

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

[REDACTED]  
2025-00440

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>		<b>2025-01-14</b>	<b>2025-00440</b>
Date de l'avis		Nº de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <span>[REDACTED]</span> <p>Prénom à la naissance 73 ans Âge Montréal Municipalité de résidence</p> </div> <div style="width: 45%;"> <span>[REDACTED]</span> <p>Nom à la naissance Masculin Sexe Québec Province</p> </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <span>[REDACTED]</span> <p>Canada Pays</p> </div> </div>	
<b>DÉCÈS</b>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>2025-01-12 (présumée)</p> <p>Date du décès À son domicile Lieu du décès</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Montréal</p> <p>Municipalité du décès</p> </div> </div>			

### **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

M. [REDACTED] est identifié à l'aide d'une pièce d'identité comportant une photographie.

### **CIRCONSTANCES DU DÉCÈS**

Le 14 janvier 2025, l'intervenante de M. [REDACTED] s'inquiète pour ce dernier puisqu'il ne répond pas à sa porte depuis le 13 janvier et que sa médication, livrée ce même jour, demeurait dans sa boîte aux lettres.

Elle signale donc la centrale 9-1-1.

Des policiers se déplacent au logement de M. [REDACTED]. La porte d'entrée étant déverrouillée, ils pénètrent dans le logement et le retrouvent inerte, couché sur le ventre, au sol de sa salle de bain. Il n'a aucun signe vital, présente des rigidités et montre également des lésions d'apparence traumatique au nez.

Sur les lieux, les policiers trouvent des contenants de médicaments servis le 9 janvier 2025, soit un flacon de 80 comprimés d'acétaminophène et un autre de 14 comprimés d'amoxicilline.

Conformément au protocole applicable, aucune manœuvre de réanimation n'est faite et un constat de décès à distance est complété par un médecin de l'Hôpital de base du Sacré-Cœur-de-Montréal.

### **EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES**

Un examen externe est pratiqué le 15 janvier 2025 à la morgue de Montréal. Il a permis de constater la présence d'une fracture au niveau du nez. Aucune autre lésion traumatique ou suspecte n'a été observée.

Une autopsie virtuelle par tomodensitométrie du corps entier a été effectuée le 15 janvier à l'Institut de cardiologie de Montréal. Dans son rapport, le radiologue a décrit un léger hématome de la région péri-orbitaire et frontale gauche, une athéromatose légère, des épanchements pleuraux et péricardiques de même que des signes d'un possible œdème

pulmonaire. Il a également noté de nombreuses caries. Aucune lésion hémorragique intracrânienne ni aucune lésion significative ayant pu causer le décès n'a été identifiée.

Des prélèvements effectués lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses démontrent la présence dans le sang des substances suivantes :

- Métabolite actif de rispéridone en concentration thérapeutique ;
- Acétaminophène en concentration thérapeutique ;
- Traces de naproxène.

Le métabolite de lorazépam a été décelé dans les échantillons d'urine. Aucune trace d'éthanol (l'alcool) et de lorazépam n'a été détectée dans le sang.

## **ANALYSE**

M. [REDACTED] vivait seul et était relativement isolé. Il présentait une condition médicale complexe, qui évoluait et incluait des problèmes de santé mentale, des problèmes cognitifs et une perte d'autonomie. Malgré les recommandations de son équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM), il préférait demeurer à domicile et refusait un hébergement en ressource intermédiaire en santé mentale.

Il avait également été hospitalisé pour diverses conditions qui laissaient entrevoir plusieurs facteurs de vulnérabilité.

M. [REDACTED] ne bénéficiait pas d'un médecin de famille, mais recevait depuis quelque temps un SIM ainsi qu'un suivi à domicile par le Centre local de services communautaires (CLSC). Comme il était peu orienté dans le temps, il éprouvait des difficultés à gérer adéquatement sa médication, notamment en ce qui concerne la fréquence des prises, ce qui entraînait des erreurs fréquentes.

Compte tenu des risques de sevrage associés à l'arrêt ou à une mauvaise prise du lorazépam, une demande avait été formulée afin que la distribution de sa médication soit effectuée quotidiennement par un agent de soins de santé et de services sociaux (ASSS). Cette demande avait été acceptée, mais la mise en place du service n'avait pas encore été effectuée au moment des faits vu l'absence de mécanisme formel et structurant de liaison entre les programmes de soutien à domicile et du SIM. M. [REDACTED] avait consenti à ce changement.

Dans la période précédant son décès, M. [REDACTED] se plaignait de douleurs aux gencives et aux dents. Le 7 janvier 2025, il a consulté un médecin à l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame, qui a noté qu'il ne présentait pas de fièvre ni de saignement. Il lui a prescrit un antibiotique, de l'amoxicilline, et de l'acétaminophène. Il lui a également recommandé de consulter un dentiste et de reconsulter en cas de détérioration.

M. [REDACTED] est allé chercher par lui-même l'ordonnance à une pharmacie et a vraisemblablement géré seul la prise des médicaments, malgré ses enjeux d'orientation dans le temps. Est-ce que le pharmacien avait été informé de ses difficultés dans la gestion de ses médicaments ? Savait-il qu'il était préférable de l'accompagner dans la prise de ceux-ci et de ne pas lui remettre une grande quantité de médicaments ?

Le 10 janvier 2025, un intervenant s'est présenté au domicile de M. [REDACTED] et lui a remis sa médication, sous forme de pilulier, pour la fin de semaine, qu'il devait prendre de manière autonome. M. [REDACTED] a alors informé son intervenante de sa visite à l'Hôpital Notre-Dame et de la médication additionnelle prescrite. Il lui a demandé son soutien pour planifier un rendez-vous chez un dentiste.

À la lumière de ses conditions, de ses difficultés et des expertises effectuées, M. [REDACTED] a vraisemblablement oublié de prendre son lorazépam durant la fin de semaine (1 mg le matin et 3 mg le soir).

Cette problématique aurait été prévenue s'il avait été accompagné de manière étroite et avait reçu quotidiennement sa médication, tel que recommandé par son équipe traitante.

Soulignons que le sevrage aux benzodiazépines, incluant le lorazépam, peut survenir après seulement quelques jours d'interruption. Il peut parfois mettre la vie en danger et s'accompagne de symptômes tels que tachycardie, tremblements, agitation, confusion et, dans les cas plus sévères, convulsions.

Bien qu'on ne soit pas possible de conclure que M. [REDACTED] soit directement décédé d'un syndrome de sevrage, l'enjeu de sécurité des soins mis en lumière est réel et préoccupant. Je formulerais donc une recommandation afin de prévenir qu'une telle situation puisse se reproduire. Celle-ci a préalablement été discutée avec l'équipe traitante.

Par conséquent, M. [REDACTED] est vraisemblablement décédé d'un évènement cardiovasculaire subi survenu dans un contexte possible de sevrage au lorazépam. La date de son décès a été établie en fonction des informations recueillies au cours de l'investigation et de l'état du corps lors de sa découverte.

Les expertises effectuées nous ont par ailleurs permis d'exclure une cause de décès en lien avec une surdose ou une chute accidentelle.

### ***Réflexion et recommandation***

À la suite des évènements, j'ai communiqué avec l'équipe traitante de même qu'avec la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, dont relève les soins et les services que M. [REDACTED] recevait. On m'a informé qu'une analyse des évènements serait effectuée.

Compte tenu du nombre de mois écoulés depuis le décès de M. [REDACTED] et que l'analyse est toujours en cours, je recommanderai qu'un mécanisme de liaison entre les programmes de soutien à domicile et de santé mentale soit mis en place afin de prévenir des bris ou des délais de service susceptibles de compromettre la sécurité des usagers vulnérables, notamment en ce qui concerne la distribution quotidienne de médicaments à risque. Ce programme devrait inclure :

- La désignation d'un intervenant de liaison au sein du programme de soutien à domicile, chargé de collaborer étroitement avec les équipes SIM (ou autres équipes en santé mentale) dans tous les dossiers conjoints nécessitant des interventions rapides ou impliquant une prise de médication à risque. Celui-ci pourrait également faire le pont et partager les informations utiles avec les pharmaciens communautaires pour assurer la sécurité des usagers ;

- Un protocole de coordination, qui précise les responsabilités partagées pour l'analyse des besoins, la transmission de l'information clinique pertinente et la mise en place des services demandés dans un délai de 24 heures suivant la demande, plus particulièrement lorsque des risques pour la santé ou la vie sont identifiés ;
- Un outil de suivi partagé dans le dossier clinique permettant de documenter en temps réel la demande initiale, la confirmation de la mise en place du service, les obstacles rencontrés et les mesures prises ;
- Une vigie mensuelle interdisciplinaire afin de réviser les cas à risque et d'assurer les ajustements requis ;
- Une reddition de comptes semestrielle sur les délais de mise en place des services et l'efficacité du mécanisme.

Une copie du présent rapport sera également transmise à l'Ordre des pharmaciens du Québec afin de les aviser des circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] et de les sensibiliser aux enjeux rencontrés sur le terrain.

## **CONCLUSION**

M. [REDACTED] est décédé d'un évènement cardiovasculaire subi.

Il s'agit d'un décès naturel.

## **RECOMMANDATION**

Je recommande au **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal** :

[R-1] de mettre en place un mécanisme formel et structurant de liaison entre les programmes de soutien à domicile et de santé mentale (dont les équipes de suivi intensif dans le milieu) afin de prévenir des bris ou des délais de service susceptibles de compromettre la sécurité des usagers vulnérables, notamment en ce qui concerne la distribution quotidienne de médicaments.

## **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 3 décembre 2025.

Me Julie-Kim Godin, coroner