



# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

[REDACTED]

2024-06780

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Julie-Kim Godin  
Coroner

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2024-09-05 Date de l'avis	2024-06780 N° de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
18 ans Âge	Masculin Sexe	
Sainte-Marthe-sur-le-Lac Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2024-09-04 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Voie publique Lieu du décès		

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

██████████ a été identifié à l'aide d'une pièce d'identité comportant une photographie.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 4 septembre 2024, en soirée, ██████ a pénétré dans un immeuble en construction de plusieurs étages non habité, situé à Montréal. Il s'est rendu sur le toit et s'est projeté dans le vide vers 23 h 43.

Des témoins qui circulaient sur la rue ont immédiatement avisé la centrale 9-1-1 qu'un jeune homme était tombé sur la voie publique et était inconscient. L'un d'eux a aussitôt débuté des manœuvres de réanimation.

Vers 23 h 44, des policiers et des techniciens ambulanciers paramédics sont arrivés. Ils ont constaté que ██████ était en arrêt cardiorespiratoire et qu'il présentait une activité électrique sans pouls ainsi qu'un polytraumatisme. Il portait un sac à dos contenant des lettres d'adieu et une pièce d'identité.

Les secours ont poursuivi les manœuvres de réanimation et ont avisé l'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) de leur arrivée imminente.

██████ a ainsi été transporté par ambulance au CHUM, où il a aussitôt été pris en charge par l'équipe de soins qui l'a intubé et a poursuivi les manœuvres de réanimation jusqu'à 0 h 14.

En dépit des soins reçus, aucun signe vital n'a été retrouvé et son décès a été constaté par un médecin du CHUM.

## EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été pratiqué le 5 septembre 2024 à la morgue de Montréal. Il a permis de relever la présence de multiples fractures au haut et au bas du corps, compatibles à une chute d'une hauteur importante.

Des liquides biologiques ont été prélevés et analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses ont démontré la présence de tétrahydrocannabinol et d'éthanol (alcool) dans le sang, à une concentration de 50 mg/dL (à titre de référence, la limite légale pour la conduite d'un véhicule à moteur est de moins de 80 mg/dL).

## AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE

Une autopsie psychologique *post mortem* a été réalisée par le Groupe McGill d'études sur le suicide dans le but d'établir un portrait du profil psychologique de [REDACTED] et de mieux comprendre les circonstances entourant son décès. Cette autopsie repose essentiellement sur les renseignements recensés lors d'une entrevue avec ses parents.

Selon l'information recueillie, [REDACTED] souffrait des symptômes suivants dans la période précédant son décès :

- Une humeur dépressive, la majeure partie de la journée, presque chaque jour ;
- Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans toutes, ou presque, les activités habituelles, presque toute la journée, presque chaque jour ;
- Une insomnie, presque chaque jour ;
- Une diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer chaque jour ;
- Des pensées récurrentes sur la mort (incluant une tentative de suicide et un suicide complété).

Selon le rapport d'autopsie psychologique, ces symptômes sont compatibles avec un diagnostic de dépression majeure.

## ANALYSE

### a. Remarques préliminaires

Il importe de mentionner qu'il n'est pas dans le mandat du coroner d'évaluer les gestes professionnels, la qualité des soins et des services prodigués ou la compétence des intervenants impliqués. D'ailleurs, la *Loi sur les coroners* interdit aux coroners de se prononcer sur la responsabilité civile, déontologique ou criminelle d'une personne. 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.

Ainsi, la présente investigation n'a nullement pour objectif de se prononcer sur la responsabilité d'une personne ni de rechercher des coupables. Mon rôle est plutôt de mettre en lumière les causes et circonstances du décès de ce jeune et de formuler, au besoin, des recommandations en vue d'une meilleure protection de la vie humaine.

### b. Portrait de [REDACTED]

■■■■■ est originaire de la Guadeloupe. Ses parents biologiques se sont séparés. Il a ensuite vécu avec sa mère et son beau-père à partir de l'âge d'environ quatre ans.

Il est ensuite arrivé au Québec avec sa mère et son beau-père vers l'âge de 5 ou 6 ans.

Selon l'information recueillie, ■■■■■ était un enfant sportif, intelligent et sensible. Il avait beaucoup d'énergie et plusieurs passe-temps. À l'adolescence, il s'adonnait à l'exploration urbaine et à la photographie. Il était aussi passionné par l'informatique, l'animation 3D et la modélisation.

■■■■■ a rapporté avoir été exposé à des expériences négatives au cours de son enfance. À partir de l'adolescence, il a présenté des troubles de comportement et des idées noires, qui ne l'ont probablement jamais réellement quittées. Il a aussi interrompu temporairement ses études lorsqu'il était en secondaire 4, avant de reprendre progressivement son parcours dans une école pour adultes.

Il n'avait pas de dépendance connue, mais depuis son adolescence, il passait plusieurs heures par jour à jouer à des jeux vidéo ou à l'ordinateur. Il consommait à l'occasion de l'alcool et du cannabis.

Il avait un médecin de famille et a été en contact avec plusieurs professionnels de la santé. Nous approfondirons l'évolution de son état mental et son suivi dans une prochaine section.

Au moment de son décès, ■■■■■ avait récemment célébré ses 18 ans et résidait avec sa mère, son beau-père et sa fratrie. Il était l'aîné de la famille.

Bien qu'il ait traversé des périodes plus difficiles, ■■■■■ a toujours pu compter sur la présence, l'amour, la bienveillance et le soutien de sa mère, son beau-père de même que de son cercle d'amis.

### ***c. Analyse de son historique médical et psychosocial***

Sur le plan médical, ■■■■■ a subi un traumatisme crânien léger en milieu scolaire à l'âge de 11 ans. Il avait été traité au CHU Sainte-Justine. Par la suite, il a subi quelques commotions cérébrales en jouant pour l'équipe de football de son école secondaire.

À l'été 2018, alors qu'il avait 12 ans, il aurait traversé des événements dans sa vie personnelle et familiale, qui l'auraient changé.

Dans la période qui a suivi, ses proches ont constaté des problèmes émergents de comportement et de gestion des émotions.

Vers 2020, ■■■■■ a rapporté subir de la cyberintimidation et de l'intimidation à l'école. Au cours de cette période, il aurait commencé à éprouver des idées noires, des problèmes de sommeil et une diminution de l'appétit.

Il a consulté une psychoéducatrice en milieu scolaire et une psychologue. Il voyait également un médecin de famille, qui l'a référé pour une consultation en psychiatrie en 2021. Toutefois, celle-ci ne semble pas avoir mené à une consultation ou une prise en charge.

Le 17 février 2021, ses enjeux de gestion des émotions ont escaladé, menant à une intervention policière. Il a été transporté par des policiers à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache en raison d'un état mental perturbé et de propos suicidaires. Il a collaboré avec les intervenants et s'est montré ouvert à rencontrer un médecin afin de trouver une solution à ses difficultés.

Il a été placé sur une civière à l'urgence et a été évalué par un médecin, puis une psychiatre. Cette dernière a retenu une hypothèse diagnostique de trouble dépressif à confirmer ou de traits de personnalité en installation. Elle a jugé qu'aucune pharmacothérapie n'était indiquée à ce stade.

Avant de lui accorder son congé, la psychiatre a rencontré la mère de [REDACTED]. Elle les a référés au Guichet d'accès en santé mentale jeunesse (GASMJ) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides pour un suivi par une équipe de crise. Une demande écrite, accompagnée des notes médicales et infirmières, a été faxée au GASMJ à cet effet.

Toutefois, aucun contact n'a été établi entre le GASMJ (ou l'équipe de crise) et [REDACTED] avant son départ de l'hôpital pour arrimer les soins et services nécessaires à un congé sécuritaire ni aucun suivi psychiatrique n'a été prévu.

Qui allait assurer l'évaluation, la prise en charge et le suivi du possible trouble dépressif et des traits de personnalité en développement?

Pourquoi ne pas avoir mis en place le suivi de crise immédiatement pour assurer la sécurité du jeune et soutenir ses parents, surtout que c'est ce qui est généralement recommandé de faire ?

En février 2021, la demande adressée au GASMJ a été évaluée par une travailleuse sociale. Cette dernière a eu un échange téléphonique avec [REDACTED] et sa mère, au terme duquel elle a noté ses difficultés ainsi que la présence de pensées suicidaires passives depuis près d'un an, sans planification. Elle a toutefois jugé que les critères d'accès aux services de crise n'étaient pas remplis et a refusé la demande. Elle a plutôt orienté [REDACTED] vers l'équipe de jeunes en difficulté.

Ainsi, [REDACTED] n'a pas eu accès à des services de crise, de suivi étroit ou en santé mentale pour le soutenir et assurer un retour à la maison sécuritaire. Ainsi, le filet de sécurité prescrit par le psychiatre n'a vraisemblablement pas été déployé.

Si une jeune qui a été amené par des policiers à l'urgence en raison de ses troubles de comportements et de ses idées suicidaires ne peut avoir accès aux services de crise prescrits par une psychiatre au moment de son congé, qui peut réellement y avoir accès?

Il importe aussi de préciser que dans le secteur de [REDACTED] c'est le CISSS des Laurentides qui offre exclusivement les services de crise aux personnes en difficulté et non un organisme communautaire.

En avril 2021, [REDACTED] n'allait visiblement pas mieux. Une psychoéducatrice de son école a acheminé une demande écrite de services au GASMJ notamment car [REDACTED] présentait des idées suicidaires. Elle a également appelé le GASMJ pour leur fournir des informations additionnelles. Le GASMJ l'a orientée vers Info-Sociale (811).

En mai 2021, un travailleur social a finalement été assigné à [REDACTED]. Toutefois, après trois rencontres, le suivi a été clos. Le travailleur social a noté au dossier que [REDACTED] et sa famille n'avaient pas identifié de besoins ou d'objectifs.

À qui revenait la responsabilité d'identifier les enjeux, les besoins et le plan d'intervention pour un jeune qui vient de traverser une crise? Est-ce que le travailleur social comprenait bien son rôle auprès de ce jeune ?

Ce n'est donc sans grande surprise que la condition de ce jeune ne s'est pas améliorée dans les mois qui ont suivi.

Ainsi, le 16 février 2022, [REDACTED] s'est présenté pour une deuxième fois à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache dans un contexte d'idées suicidaires. Il avait préalablement contacté une ligne de prévention du suicide, qui lui avait recommandé de se rendre à l'urgence.

Il a expliqué à l'infirmière de l'urgence qu'il souffrait d'idées suicidaires passagères depuis environ un an, de symptômes dépressifs exacerbés depuis quelques semaines ainsi que de troubles du sommeil et de l'alimentation. Il a exprimé son besoin d'aide, affirmant ne pas vouloir mourir, mais craignant de passer à l'acte sans soutien.

À l'hôpital, il a été évalué par un médecin, qui a noté la présence d'idées suicidaires actives et a demandé une consultation en psychiatrie. Il a ensuite revu [REDACTED] qui souhaitait retourner chez lui. Après avoir échangé avec les proches, il a autorisé son congé et a convenu avec [REDACTED] qu'il reviendrait pour sa consultation. Aucun service de crise ou de suivi étroit n'a été mis en place pour assurer un retour à la maison sécuritaire. De plus, aucun réel soutien n'a été offert aux proches.

Le 18 février, [REDACTED] s'est présenté à sa consultation en psychiatrie. Il a alors nommé présenter un sentiment de mal de vivre, de la tristesse et des idées suicidaires. Une impression diagnostique de tableau dépressif persistant vs TDA chronique a été notée de même qu'un trouble dépressif mineur avec de possibles traits de personnalité limite du groupe B et un trouble anxieux non spécifique à éliminer.

Le psychiatre a fait de la psychoéducation et recommandé un suivi par une équipe de crise, une psychothérapie et une pharmacothérapie. À cet effet, une note et une demande écrite, complétées par une infirmière de liaison en psychiatrie, ont été faxées au GASMJ. [REDACTED] a accepté le plan de traitement et les services.

À la suite du départ de l'hôpital, une travailleuse sociale du GASMJ a établi un contact téléphonique avec la mère de [REDACTED] afin de fixer une rencontre pour évaluer leurs besoins.

Une rencontre téléphonique a eu lieu avec [REDACTED] le 22 février 2022 et avec sa mère le 1<sup>er</sup> mars. La travailleuse sociale a orienté [REDACTED] vers l'équipe de psychologie en santé mentale jeunesse, avec une côte de priorité P-3. Cependant, elle a décidé de ne pas mettre en place les services de crise prescrits, estimant qu'il y avait « absence de déclencheur ».

Qu'est-ce que cela signifie? Parce que le jeune n'est pas en mesure de nommer l'évènement déclencheur à ses idées, il ne peut avoir accès aux services? Y-a-t-il une série de critères officiels d'inadmissibilité aux services de crise du CISSS Laurentides?

Dans tous les cas, il serait bien difficile de prétendre que le GASMJ a joué utilement son rôle auprès de [REDACTED] et a veillé à ce que le filet de sécurité ordonné le psychiatre soit mis en place.

En attendant une prise en charge par l'équipe de psychologie du GASMJ, [REDACTED] a débuté en avril 2022 un suivi avec une psychologue dans une clinique privée. Il paraissait ouvert à la démarche et s'était confié qu'il se sentait dépressif depuis plusieurs années et se trouvait impulsif. Il a également mentionné qu'il pensait à la mort, mais n'avait pas de plan de passage à l'acte. Sa psychologue a procédé à une évaluation du risque suicidaire et n'a pas retenu de risque imminent.

Cela étant dit, [REDACTED] a fait une tentative de suicide par intoxication avec des médicaments dans la nuit du 7 au 8 mai 2022. Il avait alors 15 ans.

Est-ce que cette tentative aurait été évitée si des services de crise ou de suivi étroit avaient été mis en place en février 2022 ?

À la suite de sa tentative, [REDACTED] a appelé la centrale 9-1-1 afin de demander de l'aide et a été transporté d'urgence à l'Hôpital de Saint-Eustache.

Il a rapidement été évalué par le médecin de l'urgence et a reçu des traitements pour gérer l'intoxication.

Il s'est éventuellement confié à une infirmière et a mentionné regretter son geste. Il lui a expliqué qu'il se sentait envahi par tout et ne pas savoir où il s'en allait dans la vie.

Il a également rencontré une psychiatre, qui a noté l'histoire de sa maladie et précisé que [REDACTED] n'aimait pas sa vie, était triste la majorité du temps et avait une perte de motivation et d'intérêt. Elle a conclu à un trouble dépressif majeur, avec une possible dysthymie sous-jacente, des traits de personnalité à clarifier et un risque suicidaire.

Dans ce contexte et à la demande de la famille, [REDACTED] a été transféré à l'unité de psychiatrie du CHU Sainte-Justine, où il a été hospitalisé pendant trois semaines. Il a été pris en charge par une équipe multidisciplinaire afin de clarifier son diagnostic, stabiliser son état et mettre en place un plan d'intervention de même qu'un filet de sécurité. Ses proches ont été présents et impliqués tout au long de son hospitalisation.

À son congé, le 31 mai 2022, l'équipe traitante a conclu à la résolution de la crise suicidaire et a retenu une impression diagnostique de traits de personnalité mixte, associés à des enjeux relationnels complexes, un trouble d'adaptation, une humeur dépressive chronique et un sentiment d'abandon.

L'équipe du CHU Sainte-Justine a également observé chez [REDACTED] une ambivalence envers le soutien, exprimant un besoin d'aide tout en ayant tendance à le rejeter. L'équipe avait compris que cette dynamique nécessitait une adaptation des interventions afin de mieux le soutenir et répondre à ses besoins.

Le pédopsychiatre lui a prescrit une pharmacothérapie (quétiapine) et l'a orienté vers une psychothérapie et le GASMJ de son secteur, soit le CISSS de Laurentides.

[REDACTED] a pris la médication pendant un certain temps, mais l'aurait arrêté en raison des effets indésirables.

Le 3 juin 2022, une intervenante du GASMJ a fait un suivi avec la mère de [REDACTED]. Cette dernière a alors expliqué que son fils a vu à quelques occasions une psychologue au privé, a fait une tentative de suicide et qu'ils attendaient toujours une prise en charge par le GASMJ. Aucun service de crise ou de soutien à [REDACTED] et aux proches n'a alors été mis en place.

Étant vraisemblablement sur une très longue liste d'attente et son cas n'étant pas jugé prioritaire par le GASMJ, [REDACTED] s'est retrouvé à attendre et est demeuré sans soutien en santé mentale pendant des mois.

Ainsi, [REDACTED] a vu son médecin de famille afin d'obtenir une référence pour obtenir une évaluation en santé mentale ou neuropsychologie.

Le 3 mai 2023, soit un an plus tard, une intervenante du GASMJ a effectué un suivi avec [REDACTED] et sa mère. Elle a alors noté l'absence d'idées suicidaires quotidiennes au moment de son évaluation, mais que celles-ci pouvaient réapparaître à tout moment. Elle a également noté une diminution de la motivation et de l'intérêt, des troubles du sommeil et une réticence à partager ses difficultés à son entourage. À l'issue de cet entretien, aucun service n'a été mis en place. L'intervenante leur a plutôt nommé une liste de ressources d'aide qu'ils pouvaient contacter au besoin.

Le 31 mai, le dossier de [REDACTED] a finalement été assigné à un psychologue du GASMJ. Après en avoir pris connaissance, celui-ci lui a fixé un rendez-vous. L'attente pour avoir accès à un psychologue du réseau public aura ainsi duré près d'un an et demi. Qui peut prétendre qu'il s'agit d'un délai acceptable dans les circonstances ?

Le 13 juin, [REDACTED] a rencontré le psychologue au CLSC Jean-Olivier-Chénier pour initier la prise en charge. Il a également complété plusieurs questionnaires, qui ont révélé un niveau élevé de symptômes dépressifs ainsi qu'un niveau modéré de difficultés d'adaptation.

[REDACTED] ne s'est toutefois pas présenté à son rendez-vous suivant. Le psychologue lui a laissé deux messages vocaux et lui a envoyé une lettre de relance. Le psychologue a rapidement clos le suivi le 28 juin 2023, et ce, malgré avoir consigné au dossier que sa ligne téléphonique a été non fonctionnelle pendant plus d'une semaine.

Au surplus, la mère de [REDACTED] a contacté le psychologue pour aider son fils à organiser les rendez-vous, mais celui-ci a refusé de lui communiquer de l'information sur la base du secret professionnel. Or, [REDACTED] avait donné son autorisation pour qu'elle soit impliquée et contactée.

Il est infiniment regrettable que ce suivi, tant attendu par [REDACTED] et sa mère, ait pris fin dans de telles circonstances.

Jusqu'à maintenant, je ne peux que constater une série d'opportunités manquées pour aider [REDACTED].

Le 22 octobre 2023, [REDACTED] a appelé la centrale 9-1-1 en raison de pensées suicidaires. Il a été transporté par ambulance à l'Hôpital de Saint-Eustache. Sa mère était présente et l'a accompagné. Lors de son admission, il a exprimé qu'il était « à bout » et était en attente d'une prise en charge psychologique. Cette situation met en évidence un profond problème de communication et d'intervention entre le psychologue du CLSC et [REDACTED].

■ a été référé pour une consultation en psychiatre mais un long délai était à prévoir. Dans les circonstances, ses parents l'ont amené au CHU Sainte-Justine. À son arrivée, il a expliqué vivre un vide intérieur depuis plusieurs années, avoir des idées noires et un sentiment de dépersonnalisation. Il voulait de l'aide « pour ne plus se sentir comme cela ».

Il a été vu par une résidente en psychiatrie qui a noté une perte de motivation, de la tristesse, des idées noires passives chroniques et un sentiment de vide depuis plusieurs années. Elle a retenu une impression diagnostique de dysthymie, de traits de personnalité mixtes, avec dépersonnalisation correspondant à des traits du groupe B et un danger chronique de passage à l'acte impulsif.

Après avoir rencontré sa mère, la psychiatre a recommandé de réintroduire sa médication et lui a donné son congé le jour même. Elle l'a référé à son médecin et au fameux GASMJ de son secteur pour des soins en santé mentale, dont un groupe relationnel et un suivi individuel. La psychiatre a par ailleurs transmis sa note de consultation au médecin de famille traitant.

Dans les semaines qui ont suivi, une intervenante du GASMJ est entrée en communication avec la mère de ■ afin d'obtenir des informations. Aucun service de crise ou de soutien aux proches n'a toutefois été mis en place. Pourquoi?

Le 18 décembre 2023, un intervenant du GASMJ a contacté ■ pour lui offrir de participer à un groupe d'intervention en lien avec les symptômes dépressifs. Celui-ci a refusé le service. Il est à noter que ses dossiers antérieurs font état que ■ était totalement fermé aux activités de groupe. Alors, pourquoi ne pas lui avoir offert des soins et services adaptés à sa situation? Pourquoi ne pas avoir adapter l'approche et l'offre de service à son ambivalence?

En lien avec la demande de services transmise par la psychiatre du CHU Sainte-Justine en octobre 2023, ■ a obtenu un rendez-vous d'évaluation avec une intervenante du GASMJ le 13 mars 2024. Est-ce un délai optimal?

Lors de cette rencontre, une évaluation de sa situation et de ses besoins a été réalisée. Certains éléments de la note méritent d'être soulignés pour mieux comprendre l'état d'esprit de ■. Notamment, l'intervenante rapporte que ■ présente un sentiment de tristesse quotidienne, un manque de but et de progression dans la vie ainsi qu'un désir de mourir pour cesser de souffrir. ■ rapportait également faire des cauchemars récurrents dans lesquels il se suicidait. Toutefois, il n'exprimait pas d'intention de passage à l'acte et pouvait encore éprouver du plaisir lors de certaines activités. Il faisait état d'une consommation occasionnelle d'alcool et de cannabis ainsi que l'expérimentation de diverses drogues. Enfin, il indiquait ne pas se confier à ses proches, estimant qu'ils ne pouvaient pas le comprendre. Quant à ses attentes, il souhaitait valider la présence d'un trouble du spectre de l'autisme et espérait aller mieux.

L'intervenante a conclu qu'il avait des traits de personnalité du groupe B, une dysthymie, des enjeux de régulation des émotions et un besoin d'accompagnement à cet égard.

Étant donné qu'il était sur le point d'avoir 18 ans, l'intervenante lui a expliqué qu'elle allait transférer son dossier à la table de transition jeunesse/adulte. Sachant qu'il allait inévitablement avoir 18 ans, pourquoi ne pas l'avoir transféré plus tôt ou de manière plus optimale au Mécanisme d'accès en santé mentale adulte (MASMA)? Comme un délai était

nécessairement à prévoir à la suite du transfert, pourquoi ne pas lui avoir offert un soutien transitoire? Des services de crise?

Les mois ont passé. En juin 2024, une intervenante du MASMA et [REDACTÉ] se sont échangés des messages pour fixer un rendez-vous.

Ainsi, le 15 juillet 2024, [REDACTÉ] a rencontré une intervenante du MASMA, qui a procédé à une estimation de son risque suicidaire. Elle lui a proposé un autre rendez-vous d'évaluation de sa situation et de ses besoins, lequel a été fixé au 5 août 2024. Quelle était l'utilité de refaire une autre évaluation et d'ajouter aux délais déjà interminables?

[REDACTÉ] n'a malheureusement pu se présenter à son rendez-vous du 5 août. Il a laissé des messages à l'intervenante lui expliquant qu'il avait un emploi et que le rendez-vous devait être remis.

Celui-ci a ultimement eu lieu le 27 août 2024. Sans surprise, l'évaluation était relativement superposable à celle du 13 mars faite par le GASMJ. Les seuls éléments dignes de mention étaient son nouvel emploi, qui semblait le mobiliser, et l'absence de prise de médicament.

À titre de rappel, en octobre 2023, un psychiatre a demandé au mécanisme d'accès en santé mentale de mettre en place des soins et services pour un jeune qui présentait des idées suicidaires, des symptômes dépressifs et des traits compatibles à un trouble de la personnalité en installation.

Dix mois plus tard, les intervenants du mécanisme d'accès en santé mentale étaient encore à évaluer la demande et aucun service n'avait été mis en place. Prenait-on la détresse et les symptômes de [REDACTÉ] au sérieux?

Plus préoccupant encore, durant tous ces mois, voire ces années, les intervenants de l'urgence, du mécanisme d'accès en santé mentale et du CLSC n'ont jamais sollicité les services du Centre de prévention du suicide Faubourg, qui dessert les Laurentides, pour soutenir [REDACTÉ] et ses proches.

Avec respect, je perçois d'innombrables opportunités manquées pour offrir des services de crise et une prise en charge optimale de la santé mentale, des difficultés et des idées suicidaires d'un adolescent, qui demandait et acceptait l'aide. L'absence de prise en charge et de soutien personnalisé, tant à [REDACTÉ] qu'à ses proches, a inévitablement contribué à la détérioration de son état à travers les années.

#### ***d. Circonstances entourant son décès***

Dans la période précédant son décès, l'entourage de [REDACTÉ] a constaté une détérioration de son état mental. Il avait démissionné de son emploi et mentionné à des amis qu'il ne savait pas où aller ni quoi faire avec sa vie. Il semblait avoir de la difficulté à se projeter dans le futur, en plus de vivre du désespoir et de la solitude.

Il s'était confié comme quoi il avait récemment réalisé avoir vécu des événements traumatiques au cours de son enfance. Il venait aussi de traverser une déception amoureuse qui l'avait bouleversé.

Il s'est ainsi rendu à Montréal, où il avait réservé une chambre dans un hôtel du centre-ville pour la période du 3 au 5 septembre 2024. La vue de sa chambre donnait directement sur l'immeuble en construction, duquel il s'est ultimement suicidé.

Durant son séjour à Montréal, il a vu un ami. En rétrospective, ce dernier a perçu que ■■■ paraissait différent.

Durant son séjour à Montréal, il a vu un ami et a été en communication avec des amis et sa mère. Il a mentionné à cette dernière qu'il était à Montréal pour réfléchir et avait besoin de demeurer seul.

Avant son passage à l'acte, il a tenté de joindre par téléphone un ami et écrit à d'autres. Il a également publié des photos sur les réseaux sociaux et écrit des lettres d'adieu.

#### **e. Pistes de réflexion**

■■■ a formulé à plusieurs reprises des demandes d'aide claires et explicites, exprimant une détresse profonde marquée par des idées suicidaires et une tentative de suicide. Ces appels à l'aide l'ont conduit à contacter un service de prévention du suicide, à consulter à l'urgence à quatre reprises et à être hospitalisé pendant plusieurs semaines.

Or, malgré la gravité de la situation et ses multiples demandes, les soins et services essentiels pour le soutenir, favoriser son rétablissement et prévenir son suicide n'ont pas été mis en place. Pourtant, des services pouvant l'aider et le soutenir existaient dans son secteur.

Le filet de sécurité prescrit par des médecins et censé soutenir ■■■ ne s'est pas tissé autour de lui. Au surplus, chaque demande de services était traitée bien après son congé hospitalier, de manière cloisonnée, dans un cadre rigide et par des intervenants qui semblaient travailler en silo au détriment du bien-être de l'utilisateur.

Les services n'étaient tout simplement pas au rendez-vous. Et, lorsqu'un service était offert, il n'arrivait généralement pas au bon moment et n'était pas adapté aux besoins et aux caractéristiques de ■■■.

Ces enjeux ont certainement contribué à le maintenir dans une dynamique de porte tournante dans le réseau de la santé, qui a conduit à la détérioration de son état et, ultimement, à son décès par suicide.

Interrogé sur la trajectoire de soins de ■■■ et le continuum des services, le CISSS des Laurentides, dont fait partie l'Hôpital de Saint-Eustache, le GAMSJ, le MASMA et le CLSC impliqué, a procédé à une analyse des événements qui s'est échelonnée sur plusieurs mois.

À l'issue de cet examen, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du CISSS des Laurentides m'a confirmé n'avoir identifié aucun enjeu dans la trajectoire de soins de ■■■ et leurs services. Il n'a donc pris aucune mesure pour améliorer la qualité de leurs soins et services.

Précisons que cette analyse a été déclenchée à ma demande et non en lien avec un audit systématique pour recenser et analyser les événements de suicide chez leurs usagers. De plus, il semble que les équipes de soins, dont les psychiatres et les intervenants impliqués, n'aient pas été consultés dans ce processus.

Avec respect, les faits mis en lumière dans le présent rapport démontrent des lacunes importantes. Je ne peux donc souscrire aux conclusions de la DEQPE du CISSS des Laurentides et formulerai des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

Au surplus, dans le cadre d'une vaste enquête publique portant sur la thématique du suicide impliquant entre autres le CISSS des Laurentides (rapport d'enquête 2019-00257), j'avais déjà adressé des recommandations visant des lacunes similaires. Notamment, j'avais recommandé au CISSS des Laurentides de :

- **Bonifier la prise de contact et l'approche avec les usagers référés à son programme de suivi intensif dans le milieu. Entre autres, il devrait établir un contact immédiat et en personne au moment de la demande de services et mettre en place un système de relance efficace afin d'établir une alliance thérapeutique, favoriser la motivation de l'utilisateur et assurer la continuité des services.**
- **Former les équipes de ses urgences et leur donner les ressources nécessaires afin qu'elles soient en mesure d'arrimer les soins et services pertinents à un congé sécuritaire (pour les usagers ayant présenté un danger pour eux-mêmes ou pour autrui).**
- **S'assurer que des équipes interprofessionnelles soient en place afin de soutenir et d'accompagner dans la communauté les usagers vivant avec un problème de santé mentale, un trouble lié à l'usage de substances ou des idées suicidaires à la suite d'une hospitalisation.**

En réponse à ces recommandations, la présidente-directrice générale du CISSS des Laurentides nous a assuré que les actions requises avaient été prises pour concrétiser ces recommandations. Entre autres, elle nous avait précisé que :

- Un plan régional en prévention du suicide dans les Laurentides avait été déployé et avait permis une meilleure vigie quant au repérage, dépistage et intervention en lien avec la prévention du suicide. Des outils avaient été déployés et des formations avaient été offertes.
- Un projet de planification précoce et conjointe du congé avait été déployé, afin de permettre la mise en place des filets de sécurité lors d'un congé et la mise en place d'un suivi étroit lorsque nécessaire.
- Un aide-mémoire sur la planification du suivi étroit démontrant ce qui doit être fait dès le triage à l'urgence a été mis en place et des formations ont été données.
- Une révision des rôles et fonctions de l'infirmière de liaison et du travailleur social en santé mentale à l'urgence a été faite pour clarifier le rôle de chacun.
- Une équipe spécialisée d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté a été créée.

Or, le décès par suicide de [REDACTED] illustre tristement l'urgence de réitérer ces recommandations et d'en formuler de nouvelles afin que toutes les personnes vulnérables au suicide (par exemple, qui a présenté des idées ou des comportements suicidaires) ou ayant traversé une crise reçoivent des soins et services adaptés à ses besoins en temps opportun, tels des services de crise, un accompagnement bref dans la communauté, un suivi étroit ou des services spécialisés d'intervention rapide et de relais en santé mentale.

Ces services doivent être mis en place avant le départ de l'utilisateur (de l'hôpital ou d'un établissement du CISSS) et avec des suivis à très court terme. On doit abolir à tout prix les critères d'exclusion à ces services et afin qu'ils soient offerts aux personnes qui en ont besoin.

Si le CISSS des Laurentides et ses mécanismes d'accès aux services en santé mentale ne sont pas en mesure de mettre en place avec diligence des services de crise ou d'accompagnement dans la communauté, il serait opportun de revoir leur manière de faire et de réattribuer l'offre de services.

Par exemple, dans certaines régions, les services de crise et de suivi étroit sont offerts par des centres de crise ou de prévention du suicide. Toutefois, le Centre de prévention du suicide Faubourg, qui dessert les Laurentides, m'a indiqué qu'il ne peut offrir ce type de services car ils sont exclusifs au CISSS des Laurentides. Ils offrent tout de même plusieurs services essentiels, dont une ligne d'intervention téléphonique, un suivi pour les proches d'une personne ayant fait une tentative de suicide, un soutien aux endeuillés, un soutien dans certains milieux et de la formation.

Or, les proches de [REDACTED] n'ont jamais été référés au Centre de prévention du suicide Faubourg. Il serait donc essentiel d'établir des protocoles de collaboration afin de mettre en valeur leur expertise et d'assurer une utilisation optimale de leurs services.

En partenariat avec les corps de police des Laurentides, le Centre de prévention du suicide Faubourg entre également en contact avec les proches endeuillés par le suicide afin de leur offrir du soutien. Cette initiative exemplaire mérite d'être soulignée et de servir de modèle.

Finalement, il importe d'interpeller Santé Québec afin qu'ils veillent à la mise en application de ces recommandations et que la population des Laurentides reçoive les soins et services auxquels ils ont droit.

## **CONCLUSION**

[REDACTED] [REDACTED] est décédé d'un polytraumatisme contondant consécutif à une précipitation dans le vide.

Il s'agit d'un suicide.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides** :

- [R-1] S'assure que chaque personne qui se présente à l'urgence dans un contexte de crise ou d'idées suicidaires ait facilement et rapidement accès à des soins et services adaptés à ses besoins, tels qu'un suivi de crise, un accompagnement bref dans la communauté, un suivi étroit ou un service spécialisé d'intervention rapide et de relais en santé mentale.
- [R-2] Abolisse les critères d'exclusions aux soins et services, notamment lorsqu'ils sont ordonnés par un médecin ou un intervenant, afin de mettre en place un filet de sécurité adéquat pour les personnes ayant traversé une situation de crise ou ayant présenté des idées suicidaires
- [R-3] S'assure que ses employés arrivent de manière optimale les soins et services pertinents pour un congé sécuritaire et donc qu'ils soient mis en place avant le départ de l'usager de l'urgence ou de l'établissement;
- [R-4] Bonifie la prise de contact et les approches de ses équipes tant dans les services de première ligne que dans les mécanismes d'accès en santé mentale. Notamment, en formant les intervenants et actualisant les pratiques afin de développer des approches efficaces pour travailler avec les jeunes et l'ambivalence afin de prévenir des ruptures de services;
- [R-5] Optimise le fonctionnement des mécanismes d'accès aux services en santé mentale jeunesse et adulte de même que l'accès aux services de crise, d'accompagnement bref dans la communauté, de suivi étroit et spécialisés d'intervention rapide et de relais en santé mentale, afin de réduire les délais d'attente et permettre aux usagers ayant traversé une crise ou ayant eu des idées suicidaires d'avoir accès aux services pertinents en temps utile;
- [R-6] Mette en place des protocoles de collaboration avec les centres de crise et de prévention du suicide afin de mettre en valeur leur expertise de même que d'assurer une utilisation optimale de leurs services, dont le référencement systématique des proches et de l'entourage des personnes traversant une crise ou ayant présenté des idées ou comportement suicidaires;
- [R-7] Forme son personnel sur les bonnes pratiques pour mieux impliquer les proches dans la trajectoire de soins en santé mentale, en dépendance et en prévention du suicide;

Je recommande que **Santé Québec** :

- [R-8] Mette en place un mécanisme d'audit systématique dans tous ses établissements pour recenser et analyser les événements de suicides survenus sur leur territoire respectif afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles dans les programmes et services offerts et de formuler des pistes d'amélioration et des recommandations afin de prévenir des suicides. Ce mécanisme d'audit devrait aussi permettre d'impliquer les proches endeuillés et d'offrir des services de post-vention;

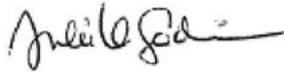
## SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- Les dossiers cliniques de [REDACTED] [REDACTED] ;
- Les rapports d'expertises ;
- Les rapports d'intervention policière.

---

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 8 juillet 2025.



Me Julie-Kim Godin, coroner