie virale chronique. Toutefois,

⁵⁶ Pièce C-8.1*, p. 999.

⁵⁷ Pièce C-8.1*, p. 1161.

⁵⁸ Pièce C-8.1*, pp. 1005 et 1211.

je me dois de souligner que le travailleur social, selon son témoignage, n'a pas suivi de formation spécifique en lien avec les personnes des communautés autochtones et la sécurisation culturelle nécessaire dans l'approche thérapeutique. De plus, il n'est jamais informé de l'atteinte frontale de M. André, quoique son expérience lui indique que c'est probablement une des composantes de la problématique complexe de l'usager. Aussi, il témoigne du fait qu'il n'a pas su véritablement développer une relation de confiance avec M. André et ce n'est qu'en janvier 2021 qu'il a vu une petite ouverture vers cette relation de confiance.

8.6 Les diverses consultations médicales à différents centres hospitaliers entre le 25 septembre et le 5 octobre 2020

La preuve révèle qu'à la suite de son départ du CHUM, M. André a aussi eu de brèves consultations au Département d'urgence de l'Hôpital général de Montréal, les 25, 29 et 30 septembre ainsi que les 4 et 5 octobre 2020⁵⁹. Ces consultations surviennent en raison de blessures à la tête et au visage subies par M. André dans un contexte d'assaut avec une composante d'intoxication pour la première consultation, puis dans des contextes de chutes avec intoxication pour les autres consultations.

Les notes de ces visites indiquent que M. André est peu collaborant et qu'il éprouve certains symptômes de sevrage. La médication usuelle pour ses symptômes de sevrage (diazépam) lui est prescrite et des examens sont effectués pour éliminer toute hémorragie intracrânienne. Des fractures faciales sont toutefois notées lors de ces visites, mais elles sont non opérables et M. André désire obtenir son congé. Alors qu'il ne veut aucune aide en travail social lors de ses visites de septembre, il souligne qu'il va communiquer avec son travailleur social lors des consultations des 4 et 5 octobre 2020. Aucune démarche n'est toutefois effectuée pour déterminer qui cette personne pourrait être et aucune communication n'est effectuée avec les autres centres hospitaliers où M. André est connu pour assurer un suivi adéquat dans la communauté.

Entre ses visites à l'Hôpital général de Montréal, M. André est aussi amené au CHUM dans la soirée du 1^{er} octobre 2020 en raison d'une démarche chancelante et de chutes répétitives. Il est peu collaborant et il est agité. Des contentions sont appliquées et, malgré son discours peu cohérent, M. André refuse de mentionner s'il a consommé de l'alcool. Il désire toutefois un calmant qui lui est donné. Des examens par imagerie confirment qu'il n'y a aucun saignement intracrânien. Les contentions sont enlevées puisque M. André redevient calme et il obtient son congé le 2 octobre 2020, mais il refuse de quitter. Il est donc escorté à la sortie à 5 h du matin après avoir obtenu la collation qu'il réclamait⁶⁰. Il est de retour au Département d'urgence quelques heures plus tard, vers 10 h 30, puisqu'il est retrouvé au sol devant un dépanneur et il est incapable de se tenir assis⁶¹.

Lors de cette autre visite au CHUM, M. André indique vouloir une désintoxication et il profère des menaces de mort à l'endroit d'un employé qui était présent durant la nuit. Il accuse cet employé d'être responsable de son expulsion de la nuit précédente. Un intervenant des services sociaux est avisé de la présence de M. André et note qu'il bénéficie déjà d'un suivi avec le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique. Un message est donc transmis à cet intervenant du passage de M. André au Département d'urgence, mais comme expliqué par le travailleur social lors de son témoignage, il ne peut entrer en contact avec l'usager qui n'a aucun domicile fixe et il doit attendre que celui-ci verbalise vouloir son aide

⁵⁹ Pièce C-11*.

⁶⁰ Pièce C-8.1*, pp. 1220 à 1252.

⁶¹ Pièce C-8.1*, pp. 1253 à 1285.

ou de le croiser dans les lieux publics. Aussi, aucune autre démarche n'est entreprise lors de ces visites répétées au Département d'urgence du CHUM pour offrir des services et de l'aide à M. André puisqu'il bénéficie déjà des services d'un travailleur social.

8.7 L'épisode de soins à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 15 octobre au 30 novembre 2020

Le 11 octobre 2020, M. André est amené au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame dans un contexte d'intoxication sévère à l'alcool. Il exprime une fois de plus vouloir cesser sa consommation et les notes médicales⁶² indiquent qu'un arrimage en externe a été un échec. En raison d'une non-disponibilité de lits, ce n'est que le 15 octobre 2020 que M. André est admis de nouveau au Service des toxicomanies et de médecine urbaine et, dans l'attente, un protocole de sevrage avec médication est débuté au Département d'urgence. Les autres problèmes médicaux de M. André sont aussi adressés. Il manifeste des comportements agressifs durant son séjour au Département d'urgence surtout lorsqu'il éprouve des symptômes de sevrage et qu'il désire rapidement des calmants pour ses symptômes.

Les troubles de comportements de M. André demeurent au premier plan lorsqu'il est transféré au Service des toxicomanies et de médecine urbaine, mais l'approche préconisée lors de cette hospitalisation est un « arrêt d'agir » pour assurer la sécurité de M. André sans objectif thérapeutique précis. Selon les notes médicales⁶³, la travailleuse sociale qui fait partie de l'équipe traitante et qui connaît bien M. André entreprend des démarches pour lui trouver une thérapie fermée ancrée dans sa culture. Malheureusement, la thérapie visée est complète pour le reste de l'année. La travailleuse sociale contacte donc le travailleur social de M. André de la Clinique d'infectiologie virale chronique pour qu'il puisse entrer en jeu et aider dans les démarches du patient en prévision de son congé de ce service.

Lors de leurs rencontres interdisciplinaires, l'équipe traitante se questionne concernant l'orientation au congé et si un retour dans la communauté est réalisable vu les enjeux de M. André. L'hébergement dans le réseau public est abordé, en raison du niveau d'interventions requises chez l'usager, mais cette avenue n'adresse pas vraiment la problématique complexe de M. André en lien avec ses traumatismes crâniens et son atteinte frontale. Par ailleurs, il exprime le désir de vivre de façon autonome. L'option de la ressource à assistance continue (un intervenant pour trois usagers) est aussi considérée comme processus de réadaptation, pour ensuite aller vers une ressource intermédiaire (un intervenant pour huit usagers) et, finalement, l'autonomie en logement. Cependant, les délais sont très longs (plusieurs années) pour l'accès à une ressource à assistance continue et cette avenue n'est donc pas celle retenue pour M. André.

Par ailleurs, M. André nomme aussi vouloir intégrer le programme d'hébergement transitoire de l'ancien Hôpital Royal Victoria (Pôle Santé) pour par la suite aller vers une thérapie destinée aux communautés autochtones. Il s'agit donc de l'orientation retenue en plus d'assurer un filet de sécurité par des équipes externes (travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique et divers intervenants de rue qui ont des contacts ponctuels avec M. André).

Dans l'attente d'une place vers l'hébergement Pôle Santé, une thérapie virtuelle ancrée dans la culture de M. André est disponible et est débutée. De plus, puisque les hospitalisations passées ont montré que l'expression artistique est favorable pour son bien-être et sa capacité de s'autoréguler, de telles activités sont reprises et fonctionnent bien. Une note de

⁶² Pièce C-9*, p. 2.

⁶³ Pièce C-9.2*, pp. 80 à 121.

l'ergothérapeute souligne qu'il serait bénéfique de considérer l'aspect artistique dans les avenues possibles en externe au moment du congé. Cette avenue ne semble pas avoir été retenue, mais je ne peux ignorer que le contexte de la pandémie a certainement été un facteur non négligeable ici, rendant cette composante impossible à réaliser à ce moment.

La thérapie en ligne de M. André se termine le 20 novembre 2020. Il bénéficie aussi de l'accompagnement du travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique et d'une intervenante de rue pour l'aider à régulariser son statut à l'aide sociale et lui procurer certains articles (vêtements, sac à dos et cigarettes). M. André obtient sa place au Pôle Santé le 30 novembre 2020. Dans les derniers jours de l'hospitalisation de M. André au Service des toxicomanies et de médecine urbaine, plusieurs recadrements sont effectués par l'équipe traitante en raison de comportements agressifs de sa part. Leur approche porte fruit et les discussions permettent des désescalades.

Le dossier de M. André au Service des toxicomanies et de médecine urbaine est fermé lorsqu'il quitte l'unité le 30 novembre 2020 et un résumé du dossier est transmis au travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique. Toutefois, le 11 décembre 2020, un intervenant du Pôle Santé informe le Service des toxicomanies et de médecine urbaine que M. André a quitté le 5 décembre et qu'il n'y est pas retourné.

8.8 Les consultations des 16 et 17 décembre et l'épisode de soins au CHUM du 19 au 29 décembre 2020

Le 16 décembre 2020, un peu avant 6 h, M. André est transporté par ambulance au Département d'urgence du CHUM. Il a le teint très pâle, se sent faible et a des vomissements de sang depuis quatre jours. Son état est grave et un diagnostic d'hémorragie digestive sur œsophagite sévère est posé. Il est stabilisé par le personnel médical et il est transféré au Département des soins intensifs. Un protocole de sevrage avec médication (diazépam) est débuté et un test de COVID-19 effectué le 16 décembre s'avère positif le lendemain⁶⁴. Le 17 décembre 2020, M. André signe un refus de traitement et il désire quitter l'hôpital. Les médecins des soins intensifs l'informent du risque pour sa santé et des conditions hivernales à l'extérieur qui l'exposent à une hypothermie. Malgré les explications cliniques et parce que l'usager est jugé apte en faisant référence à une évaluation effectuée lors d'un séjour récent, il obtient son congé en après-midi. Il est important de rappeler ici que la seule évaluation de l'aptitude de M. André au CHUM est celle du 21 septembre 2020 qui parle d'aptitude partielle et, comme déjà mentionné, il semble que cette opinion clinique n'ait jamais vraiment été discutée ou communiquée aux différents départements du CHUM.

La Clinique d'infectiologie virale chronique a été avisée de l'hospitalisation de M. André, mais pas de son refus de traitement et de son départ⁶⁵. Ce n'est que le 21 décembre 2020 qu'une note d'évaluation est inscrite à son dossier infirmier de suivi clinique⁶⁶. Cette note indique que M. André est toujours sans domicile fixe et désorganisé, qu'il est sans suivi médical de la Clinique d'infectiologie virale chronique depuis mai 2020, qu'il a une prise erratique de ses médicaments pour sa maladie virale chronique depuis quelques semaines, qu'il a fait un séjour au Pôle Santé, mais qu'il a quitté sans préavis, et que le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique fera un suivi avec lui pour son hébergement à sa sortie de l'hôpital, s'il est collaborant. M. André a alors quitté le CHUM depuis quatre jours.

⁶⁴ Pièce C-8.1*, p. 1381.

⁶⁵ Pièce C-8.1*, p. 1470.

⁶⁶ Pièce C-8.1*, p. 1489.

Le 17 décembre 2020, vers 22 h 17⁶⁷, M. André se présente au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame. Les symptômes qu'il décrit sont une toux, de la faiblesse généralisée et il mentionne qu'il n'a pas consommé dans la journée. Il quitte le 18 décembre 2020, vers 4 h 29, sans avoir consulté un médecin. Il n'y a aucune information sur la feuille de triage indiquant que M. André est allé au CHUM moins de 24 heures avant dans un contexte d'hémorragie digestive. Aucune information au dossier ne fait état d'un séjour récent au Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'établissement non plus.

Le 19 décembre 2020, M. André revient au Département d'urgence du CHUM puisqu'il a une douleur aiguë à l'omoplate droite. De plus, il indique qu'il a consommé de l'alcool la veille et il désire de l'aide pour arrêter sa consommation. Un protocole de sevrage est une fois de plus tenté et un traitement antibiotique est débuté en raison de la suspicion d'une infection sous-jacente. M. André demeure peu collaborant avec l'équipe médicale durant son hospitalisation et présente les mêmes problématiques de difficultés d'autorégulation lorsque ses demandes ne sont pas satisfaites rapidement.

Le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique est avisé de l'hospitalisation de M. André, mais il quitte alors pour des vacances comme il l'a expliqué durant son témoignage. Le suivi doit plutôt être effectué par d'autres membres de l'équipe.

Le 29 décembre 2020 en après-midi, M. André reçoit son congé après quelques jours où les agents de sécurité doivent être mis à contribution pour le calmer. Aussi, les notes cliniques indiquent⁶⁸ que, malgré une demande effectuée par M. André pour voir son travailleur social avant son congé de l'hôpital, il ne reçoit aucune visite pour explorer ses options d'hébergement puisque celui-ci a quitté pour ses vacances.

Par la suite, M. André indique à un autre membre de l'équipe de la Clinique d'infectiologie virale chronique ne pas avoir besoin d'aide, puisqu'il pourra se débrouiller. Les notes cliniques de l'infirmière de liaison indiquent aussi que, malgré tous les efforts entrepris dans la dernière année pour aider M. André, il met tous les plans en échec. C'est un commentaire sur lequel il me sera important de revenir plus loin dans l'analyse puisqu'il met en lumière la méconnaissance du dossier de M. André de la part des autres membres de l'équipe de la Clinique d'infectiologie virale chronique concernant tous les efforts qu'il a faits dans la dernière année pour tenter de conserver sa sobriété.

8.9 Les visites au Département d'urgence du CHUM le 29 décembre 2020 et les 2, 3, 10, 11, 12 et 16 janvier 2021 ainsi que la visite au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud du 6 janvier 2021

Quelques heures après ce congé, vers 18 h 06, M. André est retrouvé en état d'ébriété avancée dans un métro de Montréal. Les policiers qui sont appelés sur les lieux transportent M. André au CHUM puisqu'il a des papiers de l'endroit sur lui. À son retour à l'hôpital, une consultation est demandée au service social ainsi qu'une discussion avec l'infirmière de liaison de la Clinique d'infectiologie virale chronique.

Le terme « portes tournantes » est utilisé maintenant pour catégoriser M. André. Un travailleur social consulté indique dans une note du 30 décembre⁶⁹ que tous les problèmes de M. André sont exacerbés en raison de son atteinte cognitive, qu'une meilleure stratégie

⁶⁷ Pièce C-9.2*, p. 116.

⁶⁸ Pièce C-8.1*, pp. 1742 et ss.

⁶⁹ Pièce C-8.1*, p. 1796.

est nécessaire et qu'une meilleure communication est requise entre le service social et le Département d'urgence pour offrir des services d'arrimage optimaux. Par ailleurs, puisqu'il est indiqué que M. André connaît bien les différentes ressources à sa disposition, si son état de santé est stable, un congé médical peut lui être donné. M. André quitte donc, une fois de plus, l'hôpital.

Le 2 janvier 2021, M. André revient au Département d'urgence vers 22 h 38⁷⁰ pour des vomissements et des difficultés respiratoires. Il mentionne alors avoir consommé une grande quantité d'alcool ce jour-là. Il quitte l'endroit le 3 janvier 2021 vers 12 h 41 sans avoir été vu par un spécialiste de médecine interne.

Le 3 janvier 2021, vers 22 h 52⁷¹, il est de retour au Département d'urgence. Il souhaite alors recevoir des soins de désintoxication et veut aussi les coordonnées de son travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique pour obtenir les coordonnées de différentes ressources. Malheureusement, une fois de plus, M. André quitte avant une prise en charge dans la nuit du 4 janvier vers 1 h 47.

Dans la journée du 4 janvier 2021, le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique qui lui est attribué est de retour de vacances et est avisé que M. André voudrait lui parler. À ce moment, le résultat du dernier test de COVID-19 de M. André est disponible et celui-ci est négatif. Cependant, le travailleur social indique dans une note au dossier⁷² qu'il n'a aucun moyen de rejoindre M. André pour lui donner ce résultat et répondre à sa demande d'aide puisqu'il est sans domicile fixe. Il doit donc attendre un contact de l'usager pour s'exécuter.

Cette même journée⁷³, l'équipe mobile de la Clinique d'infectiologie virale chronique discute du dossier de M. André et conclut qu'il y a peu de solutions pour un plan d'intervention puisque l'usager est « barré » de différentes ressources. Il est aussi soulevé que les problèmes engendrés par l'atteinte frontale de M. André contribuent à augmenter son niveau de désorganisation tant au niveau du comportement que de la communication. Il est important de souligner ici qu'aucun témoignage entendu durant l'enquête ne m'a permis de comprendre qu'une personne en situation d'itinérance pouvait être suspendue à vie d'une ressource.

Le 6 janvier 2021, à 14 h 04⁷⁴, M. André revient au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame. Il n'a aucune plainte médicale particulière, mais la raison de la consultation indiquée est qu'il est modérément agité et qu'il est incapable de faire face et de gérer son problème social. Une fois de plus, M. André quitte vers 17 h 46 sans avoir vu un médecin.

Le 10 janvier 2021, en après-midi, M. André arrive au Département d'urgence du CHUM en ambulance puisqu'il crache du sang depuis quelques jours. Il a des propos agressifs envers le personnel et puisqu'une évaluation médicale ne montre aucun danger immédiat pour lui, il est expulsé de l'hôpital à 16 h 44⁷⁵. La même journée, les policiers le trouvent couché au sol dans le métro et, à sa demande, il est ramené au CHUM puisqu'il cherche une place pour dormir. Il n'y a aucune justification médicale pour un séjour à l'urgence; M. André étant

⁷⁰ Pièce C-8.2*, pp. 1 à 43.

⁷¹ Pièce 8.2*, pp. 46 à 57.

⁷² Pièce C-8.2*, p. 44.

⁷³ Pièce C-8.2*, p. 59.

⁷⁴ Pièce C-9.2*, p. 117.

⁷⁵ Pièce C-8.2*, pp. 62 à 73.

agressif et refusant les examens pour vérifier ses signes vitaux, il est sommé de quitter l'endroit à 21 h 37⁷⁶.

Le 11 janvier 2021, alors qu'il est à La Porte Ouverte, il a des vomissements, il est intoxiqué et il semble mal en point. Les intervenants appellent le 911 et M. André est de nouveau transporté au Département d'urgence du CHUM où il arrive à 22 h 45. Il exprime alors vouloir avoir un endroit pour dormir et vouloir communiquer avec son travailleur social, mais il tient des propos agressifs et il est de nouveau expulsé à 0 h 52, le 12 janvier 2021, car il n'y a aucune justification médicale pour le garder à l'urgence⁷⁷.

Le 16 janvier 2021, vers 15 h 37⁷⁸, M. André est amené au Département d'urgence du CHUM par ambulance alors qu'il a fait une chute dans un dépanneur situé près de La Porte Ouverte. Il est intoxiqué et ne peut se relever. De plus, il a une lacération à l'arrière de la tête. Alors qu'il est dans la salle d'attente, assis dans une chaise roulante, il se lève et tombe à la renverse après avoir fait quelques pas. Il subit un impact crânien. Quelques minutes plus tard, ses signes vitaux sont pris et un examen par imagerie médicale est ordonné pour déterminer s'il y a présence d'un hématome intracrânien à la suite des deux chutes avec impact. M. André est en attente de cet examen et il exprime des propos agressifs envers les autres usagers.

On le ramène au Département d'urgence et la plaie à l'arrière de sa tête est suturée. Ses signes vitaux sont normaux et il est orienté. La médecin de garde, Dre Julie St-Cyr Bourque, qui est aussi venue témoigner à l'enquête, juge donc que M. André peut recevoir son congé malgré son état d'ébriété puisqu'il n'éprouve aucun symptôme de sevrage.

Puisque le patient manifeste encore le désir de recevoir une thérapie pour son problème de consommation, une demande de consultation en externe avec l'Unité de médecine des toxicomanies est prescrite et remise à M. André. Selon le témoignage de Dre St-Cyr Bourque, M. André aurait été pris en charge dans un délai qui varie entre 7 et 10 jours selon une entente établie entre le Département d'urgence et l'Unité de médecine des toxicomanies du CHUM⁷⁹. Elle mentionne aussi n'avoir donné aucune médication à M. André pour le sevrage (diazépam), car il n'avait aucun symptôme justifiant la médication. C'est ce qui ressort du dossier clinique.

Selon le témoignage de Dre St-Cyr Bourque, celle-ci a une discussion avec M. André concernant l'importance pour lui de se trouver un endroit pour dormir. Elle indique aussi que M. André lui aurait dit qu'il connaissait les ressources, mais qu'il ne veut pas les utiliser. Il est aussi intéressant de noter que sur une copie de la demande de consultation en externe transmis à l'Unité de médecine des toxicomanies, le numéro de téléphone pour rejoindre M. André afin d'assurer sa prise en charge est le numéro de l'Envol, alors que le patient n'y réside plus depuis plus de cinq mois, soit depuis le 17 août 2020⁸⁰.

M. André est escorté à la porte du Département d'urgence à 18 h 21. Il s'agira de son dernier contact avec le réseau de la santé.

⁷⁶ Pièce 8.2*, p. 75 à 92.

⁷⁷ Pièce 8.2*, pp. 93 à 102.

⁷⁸ Pièce C-8.2*, pp. 127 à 147.

⁷⁹ Pièce C-50.1.

⁸⁰ Pièce C-8.2*, p. 130.

8.10 Mes constats à la suite du résumé des interactions de M. André avec le réseau de la santé entre mars 2019 et janvier 2021

Les intervenants du réseau de la santé en contact avec M. André sur une période d'environ 20 mois ont été très nombreux. Les témoignages entendus durant l'enquête m'ont permis d'avoir une meilleure compréhension de certains aspects de la trajectoire de soins de M. André en complément de son dossier clinique de plus de 4 000 pages. Voici donc mes constats qui me permettent de conclure qu'il y a eu des lacunes dans l'accessibilité et la continuité des soins et des services de M. André dans les derniers mois de sa vie :

- À partir de juin 2020, M. André ne bénéficie plus d'un suivi médical centralisé à la suite du départ de son médecin de famille qui le suivait à la Clinique d'infectiologie virale chronique entre janvier et juin 2020;
- M. André n'a jamais bénéficié des services de l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud malgré ses problèmes nombreux et complexes puisqu'il bénéficiait déjà d'autres services et, selon les explications fournies, il n'a pas exprimé le désir d'avoir un tel suivi;
- M. André est jugé apte tant à l'Hôpital Notre-Dame en mars 2019 qu'au CHUM en septembre 2020. Les évaluations fonctionnelles effectuées constituent toutefois une photo dans le temps pour quelqu'un comme M. André qui vit avec une atteinte frontale qui ne peut être ignorée. Aucune autre évaluation n'est effectuée après septembre 2020 malgré une opinion d'un psychiatre qui établit plutôt une aptitude partielle chez le patient;
- Ainsi, le libre choix est toujours appliqué dans les soins proposés à M. André puisqu'il est jugé apte à tous les moments de son parcours médical en dépit de son atteinte frontale et, également, lorsqu'il devient complètement désorganisé en raison de sa consommation d'alcool de plus en plus importante en décembre 2020;
- M. André a exprimé à plusieurs reprises son désir d'une thérapie pour sa dépendance à l'alcool. Une thérapie à distance a été effectuée sur une courte période alors que M. André est hospitalisé à l'Hôpital Notre-Dame à l'automne 2020, mais aucune thérapie sur le long court n'a été tentée entre avril 2019 et janvier 2021. La non-disponibilité des thérapies, qu'elles soient ancrées dans la culture de M. André ou qu'elles ne le soient pas, constitue une composante importante non négligeable ici;
- En décembre 2019, le séjour de M. André au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal se termine 48 heures après l'arrivée du patient, mais le centre n'est aucunement avisé de l'atteinte frontale de M. André et de l'agressivité qui fait partie intégrante de cette problématique. Son séjour à cet endroit est donc un échec et le reste de son plan de traitement bien préparé par le Service des toxicomanies et de médecine urbaine tombe à l'eau aussi puisqu'aucun suivi n'est effectué par ce service après le congé du patient;
- Lors des hospitalisations de M. André à l'Hôpital Notre-Dame, des projets ancrés dans sa culture et significatifs pour lui permettent de contrôler son agressivité et son anxiété. Ces projets lui procurent un bien-être essentiel à une évolution favorable durant ces séjours, mais aucun suivi dans la communauté n'a été effectué par l'équipe de soins de l'Hôpital Notre-Dame avec qui un lien de confiance a pourtant été établi une fois les congés donnés puisque tel n'est pas son mandat;
- Le filet de sécurité de M. André aux différents congés est assuré par des ressources externes, soit des travailleurs de rue qui lui apportent une aide qui est principalement

ponctuelle et un travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique dont le mandat principal n'est pas de l'aider avec son problème de dépendance, mais de l'aider à se stabiliser de façon générale pour qu'il puisse éventuellement assurer lui-même son suivi en clinique externe en lien avec sa maladie virale chronique;

- L'alliance thérapeutique ou le lien de confiance entre M. André et le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique ne s'établit pas d'emblée et progresse très lentement entre mai 2020 et janvier 2021. Toutefois, cette information ne semble pas être une donnée connue des autres professionnels de la santé qui sont sûrs qu'un filet de sécurité adéquat est établi pour lui permettre de fonctionner à l'extérieur d'un cadre d'hébergement;
- Par ailleurs, pour les autres membres de l'équipe de la Clinique d'infectiologie virale chronique qui côtoient M. André en décembre 2020, leur impression erronée est que le patient met en échec toutes les tentatives pour l'aider avec son problème de dépendance depuis un an. Un autre travailleur social reconnaît toutefois qu'il est essentiel d'assurer un meilleur arrimage entre les différents services du centre hospitalier afin de mieux soutenir M. André avec ses problématiques;
- L'approche de l'Unité de médecine des toxicomanies du CHUM diffère de celle du Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame puisque le CHUM a un mandat suprarégional. Les hospitalisations sont donc de courtes durées pour stabiliser les patients qui vivent avec une dépendance et, par la suite, le suivi est effectué par un médecin de famille en collaboration avec un travailleur social. Or, M. André n'a aucun médecin de famille et aucun suivi centralisé. Ainsi, toute aide qu'il a pu obtenir de l'Unité de médecine des toxicomanies reste un soutien de courte durée qui ne permet pas d'assurer un suivi pour sa dépendance et, par le fait même, qui favorise ses rechutes;
- Il n'y a eu aucune communication entre le Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame et l'Unité de médecine des toxicomanies du CHUM concernant le dossier de M. André alors que ces services devraient travailler en collaboration puisque leurs mandats respectifs sont différents;
- En plus de cette absence de communication entre le Service des toxicomanies et de médecine urbaine et l'Unité de médecine des toxicomanies, il n'y a eu aucune communication entre les médecins des différents centres hospitaliers consultés par M. André entre mars 2019 et janvier 2021 pour tenter d'assurer une approche médicale centralisée, et ce, malgré la multiplication des consultations médicales entre septembre 2020 et janvier 2021 qui sont une représentation assez limpide du phénomène des portes tournantes;
- M. André et les différents acteurs de son filet de sécurité du réseau de la santé ont la compréhension qu'il est « barré » de différentes ressources et donc que les portes qui lui sont accessibles, tel un entonnoir, sont de plus en plus limitées. Il s'agit d'une compréhension qui n'est pas appuyée par les témoignages entendus des intervenants du milieu communautaire;
- Entre septembre 2020 et janvier 2021, M. André se présente à quelques reprises au Département d'urgence du CHUM pour y recevoir de la nourriture ou pour y dormir. Lorsqu'il n'y a aucune justification médicale de garder M. André, il est expulsé. Aucune démarche n'est alors effectuée pour lui assurer un véritable filet de sécurité et un endroit pour se loger en raison de leur compréhension qu'un travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique peut offrir le soutien requis par l'état de M. André. Toutefois, ce travailleur social ne peut entrer en contact avec M. André que si le patient lui fait signe. Il s'agit d'une approche acceptable pour un usager qui

possède une adresse, mais qui ne suit pas les principes établis par les plans d'action en itinérance qui prévoient que les soins et les services sociaux doivent être adaptés aux besoins de cette population vulnérable par la pratique de l'« outreach » soit d'aller vers les gens;

- Lors de sa dernière consultation au Département d'urgence du CHUM le 16 janvier 2021, M. André aurait dit connaître les ressources, mais qu'il ne voulait pas les utiliser. Or, il se retrouve à la ressource La Porte Ouverte dans les heures qui suivent. Ceci met donc un grand doute sur l'alliance thérapeutique établie entre M. André et le médecin de l'urgence au moment de cette consultation.

Ainsi, notre réseau de la santé a été incapable d'aider M. André malgré une lourde structure régionale intersectorielle établie et en se basant sur les actions nationales pour lutter contre l'itinérance. Par ailleurs, même si de nombreux efforts ont été fournis par les professionnels de la santé d'une part et par M. André lui-même lors de sa période de sobriété entre février et septembre 2020, c'est l'absence d'un chef d'orchestre véritable pour gérer la problématique complexe de l'usager dans sa globalité qui me semble être à l'origine des échecs répétés concernant sa trajectoire de soins. Au surplus, à aucun moment l'atteinte frontale de M. André ne semble avoir été prise en considération par les acteurs du réseau de la santé alors que celle-ci en faisait un usager encore plus vulnérable. Ces éléments feront aussi partie de mes considérations dans l'élaboration de mes recommandations.

9. Qu'en est-il des autres services que M. André a reçu des partenaires de la lutte contre l'itinérance entre mars 2019 et janvier 2021?

Il est difficile d'établir une ligne du temps claire concernant les autres services dont M. André a bénéficié durant cette période. Il est toutefois possible de se pencher sur ses fréquentations des ressources communautaires, même si de telles fréquentations ont été périodiques.

9.1 La fréquentation de M. André chez PAQ

Selon les propos d'un intervenant de PAQ venu témoigner à l'enquête, M. André a fréquenté cette ressource et s'y est présenté le soir du 16 janvier 2021. Toutefois, il n'aurait pas pu y être admis, car il n'avait pas réservé sa place et il a refusé de faire un test de COVID-19 à la porte. Selon la déclaration produite par la directrice de cette ressource⁸¹, il n'y existe aucune politique de réservation de places tant avant, pendant ou même après la pandémie. Quant aux tests de COVID-19, la preuve présentée permet d'établir qu'à ce moment précis de la pandémie, ce sont différents points de services qui sont identifiés pour effectuer ces tests auprès de la population itinérante lorsque des symptômes cliniques de la maladie sont présents⁸². Les autotests de COVID-19 n'étaient alors pas disponibles sur le marché et, selon les témoignages entendus, ils sont devenus disponibles vers le mois de décembre 2021.

De plus, selon la déclaration de la directrice de PAQ, il existe un registre de fréquentation de leur ressource et ce registre est utilisé pour effectuer le suivi des tests de COVID-19 reçus des autorités ainsi que pour les suivis en lien avec la vaccination durant la pandémie. Le nom de M. André n'apparaît pas sur ce registre entre mars 2020 et janvier 2021 et, selon leurs dossiers, sa dernière fréquentation est survenue en novembre 2018. Il est aussi intéressant de noter que le 14 janvier 2021, lors d'une rencontre entre le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique et M. André, il est encouragé à se rendre chez

⁸¹ Pièce C-80.

⁸² Pièce C-39.4.

PAQ pour y dormir⁸³. M. André mentionne alors au travailleur social que c'est ce qu'il fera, mais, selon le registre de PAQ, il n'y est pas allé.

Dans les circonstances, il est difficile pour moi de conclure que M. André s'est présenté chez PAQ dans les jours qui ont précédé son décès ainsi que durant la soirée du 16 janvier 2021.

La déclaration de la directrice de PAQ indique aussi que M. André a déjà fait l'objet d'une suspension en 2017. Donc, il lui a été interdit de fréquenter la ressource pour un certain temps, mais cette suspension a été levée le 3 mai 2017. Comme mentionné précédemment, cet élément a son importance, car, selon les témoignages entendus par des personnes du milieu communautaire, il est fréquent qu'une personne en situation d'itinérance fasse l'objet d'une suspension d'une ressource en raison de comportements agressifs. Toutefois, personne n'est venu témoigner du fait qu'une personne en situation d'itinérance pourrait être « barrée à vie » d'une ressource. Les intervenants du milieu de la santé, tant ceux de l'Hôpital Notre-Dame que ceux du CHUM, semblent donc avoir une conception différente de ce qu'une suspension d'une ressource veut dire puisque le dossier clinique de M. André indique que les ressources sont de plus en plus limitées pour lui étant donné ses comportements passés.

9.2 La fréquentation du centre de jour La Porte Ouverte et les autres services dont M. André a bénéficié à cet endroit

L'autre ressource utilisée par M. André dans les mois qui ont précédé son décès est La Porte Ouverte. Selon le témoignage de Mme Ruth Bresnen, présidente de son conseil d'administration à partir de 2018 et au moment du décès de M. André, elle n'a jamais rencontré cet usager, mais elle sait qu'il a fréquenté la ressource par périodes. Jusqu'en janvier 2020, la ressource est un milieu d'accueil pour que les personnes autochtones, et principalement les Innus en situation précaire ou d'itinérance, puissent venir faire des activités entre 7 h 30 et 15 h 30 chaque jour.

Aux questions posées concernant l'appellation des ressources pour les personnes en situation d'itinérance, on m'informe durant l'enquête qu'il n'existe aucun lexique officiel des catégories d'hébergement d'urgence par les ressources communautaires, mais, selon les témoignages entendus, La Porte Ouverte est alors reconnue comme étant un centre de jour. Le petit-déjeuner et le dîner y sont alors servis ainsi que d'autres services comme des matelas au sol pour dormir le jour et en période hivernale, un service de buanderie, de douche et de dons de vêtements. Selon l'estimation de Mme Bresnen, environ 75 personnes fréquentent la ressource chaque jour à l'époque. Il est important aussi de préciser que cette ressource accueille les personnes en situation d'itinérance intoxiquées qui ne sont pas admises dans d'autres ressources malgré leur niveau d'intoxication, à condition de ne pas consommer sur les lieux.

M. André s'y trouve à la fin du mois d'août et au début de septembre 2020. La preuve présentée indique que c'est à ce moment qu'il y reçoit des soins infirmiers de l'Équipe Connexion⁸⁴ du CIUSSS du Centre-Ouest à sa demande pour une réfection de pansement à une jambe. Selon les témoignages entendus des employés du CIUSSS du Centre-Ouest, l'Équipe Connexion offre un soutien dans la communauté pour les personnes en situation d'itinérance et il est un acteur complémentaire aux services offerts par les ressources communautaires, comme La Porte Ouverte, qui œuvrent sur leur territoire. Les interactions avec cette équipe de proximité du réseau de la santé se font toujours sur une base

⁸³ Pièce C-8.2*, p. 125.

⁸⁴ Pièces C-12*, C-12.1*, C-39 et C-40.

individuelle, comme il a été le cas pour M. André, et non de façon globale avec les ressources communautaires, sauf exception comme il sera expliqué plus bas concernant l'éclosion de COVID-19 qui survient en décembre 2020 à La Porte Ouverte.

Il est possible pour l'équipe de proximité du CIUSSS du Centre-Ouest de faire du référencement pour les personnes en situation d'itinérance avec un problème de consommation d'alcool, mais c'est à la demande spécifique de cette personne que le suivi sera débuté. Une des ressources du réseau de la santé pouvant accueillir des personnes aux prises avec un problème de consommation d'alcool et vers qui l'Équipe Connexion peut recommander un usager est le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal que M. André a fréquenté brièvement en décembre 2019, comme indiqué précédemment, avant qu'il n'en soit expulsé.

Même si le dossier clinique obtenu⁸⁵ établit clairement que M. André est fortement intoxiqué lorsqu'il reçoit des soins à La Porte Ouverte à la fin de l'été 2020, les notes ne font pas état que de l'aide à ce sujet peut lui être apportée puisque le mandat de l'équipe de proximité n'inclut pas une évaluation de l'état général d'un usager pour lui offrir divers services. Les explications fournies lors du témoignage de Mme Catherine Roberge, cheffe d'administration de programme volet itinérance et dépendance de la Direction des programmes de santé mentale et dépendance au CIUSSS du Centre-Ouest, sont toutefois à l'effet que M. André pouvait continuer à faire appel à l'Équipe Connexion pour d'autres besoins, ce qu'il n'a jamais fait. Il faut donc se questionner sur la compréhension des services que l'Équipe Connexion pouvait offrir à M. André alors qu'il a maintes fois verbalisé qu'il voulait de l'aide pour cesser de boire lorsqu'il a consulté en milieu hospitalier.

9.3 La Porte Ouverte devient une halte-chaueur

Durant l'automne 2020, la preuve présentée et les témoignages entendus ne me permettent pas d'établir que M. André a fréquenté La Porte Ouverte de façon régulière et ses contacts répétés avec les divers centres hospitaliers de la région de Montréal en sont peut-être la raison. Par ailleurs, Mme Bresnen est venue expliquer que c'est le 1^{er} décembre 2020 que la ressource est devenue une halte-chaueur en plus d'un centre de jour.

Selon les explications des différents témoins, une halte-chaueur est un lieu de sécurisation de nuit pour les personnes en situation d'itinérance afin de leur accorder du répit pour quelques heures. En raison de ce nouveau statut, La Porte Ouverte est alors devenue un centre ouvert 24 heures sur 24. Il n'y a aucune preuve à l'effet que M. André a effectué des séjours à La Porte Ouverte alors que la ressource a ce nouveau statut en décembre 2020.

Le témoignage de Mme Catherine Giroux du Service régional en itinérance du CIUSSS du Centre-Sud m'a permis de comprendre que le financement pour opérer la ressource sur cet horaire étendu provient de ce service en raison de son rôle de coordination des dossiers régionaux sociaux communautaires⁸⁶. Quant aux informations sur les meilleures pratiques en temps de pandémie remises aux dirigeants de La Porte Ouverte et tout accompagnement requis pour la gestion de la COVID-19, ce mandat est dévolu au CIUSSS du Centre-Ouest⁸⁷ en raison de son rôle de coordination territoriale. Une brigade de santé publique a été constituée par le CIUSSS du Centre-Ouest pour remplir son mandat, selon le témoignage de Mme Valérie Lahaie, coordonnatrice de santé publique et partenariat de la Direction des services intégrés de première ligne du CIUSSS. Comme mentionné précédemment, il m'a

⁸⁵ Pièce C-12*.

⁸⁶ Pièce C-45.

⁸⁷ Pièces C-41 et C-42.

bien été expliqué par les nombreux témoins impliqués dans la coordination régionale intersectorielle de l'itinérance à Montréal que l'indépendance d'une ressource communautaire doit être respectée quant à ses orientations, ses politiques et ses approches, le tout en conformité avec la législation applicable⁸⁸.

Selon les informations données aux dirigeants de La Porte Ouverte et en application des meilleures pratiques pour limiter la propagation du virus de la COVID-19, Mme Bresnen indique, lors de son témoignage, que le nombre de personnes qui fréquentent les locaux de La Porte Ouverte en même temps est maintenant réduit de façon considérable et elle évalue ce nombre à moins de 25 personnes par période de 30 minutes. Le secrétaire du conseil d'administration de La Porte Ouverte, M. Eric Latimer, est aussi venu témoigner à l'enquête et, selon son souvenir, le nombre de personnes pouvant être présentes la nuit à partir du 1^{er} décembre 2020 était considérablement plus élevé puisqu'il évoque le chiffre de 100 personnes. Toujours est-il que la ressource deviendra un lieu d'éclosion peu de temps après la modification de ses heures d'ouverture.

9.4 L'éclosion de COVID-19 à La Porte Ouverte, sa fermeture et sa réouverture

Vers la mi-décembre 2020, la DRSP constate une importante augmentation des cas de COVID-19 au sein de la population en situation d'itinérance à Montréal⁸⁹. Malgré les mesures en place à La Porte Ouverte pour tenter de limiter la propagation du virus, une éclosion se déclare dans cette ressource le 15 décembre 2020. De plus, le 16 décembre, des problèmes de tuyauterie rendent impossible l'utilisation des locaux.

Selon les témoignages entendus, je comprends que le Service régional en itinérance, qui accorde le financement à La Porte Ouverte pour opérer comme halte-chaleur, est avisé de la situation. Aussi, puisque les places pour les personnes en situation d'itinérance sont de plus en plus réduites, c'est une mobilisation du Service régional en itinérance, de la DRSP et du CIUSSS du Centre-Ouest qui permet une relocalisation des usagers de La Porte Ouverte vers l'Hôtel Chrome. Ce lieu d'hébergement privé a été réquisitionné par la Ville de Montréal pour aider le milieu communautaire à gérer les restrictions engendrées par la pandémie afin de limiter la propagation de la COVID-19, comme expliqué lors du témoignage du commissaire aux personnes en situation d'itinérance de la ville, M. Lareault. Durant le transfert des opérations de La Porte Ouverte à l'Hôtel Chrome, des tests de dépistage sont effectués à des intervalles fixes auprès des usagers afin de contenir l'éclosion. Il est important ici de mentionner que le nom de M. André ne se retrouve pas sur les listes de présences pour les dépistages et, selon la preuve médicale présentée, il effectue des séjours répétés au CHUM durant cette période.

C'est le 4 janvier 2021 que les résultats montrent que l'éclosion des usagers de La Porte Ouverte qui sont à l'Hôtel Chrome est contrôlée, selon un courriel transmis par le secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses de la DRSP⁹⁰. Ce courriel indique aussi que l'éclosion a duré 30 jours et 58 personnes ont été touchées (44 usagers et 14 membres du personnel). La situation épidémiologique montréalaise reste préoccupante et ne montre aucun signe de ralentissement de la transmission. Aussi, pour assurer la réouverture sécuritaire de La Porte Ouverte comme halte-chaleur, des paramètres organisationnels et d'aménagement physiques à respecter pour assurer la protection de la santé lui sont communiqués par la DRSP le 8 janvier 2021.

⁸⁸ Articles 334 et 335 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

⁸⁹ Pièces C-47.1, C-47.2, C-47.3 et C-47.4.

⁹⁰ Pièce C-56.1.

Dans les faits et selon les témoignages de M. Latimer et de Mme Mélodie Racine, directrice générale de la ressource, les usagers qui se retrouvent à l'Hôtel Chrome ne sont pas les gens qui fréquentent régulièrement les locaux de La Porte Ouverte puisque l'hôtel réquisitionné n'est pas situé dans le même secteur. Il y a donc un réel souci de pouvoir accueillir de nouveau les usagers réguliers dans les locaux de La Porte Ouverte dans le quartier qu'ils connaissent.

En tenant compte du délai pour respecter les paramètres organisationnels et l'aménagement physique requis pour assurer la protection de la santé des usagers et des employés de La Porte Ouverte, le conseil d'administration prend la décision d'ouvrir de nouveau le 11 janvier 2021, mais selon un horaire de 7 h 30 à 21 h 30, selon le témoignage de M. Latimer. Il m'apparaît important de mentionner ici qu'à la suite des témoignages entendus, j'en viens à la conclusion que la communication semble avoir été déficiente entre l'équipe de direction et les intervenants qui œuvrent sur le terrain dans cette ressource concernant les motifs qui poussent le conseil d'administration à prendre cette décision de procéder à une réouverture selon des heures réduites.

9.5 Les fréquentations de M. André à La Porte Ouverte entre les 11 et 16 janvier 2021

Selon le témoignage entendu d'une intervenante de la ressource et selon sa déclaration écrite aux policiers⁹¹, M. André y est le soir du 11 janvier 2021 et comme les autres usagers, il doit quitter à la fermeture de la ressource. Il tousse, il est incohérent et fortement intoxiqué. L'intervenante remarque alors qu'il y a des vomissures à l'intérieur de son masque de protection et, puisqu'il est difficilement éveillable, les secours sont appelés afin d'assurer une prise en charge médicale. Dans sa déclaration, l'intervenante mentionne avoir été soulagée lorsque les ambulanciers ont pris le relai pour transporter M. André en centre hospitalier puisqu'il y serait en sécurité et au chaud pour la nuit. La preuve médicale déjà résumée ci-haut⁹² révèle toutefois que M. André est expulsé du Département d'urgence du CHUM peu après son admission dans la nuit du 12 janvier 2021.

Toujours selon la déclaration de cette intervenante, M. André est présent à La Porte Ouverte le matin du 16 janvier 2021, mais il quitte les lieux vers 14 h avec un sac de couchage et des sachets chauffants qui lui sont remis, puisqu'il dit vouloir passer la nuit à l'extérieur. C'est peu après que M. André fait une chute au sol dans le dépanneur non loin de la ressource. La preuve présentée ne me permet pas de savoir s'il a avec lui un sac de couchage au moment de sa prise en charge par les ambulanciers dans l'après-midi du 16 janvier 2021. Cependant, la vidéo du départ de M. André du CHUM⁹³ le 16 janvier, vers 18 h 21, montre qu'il ne quitte qu'avec un manteau.

Selon la déclaration audio du coordonnateur de La Porte Ouverte, M. Tessier⁹⁴, M. André y est de retour le soir du 16 janvier 2021. Le coordonnateur doit le réveiller à de nombreuses reprises avant la fermeture de la ressource pour lui expliquer qu'il ne peut y passer la nuit. Il souligne aussi que c'est avec tristesse que M. André se résigne à finalement quitter les lieux. Lors de l'enquête, des questions sont posées à M. Tessier concernant un taxi qui aurait été appelé pour M. André au moment de la fermeture de la ressource le soir du 16 janvier. Selon la preuve présentée, il est impossible pour moi de conclure qu'un taxi a effectivement été

⁹¹ Pièce C-21*.

⁹² Pièce C-8.2*, pp. 93 à 106.

⁹³ Pièce C-23*.

⁹⁴ Pièce C-25.

appelé et que celui-ci aurait refusé de prendre M. André. De même, il n'y a aucune preuve à l'effet que M. André a refusé d'embarquer dans un taxi lorsqu'il quitte la ressource.

La preuve présentée⁹⁵ est plutôt à l'effet que le 19 janvier 2021, soit quelques jours après le décès de M. André, une navette en provenance d'un autre organisme communautaire commence à effectuer des arrêts à La Porte Ouverte à 17 h, à 21 h 30 et plus tard en soirée pour rediriger les usagers vers d'autres lieux afin d'assurer leur sécurité pour la nuit en raison des heures réduites de la ressource. Cette initiative du Service régional de l'itinérance du CIUSSS du Centre-Sud est bien sûr saluée, mais il s'agit aussi d'un exemple d'une initiative qui a vu le jour au fur et à mesure de l'avancement de la crise sanitaire. Est-ce que cette navette aurait pu sauver la vie à M. André? Elle aurait certainement amélioré ses chances de survie. Aussi, il est certain qu'il faut, dans le futur, se soucier d'avoir une réponse adaptée aux problématiques des personnes en situation d'itinérance dans un contexte d'urgence sanitaire et cet élément fera aussi partie des recommandations que je formulerai.

10. Les contacts de M. André avec le SPVM entre mars 2019 et janvier 2021

Selon ses représentations à la suite de l'enquête, le SPVM indique qu'il est le deuxième service de police municipal en importance au Canada et le huitième en Amérique du Nord⁹⁶. La principale mission du SPVM est de protéger la vie et les biens, de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique, de prévenir et combattre le crime et les infractions aux lois ou aux règlements municipaux de la Ville de Montréal et d'en rechercher les auteurs⁹⁷.

Comme mentionné précédemment, les agents du SPVM ont des contacts étroits avec les personnes en situation d'itinérance puisque cette population vit de multiples problématiques qui rejoignent leur mission. La preuve présentée montre que M. André a eu, au cours de la période pertinente, différents contacts avec le SPVM.

Un rapport produit en preuve⁹⁸ qui provient de recherches effectuées par l'enquêtrice Olivia Audet du Centre de renseignements policiers du Québec fait état de nombreuses situations où M. André aurait enfreint un ou des règlements municipaux au cours des années. Cependant, pour les fins de cette enquête, il est utile de se concentrer uniquement sur quelques événements où les policiers du SPVM ont été impliqués et qui ne concernent pas des infractions aux règlements municipaux.

10.1 L'événement du 2 octobre 2020

Le 2 octobre 2020 en après-midi, alors que M. André se trouve au Département d'urgence du CHUM, il profère des menaces de mort contre un préposé de l'endroit, car il croit que cette personne est responsable de son expulsion des lieux le matin même. Comme expliqué lors du témoignage de Mme Karell Bossé, infirmière-chef du Département d'urgence du CHUM, les employés sont encouragés à porter plainte dans un contexte de menaces. Je ne contesterai jamais cette approche puisque nous vivons dans une société où chaque personne a droit à son intégrité, sa liberté et sa sécurité en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne⁹⁹.

⁹⁵ Pièce C-53.2.

⁹⁶ Pièce C-90.

⁹⁷ Article 46 de la *Loi sur la police*, LRQ, c P-13.1.

⁹⁸ Pièce C-27*.

⁹⁹ Chapitre C-12, LRQ.

Pour cette raison et puisqu'une plainte a été déposée, des policiers se déplacent au CHUM l'après-midi du 2 octobre 2020 pour expliquer à M. André les motifs de leur présence et pour procéder à son arrestation. Il est libéré avec une promesse de comparaître à la cour le 13 novembre 2020, tel qu'expliqué par le témoignage de l'agent Alexis Nadeau qui a procédé à cette arrestation et selon la preuve produite¹⁰⁰.

Le plumentif¹⁰¹ m'apprend que M. André ne s'est pas présenté à la cour le jour convenu et un mandat d'arrestation pour défaut de comparaître est donc lancé à ce moment. En effet, M. André est alors hospitalisé au Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame. Selon les notes d'évolution en travail social¹⁰², le 12 novembre 2020, M. André mentionne avoir besoin d'un avocat pour sa présence à la cour et des démarches sont effectuées pour comprendre la raison de ce besoin.

La travailleuse sociale du Service des toxicomanies et de médecine urbaine est alors en contact avec une travailleuse de rue que M. André connaît ainsi qu'un bureau d'avocats qui pourrait assurer sa représentation. Les notes de la travailleuse sociale à ce sujet se terminent le 24 novembre 2020 et aucun mandat d'aide juridique ne semble avoir été accordé pour assurer la défense de M. André. Lors de son départ du Service des toxicomanies et de médecine urbaine, le dossier clinique ne fait pas mention que des informations sont données à M. André en lien avec ce suivi. Il est donc difficile de savoir comment il entend gérer la situation ni si ses problèmes judiciaires sont une source de stress pour lui, vu ses contacts assez fréquents avec les policiers du SPVM. Je me questionne aussi sur la capacité de M. André à gérer cette situation qui est grave et qui aurait nécessité un accompagnement adéquat que l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud aurait pu lui apporter, vu son mandat. Selon le plumentif, c'est le 26 février 2021 que les poursuites contre M. André sont finalement abandonnées, en raison de son décès.

Selon moi, la gestion de ce mandat d'arrestation est une autre faille dans les services qui devaient être offerts à M. André pour lui permettre de se reprendre en main et de vivre en société. Elle renforce d'autant plus l'importance d'avoir un véritable chef d'orchestre pour chaque personne en situation d'itinérance, tel qu'il sera élaboré dans mes recommandations.

10.2 L'implication des policiers auprès de M. André le 29 décembre 2020

L'autre événement qui implique le SPVM et qui mérite d'être souligné concerne l'assistance fournie aux ambulanciers d'Urgences-santé le 29 décembre 2020, alors qu'un signalement est d'abord effectué dans le métro pour une personne fortement intoxiquée qui sera identifiée comme étant M. André et qui demande de l'argent aux usagers de manière agressive¹⁰³.

Les agents du SPVM qui patrouillent aussi dans le métro sont avisés de la situation et se déplacent sur les lieux. À l'arrivée des policiers, M. André est au sol et il peut difficilement répondre aux questions qui lui sont posées. Son état d'intoxication justifie son transport vers un milieu hospitalier et ce sont les ambulanciers qui se chargent de l'amener au CHUM puisqu'il a des papiers sur lui de ce centre hospitalier. Aucune intervention de répression n'est alors effectuée auprès de M. André malgré le mandat d'arrestation pour défaut de comparaître à son dossier.

¹⁰⁰ Pièce C-70.1.

¹⁰¹ Pièce C-70.

¹⁰² Pièce C-9.2*, pp. 99 à 106.

¹⁰³ Pièce C-71*.

Selon le témoignage de l'agente Eve Trottier qui a rédigé le rapport d'événement du 29 décembre 2020, le rôle du patrouilleur implique une composante sociale importante lorsqu'il a des contacts avec les personnes en situation d'itinérance. Elle mentionne aussi que son contact avec les personnes itinérantes autochtones est plus difficile et que cette population accepte rarement de se rendre dans une ressource de nuit. Il est difficile pour moi de généraliser et de conclure que c'est ce que tous les patrouilleurs du SPVM vivent. Toutefois, cet élément du témoignage de l'agente Trottier met en lumière l'importance d'assurer une sécurisation culturelle pour tout contact policier avec les personnes en situation d'itinérance d'origine autochtone.

10.3 Janvier 2021 et l'avènement du couvre-feu

En janvier 2021, M. André a des contacts brefs avec les policiers du SPVM, plus particulièrement les 11 et 16 janvier et ses contacts sont toujours lors d'un transport vers un centre hospitalier. Aucun constat d'infraction n'est donné à M. André lors de ces contacts. Il est clair pour moi que la situation globale de M. André, sa désorganisation, sa consommation et ses allers-retours fréquents en milieu hospitalier avec expulsion sont des sources énormes d'anxiété pour lui. Comme mentionné précédemment, il est toutefois impossible pour moi d'évaluer quelle composante de son anxiété concerne le mandat d'arrestation émis à la suite de son défaut de comparaître du 13 novembre 2020. Par ailleurs, je suis d'accord avec la position du SPVM dans le cadre de l'enquête que les interventions des policiers contemporaines au décès de M. André sont empreintes de bienveillance selon leur perspective. Cependant, il est impossible pour moi de conclure que cette bienveillance est ressentie par M. André.

Par ailleurs, il est impossible de faire fi d'une composante anxiogène réelle que toute la société vit à partir du 8 janvier 2021 au moment où le gouvernement du Québec instaure un couvre-feu entre 20 h et 5 h. Ce sont les pouvoirs qui lui sont conférés par la *Loi sur la santé publique* qui permet au gouvernement d'adopter un décret en ce sens¹⁰⁴ pour protéger la population et atténuer l'impact de la pandémie de la COVID-19. Ce couvre-feu interdit à toute personne de se trouver hors de sa résidence ou de ce qui en tient lieu ou du terrain de telle résidence, à moins qu'elle ne démontre qu'une exception s'applique. La contravention à cette interdiction est susceptible de donner lieu à une amende de 1 000 \$ à 6 000 \$. Comme expliqué plus haut selon la mission du SPVM, l'application du décret et l'imposition des pénalités appartiennent aux policiers.

Au moment du décès de M. André, aucune exception à ce décret n'est prévue pour les personnes en situation d'itinérance, même si celles-ci n'ont pas de résidence ou d'endroit en tenant lieu et qu'elles n'ont certainement pas les ressources financières pour payer une ou des amendes aussi élevées. Il y a alors une inquiétude réelle chez les différents organismes qui sont en contact avec les populations vulnérables. Leurs préoccupations sont à l'effet que les personnes en situation d'itinérance pourraient mettre leur santé et leur sécurité en danger si elles cherchent à se cacher afin d'éviter d'être interpellées par les policiers et de recevoir des contraventions qui entraîneraient des problèmes judiciaires additionnels pour elles.

Rapidement, le SPVM se positionne et indique publiquement le 9 janvier 2021 que ses policiers feront preuve de compassion avec les personnes en situation d'itinérance en raison de la réduction de la capacité d'accueil des centres d'hébergement d'urgence et du fait qu'un grand nombre de personnes en situation d'itinérance sont réfractaires à l'idée de se rendre

¹⁰⁴ Article 29 du décret numéro 2-2021.

dans les centres d'hébergement pour y passer la nuit¹⁰⁵. Des courriels à cet effet sont aussi transmis aux postes de quartier pour rejoindre directement les policiers¹⁰⁶.

Est-ce pour cette raison qu'aucune note du dossier clinique du CHUM¹⁰⁷ entre les 8 et 16 janvier 2021, que ce soient les médecins en contact avec M. André ou encore son travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique, ne réfère au couvre-feu et à l'importance pour M. André de ne pas se trouver à l'extérieur durant les heures visées? Les témoignages entendus ne me permettent pas de répondre à cette question.

Une autre question que je me dois d'adresser est la suivante : vu sa grande désorganisation du dernier mois avant son décès, est-ce que M. André était au courant de ce couvre-feu le soir du 16 janvier 2021 lorsqu'il quitte la ressource La Porte Ouverte et qu'il n'a aucun endroit pour passer la nuit? Malheureusement, l'enquête publique ne m'a pas permis de répondre à cette question non plus et, comme je l'ai indiqué, il va demeurer une part d'ombre concernant les motifs qui ont poussé M. André à se réfugier dans la toilette chimique au coin de l'avenue du Parc et la rue Milton le soir du 16 janvier.

Lors de son témoignage, Dr Dazé a évoqué la possibilité du phénomène « hide and die ». Par ailleurs, un témoin a vu M. André assis dans la toilette chimique le soir du 16 janvier 2021. Il est possible qu'il se soit endormi en raison de sa consommation de diazépam en combinaison avec sa forte consommation d'alcool et qu'un état d'hypothermie se soit installé bien malgré lui.

De plus, je me dois de soulever une autre hypothèse tout aussi plausible. Pour l'introduire, un passage du témoignage de Dr Stanley Vollant, médecin-conseil pour la Commission de la santé et des services sociaux de Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) mérite d'être souligné. Dr Vollant, qui est un Innu de Pessamit, a été scolarisé à Québec et a fait son cours de médecine à l'Université de Montréal. Après avoir travaillé à Baie-Comeau, il a intégré l'équipe traitante à l'Hôpital Notre-Dame en 2017. Lors de sa présence à l'enquête, Dr Vollant mentionne que les autochtones qui vivent avec des traumatismes du passé et qui viennent en milieu urbain conservent une méfiance face aux communautés dominantes et ils ont très peu confiance dans les institutions, comme les services de police et le système judiciaire. Selon ses expériences personnelles, Dr Vollant indique qu'il est resté avec une peur des policiers durant le couvre-feu malgré le fait qu'il pouvait pleinement justifier des raisons pour circuler à l'extérieur durant les heures interdites, en raison de son travail. Pour cette raison, son opinion et celle de la CSSSPNQL sont que M. André se cachait des policiers en raison du couvre-feu lorsqu'il s'est réfugié dans la toilette chimique. Je respecte le courageux partage du vécu de Dr Vollant et je prends acte de son opinion sur les raisons pour lesquelles M. André s'est réfugié dans cette toilette chimique.

Les nombreuses hypothèses soulevées ne changent pas l'évidence, soit que cette toilette chimique devient le dernier abri de M. André puisqu'aucun autre endroit ne lui est accessible le soir du 16 janvier 2021.

¹⁰⁵ Pièce C-74.

¹⁰⁶ Pièces C-67 et C-67.1.

¹⁰⁷ Pièce C-8.2*.

10.4 Les suites du couvre-feu pour la population itinérante

Le 22 janvier 2021, la Clinique juridique itinérante s'adresse à la Cour supérieure dans une demande en contrôle judiciaire¹⁰⁸ afin de déclarer constitutionnellement invalide et sans effet ce couvre-feu dans la mesure où il s'applique aux personnes en situation d'itinérance au Québec. Plusieurs allégations sont soulevées dans cette procédure, entre autres, les principes de justice fondamentale et l'atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes en situation d'itinérance, la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités, le droit à l'égalité et la discrétion policière qui encourage une application inégale et arbitraire du décret.

Cette procédure judiciaire portera fruit et rapidement le décret sera inopérant à l'égard des personnes en situation d'itinérance. Malgré le fait que ces événements surviennent après le décès de M. André, sa tragique fin de vie en demeurera le catalyseur. Il m'apparaît essentiel de le souligner ici, car mes recommandations doivent adresser spécifiquement l'importance de tenir compte des personnes en situation d'itinérance dans l'évaluation des mesures populationnelles à appliquer en temps d'urgence sanitaire puisque notre société doit savoir se préparer adéquatement à l'apparition d'autres virus délétères comme la COVID-19.

10.5 Les équipes de soutien du SPVM

Selon les témoignages entendus par différents policiers du SPVM et selon la preuve présentée¹⁰⁹, différentes équipes de soutien existent pour les problématiques de cohabitation sociale, de sécurité urbaine et pour intervenir auprès des populations vulnérables. Certaines de ces équipes sont nées dans le courant de la pandémie et après le décès de M. André alors que d'autres sont en place depuis un certain temps. C'est le cas de l'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance, connue sous l'acronyme EMRII.

L'EMRII est une équipe mixte qui agit en partenariat avec le CIUSSS du Centre-Sud. Lors de son témoignage, l'agent Laurent Dyke, conseiller en itinérance au SPVM, explique que le mandat de cette équipe est de soutenir, d'accompagner et de référer les personnes en situation d'itinérance présentant des besoins complexes, désaffiliés (non suivis par le réseau de la santé ou par des organismes communautaires) et qui génèrent un nombre important d'appels au 911.

L'intervention de l'EMRII commence souvent par le référencement d'un patrouilleur en contact régulièrement avec une personne en situation d'itinérance, mais peut tout aussi bien être faite par un intervenant du milieu de la santé. L'étude du dossier se fait en collaboration avec un intervenant du milieu de la santé du CIUSSS du Centre-Sud après avoir obtenu le consentement de la personne. Sans vouloir se commettre sur le nombre exact de personnes qui peuvent faire l'objet d'un référencement, M. Dyke indique que le nombre de clients pris en charge par l'EMRII par année se situe aux alentours de 100 personnes, soit un très petit pourcentage de la population itinérante. Les personnes qui ne se qualifient pas pour une prise en charge sont recommandées aux équipes Itinérance de chaque CIUSSS de la Ville de Montréal, selon la localisation de leur milieu de vie.

M. Dyke ne connaît pas M. André et, selon ses explications, il n'aurait pas pu recevoir de services de l'EMRII, car plusieurs intervenants gravitaient déjà autour de lui. Cependant, comme il a été préalablement établi, M. André n'a jamais bénéficié des services de l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud alors que cette équipe aurait peut-être pu faire la

¹⁰⁸ Pièce C-73.1.

¹⁰⁹ Pièces C-66.1 et C-66.2.

différence dans sa trajectoire de soins et de services puisqu'elle a une approche centralisée concernant des problématiques complexes (santé, financière, judiciaire, résidentielle, familiale, dépendance).

En raison de sa grande connaissance du milieu de l'itinérance, M. Dyke a tout de même verbalisé que les ressources demeurent limitées pour les personnes en situation d'itinérance et peu d'options sont disponibles pour les policiers afin de les aider, autre que de les amener dans les départements d'urgence des centres hospitaliers, en raison du manque de ressources adaptées à leur situation lorsque les personnes en situation d'itinérance sont intoxiquées dans l'espace public. La seule ressource qui offre du dégrisement dans la région de Montréal est la Maison L'Exode (L'Exode) et je me dois de revenir sur cette offre dans la section 11 de mon analyse pour bien comprendre son mandat et les besoins qui restent à combler.

Par ailleurs, M. Dyke considère aussi que l'approche qui consiste à offrir du financement pour des places d'hébergement d'urgence uniquement durant la saison hivernale est une approche qui ne peut fonctionner, car il n'en découle aucune stabilité pour les personnes en situation d'itinérance. Selon lui, l'offre et le financement pour de tels services devraient se faire en continu afin d'établir des liens durables et ainsi véritablement rejoindre les personnes en situation d'itinérance. C'est aussi un élément que je retiens en prévision des recommandations que je ferai.

Le commandant Alexandre Lelièvre qui travaille à la Division de la prévention et de la sécurité urbaine est aussi venu témoigner à l'enquête pour expliquer la structure développée durant la pandémie pour agir auprès des personnes en situation d'itinérance selon leurs besoins et pour faciliter la cohabitation avec la population en général. Pour les fins de cette enquête, je n'énumérerai pas toutes les équipes de soutien pour les personnes en situation d'itinérance¹¹⁰, mais il m'apparaît important de souligner le travail de l'équipe de concertation communautaire et de rapprochement (ECCR). Cette équipe a vu le jour en avril 2021 et elle est composée de policiers et d'intervenants qui patrouillent la métropole uniquement à pied. Ce modèle a pour but de créer des rapprochements et des liens de confiance entre les citoyens et les partenaires communautaires. De l'avis de M. Lelièvre, l'initiative a été un franc succès, car cette équipe mixte a permis un rapprochement véritable avec la population. Elle a aussi permis une alliance entre le SPVM et les organismes communautaires qui avaient une compréhension limitée de la mission du corps de police.

Peu de temps avant le début de l'enquête, le SPVM a appris que le financement dédié à cette équipe par le MSP ne serait pas reconduit malgré son bilan positif. Le commandant Lelièvre a expliqué que les policiers qui ont travaillé pour l'ECCR sont maintenant redéployés dans 12 postes de quartier pour préserver l'expertise développée. Ces policiers effectuent une patrouille à pied et continuent d'avoir des liens avec les milieux de la santé et communautaires. C'est en créant de tels liens et en évitant de travailler en silo sur le terrain que la lutte à l'itinérance peut se gagner. Seul l'avenir pourra déterminer les conséquences du redéploiement de cette équipe mixte pour la population de la Ville de Montréal. De plus, il est difficile de dire si l'ECCR aurait pu faire une différence dans la trajectoire de soins et de services de M. André. Mais, est-ce qu'un nouveau financement doit être recommandé pour faire revivre cette équipe mixte?

Selon le SPVM, c'est plutôt l'avènement de l'équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (EMMIS), décrit dans la section 6 de ce rapport et implantée par la Ville de Montréal dans 19 arrondissements en 2025, qui est la nouvelle ressource sur son territoire pouvant

¹¹⁰ Pièce C-66.1.

véritablement aider les personnes en situation d'itinérance comme M. André. Comme il a été présenté en preuve, les interventions des policiers auprès de M. André, autres que celle du 2 octobre 2020, ont été pour le diriger vers des établissements du réseau de la santé. Aussi, afin d'éviter de judiciariser indûment des personnes en situation d'itinérance par une intervention policière non requise, les intervenants de l'équipe EMMIS apportent un soutien social aux personnes vulnérables occupant l'espace public et peuvent les diriger vers les ressources appropriées du réseau de la santé, grâce à leur expertise et leur connaissance du milieu. Comme déjà mentionnée, une de mes recommandations adressera spécifiquement la pérennisation du financement de cette équipe, car il m'apparaît essentiel de maintenir cette expertise sur le terrain et d'éviter un modèle de financement ponctuel qui déstabilise les acteurs impliqués dans la lutte à l'itinérance, lesquels doivent travailler en cohésion et en complémentarité.

Par ailleurs, il est impossible pour moi d'ignorer les origines autochtones de M. André dans ses interactions avec le SPVM et l'importance de former les policiers à cette réalité. Selon les représentations du SPVM, un agent de liaison travaille de concert avec une partenaire civile pour l'amélioration des pratiques policières auprès des communautés autochtones, pour démystifier le travail policier auprès d'elles et former les policiers sur les réalités autochtones. Le SPVM collabore également avec le Réseau de la communauté autochtone à Montréal en vue d'offrir des interventions policières culturellement adaptées aux besoins des communautés. Selon ses représentations, le SPVM reconnaît le besoin de continuer à développer ses liens et ses pratiques auprès des communautés autochtones et ces efforts sont louables. Le SPVM m'a informé que le poste de conseiller en développement communautaire aux relations avec les peuples autochtones, à la Division de la prévention et de la sécurité urbaine du SPVM, est devenu permanent depuis le 6 janvier 2025. Ce poste s'ajoute à celui d'agent de liaison autochtone du SPVM, également un poste permanent. Cette nouvelle est saluée. De plus, le SPVM a souligné qu'il continuerait à développer des mesures et des pratiques visant à assurer la sécurisation culturelle des peuples autochtones et de nouvelles mesures à cet effet seront mises en place prochainement. Dans les circonstances, je ne ferai pas de recommandation en ce sens.

11. Les ressources disponibles pour les personnes en situation d'itinérance aux prises avec un problème de dépendance sur le territoire de la Ville de Montréal

11.1 Les ressources sur le territoire du CIUSSS du Centre-Sud

Mme Elaine Polflit du CIUSSS du Centre-Sud et coordonnatrice de soins et de services pour les populations vulnérables au moment du décès de M. André est venue témoigner à l'enquête. Selon ses explications, les équipes itinérances de chaque CIUSSS agissent comme chef d'orchestre d'un usager vulnérable en situation d'itinérance. L'équipe joue donc le rôle de coordonnateur pour ne pas perdre le fil d'une personne en situation d'itinérance et pour s'assurer de conserver un bon arrimage entre cet usager et le réseau de la santé. L'offre de l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud est très souple avec une gamme de services multidisciplinaires dans une approche de proximité, c'est-à-dire que les membres de l'équipe vont vers les gens et non le contraire. Pour assurer le continuum de soins, l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud est formée d'une dyade, soit une infirmière et un intervenant autochtone, ce qui assure une sécurisation culturelle pour les personnes en situation d'itinérance d'origine autochtone¹¹¹. C'est lors du témoignage de Mme Polflit que j'apprends que cette équipe n'a jamais été impliquée dans la trajectoire de soins et services de M. André¹¹².

¹¹¹ Pièce C-46.1.

¹¹² Pièces 13.3 et 13.3A.

L'implication de cette équipe qui aurait agi comme coordonnateur ou chef d'orchestre des soins et services disponibles pour M. André aurait possiblement pu faire une différence pour lui telle que je l'ai indiquée lors de mes constats concernant les épisodes de soins analysés. La présence d'un intervenant autochtone aussi aurait permis de créer l'alliance thérapeutique si nécessaire pour assurer un suivi de M. André après ses séjours en milieu hospitalier. Je pense plus particulièrement au court séjour de M. André au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal en décembre 2019, alors que son expulsion met fin au parcours établi pour l'amener vers une thérapie pour sa dépendance à l'alcool. Il en aurait aussi peut-être été de même lorsque M. André a quitté l'Envol en août 2020.

Lors du séjour de M. André au Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame en octobre et novembre 2020, il exprime le désir de se rendre à Pôle Santé au moment de son congé. Mme Polflit explique que Pôle Santé était situé dans les locaux de l'ancien Hôpital Royal Victoria. Lors des deux premières vagues de la pandémie, un étage de Pôle Santé a spécifiquement été dédié pour les personnes en situation d'itinérance. Selon Mme Polflit, leur séjour à cet endroit était alors transitoire et rapidement les personnes en situation d'itinérance ont été orientées vers les bons services pour eux.

La preuve établie toutefois que le séjour de M. André chez Pôle Santé a duré cinq jours au plus, sans autre orientation. De plus, l'enquête n'a pas permis de comprendre les motifs de son départ de l'endroit. Aucun suivi spécifique ne semble avoir été effectué pour M. André par quiconque et c'est plusieurs jours après son départ de Pôle Santé que la travailleuse sociale du Service des toxicomanies et de médecine urbaine de l'Hôpital Notre-Dame est avisée de ce départ. C'est cette travailleuse sociale qui informe alors le travailleur social de M. André à la Clinique d'infectiologie virale chronique de la situation. Toutefois, ce dernier, qui n'a pas établi de lien de confiance durable avec M. André, doit attendre de recevoir de ses nouvelles pour lui apporter de l'aide pour la suite de son parcours. Encore une fois, il me semble que la présence d'un chef d'orchestre dans le parcours de M. André aurait peut-être permis de le diriger vers les bonnes ressources pour une prise en charge de sa dépendance à ce moment-là également. Ainsi, au-delà des équipes en place dans le réseau de la santé (proximité et itinérance), la présence d'un intervenant pivot en itinérance pourrait contribuer au filet de sécurité nécessaire pour une personne en situation d'itinérance qui reçoit des soins et des services de santé.

Mme Polflit explique aussi le contenu d'un projet pilote qui a vu le jour après le décès de M. André pour la gestion de l'alcool en milieu communautaire¹¹³ auquel elle a participé. Ce projet s'adresse aux personnes en situation d'itinérance qui vivent avec un problème de consommation d'alcool sévère ou chronique et qui ne veulent pas cesser leur consommation. Ce projet pilote de consommation d'alcool supervisé en milieu communautaire a pour but de faciliter l'accès à de l'hébergement temporaire ou permanent et à stabiliser l'état biopsychosocial des participants. Alors que le projet était prometteur et que des concepts similaires sont présents ailleurs au Canada («wet services»), le financement pour celui-ci s'est terminé en 2023, selon Mme Polflit, car les observations étaient que la stabilité souhaitée pour la consommation des participants n'ait pas été atteinte. Il est difficile de dire si un tel service aurait été bénéfique pour M. André, car son désir était de cesser sa consommation d'alcool et non de la maintenir.

Par ailleurs, un tel programme a aussi été développé durant la pandémie en collaboration avec PAQ et l'Unité de médecine des toxicomanies du CHUM¹¹⁴. Selon le témoignage de

¹¹³ Pièces 76.1 et 76.2.

¹¹⁴ Pièce 77.1.

Dre Marsan à l'enquête, M. André n'aurait pas pu s'y qualifier en raison de ses problèmes de comportement découlant de son atteinte frontale. Par ailleurs, comme expliqué ci-haut, je me questionne sur l'efficacité d'un tel programme s'il y avait été admissible puisqu'il a toujours exprimé vouloir cesser sa consommation et non vivre de façon autonome tout en consommant. Aussi, je crois que c'est un lieu pour l'amener à cesser de consommer qui aurait été la première étape vers une sobriété pour M. André à l'extérieur d'un cadre hospitalier. Dans les circonstances, mes recommandations ne traiteront pas des services de gestion de l'alcool en milieu communautaire.

11.2 Les services de L'Exode

Il est toutefois important pour moi de regarder l'offre de la ressource L'Exode. M. Martin Lafortune, directeur général de cette ressource à but non lucratif et certifiée en dépendance, est aussi venu témoigner à l'enquête. Selon ses explications, L'Exode est la première maison dédiée à la réinsertion sociale pour les personnes en situation d'itinérance aux prises avec des dépendances. Sa certification lui provient du *Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance*¹¹⁵.

Selon les explications de M. Lafortune, un des volets de la ressource concerne le répit dégrisement qui permet aux personnes en situation d'itinérance fortement intoxiquées de venir à cet endroit pour dégriser dans un environnement sans préjugé et de façon positive. Selon M. Lafortune, il est impératif de procéder à une évaluation de l'état d'un usager dès son arrivée et une surveillance aux deux heures permet de contrôler leurs signes vitaux afin d'y reconnaître les signes de sevrage. Les séjours peuvent durer jusqu'à 72 heures et les personnes en situation d'itinérance sont par la suite orientées vers les ressources qui couvrent leurs besoins. La réduction des méfaits est l'approche préconisée¹¹⁶.

La problématique importante pour accéder à L'Exode est le seuil d'intoxication. La ressource n'emploie aucun personnel médical, seulement des intervenants sociaux. Si une personne en situation d'itinérance a un niveau d'intoxication jugé trop élevé, le seul lieu sécuritaire demeure l'hôpital afin de bien contrôler les signes de sevrage qui peuvent sérieusement compromettre la santé et la sécurité d'un usager. M. Lafortune indique qu'en moyenne, 2 500 personnes sont évaluées chaque année par sa ressource, mais seulement la moitié (entre 1 200 et 1 300) est admise pour un séjour de répit selon les critères d'évaluation établis. Les autres personnes sont alors dirigées en milieu hospitalier via la centrale 911, ce que M. Lafortune considère bien navrant puisque sa ressource est une bonne porte d'entrée pour débiter un changement de mode de vie. En effet, selon ses explications, après un répit, les usagers sont orientés vers une thérapie pour faciliter leur réinsertion sociale. Le cadre rigide de la réglementation qui s'applique à sa ressource l'empêche d'en faire plus pour une personne qui n'est pas admissible selon les critères d'évaluation établis. Il n'en demeure pas moins que cette ressource peut être la porte d'entrée vers la sobriété et la réinsertion sociale.

Selon M. Lafortune, M. André a déjà séjourné à L'Exode, possiblement en 2017 ou 2018, soit il y a plus de cinq ans et aucun dossier de cette époque n'a été conservé. Par ailleurs, L'Exode ne peut accueillir des personnes avec des comportements violents, il s'agit d'un critère d'exclusion au moment de l'évaluation, sans considération d'une possible atteinte frontale chez l'usager qui se présente à la ressource.

¹¹⁵ Pièce C-82.

¹¹⁶ Pièces C-82.1, C-82.2 et C-82.3.

Lors des interventions des policiers du SPVM avec M. André entre décembre 2020 et janvier 2021, alors que son état d'intoxication est très avancé, ils n'ont d'autre option que de le transporter en milieu hospitalier. Les congés rapides accordés après les évaluations médicales, plus particulièrement le 29 décembre 2020 ainsi que les 11 et 16 janvier 2021, soulèvent donc des questions concernant l'absence de ressources adaptées pour permettre à M. André de dégriser en sécurité autre qu'un département d'urgence d'un centre hospitalier. Un répit chez une ressource comme L'Exode aurait peut-être été la porte d'entrée pour permettre un changement de mode de vie à M. André. Est-ce que ses problèmes de comportement auraient résulté en l'expulsion d'une telle ressource? Il est impossible de répondre à cette question de façon certaine, mais ceci demeure une possibilité. Ainsi, je pense qu'il faut reconnaître que l'atteinte frontale de M. André, qui est une composante importante de son portrait clinique, demeure une problématique majeure pour toutes les ressources qu'il a consultées. C'est également l'opinion de Dre Marie-Ève Goyer qui est venue témoigner à l'enquête.

11.3 Les pistes de solution évoquées par Dre Goyer

Dre Goyer est cheffe des services médicaux en dépendance et en itinérance au CIUSSS du Centre-Sud, directrice scientifique de l'équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance et médecin au Service des toxicomanies et de médecine urbaine. Elle connaît bien M. André pour avoir été sa médecin traitante lors de certains séjours du patient au Service des toxicomanies et de médecine urbaine en 2019 et en 2020. Selon Dre Goyer, M. André n'entre dans aucune case étant donné sa situation complexe combinant son problème de dépendance et son atteinte frontale. De plus, il fait partie de la clientèle itinérante dite gériatrique. L'atteinte frontale dont il souffrait aurait mérité l'utilisation de techniques jugées efficaces pour les personnes avec un diagnostic de démence, ce qui ne se fait pas d'emblée. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), qui sont des milieux de vie pour les personnes souffrant de démence, ne sont pas des milieux qui ont une connaissance des personnes en situation d'itinérance et M. André n'aurait pas pu y être admis vu son problème de dépendance.

Le témoignage de Dre Goyer, à l'instar de ses collègues du Service des toxicomanies et de médecine urbaine, a été d'expliquer le fonctionnement de l'équipe en place et ses interactions avec les usagers comme M. André. Une composante du témoignage de Dre Goyer a aussi été de me donner ses impressions et recommandations pour une meilleure gestion de la trajectoire de soins des patients comme M. André afin de possiblement éviter des décès comme le sien dans le futur.

Il est important pour moi de m'attarder à ces recommandations avant de revenir à quelques explications de Dre Goyer concernant le traitement des patients qui intègrent le Service des toxicomanies et de médecine urbaine et, plus particulièrement, la gestion de leurs symptômes de sevrage. Les propos de Dre Goyer m'ont permis de comprendre que la problématique complexe de M. André est en fait une problématique standard et usuelle pour une grande partie des usagers qui fréquentent le service. Ainsi, pour bien servir cette clientèle, Dre Goyer croit qu'il est important d'avoir des équipes spécialisées à tous les niveaux de leur trajectoire de soins, ce qui inclut aussi les équipes en place lorsque ces usagers effectuent des séjours en milieu hospitalier. La souplesse doit également faire partie de l'approche préconisée puisque ces usagers n'entrent dans aucune case étant donné leur problématique complexe, comme indiqué précédemment.

Aussi, l'approche générale en milieu hospitalier, qui est tout à fait adéquate pour une clientèle qui consulte pour une problématique spécifique, est d'établir un plan thérapeutique

et de donner le congé au patient lorsque son état est stabilisé. Le suivi se fait par la suite en externe avec un spécialiste ou avec un médecin de famille. Comme il a été vu pour la trajectoire de soins de M. André, son suivi à l'externe a rencontré plusieurs embûches importantes et plusieurs plans thérapeutiques sont tombés à l'eau en l'absence d'un véritable chef d'orchestre après les nombreux congés donnés.

Un autre élément soulevé par Dre Goyer, qui fait également partie de mes constats en lien avec la trajectoire de soins de M. André, concerne une absence de suivi médical centralisé pour la clientèle itinérante comme M. André qui consulte à divers endroits. Notre système actuel (Dossier Santé Québec) ne permet pas de trouver l'information pertinente et importante pour bien accompagner les patients. Pour Dre Goyer, les intervenants de proximité comme l'Équipe Connexion du CIUSSS du Centre-Ouest n'ont pas accès aux informations pertinentes du dossier clinique d'un usager et ce manquement limite leurs interventions faisant porter le poids des demandes aux personnes en situation d'itinérance qui ont de grandes difficultés à gérer leur quotidien. Mes recommandations vont donc aussi adresser l'importance d'assurer un suivi centralisé pour les personnes en situation d'itinérance qui consultent dans différents centres hospitaliers.

Dre Goyer croit que l'approche de la réduction des méfaits pour les personnes en situation d'itinérance comme M. André qui ont un problème de consommation d'alcool est une porte d'entrée vers des soins et un toit et son opinion est qu'il est préférable d'agir ainsi que de laisser une personne consommer dans la rue dans des lieux qui peuvent s'avérer non sécuritaires pour elle. Sa vision diffère donc des explications données par Mme Polflit en lien avec l'abandon du projet d'accès à l'alcool en milieu communautaire¹¹⁷. Comme indiqué précédemment, il est difficile pour moi de conclure qu'un tel programme aurait aidé M. André, car son désir était de cesser sa consommation d'alcool de façon définitive. Cependant, l'hypothermie qui a causé son décès est survenue alors qu'il était en état de consommation. Il ne faut pas perdre de vue cette triste réalité pour prévenir des décès comme le sien dans le futur.

Dre Goyer exprime aussi son opinion concernant la gestion de la pandémie et l'approche appliquée aux personnes en situation d'itinérance. Vu leur situation de grande vulnérabilité, les mesures pour les personnes en situation d'itinérance dans un tel contexte ne doivent jamais se calquer sur les mesures édictées pour la population en général. Ainsi, l'approche « one size fits all – un modèle pour tous » ne devrait jamais plus être préconisée. Je partage son avis et, comme indiqué plus haut, mes recommandations vont adresser cet élément.

Le témoignage de Dre Goyer ainsi que celui de certains autres témoins font référence à l'importance d'adresser rapidement les besoins des populations vulnérables comme les personnes en situation d'itinérance. Aussi, la preuve médicale présentée montre que lorsque M. André est de plus en plus désorganisé, il se présente à deux reprises au Département d'urgence de l'Hôpital Notre-Dame, les 17 décembre 2020 et 6 janvier 2021, mais il quitte avant d'être vu par un médecin. Dre Goyer suggère la présence de pairs aidants dans les salles d'attente des départements d'urgence afin d'apporter une sécurisation et un apaisement pour ces usagers vulnérables. Les départements d'urgence avec grand débit pourraient certainement bénéficier de cette idée novatrice qui fera donc partie de mes recommandations.

Une question que Dre Goyer pose concerne aussi la présence des personnes en situation d'itinérance dans les départements d'urgence simplement pour y avoir un endroit pour dormir et possiblement obtenir de la nourriture. Cette problématique aussi abordée par

¹¹⁷ Pièce C-76.1.

d'autres témoins durant l'enquête met énormément de pression sur le personnel des urgences, mais, en même temps, elle montre aussi le manque criant de ressources essentielles pour que les personnes en situation d'itinérance puissent passer la nuit en toute sécurité. Il est clair, selon la preuve médicale présentée, qu'à certains moments, le désir de M. André d'aller en milieu hospitalier n'était que motivé par sa volonté d'avoir un endroit où il pourrait dormir au chaud et en sécurité.

Un autre élément soulevé par Dre Goyer concerne les endroits où les personnes en situation d'itinérance peuvent aller pour se reposer et dégriser en sécurité. Elle évoque le même problème que M. Lafortune, soit celui que le seul endroit présentement au Québec pour transporter une personne fortement intoxiquée, comme il est arrivé pour M. André à plusieurs occasions, est un département d'urgence puisqu'il y a du personnel médical pour évaluer le niveau d'intoxication et les risques médicaux qui peuvent en découler. Toutefois, de telles ressources existent ailleurs dans d'autres juridictions. Elles sont appelées des urgences-dégrisement et elles emploient du personnel médical sur place pour assurer la bonne gestion des symptômes de sevrage. De telles ressources pourraient certainement faire une grande différence dans l'organisation des soins de santé au Québec, en assurant une prise en charge véritablement adaptée à la condition pour les personnes en situation d'itinérance vivant avec une problématique de dépendance. De plus, de telles ressources auraient l'avantage de réduire le nombre de transports de personnes intoxiquées vers les urgences des centres hospitaliers, ce qui contribuerait à atténuer l'engorgement du système de santé.

Il est donc prometteur de savoir que, depuis novembre 2023, un projet qui se nomme Urgence-dépendance, relevant du CIUSSS du Centre-Sud, a vu le jour, selon le témoignage de Dre Goyer. Ce centre se veut un lieu où toute personne de plus de 18 ans présentant un niveau d'intoxication aiguë aux drogues ou à l'alcool peut être amenée par des ambulanciers, avec son consentement, après une évaluation de sa condition clinique. Des critères d'exclusion spécifiques existent et, dans certaines circonstances, un département d'urgence restera l'endroit approprié en fonction de l'état de santé de la personne intoxiquée. Toutefois, la prise en charge par l'Urgence-dépendance représente une opportunité d'intervention pour orienter une personne dans le continuum de services en dépendance. Cette ressource aurait peut-être permis une véritable prise en charge pour M. André, qui a verbalisé à plusieurs reprises son désir d'arrêter de boire lorsqu'il se trouvait dans un département d'urgence.

Ce dernier point me ramène aux explications factuelles de Dre Goyer concernant son rôle au Service des toxicomanies et de médecine urbaine. Elle a fourni des explications concernant la médication donnée aux patients pour les symptômes de sevrage (qui inclut le diazépam). Le traitement requiert de graduellement diminuer les doses données pour ne pas maintenir le patient dans un état qui s'apparente à la consommation. Par ailleurs, selon ses explications, il est difficile pour les patients de comprendre les motifs qui sous-tendent cette approche puisque les patients veulent essentiellement soulager leurs symptômes.

Cette explication me fait questionner de nouveau la consommation de diazépam de M. André le soir du 16 janvier 2021. La preuve médicale a établi que cette substance ne lui a pas été administrée lors de sa visite au CHUM même si M. André a demandé un calmant durant son évaluation médicale. La raison étant que, lors de son évaluation, il ne présentait aucun symptôme de sevrage.

Cependant, M. André a consommé du diazépam après son congé du CHUM. Même s'il est impossible pour moi de savoir où il s'est procuré ce diazépam, il est probable qu'il se soit

automédicamenté puisqu'il souffrait d'une grande anxiété ou puisqu'il commençait à ressentir des symptômes de sevrage. Aussi, si M. André avait pu obtenir des soins adaptés à sa condition le soir du 16 janvier 2021, lorsqu'il était fortement intoxiqué après avoir quitté la ressource La Porte Ouverte, il n'aurait peut-être pas eu recours à ce médicament, il aurait eu un toit et il aurait été dans un endroit sécuritaire vu son état d'intoxication.

Même si ces propos relèvent de l'évidence, il n'en demeure pas moins que la structure sur le terrain en place en janvier 2021, en temps de pandémie, n'a pas permis d'éviter le décès de M. André puisqu'il n'y avait pas d'endroit adéquat et adapté pour lui à ce moment. Selon les témoignages entendus durant l'enquête, la situation est restée la même depuis la pandémie et la population itinérante est grandissante. Il ne peut être plus clair pour moi qu'il est donc nécessaire de bonifier l'offre d'hébergement d'urgence ainsi que des endroits de dégrisement, comme l'Urgence-dépendance du CIUSSS du Centre-Sud pour la clientèle en état d'intoxication aiguë et en situation d'itinérance.

12. Les recherches sur les conditions de vie des personnes en situation d'itinérance et sur le vécu des personnes avec des lésions cérébrales acquises

12.1 Les personnes en situation d'itinérance et l'espace public

L'enquête m'a aussi permis d'entendre les travailleuses sociales, Mme Carolyn Grimard, professeur adjointe à l'École de travail social de l'Université de Montréal, et Mme Caroline Leblanc, candidate au doctorat en santé communautaire de la faculté de médecine et de sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, qui s'intéressent toutes les deux à l'aménagement dans l'espace urbain pour les personnes en situation d'itinérance. Leur présentation « Habiter l'espace public¹¹⁸ » a été très éclairante. Sans trop m'attarder aux différentes solutions expliquées, pour éviter de perdre de vue mon mandat, je dois tout de même revenir à cette évidence qui ressort de la preuve. Si M. André avait eu un toit le soir du 16 janvier et la nuit du 17 janvier 2021, il ne serait pas décédé d'hypothermie.

Il est donc important de souligner les efforts et les recherches effectuées ainsi que les communautés de pratique au Québec, soit des villes de plus petites tailles que la Ville de Montréal qui se sont mobilisées pour tenter de trouver des solutions pour sortir les personnes en situation d'itinérance de leur précarité et leur procurer un espace qui leur est propre. Selon les chercheurs, la Ville de Montréal en est à des balbutiements concernant de telles réflexions malgré les efforts et les initiatives expliqués durant l'enquête.

Pour Mmes Grimard et Leblanc, une des grandes problématiques de notre société concerne nos valeurs sociales très fortes et qui sont liées au travail, au domicile et à l'autonomie. Tous les droits des citoyens sont en lien avec ces valeurs et, pour cette raison, les personnes en situation d'itinérance sont le contre-exemple de l'idéal citoyen.

Selon les explications données, les pratiques d'intervention en travail social pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance oscillent entre le contrôle des problématiques qui les habitent, comme les dépendances, pour aller ensuite vers le logement alors que certaines écoles de pensée vont préconiser le logement d'abord avant même de s'attaquer aux problématiques propres d'une personne. La solution n'est donc pas simple et ce rapport n'a pas la prétention de trancher sur le sujet.

Je trouve tout de même important de reprendre les propos de Mmes Grimard et Leblanc qui croient que c'est en cumulant les expertises de différentes professions, incluant les

¹¹⁸ Pièce C-83.

travailleurs sociaux, que des avancées pourront être effectuées dans le domaine de l'itinérance. Pour elles, il est toutefois important de reconnaître que pour une personne vivant dans la rue, toutes les problématiques qu'elle vit sont exacerbées et une période de stabilité n'est pas un gage de stabilité pour le futur. Ces notions doivent être intégrées chez tous les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des personnes en situation d'itinérance pour leur assurer un filet de sécurité optimal. La période de sobriété de M. André jusqu'à la fin de l'été 2020 et sa rechute importante par la suite font clairement écho aux explications de Mmes Grimard et Leblanc.

Par ailleurs, dans l'offre d'hébergement actuel, les haltes-chaud sont des mesures qui sont établies uniquement dans l'urgence, majoritairement en période hivernale comme d'autres témoins ont aussi souligné. De plus, les mesures d'accessibilité sont variables pour ces ressources et, puisque les haltes-chaud sont surutilisées, elles deviennent des mesures de débordement qui ne permettent donc pas aux personnes en situation d'itinérance de véritablement se déposer pour s'y reposer. Ceci perpétue donc leur situation de vulnérabilité et leur isolement. Les paroles de Mmes Grimard et Leblanc font encore une fois écho aux difficultés rencontrées par M. André entre septembre 2020 et janvier 2021.

Même si la Ville de Montréal était en situation d'urgence en raison de la pandémie à ce moment, le constat des chercheuses est que la situation n'a pas changé; elle a même empiré puisque le nombre de personnes en situation d'itinérance ne cesse d'augmenter et les efforts déployés pour l'établissement des haltes-chaud n'incluent aucune vision pérenne, selon Mmes Grimard et Leblanc et selon d'autres témoins entendus. Je partage leur point de vue et, comme précédemment indiqué, cette problématique sera adressée lors des recommandations.

Mmes Grimard et Leblanc ont aussi parlé des lacunes au Québec, contrairement à d'autres endroits au Canada, comme à Toronto où les décès des personnes en situation d'itinérance sont recensés avec la collaboration des différentes sources sur le terrain afin de mieux comprendre les problématiques qui les entourent. La *Loi sur les coroners* permet à un coroner d'investiguer tout décès qui survient au Québec¹¹⁹. Cependant, l'obligation de signalement d'un décès constaté par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée se limite aux décès obscurs, violents ou qui surviennent par suite de négligence¹²⁰. Il est bien compréhensible qu'il en soit ainsi puisque plus de 91 % des décès qui surviennent au Québec sont des décès pour lesquels une cause peut être établie par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée. Ce ne sont que 9 % des décès, en moyenne, qui sont signalés et investigués par le Bureau du coroner. Les lacunes au Québec concernant le recensement des décès des personnes en situation d'itinérance sont peut-être le reflet d'un manque de coordination et de concertation entre les différents acteurs de la structure en place sur le terrain pour tenter de leur venir en aide, comme pour M. André.

Il est aussi intéressant de noter que même si Mmes Grimard et Leblanc considèrent que les équipes itinérance dans les CIUSSS et CISSS peuvent jouer un rôle important pour aider une personne en situation d'itinérance, il faut une uniformité dans les approches de toutes ces équipes de proximité pour avoir des résultats probants. Compte tenu des importantes différences régionales, il est difficile d'établir cette uniformité. Par ailleurs, la preuve a clairement établi ici que M. André n'a bénéficié d'aucun soutien de l'Équipe Itinérance du CIUSSS du Centre-Sud. Il m'apparaît évident que la sécurisation culturelle demeure aussi un enjeu important qui doit faire partie des réponses sur le terrain pour aider les personnes en

¹¹⁹ Article 1, C-68.01, LRQ.

¹²⁰ Article 34.

situation d'itinérance des Premières Nations et des Inuit afin de prévenir leur isolement et leur aliénation. Je m'attarderai sur ces points pour l'élaboration de mes recommandations.

Finalement, les chercheuses Grimard et Leblanc considèrent que les autorités devraient faire plus confiance au milieu communautaire qui a une grande connaissance de la population itinérante. Le financement des projets ne doit pas se faire sur une base saisonnière uniquement et il faut miser sur la pérennisation des ressources. Au risque de me répéter, ce constat est celui qui revient de la part de nombreux témoins entendus durant l'enquête.

12.2 Les lésions cérébrales acquises et l'itinérance

Mme Carolina Bottari est professeure titulaire à l'Université de Montréal et chercheuse pour le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain et de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal. Mme Laurence Roy est professeure agrégée à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill et co-porteuse du champ itinérance au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS). Mmes Bottari et Roy ont témoigné des outils qu'elles ont développés pour le milieu de la santé depuis 2014 en collaboration avec le CREMIS pour aider les intervenants du réseau de la santé concernant toutes les questions en lien avec l'itinérance, allant d'un outil pour repérer et prévenir l'instabilité résidentielle à un guide de bonnes pratiques en itinérance¹²¹. Il est intéressant de noter qu'un de ces outils traite spécifiquement des personnes des Premières Nations et des Inuit pour aider les intervenants dans leur accompagnement de cette clientèle spécifique.

Certains témoins ont mentionné leur connaissance des outils du CREMIS, mais le travailleur social de la Clinique d'infectiologie virale chronique qui suivait M. André a indiqué lors de son témoignage qu'il ne connaissait pas ces outils et n'avait suivi aucune formation pour intervenir auprès de la clientèle itinérante autochtone en 2020. C'est en 2021, après le décès de M. André qu'il a suivi une formation obligatoire qu'il a trouvé fort utile. Par ailleurs, Mmes Bottari et Roy ont indiqué que le déploiement de ces outils, qui a débuté durant la pandémie, se fait de manière progressive dans le réseau de la santé depuis ce temps. Il s'agit d'une bonne nouvelle qui aidera certainement tous les intervenants du réseau de la santé dans leurs interventions cliniques lorsque le déploiement sera complété.

Mmes Bottari et Roy concentrent présentement leurs travaux¹²² sur l'organisation des soins pour les personnes avec une problématique de traumatisme craniocérébral (TCC) découlant d'une lésion cérébrale acquise (LCA) selon un projet de recherche concerté entre le MSSS et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture. De telles lésions qui peuvent être traumatiques (coup à la tête, chute avec impact crânien) ou non traumatiques (accident vasculaire cérébral, exposition à des toxines qui incluent les substances psychoactives comme l'alcool) sont associées à des conséquences plus ou moins graves sur les fonctions cognitives, physiques, de la communication et du comportement. Selon les études sur le sujet, il y a une surreprésentation des TCC ou des LCA chez les personnes en situation d'itinérance. La prévalence des TCC est 400 fois plus élevée chez les personnes en situation d'itinérance chronique ayant des problèmes de consommation d'alcool.

Une personne avec un TCC a des signes cliniques variés dont des problèmes de mémoire, une attention diminuée, une émotivité inhabituelle (irritable, agressive), de l'anxiété, de la dépression, un jugement altéré et une atteinte des fonctions exécutives. Les fonctions exécutives facilitent l'adaptation d'une personne à des situations nouvelles ou complexes.

¹²¹ Pièces C-75, C-75.1, C-75.2, C-75.3, C-75.4, C-75.5, C-75.6, C-75.7 et C-75.8.

¹²² Pièce C-84.

Aussi, chez les personnes vivant avec un TCC, l'adaptation est plus difficile et, selon les termes utilisés par les chercheuses, le TCC raccourcit la mèche et y allume le feu.

La description de ces signes cliniques est le reflet des problèmes de comportement observés chez M. André qui ont complexifié sa prise en charge. En effet, de tels comportements ne sont pas tolérés dans notre système de santé. Or, selon les explications de Mmes Bottari et Roy, le TCC correspond à la définition de l'Organisation mondiale de la santé d'une maladie chronique puisqu'elle est permanente, est causée par des altérations pathologiques irréversibles, nécessite une formation spéciale en vue de sa réadaptation et peut nécessiter une longue période d'observation, de supervision ou d'intervention. Il est aussi important de souligner qu'une maladie chronique augmente la mortalité à long terme et réduit l'espérance de vie.

Pour la mémoire de M. André et pour toutes les personnes en situation d'itinérance dans sa situation, les recherches de Mmes Bottari et Roy sont donc essentielles. Je retiens de leurs constats qu'il est nécessaire de changer le regard de tous les acteurs du milieu de la santé qui gravitent autour des personnes en situation d'itinérance afin d'intégrer à la perception de cette problématique l'impact réel des LCA sur la vie de cette population vulnérable et qu'il faut déployer les ressources adéquates afin de bien les accompagner. Je ferai donc des recommandations en ce sens.

13. La clientèle itinérante autochtone, les ressources en santé et les services culturellement sécuritaires en milieu urbain

Je me dois de revenir sur le témoignage de Dr Vollant qui agit comme médecin-conseil pour la CSSSPNQL. Lors de sa présence à l'enquête, Dr Vollant a fait référence à un document de réflexion déposé en preuve¹²³ où il explique les éléments contextuels identifiés par la CSSSPNQL et qui ont mené, pour cette dernière, au décès de M. André. Ce document élabore aussi plusieurs recommandations que j'ai considérées dans la rédaction de ce rapport concernant l'approche de sécurisation culturelle essentielle pour les personnes issues des Premières Nations et des Inuit dans leurs interactions avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Il est aussi important de noter que depuis l'enquête publique et depuis la transmission de ce document de réflexion, une nouvelle législation intitulée *Loi instaurant l'approche culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* a été adoptée le 5 décembre 2024. Cette loi, qui est entrée en vigueur le même jour, assujettit tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux à l'obligation d'adopter une approche de sécurisation culturelle envers les membres des Premières Nations et des Inuit. Mes recommandations prennent aussi en considération les obligations et les orientations de cette nouvelle législation.

Les difficultés vécues par M. André entre 2019 et 2021 sont le reflet des défis de tous les itinérants issus des Premières Nations qui quittent leur communauté pour venir en milieu urbain, selon la CSSSPNQL. Tous arrivent avec leur bagage et tentent de trouver des solutions pour survivre. L'accès aux soins de santé et aux services sociaux, qui est maintenant bien difficile pour la population en général, devient encore plus fastidieux pour les personnes itinérantes issues des Premières Nations et pour les Inuit. De plus, comme mentionné précédemment, les problématiques d'une personne en situation d'itinérance sont toujours exacerbées par opposition avec les problématiques d'une personne qui n'est pas

¹²³ Pièce C-81.

aussi vulnérable. Ainsi, il faut reconnaître qu'une personne en situation d'itinérance en milieu urbain qui est autochtone vit de la détresse à des niveaux extrêmes.

Il est donc essentiel de développer des mesures visant une approche de sécurisation culturelle pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux afin que des liens de confiance se créent avec les usagers en situation d'itinérance issus des Premières Nations et des Inuit. Selon les témoignages entendus, je considère que différentes personnes ont déployé des efforts louables et même grandement touchants pour permettre à M. André d'intégrer sa culture et son art dans l'approche thérapeutique suivie, mais je comprends que ces accommodements ont été ponctuels dans sa trajectoire de soins. Ainsi, la preuve entendue ne me permet pas de conclure qu'il y a eu, entre mars 2019 et janvier 2021, une véritable reconnaissance de l'importance de cette sécurisation culturelle dans la trajectoire de soins et de services pour M. André.

Je retiens aussi du document de réflexion de la CSSSPNQL les difficultés qui viennent avec la répartition territoriale sur l'Île de Montréal pour les services de soins et de santé, entre les différents CIUSSS et les établissements non fusionnés puisque les personnes en situation d'itinérance ne reconnaissent pas les frontières de compétence des services. Aussi, comme établi dans la preuve médicale, il y a eu des failles de communication entre différents centres hospitaliers dans le parcours de soins de M. André. Ces failles continuent à être une préoccupation réelle même depuis son décès comme il est noté dans le Plan d'action ministériel en itinérance 2021-2026¹²⁴, où il est indiqué : « il est important de bien définir les rôles et les responsabilités de tous les acteurs puisque des problèmes de communication peuvent entraîner des impacts sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des services offerts aux personnes en situation d'itinérance, voire sur la viabilité desdits services. »

Je retiens aussi que les relations et les corridors de services entre le centre de santé et de services sociaux de la communauté de Matimekush-Lac John et le CIUSSS du Centre-Sud gagneraient à être améliorés. Toutefois, il est important de souligner que la preuve médicale¹²⁵ montre que M. André ne désirait pas que ses proches soient contactés lors de son hospitalisation de mars 2019 à l'Hôpital Notre-Dame et il ne voulait pas retourner dans sa communauté à court terme. C'est certainement un élément important qui a été considéré par les intervenants du Service des toxicomanies et de médecine urbaine à ce moment. Il n'en demeure pas moins que des corridors de services améliorés avec les communautés comme celle de Matimekush-Lac John et le réseau de la santé en centre urbain pourraient certainement optimiser les prises en charge et le continuum de soins. Une recommandation en ce sens sera donc élaborée en considérant les avancées que la nouvelle législation apporte.

Citant l'exemple de la tente Raphael André qui a été mise sur pied quelques semaines après son décès et dont Mme Ambroise a assumé la coordination jusqu'à sa fermeture en avril 2022, le document de réflexion souligne un manque de projets d'hébergement culturellement sécuritaires, innovants et surtout pérennes. Je pense qu'on ne le dira pas assez, la tente Raphael André a permis à plus de 108 000 personnes de recevoir de la nourriture, de la chaleur humaine, du respect et bien sûr un toit pour quelques heures durant la pandémie. Sa fermeture n'est pas venue en raison d'un manque de besoins, mais plutôt en raison d'un manque de ressources financières alors que les besoins pour des centres d'hébergement sont toujours un sujet d'actualité aujourd'hui.

¹²⁴ Pièce C-33, p. 42.

¹²⁵ Pièce C-9.2*, pp. 3, 5 et 19.

Il m'apparaît donc essentiel que notre société se donne les moyens financiers pour mettre sur pied plus de ressources d'hébergement à Montréal et plus les ressources sont diversifiées et adaptées, meilleures sont les chances que ces ressources correspondent aux besoins de chaque tranche de la population. Les chiffres sont parlants, la surreprésentation des autochtones parmi les personnes en situation d'itinérance à Montréal milite pour le développement de plus de ressources d'hébergement accessibles qui leur sont destinées à Montréal. Je me répète en soulignant que si M. André avait pu avoir accès à une telle ressource ouverte toute la nuit, le soir du 16 janvier 2021, il ne serait probablement pas décédé.

14. Les mesures structurantes et les initiatives en place depuis le décès de M. André

Le Plan d'action ministériel en itinérance 2021-2026¹²⁶ souligne, avec raison, que les enjeux de communication entre les partenaires sur le terrain peuvent être à l'origine d'une désaffiliation de la population itinérante envers le réseau de la santé. Tous les acteurs doivent donc travailler ensemble pour prévenir les ruptures de services. La coordination régionale intersectorielle en itinérance doit donc toujours éviter les pièges du travail en silo décrié dans certaines structures gouvernementales actuelles.

Dans cette optique, le Plan concerté montréalais en itinérance (2021-2026) – S'unir dans l'action¹²⁷ qui a été corédigé par la Ville de Montréal et le CIUSSS du Centre-Sud est une initiative prometteuse. Les nombreuses actions élaborées dans ce plan concerté doivent être déployées dans une perspective de continuum de soins et de services afin d'éviter toute rupture, comme il a été le cas pour M. André.

Malgré ces mesures, les crises successives et consécutives que notre société traverse (accès aux soins de santé, accès au logement, crise climatique, crise des surdoses pour ne nommer que celles-ci) constituent des défis de tous les jours pour les intervenants sur le terrain qui côtoient et viennent en aide aux personnes en situation d'itinérance. Cette enquête publique a aussi fait la démonstration des failles importantes sur le terrain qui, en s'additionnant, ont certainement contribué au décès de M. André.

Je pense que le Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit (SRPNI) peut et doit jouer un rôle de premier plan¹²⁸ pour aider à la mise en place de mesures structurantes pour venir en aide aux personnes en situation d'itinérance. Son implication dans le Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027¹²⁹, son rôle de coordination concernant les réponses aux recommandations de la Commission Viens¹³⁰ et sa participation à la concertation en itinérance ainsi que son volet aide en milieu urbain en font un acteur incontournable pour aider les personnes en situation d'itinérance. Selon le témoignage de M. Julien Lépine, représentant du SRPNI pour les fins de l'enquête, sur le terrain en 2023-2024, le SRPNI a soutenu la réalisation de projets qui visent à déployer des actions pertinentes et adaptées aux réalités autochtones, dont le projet Mitshuap.

Mitshuap a pris le relai après la fermeture de la tente Raphael André en raison d'un épuisement des fonds dédiés à cette initiative. Il s'agit d'un centre d'hébergement qui

¹²⁶ Pièce C-33.

¹²⁷ Pièce C-59.

¹²⁸ Pièce C-35.1.

¹²⁹ Pièces C-36 et C-36.1.

¹³⁰ Pièce C-29.

soutient les personnes en situation d'itinérance de toutes les origines. Il est ouvert de 19 h 30 à 7 h et il est géré par le Réseau de la communauté autochtone de Montréal, qui a été invité à participer à l'enquête publique, mais qui n'a pas pu partager sa vision de la problématique et des besoins pour la population itinérante autochtone. Mme Ambroise agit comme directrice de Mitshuap et je suis certaine que sa politique d'accueil, de chaleur, de respect qu'elle a décrit lors de son témoignage est appliquée autant à Mitshuap que lorsque la tente Raphael André était en opération.

Il est important que les autres investissements au regard des enjeux de l'itinérance soient complétés dans l'horizon du Plan d'action gouvernemental 2022-2027. Cependant, il me semble aussi pertinent d'assurer que les financements octroyés ne soient pas ponctuels, ce qui semble être le cas présentement, selon les explications fournies à l'enquête. En effet, de nombreux témoins, dont Mme Annie Savage, directrice du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), m'ont verbalisé qu'il est essentiel d'avoir une vision pérenne pour tous les projets qui viennent en aide aux personnes en situation d'itinérance. Des projets ponctuels et saisonniers ne font qu'exacerber l'instabilité inhérente à la condition des personnes en situation d'itinérance. Aussi, de tels projets ne permettent pas d'assurer une fidélisation de la main-d'œuvre qui est si essentielle au bon fonctionnement d'une ressource.

Mme Savage a aussi parlé de la nécessité d'une offre globale pour les personnes en situation d'itinérance, soit des services adaptés à leurs situations particulières. Il y avait peu de places d'urgence qui auraient pu accueillir M. André le soir du 16 janvier 2021 et, malgré le fait que la pandémie soit derrière nous, la situation n'a pas beaucoup changé, selon elle.

Il s'agit donc d'un triste constat et c'est la raison pour laquelle notre société doit poursuivre ses mesures structurantes et ses initiatives mises en place depuis janvier 2021 afin d'éviter un décès comme celui de M. André dans le futur.

Finalement, je me dois de revenir sur la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui avait été élaborée par le MSSS en 2018 à la suite du Plan d'action interministériel 2015-2020¹³¹, ainsi que le mécanisme de suivi de son implantation en place au CIUSSS du Centre-Sud¹³². L'implantation de cette stratégie a pour but, entre autres, d'assurer le repérage, l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Selon les différents éléments de preuve produits et des témoignages entendus, un outil clinique sous forme d'instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque (IRIS)¹³³ a vu le jour. Il permet à un intervenant du réseau de la santé de déceler les indices d'une instabilité sociale. Cependant, il me semble essentiel de développer un système de gestion de l'information en itinérance, un outil permettant d'obtenir un portrait clair de la population itinérante sur le terrain, au-delà des dénombrements ponctuels effectués, pour assurer un accès coordonné aux services disponibles pour ces personnes extrêmement vulnérables. Les retombées de cet outil pourront aussi permettre d'avoir un portrait plus complet des différents phénomènes de mortalité chez les personnes en situation d'itinérance afin de mieux les prévenir dans le futur.

¹³¹ Pièce C-32.

¹³² Pièces C-34, C-34.1, C-34.2 et C-34.3.

¹³³ Pièce C-75.7

CONCLUSION

Il faut s'indigner du constat que plusieurs portes ont été fermées à M. André dans les derniers mois de sa vie et que son décès est attribuable à une hypothermie environnementale dans un contexte d'intoxication sévère à l'alcool.

Je le répète, selon les nombreux témoignages entendus, plusieurs personnes ont travaillé avec dévouement et à la hauteur de leurs compétences pour tenter d'aider M. André. Cependant, malgré tous les efforts mis de l'avant, j'ai constaté plusieurs lacunes dans la trajectoire de soins et de services pour M. André jusqu'à son décès.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que les usagers ont droit de recevoir des soins et des services adéquats. Je suis bien consciente des difficultés auxquelles le réseau de la santé doit faire face pour réaliser sa mission. Toutefois, il faut quand même garder en tête notre responsabilité collective lorsque survient un décès qui était évitable et il faut mettre en place des moyens pour tenter d'éviter un autre décès dans des circonstances similaires.

Par ailleurs, il importe de rappeler que c'est l'exacerbation des inégalités sociales qui mène à l'itinérance. Un toit pour tous est certainement ce qu'il faut viser, mais on ne peut faire fi des problématiques multiples qui affectent les personnes en situation d'itinérance et le cas de M. André n'est malheureusement pas unique. La problématique de l'itinérance est complexe et cette enquête publique ne peut malheureusement apporter toutes les réponses.

Cependant, nous avons la chance de vivre dans une société qui consacre des efforts pour atténuer les inégalités sociales. Aussi, pour assurer le succès des plans d'action pour contrer l'itinérance, il m'apparaît essentiel de mettre des efforts additionnels sur le terrain et de se doter d'outils pour solidifier le filet de sécurité essentiel aux personnes en situation d'itinérance afin de leur donner une meilleure chance de reprendre la place qui leur revient dans notre société.

Pour conclure, il est important pour moi de donner la place qui leur revient au chef Réal McKenzie et à Mme Suzanne Chemaganish, mère de M. André. Lors de son témoignage, le chef McKenzie a aussi parlé longuement des traumatismes passés des Premières Nations. Pour Mme Chemaganish, elle a clairement exprimé, par l'entremise d'un autre membre de sa famille, qu'il lui est incompréhensible de savoir que toutes les portes de notre grande métropole ont été fermées à son fils le soir de son décès. Mme Chemaganish a expliqué qu'à chaque anniversaire du décès de M. André, une tente est érigée sur la devanture de son domicile à Matimekush-Lac John pour rappeler à sa communauté leurs valeurs essentielles de partage et d'aide les uns envers les autres.

Malgré leurs souffrances respectives qu'ils ont partagées sans retenue, ces témoignages ont été empreints de respect, d'ouverture et de gratitude pour le travail effectué durant cette enquête. C'est une leçon d'humilité et d'humanité pour nous tous. Il faut apprendre du décès de M. André pour qu'il ne soit pas en vain et pour citer le philosophe et sociologue Edgar Morin : « Il faut retenir qu'à force de sacrifier l'essentiel pour l'urgence, on oublie l'urgence de l'essentiel ».

RECOMMANDATIONS

J'ai identifié cinq thèmes pour solidifier le filet de sécurité nécessaire pour aider les personnes en situation d'itinérance comme M. André à reprendre la place qui leur revient dans notre société :

- **L'importance d'assurer un suivi centralisé pour la population itinérante qui consulte dans différents établissements du réseau de la santé;**
- **La nécessité de développer des lieux qui permettent d'accueillir une clientèle en état d'intoxication et avec une problématique de lésion cérébrale acquise;**
- **L'importance de la sécurisation culturelle au cœur des initiatives pour venir en aide aux personnes en situation d'itinérance;**
- **L'importance de prendre en compte les besoins particuliers des personnes vulnérables et en situation d'itinérance lors de décisions en contexte d'urgence et plus particulièrement en contexte d'urgence sanitaire;**
- **La nécessité d'assurer un financement permanent pour les ressources qui offrent de l'hébergement d'urgence.**

Mes recommandations qui suivent s'articulent donc autour de ces thèmes.

En vertu de l'article 3 de la *Loi sur les coroners*¹³⁴, le coroner peut faire, à l'occasion d'une investigation ou d'une enquête publique, toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Il est important de mentionner qu'une recommandation doit avoir un lien direct avec les circonstances du décès. Elle doit aussi être spécifique, pratique et réalisable. Elle vise à améliorer une situation existante afin d'éviter dans l'avenir un problème similaire tel qu'identifié dans un dossier de coroner.

L'enquête publique a été nécessaire ici et m'a permis, avec l'aide des témoins entendus, d'aller en détail et en profondeur dans l'identification des problématiques sur le terrain concernant l'accessibilité et la continuité des soins et des services pour M. André jusque dans les derniers moments de sa vie. Il m'aurait été impossible d'effectuer ce travail dans le cadre d'une investigation.

Les personnes intéressées suivantes m'ont soumis différentes recommandations sous forme de représentations écrites qui ont alimenté mes réflexions et je les remercie :

- La DRSPM;
- La Ville de Montréal et le SPVM;
- La CSSSPNQL;
- La Fraternité des policiers et policières de Montréal.

¹³⁴ C-68.01, LRQ.

Je recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec, conjointement :

- [R-1] Déploient un système de gestion de l'information en itinérance en suscitant l'adhésion des organismes communautaires des différentes régions du Québec concernés par la problématique afin de permettre un accès coordonné aux services en itinérance;
- [R-2] Développent la fonction de gestionnaire de cas ou d'intervenant pivot en itinérance dans tous les CISSS et CIUSSS responsables de la coordination régionale intersectorielle en itinérance;
- [R-3] Soutiennent la bonification des réseaux pair-aidants existants au sein du réseau de la santé pour intégrer les besoins des personnes en situation d'itinérance en suscitant l'adhésion des organismes communautaires des différentes régions du Québec concernés par cette problématique;
- [R-4] Déploient des ressources dédiées aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, vivant avec une problématique mixte, y compris les lésions cérébrales acquises, dans toutes les régions du Québec, en suscitant l'adhésion des organismes communautaires concernés par cette problématique;
- [R-5] Développent, dans les meilleurs délais, des plans de préparation et de réponses aux urgences sanitaires qui intègrent un volet concernant les personnes en situation d'itinérance et qui définissent clairement le rôle et les responsabilités des différentes instances;
- [R-6] Instaurent, dans les meilleurs délais, des mécanismes d'évaluation de la proportionnalité des mesures populationnelles imposées en temps d'urgence sanitaire par rapport aux risques encourus afin de mitiger les impacts collatéraux affectant les personnes en situation d'itinérance;
- [R-7] Assurent des ressources suffisantes en santé publique dédiées à soutenir la prévention des maladies infectieuses dans les milieux d'hébergement d'urgence pour les personnes en situation d'itinérance ainsi que la préparation et la réponse de ces milieux en contexte d'éclosion ou d'urgence sanitaire.

Je recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec, conjointement et en application avec la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* :

- [R-8] Bonifient le soutien actuellement offert dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui sont en contact avec les personnes en situation d'itinérance issues des Premières Nations et des Inuit adapté à leur réalité;
- [R-9] Mettent en place, en milieu urbain, de ressources de réhabilitation spécialisées pour les personnes en situation d'itinérance issues des Premières Nations et des Inuit qui désirent cesser leur consommation, en co-construction avec les partenaires autochtones concernés par la problématique;
- [R-10] Établissent un échéancier pour l'élaboration des programmes de formation continue obligatoires pour les professionnels et le personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que pour la vérification des acquis;

- [R-11] Intègrent les pratiques de guérison autochtones dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux soutenir les personnes en situation d'itinérance issues des Premières Nations et des Inuit, dans les régions où de telles pratiques pourraient être appropriées;
- [R-12] Voient à l'élaboration d'une directive à l'intention des établissements de santé et de services sociaux en milieu urbain afin d'établir des corridors de services et des protocoles de communication clairs avec les centres de santé des communautés autochtones.

Je recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- [R-13] Entame les démarches, dans les plus brefs délais, afin que les services d'hébergement d'urgence n'opèrent pas selon des cycles saisonniers, mais de façon continue et permanente, pour assurer une stabilisation de fréquentation des usagers et une rétention de la main-d'œuvre.

Je recommande que Santé Québec :

- [R-14] Veille au déploiement du Dossier santé numérique afin de faciliter la communication interétablissements pour une prise en charge centralisée des usagers qui consultent dans différents établissements du réseau de la santé;
- [R-15] Assure la formation des intervenants des organismes communautaires qui offrent de l'hébergement d'urgence sur la reconnaissance des signes qui affectent la capacité des personnes à préserver leur sécurité dans des contextes d'intoxication et qui nécessitent un accompagnement particulier ou une intervention intensive;
- [R-16] Identifie clairement où sont dispensés des services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage dans les différents CISSS et CIUSSS de toutes les régions du Québec et en informe clairement les partenaires qui assurent un accompagnement de personnes intoxiquées, tels les corps de police et les services préhospitaliers;
- [R-17] Évalue l'impact de la présence de la ressource Urgence-dépendance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dans le continuum de services de gestion de l'intoxication et du sevrage pour la population aux prises avec un problème de dépendance et détermine si d'autres ressources similaires sont nécessaires dans d'autres secteurs de l'île de Montréal;
- [R-18] Évalue l'exportabilité d'une ressource comme Urgence-dépendance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dans toutes les régions du Québec pour assurer l'accès à des services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage harmonisés qui répondent aux besoins des usagers vivant avec une problématique de dépendance;
- [R-19] Forme les intervenants du réseau de la santé à l'importance de documenter adéquatement les personnes ayant subi des lésions cérébrales acquises significatives pour une meilleure évaluation et une meilleure orientation vers les ressources du réseau de la santé et des services sociaux.

Je recommande que le ministère de la Sécurité publique :

[R-20] Accorde à la Ville de Montréal le financement requis pour assurer la pérennisation de l'équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (EMMIS).

Je recommande que la Ville de Montréal :

[R-21] Dédie les sommes allouées par le ministère de la Sécurité publique à la pérennisation de l'équipe mobile en médiation et intervention sociale (EMMIS), afin d'assurer les interventions adéquates pour toute situation impliquant des vulnérabilités sociales dans l'espace public qui ne requièrent par la présence des policiers.

Je recommande que le ministère des Finances :

[R-22] Accorde au ministère de la Santé et des Services sociaux le financement requis pour assurer la continuité de l'offre de services d'hébergement d'urgence et élimine toute notion de saisonnalité afin de permettre une stabilisation de fréquentation des usagers et une rétention de la main-d'œuvre;

[R-23] Accorde au ministère de la Sécurité publique le financement requis pour assurer la pérennisation de l'équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (EMMIS) de la Ville de Montréal.

Montréal, le 4 mai 2025.



Me Stéphanie Gamache, coroner

ANNEXE I

PROCÉDURE

Le 31 janvier 2023, la coroner en chef de l'époque, Me Pascale Descary, ordonne une enquête publique concernant le décès de M. Raphael André.

Le 7 juillet 2023, j'ai été mandaté afin de présider la présente enquête publique.

Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande, soit :

- Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, représenté par Me Luc de la Sablonnière et Me Anne-Julie Champagne (Morency Société d'Avocats,);
- Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, représenté par Me Andréa Ruel et Me Jeanne Lyonnais-St-Martin (Bélanger Longtin s.e.n.c.r.l.);
- Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), représenté par Me Marie-Ève Martineau et Me Mélanie Champagne (Champagne cabinet en droit de la santé);
- Les docteurs Julie St-Cyr Bourque et Anne-Sophie Thommeret-Carrière, représentées par Me Emmy Serikawa et Me Véronique Roy (McCarthy Tétrault s.e.n.c.r.l., s.r.l.);
- La Ville de Montréal et le SPVM, représentés par Me Jean-Nicolas Loiseau et Me Julie Fortier (Ville de Montréal, Service des affaires juridiques).
- Le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), représenté par sa directrice, Mme Annie Savage (pour le volet recommandations);
- La CSSSPNQL, représentée par Dr Stanley Vollant (pour le volet recommandations).

J'ai été assistée tout au long de la préparation et de la tenue de l'enquête publique par Me Émilie Fay-Carlos, procureure aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.

Les audiences se sont déroulées du 13 au 24 mai et du 3 au 10 juin 2024 au point de service du palais de justice de Longueuil.

J'ai entendu 51 témoins et 91 pièces ont été produites. Les pièces sont publiques, sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la *Loi sur les coroners* (précédées d'un astérisque dans la liste des pièces à l'Annexe II).

Finalement, à titre de rappel, j'ai émis les ordonnances suivantes :

- Pour toutes les pièces visées par un astérisque, j'ai rendu une ordonnance de non-publication et de non-divulgence, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans;
- J'ai rendu une ordonnance visant l'interdiction de prendre des photographies, des captures d'écran, de procéder à un enregistrement audio et/ou vidéo et de diffuser en direct ou en différé l'audience;

- J'ai rendu une ordonnance de non-publication et de non-diffusion des noms et des prénoms des intervenants et membres du personnel soignant qui sont venus témoigner, et qui n'exercent aucune fonction de gestion, à l'exception des médecins, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans;
- J'ai rendu une ordonnance de non-publication et de non-diffusion en lien avec les conditions médicales dont M. Raphael André souffrait et qui ont été abordées dans le cadre de l'enquête, mais qui ne sont pas en lien avec son décès, laquelle ordonnance sera également valide pour une durée de 100 ans.

ANNEXE II
LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
<u>C-1</u>	Ordonnance d'enquête – 2023-01-31
<u>C-2</u>	Ordonnance d'un nouveau coroner – 2023-07-07
<u>C-3</u>	Ordonnance d'un procureur – 2023-07-07
<u>C-4</u>	Ordonnance d'un nouveau procureur – 2024-02-05
<u>C-5</u>	Constat de décès
<u>C-6*</u>	Rapport d'autopsie – 2021-01-21
<u>C-7*</u>	Rapport toxicologique – 2021-02-26
<u>C-8*</u>	Dossier clinique du CHUM – 2019
<u>C-8.1*</u>	Dossier clinique du CHUM – 2020
<u>C-8.1A*</u>	Engagement 14 - Attestation de présence en CIVC
<u>C-8.2*</u>	Dossier clinique du CHUM – 2021
<u>C-8.3*</u>	Dossier clinique du CHUM – Autres documents
<u>C-8.4*</u>	Dossier clinique du CHUM – Résultats
<u>C-8.5*</u>	Dossier clinique du CHUM – Réévaluation
<u>C-8.6*</u>	Plan de l'urgence et phases de contingences
<u>C-9*</u>	Dossier clinique Hôpital Notre-Dame - 2020
<u>C-9.1*</u>	Dossier clinique Hôpital Notre-Dame - 2019
<u>C-9.2*</u>	Extrait - Dossier clinique Hôpital Notre-Dame - Notes travailleuse sociale, psychologue et ergothérapeute et sommaires d'hospitalisation - 2019-04-18 au 2023-02-17
<u>C-9.3*</u>	Engagement 2 - Résultat - Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
<u>C-9.4*</u>	Dossier clinique - Centre de réadaptation en dépendance de Montréal
<u>C-10*</u>	Dossier clinique de l'Hébergement l'Envol
<u>C-11*</u>	Dossier clinique de l'Hôpital général de Montréal

Cote	Description
<u>C-12*</u>	Dossier clinique du CLSC Metro
<u>C-12.1*</u>	Engagement 11 - Dates de l'épisode de service de Napa Raphael, auprès de l'Équipe Connexion
<u>C-13*</u>	Dossier clinique CLSC Faubourg
<u>C-13.1</u>	Aide-Mémoire - Références - Équipe Itinérance et Jeune de la rue
<u>C-13.2</u>	Aide-Mémoire - Ressources - Équipe Itinérance et Jeune de la rue
<u>C-13.3*</u>	Engagement 10 - Information relativement aux suivis par l'Équipe Itinérance.
<u>C-13.3A*</u>	Engagement 10 - Précisions relativement aux suivis par l'Équipe Itinérance.
<u>C-13.4*</u>	Dossier clinique - Médecins du Monde
<u>C-14*</u>	RAMQ – Services médicaux assurés
<u>C-15*</u>	RAMQ – Services pharmaceutiques assurés
<u>C-16</u>	Croquis des lieux – 2021-01-17
<u>C-16.1*</u>	Photos de la scène – 2021-01-17
<u>C-17*</u>	Déclaration Ian Stoliarov – 2021-01-17
<u>C-18*</u>	Déclaration Lizzie Akpahatak – 2021-01-17
<u>C-19</u>	Données climatiques historiques Environnement Canada – 2021-01-16 et 2021-01-17
<u>C-20</u>	Fiches RAO
<u>C-20.1*</u>	Appel 911
<u>C-21*</u>	Déclaration IS* – intervenante Open Door – 2021-01-17
<u>C-22*</u>	Déclaration audio Ali Ghanbari – employé dépanneur – 2021-01-20
<u>C-22.1</u>	Registre entrevu audio Ali Ghanbari – employé dépanneur – 2021-01-20
<u>C-23*</u>	Vidéo départ extérieur du CHUM – 2021-02-16
<u>C-24*</u>	Déclaration audio Jonathan Lebire – PAQ2 – 2024-03-19
<u>C-24.1</u>	Registre d'entrevue audio Jonathan Lebire – PAQ2 – 2024-03-19
<u>C-25</u>	Déclaration audio John Tessier – Coordonnateur Open Door – 2022-10-27
<u>C-25.1</u>	Précis des faits – Déclaration audio John Tessier – Coordonnateur Open Door –

Cote	Description
	2022-09-27
<u>C-26</u>	Liste des dossiers au plunitif
<u>C-27*</u>	Antécédents Centre de renseignements policiers du Québec
<u>C-28</u>	Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018
<u>C-29</u>	Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès – Rapport final - Appels à l'action n ^{os} 90 et 99
<u>C-30</u>	Organigrammes ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-30.1</u>	Présentation de Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois - Directrice des services en dépendance et en itinérance - ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-31</u>	Politique nationale de lutte à l'itinérance 2014 – Ensemble pour éviter la rue et en sortir – ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-32</u>	Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance – ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-33</u>	Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance – ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-33.1</u>	Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – Tableau synoptique – ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-34</u>	Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir – ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>C-34.1</u>	Engagement 4.1 - CIUSSS du Centre-Sud - Fiches de suivi - Plan d'action interministériel en itinérance
<u>C-34.2</u>	Engagement 4.2 - CIUSSS du Centre-Ouest - Performance de l'implantation de la stratégie d'accès
<u>C-34.3</u>	Engagement 4.3 - CHUM - Entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020 et 2021-2022
<u>C-35</u>	Organigramme – Secrétariat aux Relations avec les Premières Nations et les Inuit
<u>C-35.1</u>	Présentation - Rôles et responsabilités du Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit en matière d'itinérance

Cote	Description
<u>C-36</u>	Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2017-2022 – Feuillet axe 1 – Secrétariat aux Relations avec les Premières Nations et les Inuit
<u>C-36.1</u>	Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2017-2022 – Feuillet axe 4 – Secrétariat aux Relations avec les Premières Nations et les Inuit
<u>C-37</u>	Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022 – Secrétariat aux Relations avec les Premières Nations et les Inuit
<u>C-38</u>	Organigrammes du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-39</u>	Schéma continuum adulte Guichet d'accès en Santé Mentale Adulte – CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-39.1</u>	Aide-Mémoire - Référence d'un client vers les programmes Santé mentale et Dépendance du CIUSSS - Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)
<u>C-39.2</u>	Trajectoire des transferts des usagers d'Open Door/Hôtel Chrome vers une zone rouge
<u>C-39.3</u>	Trajectoire des transferts de personnes en situation d'itinérance vers une zone rouge
<u>C-39.4</u>	Trajectoire personne en situation d'itinérance en contexte de COVID-19 en provenance de tous les milieux
<u>C-40</u>	Cadre de référence : Équipe Connexion – Une équipe de première ligne en itinérance – CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-40.1</u>	Engagement 16 - Courriel de réponse - Date à laquelle l'équipe itinérante a été constituée et son mandat spécifique
<u>C-41</u>	13 recommandations adressées à Open Door en lien avec la gestion de la COVID-19 – CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-42</u>	PowerPoint – Formation pour itinérance COVID-19 – La brigade Santé publique du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal dont a bénéficié Open Door
<u>C-43</u>	Organigrammes - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-43.1</u>	Structure de gouvernance - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-43.2</u>	Plan d'organisation - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-43.3</u>	Engagement 17 - Plan d'action intersectoriel en itinérance de la région de Montréal 2015-2020

Cote	Description
C-44	Schéma résumé de l'organisation des soins offerts à M. André — CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal <i>Ne sera pas déposé</i>
<u>C-45</u>	Documentation – Service régional d'itinérance – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-45.1</u>	Plan de transition en itinérance - COVID – mise à jour des services d'hébergement temporaires
<u>C-45.2</u>	État de situation - Services d'hébergement d'urgence (SHU) et sites non traditionnels pour les personnes en situation d'itinérance (PSI) à Montréal et campement de la rue Notre-Dame - 15 décembre 2020
<u>C-45.3</u>	État de situation - Services d'hébergement d'urgence (SHU) et sites non traditionnels pour les personnes en situation d'itinérance (PSI) à Montréal et campement de la rue Notre-Dame - 24 décembre 2020
<u>C-45.4</u>	État de situation - Services d'hébergement d'urgence (SHU) et sites non traditionnels pour les personnes en situation d'itinérance (PSI) à Montréal et campement de la rue Notre-Dame - 5 janvier 2021
C-45.5	Engagement 9 - Courriel du 24 mai 2024 en réponse à l'engagement
C-46	Documentation – Direction des programmes en santé mentale et dépendance – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal <i>Non avenue (voir les pièces C-46.1 et ss.)</i>
<u>C-46.1</u>	Le point sur les services en santé autochtone - Octobre 2020 – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-46.2</u>	Continuum populations vulnérables et intervention de crise - Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD)
<u>C-46.3</u>	Offre de services en dépendance - DPSMD - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Janvier 2021
<u>C-46.4</u>	Service des Toxicomanies et Médecine Urbaine - Hôpital Notre-Dame - Offre de services
C-46.5	Engagement 5 - Rapport du projet « Révision du mandat des équipes de liaison spécialisées en dépendances à l'urgence »
<u>C-47</u>	Plan de réponse à la pandémie Covid 19 – Direction régionale de santé publique de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-47.1</u>	Enquête épidémiologique - contrôle de la COVID-19 - Personnes en situation d'itinérance de Montréal
<u>C-47.2</u>	COVID-19 dans le milieu de l'itinérance à Montréal – État des lieux et plan régional de prévention et de contrôle de la situation

Cote	Description
<u>C-47.3</u>	Regard sur la pandémie de la COVID-19 à Montréal : Pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires - Direction régionale de santé publique de Montréal
C-47.4	Engagement 7 - Courriel de la DRSP au RSI concernant les mesures à prendre pour les Halte-Chaleurs - 2021-01-14
C-47.5	Direction régionale de santé publique de Montréal - Enjeux relatifs à l'imposition du couvre-feu pour certaines populations vulnérables à Montréal - Courriel du 2021-01-07
<u>C-48*</u>	Déclaration sous serment LM* – Travailleuse sociale au STMU – 2024-04-17
<u>C-49*</u>	Déclaration GL* – Travailleur social au CIVC – 2024-04-25
<u>C-50</u>	Aide-mémoire - Départ sécuritaire de l'urgence - CHUM
C-50.1	Engagement 3 - Entente d'objectifs et de moyens (EOM) entre le département de médecine d'urgence et le service de médecine des toxicomanies
C-51	Engagement 13 - Définition du travail social au CHUM
C-51.1	Engagement 19 - Corridor de service entre le CHUM et Médecins du monde
<u>C-52*</u>	Déclaration Eric Latimer – Open Door – 2024-03-13
<u>C-53*</u>	Déclaration audio Ruth Bresnen – Open Door – 2024-03-22
<u>C-53.1</u>	Registre entrevue audio – Ruth Bresnen – Open Door – 2024-03-22
C-53.2	Engagement 15 - Courriel du 19 janvier 2021 concernant la navette devant passer à Open Door
<u>C-54</u>	Guide pratique d'aménagement physique en contexte de la COVID-19 - À l'intention des ressources communautaires pour personnes vivant en situation d'itinérance
<u>C-54.1</u>	Procédure de transport par taxi pour personnes symptomatiques en situation d'itinérance pour le dépistage de la COVID-19
<u>C-55*</u>	Déclaration audio Mélodie Racine – Open Door – 2024-03-20
<u>C-55.1</u>	Registre entrevue audio – Mélodie Racine – Open Door – 2024-03-20
<u>C-56</u>	Document Présentation des besoins de soutien financier pour un projet de mesure hivernale

<u>C-56.1</u>	Engagement 8 - Avis de la DRSP du 12 janvier 2021 - Recommandation de réouverture d'Open Door.
C-56.2	Courriel du 19 janvier 2021 - Demande ministérielle - Réouverture d'Open Door
C-56.3	Chronologie Open Door 2020-2021
C-57	Description - Service de la diversité et de l'inclusion sociale - Ville de Montréal
<u>C-58</u>	Plan d'action montréalais en itinérance 2018-2020
<u>C-59</u>	Plan concerté montréalais en itinérance 2021-2026
C-60	Cartographie des services en intoxication Non avenue
C-61	Engagement 6 - Cartographie du continuum en hébergement et logement
<u>C-62</u>	Rapport détaillé sur l'état d'urgence local déclaré pour l'agglomération de Montréal dans le cadre de la pandémie de la COVID-19
C-62.1	Engagement 1 - Installation et entretien de la toilette chimique
<u>C-63</u>	Présentation Ligne du temps – Personne en situation d'itinérance – Ville de Montréal
<u>C-64</u>	Présentation - Ville de Montréal - Service de la diversité et de l'inclusion sociale - Gouvernance en itinérance (sous embargo jusqu'au témoignage)
<u>C-64.1</u>	Ville de Montréal - Équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (EMMIS) - Bilan du déploiement 2021-2022
<u>C-64.2</u>	Ville de Montréal - Équipe mobile de médiation et d'intervention sociale (EMMIS) – Dépliant
<u>C-65</u>	Organigrammes - Service de police de la Ville de Montréal
<u>C-66</u>	Communiqué - Service de police de la Ville de Montréal - Itinérance : Intervenir en période de froid intense
<u>C-66.1</u>	Présentation - Service de police de la Ville de Montréal - Équipes de soutien pour les problématiques de cohabitation sociale, de sécurité urbaine et pour intervenir auprès des populations vulnérables
<u>C-66.2</u>	Résumé - Équipes mixtes - Intervention dans le milieu
<u>C-67</u>	Courriel de Mme Martine Dubuc - Interventions auprès des PSI durant le couvre-feu – 2021-01-09
<u>C-67.1</u>	Courriel de M. Marc Lauzon - Interventions auprès des PSI durant le couvre-feu – 2021-01-09
<u>C-68</u>	Copie du mandat d'amener devant le percepteur des amendes (11 mars 2020 pour une infraction de consommation de boissons alcooliques sur le domaine

	public, jugement rendu le 2019-09-16)
<u>C-69</u>	Copie du constat d'infraction n° 320622993 (11 septembre 2020 pour une infraction d'avoir été trouvé gisant ivre sur la voie publique)
<u>C-70</u>	Plumitif 500-01-211938-201
<u>C-70.1</u>	Promesse de comparaître – 2021-01-20
<u>C-70.2</u>	Mandat d'arrestation
<u>C-71*</u>	Rapport d'incident – Assistance Urgence-santé pour une personne malade le 2020-12-29
<u>C-71.1</u>	Appel RAO #SPVM21011103563
<u>C-71.2</u>	Courriel Catherine Toulet - Mise à jour des ressources pour personnes en situation d'itinérances - 2021-02-02
<u>C-72</u>	Pièce P-1 – Décret n° 2-2021 du 8 janvier 2021
<u>C-73</u>	Plumitif dossier n° 500-17-115347-216
<u>C-73.1</u>	Demande en contrôle judiciaire (déclaration d'invalidité) et sursis provisoire et pièces P-2 à P-7 à son soutien (pièces au soutien des affidavits omises)
<u>C-73.2</u>	Clinique juridique itinérante c. Procureur général du Québec, 2021 QCCS 182
<u>C-74</u>	Déclaration médiatique de Sylvain Caron, ancien directeur du SPVM, concernant le couvre-feu et les personnes en situation d'itinérance itinérantes.
<u>C-75</u>	Guide des bonnes pratiques en itinérance – Complément d'information sur les personnes des Premières Nations et des Inuit – Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
<u>C-75.1</u>	Fiche : Personnes des Premières Nations et des Inuit – Accompagner les personnes des Premières Nations et des Inuit en situation d'itinérance – Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
<u>C-75.2</u>	Fiche : Comprendre et agir auprès de personnes dont les comportements dérangeant – Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
<u>C-75.3</u>	Fiche : Concomitance – Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté

<u>C-75.4</u>	Fiche : Relais lors d'un passage en hébergement – Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
<u>C-75.5</u>	Fiche : Centre hospitalier (respect des droits, réponse aux besoins et assurer le relais lors du congé) – Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
C-75.6	Fiche : Guide des bonnes pratiques en itinérance - Personne ayant une déficience physique
C-75.7	Fiche : Outil d'aide à l'exploration de l'instabilité résidentielle
C-75.8	Guide IRIS - Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instable et à risque
<u>C-76</u>	Services de consommation d'alcool supervisée (Wet service) - Direction des programmes en santé mentale et dépendance
<u>C-76.1</u>	Programme de gestion d'alcool en milieu communautaire - Présentation du modèle clinique proposé - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
<u>C-76.2</u>	Programme de gestion d'alcool en milieu communautaire - Fiche Usager - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
C-77	CHUM - Ligne du temps - Vers des soins et services sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit
C-77.1	Projets Autochtones du Québec (PAQ) - An Integrated Care Model Across A Community-Based Managed Alcohol Program And Hospital-Based Addiction Services
C-77.2	Présentations PAQ-CHUM - Développer une offre de soins holistiques et culturellement sécurisante pour la communauté autochtone à Montréal
C-78*	Déclaration Alexandra Ambroise 2024-04-23
C-79	Déclaration Ann Lalumière - Plein Milieu - 2024-05-28
C-80	Déclaration - Nathalie Julien - Projets Autochtones du Québec (PAQ)
C-81	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) - Document de réflexion
C-82	Ministère de la Santé et des Services sociaux - Manuel d'application du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance
C-82.1	Niveau de désintoxication : Évaluation par les intervenants psychosociaux (2001, révision 2021)
C-82.2	Niveau de désintoxication : Évaluation par les intervenants psychosociaux

	(2024)
C-82.3	Grille de calcul pour faciliter la conversion lors de l'évaluation NID-EP
C-83	Habiter l'espace public - Présentation de Carolyne Grimard et Caroline Leblanc
C-84	Présentation - Carolina Bottari et Laurence Roy - Lésions cérébrales acquises et itinérance : survol de la problématique
C-85	Représentations - CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-85.1	Précisions - CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-86	Représentations - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
C-87	Représentations - Direction régionale de santé publique (DRSP)
C-88	Représentations - Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
C-88.1	Réplique - Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
C-89	Représentations - Dres Stéphanie Mari-Anka Marsan, Marie-Ève Blain-Juste, Julie St-Cyr Bourque et Anne-Sophie Thommeret-Carrière
C-90	Représentations - Ville de Montréal et le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)
C-91	Représentations - Fraternité des policiers et policières de Montréal (FPPM)

ANNEXE III

ACRONYMES

CHSLD :	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIM-10 :	Classification internationale des maladies
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
CREMIS :	Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales
CSSSPNQL :	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DPSMD :	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DSGPU :	Direction des services généraux et partenariats urbains
ECCR :	Équipe de concertation communautaire et de rapprochement
EOM :	Entente d'objectifs et de moyens
EMMIS :	Équipe mobile de médiation et d'intervention sociale
FPPM :	Fraternité des policiers et policières de Montréal
GASMA :	Guichet d'accès en santé mentale adulte
IRIS :	Identification des situations résidentielles instables et à risque
LCA :	Lésion cérébrale acquise
MoCa :	Montréal Cognitive Assessment
PAQ :	Projets Autochtones du Québec
PSI :	Personne en situation d'itinérance
RAPSIM :	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
SHU :	Services d'hébergement d'urgence
SPVM :	Service de police de la Ville de Montréal
SRPNI :	Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit
TCC :	Traumatisme craniocérébral