

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-08822

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

BUREAU DU CORONER		
2024-11-19 Date de l'avis	2024-08822 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
21 ans Âge	Masculin Sexe	
Montréal Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-11-19 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 13 novembre 2024, vers 2 h 05, M. ██████████ se présente chez sa mère pour lui demander de l'argent pour ses besoins personnels. Réveillée par le tapage, elle lui parle par la fenêtre, mais refuse qu'il entre dans la résidence puisqu'il est agité et semble intoxiqué. Vers 2 h 15, elle communique avec les services d'urgence pour obtenir une assistance du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM).

Pendant l'appel, M. ██████████ réussit à entrer par la fenêtre ouverte. Sa mère lui demande de sortir et l'escorte jusqu'à la porte. Il sort de la résidence, mais revient sur ses pas et refuse de sortir à nouveau, malgré l'insistance de sa mère et d'autres membres de la famille vivant dans le même immeuble multi-logement. M. ██████████ s'enferme dans sa chambre avec un couteau, à l'insu de ses proches.

Vers 2 h 20, les policiers du SPVM arrivent sur place et demandent aux proches de sortir de la résidence. Les policiers tentent de raisonner M. ██████████ qui est agité et menace de se poignarder. Les policiers lui demandent de sortir de sa chambre. Vers 2 h 21, alors qu'il sort de sa chambre, il présente une blessure grave à l'abdomen. Il se couche par terre et devient semi-conscient. Il a toujours un pouls, mais celui-ci est faible. Les policiers débutent les premiers soins et les services ambulanciers sont demandés. Vers 2 h 27, les techniciens ambulanciers paramédics prennent la relève des soins. Alors qu'ils montent à bord du véhicule ambulancier, vers 2 h 41, M. ██████████ présente un arrêt cardiorespiratoire. Avec l'assistance des policiers, les manœuvres de réanimation sont débutées et se poursuivent pendant le transport ambulancier. M. ██████████ est amené à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal pour l'évaluation et la prise en charge de ses blessures.

Il arrive en salle de traumatologie vers 2 h 50. Le protocole de transfusion massive est débuté. Les manœuvres de réanimation permettent un retour à la circulation spontanée à 3 h 06, mais le saignement abdominal est important. Vers 3 h 20, il est transféré de toute urgence en salle d'opération afin d'explorer et de contrôler le saignement majeur dans l'abdomen. Le bilan des lésions est grave. Des grands vaisseaux artériels et veineux ont été lacérés à plusieurs endroits et des organes abdominaux ont été touchés. Plusieurs réparations sont effectuées.

Vers 6 h 45, alors qu'il devait sortir de la salle d'opération pour se rendre aux soins intensifs pour surveillance étroite de son état et des complications possibles, il devient à nouveau instable. Une nouvelle intervention de contrôle de l'hémorragie a lieu et il est finalement transféré aux soins intensifs, vers 9 h 50. Malgré la prise en charge chirurgicale et médicale, les saignements sont encore importants et il est toujours instable. Diverses interventions thérapeutiques sont mises en place afin de stabiliser son état.

Dans les jours qui suivent, plusieurs organes démontrent de la souffrance en lien avec les blessures initiales et l'arrêt cardiaque, et ce, malgré les manœuvres de réanimation et les traitements. Les examens neurologiques et radiologiques rapportent des signes de souffrance cérébrale avec un pronostic fonctionnel sombre.

Considérant l'ensemble des conditions médicales et le pronostic réservé de M. [REDACTED], l'équipe traitante et des membres de la famille optent pour des soins de confort. Il décède le 19 novembre 2024, tel que constaté par le médecin des soins intensifs.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont suffisamment documentées dans son dossier clinique de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Vu l'intervention du SPVM, une enquête par le Bureau des enquêtes indépendantes (BEI) et par un autre corps policier (Sûreté du Québec – Unité des crimes majeurs) a été déclenchée. L'enquête du BEI et l'ensemble de l'investigation ont écarté l'intervention d'un tiers dans le présent décès.

Contexte personnel de M. [REDACTED]

Dès l'âge de 15 ans, M. [REDACTED] avait commencé à présenter des comportements annonciateurs et avait reçu un diagnostic de schizophrénie probable par des médecins pédopsychiatres. Il avait été suivi et traité par des injections mensuelles jusqu'à sa majorité. Il avait présenté une grande amélioration de son fonctionnement global. Des mesures de réintégration sociale avaient été tentées, mais il n'y participait que très peu. Il présentait aussi des comportements délinquants. Il avait fait des séjours en Centre jeunesse et en Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation dans le passé. Il consommait de l'alcool et du cannabis. Cette consommation entraînait régulièrement des comportements difficiles à gérer pour l'entourage, soit de l'agitation, des hallucinations et de l'agressivité.

M. [REDACTED] a toujours nié être atteint d'une maladie psychotique. Dès sa majorité, il avait cessé son suivi et le traitement pour son trouble de santé mentale. Tout juste avant la fin de son suivi juvénile, lui et ses proches avaient été avisés qu'il était possible qu'une ordonnance de traitement par un juge puisse éventuellement être mise en place si M. [REDACTED] présentait toujours des comportements problématiques et refusait son traitement.

Un épisode de crise avait amené sa famille à communiquer avec les services d'urgence en 2021. Il avait été évalué par les policiers et un intervenant en situation de crise comme ne présentant pas un danger pour lui ou d'autres personnes. Devant le refus de suivre les

policiers à l'hôpital, l'intervention s'était soldée par des conseils auprès de ses proches afin de le faire évaluer par ordonnance de la cour. Les démarches pour une telle demande n'avaient pas été faites par ses proches.

Une nouvelle décompensation avait amené ses proches à demander l'aide des services policiers en 2022. Il présentait alors des propos confus et agressifs, ainsi qu'une grande méfiance. Ses proches craignaient pour leur sécurité et il avait alors été hospitalisé à l'Institut de santé mentale de Montréal en vertu de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* (communément appelée la Loi P-38). Après sept jours d'hospitalisation, il avait accepté de débiter un médicament. Des arrangements de prise en charge par les proches avaient été faits et il avait reçu son congé peu de temps après. Des médicaments lui avaient été prescrits au congé.

Il semblait ne jamais avoir récupéré les médicaments prescrits après sa sortie de l'hôpital en 2022. Selon les informations recueillies, aucun encadrement clinique spécifique, ni aucune ordonnance d'évaluation ou de traitement n'a été mis en place entre cet épisode et son décès. M. [REDACTED] vivait donc chroniquement avec son trouble psychotique sans véritable prise en charge clinique ou médicamenteuse.

M. [REDACTED] n'avait pas d'emploi et demeurait avec sa famille jusqu'en octobre 2024. Comme sa consommation et les comportements perturbateurs associés devenaient incessants, sa famille lui avait demandé de quitter le domicile, tout en maintenant un soutien financier pour qu'il puisse se loger en attendant sa relocalisation éventuelle dans une ressource d'aide.

Maladie psychotique et évolution

Pendant la nuit du 13 novembre 2024, il avait semblé intoxiqué ou décompensé. Ses proches avaient appelé les services d'urgence dans l'objectif de le faire hospitaliser et traiter à nouveau. Il n'avait jamais déclaré de propos suicidaires. Confronté à la présence policière lors de l'intervention, il s'est trouvé dans une position de ne pas vouloir être arrêté et amené de force. M. [REDACTED] s'est auto-infligé une blessure très sévère et est décédé des complications en découlant. Que ce soit une décompensation en contexte ou non de consommation, il est difficile de déterminer la part d'une réelle intention de s'enlever la vie et celle des pensées psychotiques ordonnant de poser ce geste malheureux. Il ne m'est donc pas possible de conclure sur l'intention claire de M. [REDACTED].

Une enquête publique récente de Me Kamel en lien avec le décès de M. [REDACTED] causé par un homme en proie à un épisode psychotique, a mis en lumière plusieurs éléments importants. La schizophrénie est une maladie chronique. Lorsqu'elle est inadéquatement traitée, elle comporte des risques pour la personne atteinte et pour les autres. Le risque de décompensation est plus important chez les consommateurs de substances psychoactives. Ce risque peut aussi être majoré par des stressors surajoutés.

Les traitements pour les maladies mentales provoquent leur lot d'effets secondaires et il n'est pas surprenant que les personnes traitées cherchent constamment à réduire ou cesser leur traitement pharmacologique. Ils sont donc souvent susceptibles de décompenser.

Implication et considération des proches

Sans l'aide des proches, il est difficile pour les soignants de mesurer l'ampleur des symptômes et les risques en découlant. Les proches des personnes atteintes de trouble de santé mentale se retrouvent souvent dans une situation délicate qui oscille entre la loyauté et la peur. Comme

dans le cas de M. [REDACTED], devant la non-observance aux traitements et les comportements récurrents, les proches peuvent se sentir isolés et ressentir de la culpabilité. Je ne reprendrai pas les nombreux avantages socioéconomiques découlant d'une prise en charge impliquant les proches. Ils sont détaillés et référencés dans le rapport de Me Kamel. Je rappellerai ici que ces répercussions positives devraient influencer et militer en faveur d'une offre de service centrée sur les proches aidants devenus bien malgré eux des soignants.

Pour les personnes les plus sévèrement atteintes, il existe des méthodes de déclaration par les proches afin de permettre d'obtenir une ordonnance d'intervention policière menant à une hospitalisation et une ordonnance de traitement, au final.

L'effritement du lien de confiance est une conséquence réelle de telles démarches par les proches. Il est commun qu'ils ne sollicitent les services d'aide qu'en dernier recours par peur de judiciarisation d'une personne qui a plutôt besoin de soins.

M. [REDACTED] avait refusé que les soignants communiquent avec sa mère lors de sa dernière hospitalisation et cette demande avait été respectée dans un objectif de préserver la confidentialité et l'alliance thérapeutique. Quoique requis par la loi, ce respect à la confidentialité me semble exagéré considérant que les proches deviennent, à la suite du congé, les soignants principaux de la personne. Cet aspect avait été discuté lors de l'enquête publique sur le décès de [REDACTED]. Me Kamel avait ainsi déclaré :

Cette troisième enquête menée en moins de deux ans pose la question fondamentale : est-ce que les familles sont réellement des acteurs cruciaux ? Nous savons maintenant que les familles sont les plus susceptibles d'être les mieux outillées pour parler d'un proche, c'est aussi elles qui le connaissent le mieux. (...) D'ailleurs, ils sont parfois le seul rempart social en plus d'habiter dans certains cas avec celles-ci. Leur apport devient donc essentiel dans le plan de traitement plus global, mais la situation peut rapidement représenter un lourd fardeau à assumer sans accompagnement adéquat.

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui

Communément appelée la Loi P-38, il s'agit de l'assise légale permettant d'amener une personne contre son gré à être évaluée et gardée dans un établissement de santé. La personne doit représenter un danger grave et immédiat pour elle-même ou une autre personne. La Loi permet également aux médecins d'émettre une garde préventive pendant 72 heures, à l'hôpital.

Lors de l'appel à l'aide en 2021, les proches de M. [REDACTED] avaient été déçus que l'intervention se soit conclue comme ne répondant pas aux critères de la loi P-38. La suite aurait été de faire des démarches par les proches, auprès d'un tribunal, afin de forcer une telle évaluation. Il est facile de comprendre qu'en tant que proche, judiciariser volontairement une personne soit un geste difficile à faire. Dans le cas de M. [REDACTED] qui ne reconnaissait pas sa maladie, même lorsqu'il était adéquatement traité, une ordonnance d'évaluation et de traitement auraient peut-être été une action salutaire à long terme, mais combien culpabilisante pour les proches. Comme aucune prise en charge n'a découlé de cet épisode de 2021 devant l'absence de démonstration du critère de danger immédiat, je crois opportun de questionner les critères et l'application de la loi P-38. Une réflexion s'impose sur son application actuelle et la protection réelle pour la personne qui présente un danger pour elle-

même et pour autrui. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) en mai 2023, afin de réaliser des travaux entourant divers enjeux entourant l'application de la loi P-38. Il s'avère que ces travaux sont toujours en cours. Il est souhaitable qu'ils se terminent dans les meilleurs délais. La révision du cadre juridique entourant la loi P-38 est aussi nécessaire afin de l'actualiser à la réalité des personnes ayant un état mental perturbé et leurs proches.

Ailleurs au Canada, le critère immédiat du danger n'est pas requis dans l'application d'une telle loi protégeant les personnes avec un trouble de santé mentale instable. Le danger, s'il est considéré comme sérieux, suffit pour outrepasser l'accord de la personne de se soumettre à une telle évaluation, si elle n'est pas en mesure de prendre soin d'elle-même. Il s'agit donc d'une version plus souple de la loi P-38 qui supporte les proches des personnes visées dans leur implication. Elle permettrait à mon avis d'engager plus les proches qui se sentiraient épaulés, mais surtout de réduire la morbidité et la mortalité des individus et des gens innocents croisant leur chemin lors d'une journée fatidique.

À la lumière de mon investigation et dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, dans le même esprit que Me Kamel lors de l'enquête publique sur la mort de M. je trouve important de formuler des recommandations afin que des modifications soient enfin apportées à la loi P-38.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès d'intention indéterminée, dans le contexte d'une maladie psychotique non-traitée.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des complications médicales d'un traumatisme abdominal par arme tranchante auto-infligé, alors qu'il était en psychose probable, dans le contexte d'une intervention policière.

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

RECOMMANDATIONS

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

- [R-1]** Assure le suivi adéquat afin que les travaux confiés à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) sur l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38)* soient complétés dans les meilleurs délais ;

[R-2] Se penche sur la révision du cadre juridique de la *Loi P-38*, notamment sur les critères de dangerosité et l'approche envers les proches et la communauté dans leur soutien à la personne présentant un danger pour elle-même et pour autrui, en plus des recommandations qui découleront des travaux de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) sur l'application de la *Loi P-38*.

SOURCES D'INFORMATION

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

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Le rapport d'intervention policière du Service de police de la Ville de Montréal ;
- Le rapport du Bureau des enquêtes indépendantes ;
- Les rapports des enquêtes publiques 2024 -EP00291-9, 2023 -EP00287-9 et 2022 -EP00283-9.

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 octobre 2025.

Dre Mylène Servant, coroner