

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

[REDACTED]

2025-02486

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.

Dre Mylène Servant  
Coroner

|                                             |                                         |                |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|
| <b>BUREAU DU CORONER</b>                    |                                         |                |
| 2025-03-21<br>Date de l'avis                | 2025-02486<br>N° de dossier             |                |
| <b>IDENTITÉ</b>                             |                                         |                |
| ██████████<br>Prénom à la naissance         | ██████████<br>Nom à la naissance        |                |
| 73 ans<br>Âge                               | Féminin<br>Sexe                         |                |
| Côte-Saint-Luc<br>Municipalité de résidence | Québec<br>Province                      | Canada<br>Pays |
| <b>DÉCÈS</b>                                |                                         |                |
| 2025-03-21<br>Date du décès                 | Côte-Saint-Luc<br>Municipalité du décès |                |
| Extérieur du domicile<br>Lieu du décès      |                                         |                |

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée à l'aide de pièces d'identité et d'une photographie fournie par un proche.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Mme ██████████ demeure avec son fils au 8e étage dans un immeuble à logements. Le matin du 21 mars 2025, vers 10 h, son fils part de l'appartement.

Vers 12 h 15, la voisine qui demeure au rez-de-chaussée entend un bruit sourd d'impact dans la cour arrière de son appartement. Elle retrouve Mme ██████████ inanimée au sol. Elle appelle les services d'urgence via le 9-1-1.

Les manœuvres de réanimation sont débutées par les premiers policiers arrivés sur place et poursuivies par les pompiers du Service Incendie de Montréal. Pendant ce temps, des policiers localisent un appartement avec une fenêtre ouverte. L'appartement est déverrouillé par le concierge. Sur place, des pièces d'identité sont retrouvées au nom de Mme ██████████. Un petit banc est situé près de la fenêtre ouverte dans la chambre à coucher.

Vers 13 h 15, le fils de Mme ██████████ est de retour à l'appartement. Les policiers lui expliquent la situation et il fournit une photo de sa mère aux policiers afin de confirmer son identité.

Selon les protocoles établis, les manœuvres sont cessées et le décès de Mme ██████████ est constaté à distance par un médecin de l'Hôpital de base du Sacré-Cœur-de-Montréal.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été pratiqué le 22 mars 2025 à la morgue de Montréal. L'examineur a constaté la présence d'un polytraumatisme.

Des prélèvements effectués lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses ont démontré la présence dans le sang de sertraline, d'olanzapine et d'acétaminophène, toutes en concentration thérapeutique (non toxique). L'éthanol (l'alcool) sanguin était indétectable.

## ANALYSE

### Parcours médical

Mme [REDACTED] avait des antécédents d'anxiété et de dépression passés. Elle avait été traitée avec des médicaments lors du dernier épisode, mais les médicaments avaient été sevrés devant l'amélioration de son état.

Son fils avait immigré de Cuba depuis déjà plusieurs années. Depuis 2020, Mme [REDACTED] l'avait rejoint et son visa de visiteur était renouvelé régulièrement depuis, afin qu'elle puisse demeurer avec son fils unique. Elle n'avait pas droit à la couverture des soins par la Régie de l'assurance maladie. Outre son fils, elle avait quelques contacts avec d'autres membres de la famille, ici au Canada.

Dans le mois précédant son décès, elle se plaignait de plusieurs symptômes physiques et psychiques. À ses frais, elle avait été amenée pour consulter un médecin à trois reprises. Elle avait rencontré deux fois un médecin dans le système public et une fois un médecin, au privé en février 2025. Comme elle parlait uniquement espagnol, elle était toujours être en présence de son fils pour les évaluations médicales.

Aucune maladie physique précise n'avait été mise en évidence lors des évaluations médicales de Mme [REDACTED]. Comme la crise de santé mentale est devenue le diagnostic de travail, j'ai révisé les évaluations de son état psychique. Aucune évaluation du risque suicidaire n'a été retrouvée dans les dossiers examinés, tant du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) que du médecin de famille en privé. Un médicament antidépresseur avait été prescrit dès la première consultation médicale, mais Mme [REDACTED] n'aimait pas prendre des médicaments.

Lors de la plus récente visite à l'urgence, son fils avait déclaré qu'elle présentait des périodes de confusion intermittente. Dans les jours précédant la visite du 3 mars 2025, elle ne dormait et ne s'alimentait pratiquement plus. Lors d'une rencontre avec un psychiatre, le diagnostic de dépression majeure avec éléments psychotiques avait été confirmé et des médicaments à cet effet avaient été prescrits. L'impression de légère catatonie a aussi été émise.

La catatonie se manifeste par des perturbations significatives du mouvement et du comportement, pouvant aller de l'état d'esprit diminué avec confusion mentale à l'agitation. La dépression catatonique est considérée comme une forme sévère de dépression, nécessitant une prise en charge médicale rapide en raison du risque accru de suicide. La dépression catatonique est donc une urgence psychiatrique. Le traitement peut inclure des antidépresseurs, la psychothérapie, et dans certains cas, une hospitalisation avec des traitements de sismothérapie.

Mme [REDACTED] disait avoir du mal à avaler les médicaments et son fils devait régulièrement s'assurer de sa prise de médicaments. En date du 21 mars 2025, les médicaments avaient été pris depuis environ deux semaines. Les analyses toxicologiques démontrent des niveaux dans l'intervalle thérapeutique. La réponse thérapeutique avec la plupart des différentes classes d'antidépresseurs, se manifeste généralement au bout de 2 à 3 semaines (mais parfois dès le 4e jour, et parfois à 8 semaines). Aucune prise volontaire de plusieurs comprimés n'a été mise en évidence au décompte des médicaments de Mme [REDACTED] ou par les analyses toxicologiques.

## Contexte linguistique

Le CUSM est un pôle majeur dans l'offre de soins à Montréal. Il est fréquenté par des personnes de nombreuses origines ethniques ayant parfois des barrières linguistiques significatives. Les barrières linguistiques sont susceptibles de compromettre considérablement la qualité des soins en multipliant les risques de malentendus, d'erreurs de diagnostic, de délais de traitement et de réadmissions<sup>1</sup>. Même si on constate une augmentation du nombre de patients avec une maîtrise limitée de la langue et que les soins compromis entraînent des coûts importants<sup>2</sup>, la qualité des soins offerts à ces populations vulnérables demeure très basse. Les travailleurs qui sont en contact étroit avec les patients, comme les infirmières, les médecins et les travailleurs sociaux, n'ont souvent pas connaissance d'un protocole clair pour servir les patients qui font face à des barrières linguistiques.

La situation est d'autant plus préoccupante quand il s'agit de problèmes de santé mentale<sup>3</sup> comme dans le cas de Mme [REDACTED]. Fréquemment, pour communiquer avec les patients des minorités linguistiques ayant une maîtrise limitée de la langue française ou anglaise, les professionnels de la santé ont recours aux membres de la famille ou à des collègues ayant certaines compétences linguistiques. Le recours à un tiers non formé à la traduction médicale pose des limites et des risques. Le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes). L'absence de maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par une personne non formée peut mener à des erreurs de communication. L'objectivité et la posture en retrait des proches ne sont pas garanties. Il entraîne aussi un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient/usager vers son entourage déjà sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant peut ainsi être compromis aux yeux de la personne malade. Autrement dit, il me semble indélicat pour une personne allophone de discuter en tout temps de santé mentale ou de risque suicidaire par l'intermédiaire des proches.

Des travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux ont débuté en 2014. Le document « Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec » a été publié en 2018<sup>4</sup>.

La Banque d'interprètes du réseau de la santé et des services sociaux (BI du RSSS) a été lancée depuis le 4 novembre 2024. Elle dispose d'une nouvelle plateforme technologique, ayant pour but de mieux soutenir les besoins d'interprétation des établissements du RSSS dans toutes les régions du Québec et d'ainsi favoriser une intervention clinique de qualité et d'une communication optimale avec les usagers. Les établissements sont libres de recourir aux fournisseurs de leur choix pour les services d'interprétation. Au CUSM, un protocole d'accès existe. Je considère qu'un rappel doit être fait aux différents travailleurs de la santé du CUSM en lien la sollicitation bienveillante de ces professionnels formés en traduction médicale dans les situations où le pronostic vital n'est pas immédiatement engagé, surtout

---

<sup>1</sup> De Moissac, Danielle, and Sarah Bowen. « Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada ». *Journal of Patient Experience* 6, no. 1 (2019) : 24-32.  
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373518769008>

<sup>2</sup> Access Alliance. « Literature review: Costs of not providing interpretation in health care ». Retrieved from Toronto: [http://accessalliance.ca/wpcontent/uploads/2015/03/Lit\\_Review\\_Cost\\_of\\_Not\\_Providing\\_Interpretation.pdf](http://accessalliance.ca/wpcontent/uploads/2015/03/Lit_Review_Cost_of_Not_Providing_Interpretation.pdf) (PDF) (2009).

<sup>3</sup> Brisset, Camille, et al. « Language barriers in mental health care: A survey of primary care practitioners ». *Journal of immigrant and minority health* 16.6 (2014): 1238-1246

<sup>4</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180/?&date=DESC&titre=DESC&type=orientations-ministerielles&critere=type>

sur les quarts de travail non-défavorables (de jour). Je formulerais une recommandation à ce sujet.

### **Contexte de non-résident**

Sa situation personnelle de visiteur sans assurance plaçait Mme [REDACTED] et son fils dans une situation financièrement précaire pour la prise en charge d'une crise de santé mentale selon les règles de l'art. Le coût d'une assurance privée à long terme dans ce genre de situation peut être élevé. Une telle prise en charge optimale, pouvant comprendre un séjour hospitalier plus ou moins long et différents essais de traitements peuvent faire grimper les coûts assez rapidement. En effet, chaque jour d'hospitalisation peut représenter plus de 4000\$ pour une personne non-résidente du Canada. Aurait-on proposé un suivi rapproché ou un séjour hospitalier à Mme [REDACTED] si ses soins avaient été couverts par notre système d'assurance maladie québécois ?

Le jugement de Mme [REDACTED] avait été noté par le psychiatre du CUSM comme sécuritaire pour un retour à domicile. Cependant, aucune évaluation du risque suicidaire par le consultant en psychiatrie n'a été retrouvée au dossier de Mme [REDACTED] lors de cette dernière consultation. Une discussion entre Mme [REDACTED], son fils et le médecin au sujet de la sévérité de son état psychique et les risques associés à un congé à la maison n'est pas non plus notée au dossier clinique.

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

J'ai discuté les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès de la direction des services professionnels du CUSM dont font partie deux des hôpitaux visités et je leur formulerais des recommandations dans un objectif de meilleure protection de la vie humaine.

Par ailleurs, j'ai aussi eu des échanges avec le Collège des médecins du Québec en lien avec l'évaluation médicale de Mme [REDACTED] en clinique privée en février 2025. Ainsi, le présent rapport sera transmis au Collège des médecins pour information et analyse de la qualité de cette évaluation médicale, le cas échéant.

Quoiqu'il soit assez clair que Mme [REDACTED] se soit elle-même précipitée dans le vide, l'évidence d'une crise de santé mentale sévère m'oblige à considérer le mode de décès comme accidentel. En effet, pour pouvoir conclure à un suicide, la personne doit avoir eu toute sa lucidité pour décider de mettre fin. Je ne peux exclure des symptômes psychotiques et ne considère pas que Mme [REDACTED] ait été à son état mental de base normal. Je conclus donc à un décès d'intention indéterminée.

### **CONCLUSION**

Mme [REDACTED] est décédée d'un polytraumatisme consécutivement à une précipitation dans le vide.

Il s'agit d'un décès indéterminé quant à l'intention.

## RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre universitaire de santé McGill, dont font partie l'Hôpital Royal Victoria et l'Hôpital général de Montréal** de :

- [R-1]** Réviser la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne au cours du mois précédant son décès, en lien avec l'évaluation de son état mental et du risque suicidaire et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances ;
- [R-2]** Rappeler aux différents intervenants et aux médecins l'importance de la communication et de la documentation du dossier clinique d'un usager concernant les discussions objectives quant aux différentes conduites dans le traitement de la dépression majeure et de leurs risques respectifs, sans égard à la couverture ou non des coûts des soins de santé.
- [R-3]** Rappeler aux différents intervenants et aux médecins l'importance et le protocole de sollicitation des professionnels formés en interprétariat médical, lorsque l'état de santé de la personne le permet.

## SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur les sources d'information suivantes :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les rapports d'expertises ;
- Les rapports d'intervention et d'enquête policières du Service de police de la Ville de Montréal ;
- La prise de position de l'International Federation of Medical Students Associations (IFMSA) adoptée en juin 2021 ;
- La publication « Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec ».

---

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 Longueuil, ce 29 septembre 2025.

Dre Mylène Servant, coroner