

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

  
2024-06994

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

Me Julie-Kim Godin  
Coroner

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2024-09-12 Date de l'avis	2024-06994 N° de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
20 ans Âge	Masculin Sexe	
Brossard Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2024-09-12 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Voie publique Lieu du décès		

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

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

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 12 septembre 2024, ██████ s'est introduit dans un immeuble résidentiel de 23 étages, situé à Montréal. Il s'est rendu sur le toit, sur une terrasse extérieure, et s'est projeté dans le vide vers 17 h 48.

Plusieurs témoins ont immédiatement avisé la centrale 9-1-1 qu'un jeune homme était tombé sur la voie publique et qu'il était inconscient.

Des secours sont rapidement arrivés. Ils ont constaté qu'██████ était en arrêt cardiorespiratoire et présentait un polytraumatisme incompatible avec la vie.

Dans les circonstances, aucune manœuvre de réanimation n'a été effectuée et un constat de mort évidente a été complété par deux policiers.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été réalisé le 13 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. Aucune substance n'a été mise en évidence.

## **ANALYSE**

### ***Remarques préliminaires***

Il convient de mentionner que l'objectif de la présente investigation n'est nullement de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle 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, si nécessaire, de formuler des recommandations en vue d'une meilleure protection de la vie humaine.

### ***Portrait d'██████████***

██████████ est d'origine arménienne et est arrivé au Canada au cours de son enfance.

Sur le plan médical, il n'avait pas de problème de santé physique notable.

Au niveau de sa santé mentale, il avait des antécédents de pensées et de comportements suicidaires, dont certains survenus à l'hiver et au printemps de 2024. Il avait également un problème d'usage excessif d'Internet (cyberdépendance).

Selon ses proches, il était un jeune introverti et solitaire. Au fil des années, il a développé un sentiment de colère et d'injustice, en plus d'avoir des enjeux grandissants dans la gestion de ses émotions et des conflits. Son entourage avait également noté la présence de symptômes dépressifs et de troubles du sommeil.

Au niveau de ses relations sociales, ██████████ a rapporté avoir vécu de l'intimidation au cours de son enfance. Il avait un réseau social et de soutien très limité.

À travers les années, il a consulté sporadiquement des professionnels de la santé, dont un travailleur social, une thérapeute et des intervenants en milieu scolaire. Il n'avait pas de médecin de famille.

Il a occupé un emploi au début de 2024, qu'il a toutefois quitté impulsivement sans le dire à quiconque.

Au moment de son décès, il vivait avec sa famille et venait tout juste de reprendre ses études à l'École de technologie supérieure à Montréal. Il était célibataire et venait de vivre une déception amoureuse.

### ***Analyse de sa trajectoire récente dans le réseau de la santé***

Le 6 juin 2024, ██████████ a appelé une ligne de prévention du suicide alors qu'il était au volant de sa voiture. L'appel a été relayé au centre de prévention du suicide de Montréal (CPSM). Il a expliqué qu'il avait planifié se rendre à la tour à condos d'un ami afin de se suicider en sautant du 23<sup>e</sup> étage, mais avait décidé de les appeler à la place. Il a rapporté avoir eu des idées suicidaires actives il y a quelques semaines et des comportements suicidaires il y a trois ou quatre mois. L'intervenant a exploré les enjeux rencontrés par ██████████, a procédé à une estimation du risque de passage à l'acte et lui a apporté du soutien. Il a mis en place des mesures pour assurer un filet de sécurité. Il a été convenu qu'██████████ rappelle si ses idées suicidaires augmentent ou s'il sent une perte de contrôle. Il a aussi été référé à un centre de prévention du suicide et à un site « aire ouverte » destiné aux adolescents et aux jeunes adultes de son secteur. Il a finalement été encouragé à se rendre à l'hôpital pour consulter un

psychiatre, plus particulièrement dans le contexte où il avait des idées suicidaires, se disait impulsif, prenait des décisions irrationnelles et avait élaboré un plan de sauter du toit d'un immeuble. L'intervention a duré 67 minutes et a semblé l'apaiser.

Le 10 juin, un intervenant du CPSM a fait un suivi de sécurité et a rappelé [REDACTED]. L'intervenant a noté qu'il allait mieux, qu'il n'avait pas eu d'idée suicidaire depuis son appel initial et qu'il ne considérait plus le suicide comme étant une option.

Le 23 juin, ses enjeux de gestion des émotions et de colère ont escaladé dans un contexte intrafamilial, menant à une intervention policière. À la suite de l'intervention des policiers, il a retrouvé son calme et a affirmé ne pas avoir d'idée suicidaire. Aucun transport vers un centre hospitalier n'a été fait dans les circonstances. Les policiers ont référé [REDACTED] au Centre de crise L'Accès, au besoin.

Le 9 juillet, vers 13 h 32, [REDACTED] s'est rendu à l'Hôpital Charles-Le Moyne, faisant partie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre.

Vers 13 h 36, il a été vu au triage par une infirmière et lui a nommé avoir des idées suicidaires depuis 2023, sans plan, vivre une crise situationnelle, souffrir d'anxiété, de troubles du sommeil et de l'appétit. Il mentionnait être incapable de travailler ou d'aller à l'école. Il présentait ces symptômes depuis environ deux ans, ceux-ci étaient toutefois exacerbés depuis un mois.

L'infirmière lui a assigné un niveau de priorité P3 (soit une prise en charge urgente, dans un délai de 30 minutes) selon l'Échelle de triage et de gravité qui est appliquée dans les urgences du Québec et du Canada. Cette échelle va de P1 (qui correspond à une prise en charge immédiate) à P5 (qui correspond à une prise en charge non-urgente, dans un délai de 120 minutes).

Bien qu'il avait été coté P3, [REDACTED] a attendu plusieurs heures à l'urgence sans être vu par un médecin ou un intervenant en santé mentale. Il n'a été appelé pour une réévaluation qu'à 23 h 02. Ce n'est qu'à 1 h 44 que le personnel a constaté son absence. Visiblement, [REDACTED] ne faisait pas l'objet d'une surveillance particulière et n'a pas été prise en charge ni ré évalué dans un délai raisonnable.

Aucune démarche n'a été entreprise par le personnel de l'urgence pour le retrouver ou lui apporter du soutien.

Le 10 juillet, vers 12 h 03, [REDACTED] s'est représenté à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne, toujours dans le même contexte. Il a rencontré une infirmière au triage et lui a expliqué avoir des crises de colère qui pouvaient l'amener à briser des objets. Il désirait obtenir de l'aide. Selon la note de l'infirmière, il n'avait pas d'idées suicidaires, semblait calme et avoir une bonne autocritique. Avait-elle constaté qu'il avait consulté la veille et avait rapporté qu'il avait des idées suicidaires depuis 2023 ?

En dépit du contexte, l'infirmière lui a assigné un niveau de priorité P4, ce qui signifie qu'il devait être vu de manière moins urgente. Puis, vraisemblablement dans le cadre d'une entente de service, il a été réorienté vers une clinique médicale dans la communauté.

Est-ce une solution optimale et sécuritaire pour un jeune adulte qui a rapporté avoir des idées suicidaires et s'est présenté à deux reprises en deux jours à l'urgence ?

■■■■■ est donc retourné seul à son domicile.

Le 11 juillet, il s'est rendu à la Clinique Azur et a pu voir un médecin. Selon les notes du médecin, ■■■■■ a rapporté être impulsif, anxieux et enragé. Il se sentait isolé et n'avait pas de réseau social. Il avait complété ses études collégiales et avait perdu son emploi en raison de son impulsivité. Il n'a pas rapporté d'idées suicidaires actives. Compte tenu de ses problèmes de concentration, ■■■■■ a exprimé qu'il se questionnait sur un possible trouble du déficit de l'attention.

Le médecin a conclu à une hypothèse diagnostique de trouble d'adaptation ou de dépression majeure. Il lui a prescrit un bilan sanguin et du méthylphénidate (Concerta ©). Toutefois, il lui a expliqué que le traitement pharmacologique avait peu de chances de produire des effets bénéfiques. ■■■■■ a fait émettre la prescription et a tenté temporairement le traitement.

Le médecin de la Clinique Azur a également référé ■■■■■ au Mécanisme d'accès en santé mentale adulte (MASMA) du CISSS de la Montérégie-Centre pour une évaluation en santé mentale et en psychiatrie.

Toute la notion des idées et comportements suicidaires récents semble toutefois être passée sous le radar du médecin. En effet, il n'avait pas un portrait complet, n'ayant pas reçu toutes les notes de l'urgence. Seule la note du 10 juillet lui avait été transmise par l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Entre-temps, soit le 29 juillet, face aux inquiétudes et à l'insistance de ses proches, ■■■■■ s'est rendu au Centre de réadaptation en dépendance (CRD) Le Virage en raison d'un usage problématique d'Internet (cyberdépendance). Il a alors rencontré une agente qui a débuté l'évaluation de sa situation. Il lui a rapporté passer en moyenne entre 71 et 80 heures par semaine devant les écrans, et ce, depuis un an. Il a nommé présenter une détérioration de son hygiène de vie et des problèmes d'humeur. Il a rapporté ne pas avoir d'idées suicidaires au moment de la rencontre, mais en avoir eues au cours des deux derniers mois.

Pour une raison non notée, l'évaluation n'a pas été complétée à cette date et un rendez-vous de suivi a été fixé au 26 août. Aucun service ne semble avoir été mis en place pour le soutenir durant cette période d'attente.

Le 7 août, ■■■■■ a revu un médecin de famille à la Clinique Azur pour un suivi et évaluer sa pharmacothérapie. Il a rapporté avoir tenté la médication mais que les effets étaient plus ou moins perceptibles : il ressentait toujours une anxiété importante, une impulsivité, des difficultés de concentration et des troubles du sommeil. Il n'a pas mentionné d'idées suicidaires ni de tristesse. Le médecin a proposé une prescription de la quétiapine (Seroquel ©) et d'arrêter le Concerta © et a noté qu'■■■■■ avait déjà les informations quant aux services offerts par les centres de crise.

Le 20 août, ■■■■■ a revu un médecin de famille à la Clinique Azur. Il lui a nommé que la quétiapine (Seroquel ©) l'aidait à dormir et qu'il avait perçu une stabilisation de ses sautes d'humeur. Le médecin a conclu à une impression diagnostique d'anxiété et n'a pas noté d'idées suicidaires actives.

Le 26 août, ■■■■■ devait revoir une agente du CRD Le Virage, mais cette dernière a annulé leur rendez-vous et l'a remis au 12 septembre.

Durant cette période, ■■■■ préparait également son retour à l'école, ce qui semblait exacerber son anxiété.

Le 28 août, ■■■■ a pris contact avec les services à la vie étudiante offerts de son école. Il semblait alors anxieux et a nommé ses besoins, dont un soutien académique et psychologique. Il a obtenu un rendez-vous avec une technicienne en travail social pour le lendemain.

Le 29 août, ■■■■ a échangé avec une intervenante du MASMA qui a procédé à une évaluation de la demande de services faite en juillet. Elle a également procédé à une évaluation du risque suicidaire et a documenté les antécédents de ■■■■. Au terme de son évaluation, elle l'a informé qu'il n'était pas éligible à une évaluation en psychiatrie et qu'elle pouvait l'inscrire à une liste d'attente pour participer à des ateliers en santé mentale. ■■■■ l'a alors avisé qu'il avait consulté le CRD le Virage, qu'il pourrait consulter un intervenant en milieu scolaire et a réitéré son souhait de recevoir des services maintenant. Dans ce contexte, il n'a pas voulu être inscrit à une liste d'attente pour d'éventuels services. L'intervenante du MASMA lui a nommé les organismes de son secteur, dont le centre de crise l'Accès, et l'a référé à un guide d'auto-soins.

Ce même jour, il a consulté la technicienne en travail social de son école et lui a confié avoir fait des tentatives de suicide. Dans ce contexte, l'intervenante a effectué une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et a conclu à un danger grave à court terme (zone orange). L'intervenante a vérifié qu'■■■■ avait accès à des ressources rapidement, celui-ci lui a répondu qu'il avait l'intention de se présenter au centre de crise de son secteur. Selon lui, il pourrait y recevoir du soutien psychologique.

Un rendez-vous de suivi a tout de même été prévu avec l'intervenante de l'école.

Le 31 août, ■■■■ a contacté la ligne téléphonique du Centre de crise L'Accès, un service offert par le CISSS de la Montérégie-Est. Il a expliqué qu'il ne se sentait pas bien et qu'il commençait l'école la semaine suivante. Il avait passé les derniers jours au lit, ne répondait plus à ses besoins de base et n'avait pas mangé de la journée, outre des barres de chocolat. La vie ne faisait plus de sens pour lui et il n'avait plus d'intérêt pour rien. Il a aussi expliqué qu'il a cessé de prendre sa médication (Concerta © et Seroquel ©).

Dans le cadre de l'évaluation de la dangerosité d'un passage à l'acte, l'intervenante a noté qu'il avait des pensées suicidaires fréquentes, mais sans planification, qu'il avait fait une tentative il y a plus de huit semaines, qu'il n'avait plus de raison de vivre, ressentait un grand désespoir, une souffrance psychologique de plus en plus intolérable et un sentiment d'inutilité. Il refusait de parler de ses enjeux à ses proches et se sentait comme un fardeau. Il était par ailleurs seul au moment de l'appel.

Il était ouvert à recevoir de l'aide et à être hébergé, pensant que cela pourrait l'aider. Toutefois, il trouvait que les délais dans le système de santé étaient longs et bureaucratiques, ce qui le décourageait parfois à aller chercher l'aide dont il avait besoin. L'intervenante a conclu à une estimation finale du risque d'un passage à l'acte à la côte « orange », ce qui correspond à un danger grave à court terme.

L'intervenante l'a encouragé à retourner voir un médecin et lui a proposé un service d'hébergement à court terme avec un suivi quotidien. Il était en effet important qu'il ne reste pas seul compte tenu de son risque de passage à l'acte.

Comme [REDACTED] était ouvert à l'hébergement, l'intervenante lui a indiqué qu'elle ferait des vérifications pour organiser une rencontre d'évaluation pour l'hébergement et le rappellerait par la suite.

Après avoir effectué ses vérifications, l'intervenante du Centre de crise L'Accès a tenté de joindre [REDACTED], mais sans succès. Elle a joint une proche, mais cette dernière n'était pas avec [REDACTED]. L'intervenante ne lui a pas laissé de message et a plutôt mis en place une relance afin qu'il soit rappelé le lendemain.

Le 1<sup>er</sup> septembre, une autre intervenante du Centre de crise L'Accès a tenté de joindre [REDACTED]. Elle a finalement découvert qu'elles avaient un mauvais numéro et a obtenu le bon par l'entremise d'une proche. Elle a ensuite laissé un message au nouveau numéro de téléphone.

Le 3 septembre, une intervenante du Centre de crise L'Accès a rappelé [REDACTED] et lui a parlé une dizaine de minutes. Il était alors à l'université et a expliqué se sentir un peu mieux. Il a nommé vivre de l'anxiété en lien avec son retour à l'école et anticipait faire face à des événements qui pourraient exacerber ses idées suicidaires. L'intervenante a procédé à une évaluation du risque suicidaire et a conclu à qu'il présentait un danger grave à court terme. Elle a précisé qu'une situation d'échec pourrait précipiter un passage à l'acte. Elle lui a proposé une rencontre de suivi le 5 septembre et l'a référé à la ligne de crise en cas de besoin.

Compte tenu qu'il était présentait un danger grave de passage à l'acte à court terme, y avait-il eu lieu d'en faire plus ou d'intervenir plus rapidement ? Pourquoi ne pas être revenu sur la question de l'hébergement qui était initialement urgente de mettre en place ?

Le 5 septembre, [REDACTED] a échangé des messages avec l'intervenante de son école et lui a rapporté vivre un stress grandissant et des craintes en lien avec ses cours et ses travaux académiques. Un rendez-vous de suivi lui a été proposé.

Ce même jour, [REDACTED] a rencontré une intervenante du Centre de crise L'Accès. Celle-ci a procédé à une évaluation de la crise et a noté un état de vulnérabilité depuis plusieurs années, mais qui n'avait été adressé que récemment. Son état de santé mentale, dont son anxiété, lui occasionnait des difficultés de fonctionnement. Il présentait par période des idées suicidaires face aux échecs rencontrés dans ses relations sociales. L'isolement et la solitude lui procuraient du calme et le rassuraient. Ses idées suicidaires venaient et repartaient. Il a aussi confié que, s'il décidait de passer à l'acte, il ne consulterait pas et n'en parlerait à personne.

Elle a conclu à un danger grave à court terme de passage à l'acte suicidaire. Au niveau des moments critiques, elle a précisé qu'un délai à obtenir l'aide appropriée pour adresser ses difficultés et amorcer des changements dans sa vie pourrait précipiter un passage à l'acte.

Au surplus, [REDACTED] a relaté son parcours et ses demandes d'aide à l'Hôpital Charles-Le Moyne, à la Clinique Azur, au MASMA et au CRD Le Virage et a déploré les problèmes d'accès et de prise en charge aux services souhaités. Il a aussi expliqué qu'une infirmière du MASMA lui avait refusé l'accès à des services en psychiatrie, jugeant qu'il n'y était pas admissible.

Face à ses nombreuses demandes d'aide, [REDACTED] avait l'impression de vivre des échecs répétés et que le réseau de la santé ne pouvait plus rien faire pour l'aider.

L'intervenante a tenté de lui apporter du soutien afin de tenter de trouver un sens à sa souffrance et susciter l'espoir. Elle s'est également engagée à communiquer avec le MASMA.

L'intervenante a donc contacté l'infirmière du MASMA, qui lui a effectivement confirmé qu'████ ne répondait pas aux critères requis pour une évaluation psychiatrique. L'intervenante du Centre de crise L'Accès a exprimé que, sur la base de son opinion clinique, elle jugeait qu'████ avait réellement besoin d'une évaluation psychiatrique pour préciser un diagnostic et un suivi en santé mentale adulte. Il a été convenu que le cas d'████ serait présenté au psychiatre consultant la semaine suivante. Il a également été discuté qu'████ avait refusé d'être inscrit aux services en santé mentale de première ligne en raison des longs délais d'attente. Il cherchait à obtenir de l'aide immédiate.

L'intervenante du Centre de crise L'Accès a ensuite laissé un message de suivi à █████, lui précisant qu'elle le rappellerait le lendemain, soit le 6 septembre. Toutefois, ce rappel n'a pas été fait.

Ce n'est que le 11 septembre que l'intervenante du Centre de crise L'Accès a tenté de rappeler █████. Elle lui a laissé un message.

Compte tenu des circonstances, dont le risque grave à court terme de passage à l'acte et des moments critiques identifiés, il aurait probablement été plus utile de mettre en place une relance ou un suivi étroit plus rapide et de mettre en place des actions pour s'assurer qu'████ ne soit pas seul. Au surplus, il était en attente d'un hébergement de crise depuis le 31 août. Pourquoi ne pas avoir été en mesure de mettre en place ce service plus rapidement ?

████ a également rencontré l'intervenante de son école au cours de cette période et s'est confié quant à ses difficultés et la présence d'idées suicidaires persistante, sans plan. Il a déploré le fait qu'il n'a pu avoir accès aux services du Centre de crise l'Accès.

Le 11 septembre, soit la veille de son décès, █████ a rapporté avoir souffert d'une crise d'anxiété à l'école et avoir dû quitter précipitamment. Il a exprimé qu'il ne souhaitait pas continuer à vivre ainsi.

Le 13 septembre 2024, une intervenante du MASMA a tenté de joindre █████ afin de l'informer que le psychiatre consultant ne jugeait pas opportun de lui offrir une consultation et que la demande de services avait donc été annulée.

### **Analyse du passage à l'acte**

Le visionnement des caméras de surveillance et les déclarations recueillies ont permis de préciser la chronologie des événements.

Le 12 septembre 2024, █████ a attendu près de la porte principale d'une tour à condos, où il ne résidait pas, mais qui était située à proximité de son école. Il est par ailleurs probable qu'il connaissait déjà l'endroit.

Il a profité de l'entrée d'un résident pour se faufiler à l'intérieur. Puis, prétextant qu'il avait oublié sa puce de sécurité, il a convaincu un autre résident d'utiliser la sienne pour lui permettre d'utiliser l'ascenseur qui était verrouillé. Il est ainsi parvenu à accéder à une salle commune donnant sur une terrasse extérieure.

Selon un témoin, il a fait plusieurs allers-retours entre la salle commune et la terrasse. Il a laissé son manteau et son téléphone sur une chaise. Par la suite, à l'abri des regards, il a enjambé la clôture de sécurité entourant la terrasse et s'est projeté dans le vide.

Aucune lettre d'adieu ou expliquant son geste n'a été retrouvée.

### **Facteurs contributifs au décès et recommandations**

█████ présentait plusieurs facteurs de vulnérabilité et de risques au suicide. Il a été très courageux et a formulé plusieurs demandes d'aide, en plus de se rendre à deux reprises à l'urgence. Malheureusement, le réseau de la santé et les intervenants impliqués n'ont pas réussi à mettre en place les filets de sécurité minimaux pour prévenir son décès par suicide.

Comme société, que pouvons-nous retenir comme leçon du parcours d'█████ pour prévenir d'autre décès et favoriser le bien-être de nos jeunes ?

Pour approfondir mes réflexions, j'ai échangé avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Est à procéder à une analyse des événements.

Je tiens à souligner que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du CISSS de la Montérégie-Centre m'a confirmé en avril 2025 n'avoir identifié aucun enjeu dans la trajectoire de soins d'█████ ni dans les services offerts. Selon leur révision des événements, ██████ était autonome dans ses décisions, il a refusé des soins et il lui appartenait de trouver lui-même la motivation nécessaire.

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

Premièrement, lors de sa première visite à l'urgence, les délais prévus à l'échelle de triage et de gravité n'ont aucunement été respectés. Ainsi, ██████ a attendu des heures à l'urgence et n'a pas été ré évalué ni pris en charge par un professionnel de la santé dans un délai acceptable.

Au surplus, aucune surveillance ni filet de sécurité n'a été mis en place, malgré la gravité des propos tenus par ██████ et que ses symptômes affectaient son fonctionnement quotidien. Il a ainsi quitté l'hôpital sans que le personnel s'en rende compte, ce qui soulève d'importants questionnements quant à la compréhension et l'application des mesures de prévention du suicide.

Il importe donc de veiller au respect des délais de prise en charge et de ré évaluation à l'urgence et de rehausser la prise en charge des usagers se présentant à l'urgence avec des idées suicidaires.

Deuxièmement, lors de sa deuxième visite, l'urgence l'a réorienté vers une clinique médicale.

Tous les drapeaux rouges étaient pourtant présents. Selon tous les experts consultés, on ne laisse pas partir ainsi un jeune homme en crise. Et encore moins lorsqu'il présente des idées et des comportements suicidaires, qu'il vit de l'anxiété, des troubles de sommeil et de l'alimentation, qui l'empêchaient de fonctionner.

On aurait probablement dû profiter de sa présence à l'hôpital pour intervenir dans l'immédiat, rencontrer un médecin et arrimer les services nécessaires tel un séjour dans une unité

d'intervention brève, un suivi avec une équipe d'accompagnement bref en communauté, un suivi étroit, un suivi de crise ou des services via le MASMA. Il aurait également été opportun d'impliquer la famille et un intervenant de crise pour celle-ci. Un accompagnement proactif et une liaison directe avec les services pertinents auraient dû être initiés sur place. Ceci aurait aussi eu le mérite de lui démontrer que ses appels à l'aide et sa situation étaient pris au sérieux.

Il semble que de belles opportunités ont été manquées et que des leçons doivent être tirées de ces événements.

Troisièmement, les pratiques du MASMA doivent être révisées.

En effet, bien qu'une demande formelle de soins en santé mentale et en psychiatrie ait été prescrite par un médecin, celle-ci a été déviée par le MASMA plusieurs semaines plus tard et aucune prise en charge ou évaluation en santé mentale et en psychiatrie n'a eu lieu avant le décès d'██████. Au surplus, ██████ a été jugé inadmissible à une évaluation en psychiatrie.

Dans un souci de prévention du suicide, j'estime que les intervenants du MASMA devraient échanger avec le médecin requérant avant de réorienter ou d'annuler une demande et devraient avoir accès en continu à toute l'information pertinente à l'évaluation. Lorsque des délais de prise en charge sont à prévoir, il serait également essentiel qu'ils réfèrent les usagers traversant une situation de crise ou présentant tout risque de suicide, de même que leur proche, vers un organisme pouvant les soutenir.

Ainsi, les délais et les enjeux rencontrés dans l'accès aux soins et services ont constitué des facteurs contributifs importants au décès d'██████. Ils mettent également en évidence des défaillances dans les procédures et le mécanisme d'accès aux services en santé mentale et en psychiatrie au sein du CISSS de la Montérégie-Centre.

Finalement, face à l'insuffisance de soutien, ██████ a tenté de chercher de l'aide ailleurs, notamment au Centre de crise L'Accès et au CRD Le Virage. Au moment de ses démarches, son état paraissait grandement détérioré. Ses proches ne savaient plus comment le soutenir. Malheureusement, le suivi offert par le Centre de crise L'Accès s'est révélé sous-optimal en raison de plusieurs lacunes, dont des erreurs logistiques (numéro de téléphone inexact), des délais dans les interventions ainsi que l'absence de mécanismes de relance durant les fins de semaine et les périodes d'absences des employés.

Au surplus, aucun suivi étroit, service de crise ni d'hébergement d'urgence, pourtant essentiel en situation de crise, n'a été mis en place. Les proches d'██████ ont également été laissés seuls devant sa détresse.

En résumé, le parcours d'██████ illustre une série de ruptures de services, de communications déficientes, de travail en silo et d'occasions manquées de mobiliser les ressources appropriées. L'absence de réponse adaptée dès sa première visite à l'urgence, les délais d'accès aux services et les enjeux dans le suivi ont contribué collectivement à une prise en charge inadéquate d'une situation critique. Ces constats soulignent l'urgence de revoir les mécanismes de liaison et d'accès aux soins en santé mentale afin de prévenir d'autres événements similaires.

## **CONCLUSION**

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

Il s'agit d'un suicide.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande que **Santé Québec** :

- [R-1]** S'assure que les délais de prise en charge à l'urgence, prévus à l'Échelle de triage et de gravité, soient respectés en tout temps plus spécifiquement pour les usagers en situation de crise ou ayant présenté des idées ou comportements suicidaires ;
- [R-2]** S'assure que les usagers en situation de crise ou ayant présenté des idées ou comportements suicidaires qui se présentent dans une urgence soient pris en charge adéquatement et rapidement par une équipe de soins critiques en milieu hospitalier ou dans la communauté ;
- [R-3]** Mette en place un mécanisme d'audit systématique dans tous ses établissements pour recenser et analyser les événements de suicide survenus sur leur territoire respectif afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles et de formuler des pistes d'amélioration et des recommandations afin de prévenir des suicides. Ce mécanisme d'audits devrait prévoir et offrir des services de post-vention aux proches endeuillés.

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, dont font partie l'Hôpital Charles-Le Moyne et le Mécanisme d'accès en santé mentale adulte (MASMA)** :

- [R-4]** 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-5]** 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-6]** 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-7]** Bonifie la prise de contact et les approches de ses équipes tant à l'urgence que dans les mécanismes d'accès en santé mentale, notamment en formant les intervenants et en actualisant les pratiques afin de développer des approches efficaces pour travailler avec les jeunes et l'ambivalence afin de prévenir les ruptures de services;

- [R-8]** Optimise le fonctionnement de ses mécanismes d'accès aux services 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-9]** Mette en place des protocoles de collaboration avec les centres de crise en santé mentale 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-10]** 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 le **Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est, dont fait partie le Centre de crise L'Accès :**

- [R-11]** S'assure que chaque personne qui consulte dans un contexte de crise ou d'idées suicidaires ait facilement et rapidement accès à des soins et services adaptés à ses besoins, dont un suivi de crise et des services d'hébergement;
- [R-12]** 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-13]** S'assure que des équipes interprofessionnelles soient en place et ait un mécanisme de relance plus efficace afin d'offrir 24/7 (incluant les fins de semaine et durant les périodes d'absence d'un employé) une prise en charge et un suivi plus rapproché aux usagers traversant une crise;
- [R-14]** Rehausse son protocole de non-réponse et forme son personnel pour mieux intervenir en cas de non-retour d'un usager;
- [R-15]** 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;
- [R-16]** Mette en place des protocoles de collaboration entre les établissements de la Montérégie et les centres de crise, en santé mentale 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.

## **SOURCES D'INFORMATION**

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

- Les dossiers cliniques de M. [REDACTED];
- Les rapports d'expertises ;
- Le rapport 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 14 juillet 2025.

Me Julie-Kim Godin, coroner

Version anonymisée