

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-03198

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 Sarah Maude Massicotte

BUREAU DU CORONER		2024-03198
2024-04-26		N° de dossier
Date de l'avis		
IDENTITÉ		
Prénom à la naissance 31 ans Âge Montréal Municipalité de résidence	Nom à la naissance Masculin Sexe Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-04-26 Date du décès Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Lieu du décès	Montréal Municipalité du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. [REDACTED] a été identifié visuellement par un proche, sur les lieux de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le récit des circonstances du décès de M. [REDACTED] a été élaboré à partir du rapport d'enquête de la Sûreté du Québec, du rapport préhospitalier d'urgence ainsi que des dossiers cliniques auprès du centre hospitalier de Lanaudière et l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.

Le 19 avril 2024, M. [REDACTED] se rend dans un club de tir. Il signifie alors son intérêt pour un forfait d'essai comprenant trois types d'armes à feu de calibres différents. Comme l'instructeur qualifié (ci-après « instructeur ») est disponible, un rendez-vous lui est proposé quelques minutes plus tard.

Les vérifications d'usage sont effectuées par un membre du personnel et M. [REDACTED] est ensuite accompagné dans la salle de tir avec l'instructeur. Des directives de sécurité lui sont expliquées et l'instructeur demeure à ses côtés, tel que prévu.

Conformément au forfait payé, M. [REDACTED] tire quelques coups de feu avec chaque type d'armes à feu. Il utilise le pistolet et tire à quelques reprises vers la cible. Soudainement, il positionne le canon de l'arme à feu sous son menton et tire rapidement un projectile.

Suivant la procédure d'urgence, l'instructeur provoque l'arrêt immédiat des activités et demande de l'aide. Un appel est logé à la centrale d'appel 9-1-1 et des soins d'urgence sont prodigués à M. [REDACTED]. Ce dernier respire encore, mais semble inconscient. Sous les directives du personnel de la centrale d'appel 9-1-1, des manœuvres de réanimation sont débutées.

À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, ceux-ci constatent que M. [REDACTED] est en arrêt cardio-respiratoire et qu'il présente des blessures sévères, dont un traumatisme craniocérébral. M. [REDACTED] est transporté par ambulance au centre hospitalier de Lanaudière, où il est pris en charge par l'équipe médicale de l'urgence.

Compte tenu de l'ampleur du traumatisme, M. [REDACTED] est transféré à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal pour y recevoir des soins de santé spécialisés en traumatologie. Les examens radiologiques effectués démontrent la présence de plusieurs hémorragies intracrâniennes, de fractures complexes du massif facial et d'une atteinte du nerf optique droit.

En dépit des l'ensemble des soins prodigués, l'équipe médicale constate une progression des phénomènes hémorragiques ainsi qu'une augmentation de l'œdème vasogénique. Considérant les atteintes permanentes et le pronostic réservé de M. [REDACTED], il est décidé de cesser les soins actifs et de favoriser une approche de soins de confort.

M. [REDACTED] décède le 26 avril 2024 entouré de ses proches, le tout tel que constaté par un médecin de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les lésions ayant entraîné le décès de M. [REDACTED] étaient suffisamment documentées dans l'ensemble de ses dossiers cliniques, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Portrait de M. [REDACTED]

Au cours des dernières années, la trajectoire de vie de M. [REDACTED] est parsemée de plusieurs embûches et qualifiée de difficile par certains proches. Il affronte plusieurs épreuves, notamment une rupture amoureuse douloureuse ainsi que différents enjeux sur le plan professionnel et financier.

Malgré son grand potentiel, M. [REDACTED] éprouve certaines difficultés à maintenir un emploi. Il consomme différentes substances sur une base régulière, notamment de l'alcool, du cannabis ainsi que de la méthamphétamine.

En 2022, un diagnostic de schizophrénie et de trouble de l'usage de drogues est finalement posé. Dans ce contexte, il est référé au programme de premier épisode psychotique (PPEP) de l'hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Une prise en charge est alors débutée et des soins et services multidisciplinaires visant son rétablissement lui sont offerts. Sa participation au suivi est variable. En 2023, un diagnostic de trouble psychotique non-spécifique est soulevé.

Malgré les situations complexes engendrées par les enjeux de santé mentale, M. [REDACTED] peut compter sur un support significatif de sa famille et de ses proches. Certains d'entre eux collaborent par ailleurs au PPEP, un élément reconnu dans la littérature scientifique comme étant contributif à l'atteinte des objectifs établis dans le cadre de ce programme.

Dans les mois précédant son décès, M. [REDACTED] réside chez un proche. Il est également accueilli chez certains membres de sa famille occasionnellement. Puisqu'il ne possède pas d'adresse fixe, du support lui est proposé par son équipe traitante afin de débuter des démarches visant à obtenir un appartement subventionné. Une référence auprès du centre de réadaptation en dépendance de Montréal est également abordée dans le cadre des rencontres de suivi, mais aucune prise en charge n'est toutefois débutée en ce sens.

À la lecture de ses dossiers cliniques, M. [REDACTED] était inobservant au traitement pharmacologique prescrit par son psychiatre. Selon certains proches, il refusait de prendre sa médication depuis le mois d'août 2023, ce qui a possiblement pu contribuer à sa détresse. Sa participation aux rendez-vous de suivis est par ailleurs fluctuante, malgré une approche personnalisée de l'équipe de soins.

Une approche de suivi différente visant à stimuler l'engagement de M. [REDACTED] est alors tentée par l'équipe traitante. La proposition d'intégrer un groupe d'activation est effectuée et des relances par téléphone, par messages textes et par la poste sont réalisées à intervalles réguliers. Plusieurs propositions de rendez-vous lui sont faites, en présentiel et par visioconférence pour en faciliter l'accessibilité.

Entre le mois d'août 2023 et le mois de janvier 2024, M. [REDACTED] ne donne cependant plus suite aux relances de l'équipe du PPEP.

Période précédent son décès

Vers la fin du mois de janvier 2024, un proche de M. [REDACTED] communique avec l'intervenante pivot du PPEP. Un changement est observé dans son comportement et cette proche est inquiète d'une rechute de psychose. Des tentatives visant à rejoindre M. [REDACTED] sont alors effectuées par l'intervenante pivot afin de discuter avec lui et fixer un rendez-vous de suivi. M. [REDACTED] ne donne pas suite aux messages.

Dans ce contexte, il est alors suggéré à cette proche de consulter à l'urgence de l'hôpital en santé mentale Albert-Prévost ou d'interpeler les autorités policières, si M. [REDACTED] représente un danger grave et imminent. Un rendez-vous de suivi est proposé par message texte, le 6 février 2024.

Du 4 au 8 février 2024, M. [REDACTED] est hospitalisé à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en raison d'un état mental perturbé. Un diagnostic de psychose toxique est alors posé. Suivant l'évaluation du médecin, M. [REDACTED] ne présente pas d'idées suicidaires. En raison du diagnostic émis, des discussions sur la pertinence d'entamer une thérapie visant à adresser l'enjeu de consommation ont lieu. M. [REDACTED] indique néanmoins ne pas souhaiter aller de l'avant pour le moment. Un transfert d'information est également effectué auprès du PPEP.

Une fois son état stable, il obtient finalement son congé sans autre mesure spécifique. Les coordonnées de différentes ressources lui sont néanmoins remises en cas de besoin et l'établissement confirme que M. [REDACTED] pourra demeurer chez un proche à sa sortie de l'hôpital.

Le 12 février 2024, des échanges ont lieu entre un proche de M. [REDACTED] ainsi que l'intervenante pivot du PPEP. Le comportement de M. [REDACTED] est décrit comme stable et adéquat. L'intervenante est toutefois informée qu'il ne souhaite pas se présenter au rendez-vous de suivi prévu avec l'équipe de soins.

Dans ce contexte, des démarches sont entreprises par l'intervenante pivot afin de communiquer avec M. [REDACTED], sans succès. Un rendez-vous lui est tout de même proposé par message texte le 27 février 2024, dans le but de relancer le suivi. Le dossier clinique indique que M. [REDACTED] ne se présente pas à ce rendez-vous.

Suivant l'ensemble des informations recueillies, M. [REDACTED] n'avait pas tenu de propos de nature suicidaire durant cette période. Aucune lettre ou note n'a par ailleurs été retrouvée suivant l'enquête des autorités policières.

Selon certains proches, M. [REDACTED] avait le projet d'amorcer une thérapie visant la gestion de son trouble d'usage des substances prochainement. Il avait auparavant suivi une thérapie dans un établissement, laquelle lui avait permis une période significative d'abstinence. Il souhaitait donc retourner à cet endroit. Néanmoins, au moment de son décès, cette démarche n'avait pas encore été débutée.

Événement du 19 avril 2024

Le 19 avril 2024, M. [REDACTED] se rend au club de tir. Après discussion avec un membre du personnel, un forfait d'essai lui est proposé. Comme M. [REDACTED] ne possède pas de permis de possession d'armes à feu, cette activité doit donc être réalisée sous la supervision constante d'un instructeur qualifié. Son identité est confirmée à l'aide d'une pièce d'identité avec photo et le registre de présence est complété selon le protocole.

Suivant les déclarations obtenues, M. [REDACTED] présentait un discours cohérent et ne semblait pas intoxiqué. Le visionnement des caméras de surveillance suggère également que M. [REDACTED] ne semblait pas intoxqué au moment de l'événement. Les informations disponibles ne permettent toutefois pas d'exclure que M. [REDACTED] avait consommé des substances au moment de son décès.

Durant la tenue de l'activité, l'instructeur et M. [REDACTED] échangent sur divers sujets. Aucun élément particulier n'est soulevé. L'instructeur demeure à proximité de M. [REDACTED] en tout temps, tel que requis. En raison du caractère imprévisible du geste, l'investigation démontre qu'aucune manœuvre de l'instructeur n'aurait permis d'éviter la survenance de cet événement.

Les éléments recueillis dans le cadre de l'investigation permettent de confirmer que M. [REDACTED] a agi seul et que son geste suggère une intention claire.

Réflexion sur la prévention du suicide

Bien qu'aucun événement comparable n'ait été recensé auprès du Bureau du coroner, le décès de M. [REDACTED] met en lumière que l'accès à des armes à feu en contexte de détresse peut constituer un risque pour la vie humaine.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que limiter l'accès aux moyens de suicide constitue une mesure universelle et efficace dans la prévention du suicide. La *Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*¹ aborde dans le même sens, en insistant sur le fait que restreindre l'accès aux moyens peut octroyer aux individus, un délai suffisant pour surmonter le moment de crise et éviter de poser un geste irréversible.

Des études révèlent par ailleurs que le délai entre la décision de passer à l'acte et la tentative de suicide peut être aussi court que 5 à 10 minutes. La notion de délai suffisant revêt donc un caractère particulièrement pertinent lorsqu'il est question de prévention du suicide.

De plus, plusieurs études indiquent qu'une personne en détresse ne cherchera pas nécessairement un moyen alternatif pour mettre fin à ses jours si celui initialement envisagé devient indisponible ou difficile d'accès. En restreignant l'accès aux moyens et en augmentant

¹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>

le délai entre la prise de décision et le passage à l'acte, il est donc possible de prévenir des suicides.

Dans ce contexte, il m'apparaît pertinent de formuler une recommandation visant la possibilité d'implanter un délai raisonnable, entre le moment où un individu confirme sa participation à un forfait d'essai de tir et la tenue de cette activité. Cette recommandation a par ailleurs été discutée au préalable, avec le répondant du Contrôleur des armes à feu.

CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTED] est attribuable aux complications médicales découlant d'un traumatisme craniocérébral auto infligé par une arme à feu, dans un contexte de trouble psychotique non-spécifique.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATION

Je recommande que la **Sûreté du Québec, dont relève le Contrôleur des armes à feu** :

[R-1] Évalue la possibilité d'instaurer un délai de 48 heures entre la confirmation de participation et la tenue d'une activité d'essai de tir pour toute personne non accompagnée d'un membre, ne détenant pas de permis de possession d'armes à feu valide, et ce, dans l'ensemble des clubs et champs de tir du Québec.

SOURCES D'INFORMATION

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

- les dossiers médicaux de la personne décédée ;
- le rapport d'intervention policière de la Sûreté du Québec ;
- le rapport d'intervention préhospitalière d'urgence.

Je soussignée, coroner, reconnaiss 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 Saint-Mathieu-de-Beloeil, ce 9 janvier 2026.

,Sarah Maude Massicotte, coroner