

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2025-01143

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

BUREAU DU CORONER		
2025-02-05 Date de l'avis	2025-01143 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
25 ans Âge	Masculin Sexe	
Yamaska Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-02-06 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par ses proches.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 2 février 2025, M. ██████████ est conduit à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel par une personne de son entourage en raison d'une détérioration marquée de son état mental et de symptômes psychotiques persistants. Une garde préventive est demandée.

Ce même jour, il est évalué par un psychiatre qui prescrit une admission sur l'Unité d'hospitalisation courte durée dans un contexte de trouble psychotique.

Le 3 février, vers 17 h 30, M. ██████████ se rend à l'extérieur de l'hôpital dans le cadre d'une sortie pour fumer, accompagné d'une préposée aux bénéficiaires (PAB) et d'un groupe d'usagers. Il s'empare alors d'un taxi stationné devant l'entrée, dont le moteur est en marche. Une cliente se trouve sur la banquette arrière, tandis que le chauffeur est à l'extérieur de la voiture.

M. ██████████ quitte rapidement les lieux à bord du taxi. La centrale 9-1-1 est aussitôt avisée de la situation.

En cours de route, M. ██████████ s'arrête et permet à la passagère de descendre. Il est calme, mais tient des propos incohérents.

À 18 h 25, une agente de la Sûreté du Québec (SQ) communique avec M. ██████████ sur son téléphone cellulaire. Ce dernier mentionne qu'il ne va pas bien, puis met fin à la communication et cesse de répondre aux appels.

Le taxi est localisé peu après sur la route 132, dans le secteur de Saint-Gérard-Majella, par des policiers de la SQ. Une tentative d'interception est effectuée, mais M. ██████████ refuse de s'arrêter. Peu après, le véhicule est retrouvé enlisé dans la neige sur un terrain privé à Yamaska. La portière du conducteur est ouverte et M. ██████████ n'est plus sur place.

Il prend la fuite à pied, pénètre brièvement dans le domicile privé d'une connaissance, puis poursuit sa cavale et s'empare d'une minifourgonnette Dodge Caravan laissée en marche à l'entrée d'une résidence pour personnes âgées située à proximité.

Dans les heures suivantes, M. [REDACTED] parcourt près de 400 kilomètres et se rend jusqu'à Campbell's Bay, en Outaouais, où la minifourgonnette tombe en panne.

Le 4 février, vers 3 h, un bon samaritain s'arrête pour lui offrir de l'aide. M. [REDACTED] accepte et monte à bord du camion GMC de cet homme afin d'aller récupérer des outils.

Arrivé à son garage, le conducteur descend de son véhicule. M. [REDACTED] profite alors du moment pour repartir au volant du camion GMC. Le bon samaritain tente de l'arrêter, sans succès, puis alerte la centrale 9-1-1. Il est 4 h 53.

Vers 6 h 37, grâce au système de géolocalisation du véhicule, des policiers de la SQ localisent le camion sur l'autoroute 50, près du kilomètre 226. Des policiers se dirigent donc vers le secteur.

Vers 6 h 55, le camion est repéré au kilomètre 260. Sous la supervision de leur sergent, les policiers élaborent un plan d'interception. Étant informés que M. [REDACTED] présente possiblement un état psychotique, ils demandent le soutien de policiers supplémentaires.

Vers 7 h 07, un duo de policiers active les gyrophares et la sirène de leur véhicule afin d'intercepter le camion. M. [REDACTED] refuse de s'immobiliser et accélère.

Une poursuite s'enclenche alors sur l'autoroute 50.

Deux tentatives de déploiement d'un tapis à clous sont effectuées dans le secteur de Mirabel, mais sans succès. Lors du deuxième déploiement, le camion percute plusieurs véhicules, dont une voiture de la SQ, avant de poursuivre sa route à haute vitesse.

Vers 7 h 12, à la fin de l'autoroute 50, M. [REDACTED] continue sa course sur le boulevard Curé-Labelle en direction sud, à Blainville. Son camion perd un pneu, mais il poursuit sa route, suivi par les patrouilleurs de la SQ.

À 7 h 14, le sergent en devoir ordonne la fin de la poursuite, notamment en raison des risques et de la densité de la circulation. Les policiers continuent de suivre le camion à basse vitesse, gyrophares et sirène éteints. Ils perdent rapidement le camion de vue.

Quelques secondes plus tard, le camion circule toujours à haute vitesse en direction sud sur le boulevard Curé-Labelle, en sens inverse de la circulation.

Vers 7 h 14, M. [REDACTED] entre en collision avec un camion Ford F-150 circulant en direction nord. Sous la force de l'impact, il est éjecté de son véhicule. Des témoins composent immédiatement le 9-1-1 et lui viennent en aide.

Les secours arrivent rapidement sur les lieux et constatent que M. [REDACTED] présente un traumatisme crânien sévère avec fracture ouverte, une respiration agonale et est inconscient.

M. [REDACTED] est transporté par ambulance à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, où il est rapidement pris en charge par l'équipe de soins. Les examens confirment un traumatisme crânien sévère, incompatible avec la vie.

Le 6 février, le décès de M. [REDACTED] est confirmé par un médecin de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, conformément aux lignes directrices en vigueur.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les échantillons de liquides biologiques prélevés en cours d'hospitalisation ont été détruits par l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, il a été impossible de procéder à des analyses toxicologiques sur ceux-ci. Il n'a par ailleurs pas été jugé utile de procéder à des prélèvements post mortem vu les délais écoulés.

Aucune autre expertise n'a été demandée puisque les lésions qui ont entraîné le décès de M. [REDACTED] sont bien documentées à ses dossiers cliniques.

ANALYSE

Les circonstances ayant mené au décès de M. [REDACTED] mettent en lumière des défaillances importantes dans l'organisation des soins et services en santé mentale au Québec de même que dans l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, c. P-38-001 (ci-après Loi P-38).

Afin de mettre en relief ces enjeux, je mettrai d'abord en lumière les faits saillants de la trajectoire de soins de M. [REDACTED], de son passage à l'Hôtel-Dieu de Sorel et de la poursuite policière qui s'en est suivie. J'analyserai ensuite les facteurs contributifs à son décès et je formulerai des recommandations pour prévenir d'autres décès similaires.

Portrait de M. [REDACTED] et sa trajectoire de soins

M. [REDACTED] était un jeune adulte âgé de 25 ans, célibataire et sans enfant. Il ne détenait pas d'emploi au moment des faits.

Selon son entourage, il était un jeune homme brillant qui vivait toutefois avec plusieurs démons intérieurs et un mal de vivre depuis plusieurs années.

En effet, à partir de son adolescence, il a manifesté des difficultés de fonctionnement, des problèmes de comportement ainsi qu'un trouble lié à l'usage de substances, lesquels ont entraîné des conflits de même que d'importantes répercussions sur son parcours scolaire et ses relations interpersonnelles. Ses proches demeuraient présents pour l'aider au meilleur de leurs capacités. Il bénéficiait également d'un suivi pédiatrique.

En dépit de son grand potentiel, il n'a pas complété ses études secondaires et a rencontré des difficultés à maintenir un emploi.

Au fil des années, il a développé une méfiance marquée, une grande irritabilité, une impulsivité, des idées de persécution et des symptômes paranoïdes.

Il a consulté à de nombreuses reprises à l'urgence de différents hôpitaux entre 2018 et 2024 et a fait l'objet de gardes en établissement. Il a été évalué par plusieurs médecins, qui ont retenu différentes impressions diagnostiques, dont : trouble de la personnalité du groupe B, traits limites et antisociaux, psychoses toxiques, trouble anxieux généralisé et trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Lors de ces passages à l'urgence, le plan de traitement visait généralement à gérer la crise ou l'intoxication, puis on lui donnait son congé. Aucune prise en charge psychiatrique, psychosociale ou en traitement des dépendances structurée et continue n'a été mise en place.

De plus, en 2021, un psychiatre a soulevé l'hypothèse d'un début de schizophrénie, accompagnée de symptômes psychotiques intermittents. M. [REDACTED] a été référé au Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) et à un groupe pour trouble de la personnalité.

Un premier contact a été établi avec M. [REDACTED]. Celui-ci se montrait ambivalent et a été invité à communiquer avec les services lorsqu'il se sentirait prêt à s'engager.

Selon les informations consignées à ses dossiers et rapportées par ses proches, il n'y a pas eu de *reaching out*, soit une démarche proactive visant à aller vers lui afin d'établir un lien, de favoriser son engagement et d'assurer une prise en charge et un suivi médical adaptés, plutôt que de simplement attendre qu'il demande de l'aide.

Dans ce contexte, M. [REDACTED] n'a pas été mobilisé à s'engager dans les services et aucune prise en charge soutenue ou structurée n'a été mise en place. Il importe de souligner que M. [REDACTED] se trouvait alors dans une situation marquée par une grande précarité et une instabilité domiciliaire, soit des facteurs susceptibles de compromettre sa capacité à initier et à maintenir lui-même une démarche de soins.

En 2024, il a traversé des périodes plus difficiles, marquées par des idées et des peurs accrues de la mort. Selon son entourage et ses dossiers cliniques, son état mental s'était également détérioré au cours de l'année. Il rapportait entendre des voix et tenait des propos de plus en plus inquiétants. Il lui était notamment arrivé de se cacher pendant de longues heures avec une arme, convaincu que sa vie était en danger. À plusieurs reprises, il croyait faire l'objet de menaces de mort en raison des voix qu'il entendait.

En octobre 2024, il a été référé au mécanisme d'accès aux services en santé mentale adulte, car il n'avait toujours pas de médecin ou de psychiatre traitant.

Parallèlement et avec l'aide de ses proches, M. [REDACTED] a participé à des thérapies dans des ressources privées pour son trouble lié à l'usage de substances. Malgré les thérapies, il recommençait à consommer.

Au moment de son décès, il présentait une précarité au niveau psychosocial, financier et domiciliaire. Il résidait temporairement chez un membre de son entourage, à Yamaska.

Réflexions et recommandations en lien avec la trajectoire de soins

Le parcours de vie de M. [REDACTED] illustre de façon éloquent le phénomène de la porte tournante dans les urgences du Québec et les difficultés rencontrées par les jeunes adultes aux prises avec des troubles mentaux à obtenir des soins et services adaptés de même qu'une prise en charge médicale véritablement continue et axée sur leur rétablissement.

Comment expliquer qu'un jeune adulte présentant des enjeux de santé mentale, des symptômes psychotiques et un trouble lié à l'usage de substances soit ainsi demeuré dans le phénomène des portes tournantes des urgences sans qu'une prise en charge adaptée ne soit mise en place ?

Cette situation met en lumière un enjeu systémique : notre réseau de la santé demeure trop souvent centré sur la gestion de la crise plutôt que sur la prise en charge et le rétablissement de la personne aux prises avec des troubles d'usage et de santé mentale. Les usagers, souvent ambivalents ou désorganisés en raison de leurs conditions, se voient confier des responsabilités parfois démesurées dans la coordination et le suivi de leurs propres soins.

Comment le recours à la garde préventive, provisoire et en établissement pourrait-il être transformé en un levier d'accès rapide vers les bons soins et services, plutôt qu'en réponse brève et coercitive à un épisode de crise ? De quelle manière la garde pourrait-elle être utilisée au bénéfice de l'utilisateur, dans une perspective de continuité des soins et de rétablissement ?

En décembre 2025, le rapport final de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) sur l'application de la Loi P-38 a été publié à l'issue de plus de deux ans de travaux. Plusieurs recommandations ont été proposées afin de renforcer l'encadrement des mécanismes d'exceptions, dont la garde en établissement.

Le rapport met en évidence que, pour de nombreux acteurs, l'application de la Loi P-38 ne devrait pas se limiter à une réponse coercitive à un épisode de crise. Elle devrait plutôt être transformée en opportunité de structurer un continuum de soins durable et de favoriser le rétablissement de la personne.

Dans un autre ordre d'idées, quelles stratégies cliniques et organisationnelles pourraient être mises en place afin de favoriser également l'engagement de personnes présentant un profil similaire à celui de M. [REDACTED] dans les soins et services offerts ? Il m'apparaît que des démarches proactives de *reaching out*, combinées à une implication plus structurée des proches, favoriseraient l'établissement de liens durables, nécessaires à une prise en charge et à un suivi cohérents et soutenus.

Il est ainsi impératif d'adopter des approches innovantes et flexibles qui renforcent la participation des usagers et leur engagement, tout en valorisant la contribution des proches dans le processus de rétablissement. L'utilisateur a des responsabilités, mais le réseau de la santé en a également à l'égard de ses usagers.

À ce sujet, les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont déjà clairement énoncées dans plusieurs documents de référence, dont le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, le *Cadre de référence : programmes pour premiers épisodes psychotiques* (2^e édition, 2024) et le *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller*.

C'est dans cet esprit et en continuité avec les orientations ministérielles que je formulerai des recommandations à l'attention de Santé Québec visant à renforcer le *reaching out* et la participation durable aux différents soins et services en santé mentale, incluant le PPEP, et en traitement des dépendances. Il faut que celles-ci puissent contribuer à réduire les réadmissions à l'urgence, tout en favorisant l'amélioration du rétablissement et de la santé mentale des Québécois.

Épisode de soins à l'Hôtel-Dieu de Sorel

Examinons maintenant plus en détail les événements survenus à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Dans les semaines précédant son admission à l'urgence, M. [REDACTED] semblait très désorganisé, tenait des propos étranges, parfois même suicidaires, et se disait convaincu que des personnes voulaient le tuer. Il avait également rédigé des lettres préoccupantes. À deux

occasions, il avait fugué en prenant sans autorisation la voiture de membres de son entourage, dont une fois en pleine nuit, conduisant pendant plusieurs heures. Ses proches et son entourage s'inquiétaient pour lui.

Dans les circonstances, un proche a amené M. [REDACTED] à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel le 2 février 2025.

Au triage, l'infirmière a noté la présence d'hallucinations, de propos incohérents, d'idées de persécution, de signes de psychose aiguë et d'un risque incertain de fugue ou de danger pour la sécurité. De plus, il croyait que des gens voulaient le tuer, disait avoir récemment reçu un diagnostic de schizophrénie et ne pas prendre sa médication.

Vers 16 h 10, il a été évalué par un médecin de l'urgence, qui a observé la présence de propos incohérents, d'une humeur figée, d'une marche cyclique, d'affects non mobilisables, d'une pensée concrète, d'absence de délire, mais d'hallucinations de voix qui lui parlent et le dénigrent. Il a noté un discours pauvre, une absence d'introspection et une autocritique faible. Il a conclu à une impression diagnostique de schizophrénie avec des idées intrusives et une désorganisation de la pensée. Il a prescrit un bilan, une consultation en psychiatrie et une garde préventive, considérant la présence d'un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui.

Un formulaire de garde préventive a été rempli par le médecin, dans lequel il fait aussi état d'une désorganisation mentale associée à un risque pour la sécurité du patient, dans un contexte d'alliance thérapeutique difficile et de fiabilité générale difficile.

La garde préventive pouvait être maintenue pendant un maximum de 72 heures et s'inscrivait dans le cadre de l'application de la Loi P-38.

En début de soirée, M. [REDACTED] a été évalué par un psychiatre, qui a noté la chronologie des événements de même que les signes et les symptômes de psychose présents. Il a aussi communiqué avec une personne de l'entourage pour obtenir des informations additionnelles. Les parents de M. [REDACTED] n'ont toutefois pas été contactés. Aucun élément au dossier ne permet d'établir que le consentement de M. [REDACTED] à l'implication de ses parents ait été exploré ou sollicité. L'absence d'une telle démarche apparaît comme une occasion manquée d'obtenir l'ensemble des informations pertinentes, d'enrichir l'évaluation clinique et d'impliquer les proches.

Cela étant dit, le psychiatre a conclu à des indices de dangerosité imminente ainsi qu'à un diagnostic de trouble psychotique non spécifié et à un trouble lié à l'usage de substances. Des diagnostics différentiels sont aussi notés, soit un possible épisode induit par une consommation de substances et une psychose primaire en évolution depuis plus d'un an.

Le psychiatre a demandé une admission sur l'unité de santé mentale courte durée. Comme M. [REDACTED] acceptait de demeurer à l'hôpital, la garde préventive qui avait été demandée plus tôt en vertu de la Loi P-38 a été levée.

Le psychiatre a également émis les ordonnances suivantes : *« ne peut quitter sans réévaluation psychiatrique. À l'urgence : surveillance 1:1. Sur l'unité : peut porter ses vêtements. Surveillance aux 30 minutes. Peut sortir 15 minutes deux fois par jour accompagné du personnel »*.

Selon l'information recueillie, ces sorties se faisaient plutôt en groupe. Un PAB était alors chargé d'accompagner un certain nombre d'usagers à l'extérieur de l'hôpital.

À la suite de son arrivée à l'hôpital, l'état mental de M. [REDACTED] a montré peu d'amélioration. Les notes infirmières indiquent qu'il a présenté, au cours de la nuit et la matinée du 3 février, une agitation psychomotrice accompagnée d'anxiété, de méfiance et d'un regard fuyant.

Il demandait à quitter, attendant avec peu de patience ses sorties prévues à 13 h et à 17 h.

La première sortie de groupe a eu lieu en début d'après-midi et s'est avérée particulièrement difficile, selon la PAB qui l'accompagnait. M. [REDACTED] tenait des propos délirants, était méfiant, éprouvait des difficultés à respecter les consignes et se sentait en danger. Notamment, il manifestait une peur d'être tué ou kidnappé.

À la suite de cette sortie, vers 14 h 30, le personnel infirmier a noté qu'il tenait encore des propos délirants.

Vers 15 h, le personnel infirmier a interpellé le psychiatre traitant quant à l'état de M. [REDACTED]. Le psychiatre a alors pris connaissance des écrits récents de M. [REDACTED], transmis par un membre de l'entourage. Ceux-ci illustraient une pensée désorganisée et des craintes accrues autour de la mort.

Le psychiatre a réévalué M. [REDACTED] et noté qu'il demeurait très délirant. Notamment, il croyait qu'il serait séquestré lors de ses sorties. Il croyait qu'une personne décédée associée à une organisation criminelle lui en voulait et que celle-ci était dans la chambre voisine. Il craignait que cette même organisation criminelle puisse lui faire du mal. Il doutait aussi de l'identité véritable des autres usagers de l'unité et ne distinguait plus clairement ce qui était réel ou non. Il craignait pour sa sécurité, tant sur l'unité de psychiatrie qu'à l'extérieur.

M. [REDACTED] présentait des symptômes suggestifs d'un épisode psychotique.

Malgré tout, le psychiatre a maintenu les privilèges de sortie et n'a pas demandé de garde en établissement. Il a fait de la psychoéducation sur la psychose avec M. [REDACTED].

Deux heures et demie plus tard, M. [REDACTED] a pris la fuite lors d'une sortie de groupe.

Lorsque la disparition de M. [REDACTED] a été signalée à l'équipe de psychiatrie, la psychiatre en poste a ordonné une garde préventive en vertu de la Loi P-38. Pour expliquer son ordonnance, elle a noté que M. [REDACTED] était très désorganisé, délirant, avait des propos suicidaires, des idées délirantes persécutrices actives et pouvait être en psychose.

Pendant ce temps, M. [REDACTED] s'est emparé successivement de trois voitures et a roulé toute la nuit, parcourant plusieurs centaines de kilomètres, dans un état probable de psychose aiguë et d'idées paranoïdes de persécution. Sa cavale a mené à une poursuite policière et s'est soldée par une collision mortelle.

Une reconstitution de la collision mortelle a été faite par le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Celle-ci a notamment mis en lumière les éléments pertinents suivants :

- La collision est survenue sur le boulevard Curé-Labelle, composé au total de quatre voies de circulation, soit deux dans chaque direction. Les voies étaient asphaltées, en bon état et mouillées. La vitesse permise y était de 60 km/h.
- La circulation était dense. La température était d'environ -8 °C et il faisait jour.

- Le camion GMC conduit par M. [REDACTED] était en bon état et ne présentait aucune défectuosité mécanique pouvant expliquer la collision. Un pneu avait toutefois été perdu, vraisemblablement en lien avec l'utilisation du tapis à clous et de la collision qui s'en est suivie.
- M. [REDACTED] conduisait à une vitesse de 153 km/h dans les secondes précédant la collision et ne portait pas sa ceinture de sécurité. Alors qu'il circulait dans le sens contraire de la voie de circulation, il a perdu le contrôle du camion et est entré en collision avec un véhicule circulant en direction nord.

En conclusion, le reconstitutionniste a déterminé que les principaux facteurs contributifs à la collision étaient :

- La vitesse excessive alors qu'un pneu manquait au véhicule ;
- La conduite dans la mauvaise voie de circulation.

Ces facteurs sont étroitement liés à l'état psychotique dans lequel se trouvait M. [REDACTED] au moment des faits.

Mentionnons finalement que le Bureau des enquêtes indépendantes (BEI) a procédé à une enquête approfondie des faits impliquant les policiers et a produit un rapport détaillé. Je retiens de cette enquête que les gestes posés et les décisions prises par les policiers ont été jugés adéquats.

Réflexions et recommandations en lien avec l'épisode de soins à l'Hôtel-Dieu de Sorel

Le séjour de M. [REDACTED] à l'Hôtel-Dieu de Sorel met notamment en lumière les défis cliniques rencontrés par les professionnels de la santé et les limites du cadre juridique et organisationnel actuel encadrant la prise en charge des personnes présentant une dangerosité.

Application de la Loi P-38 et levée de la garde

En l'espace de moins de 24 heures, une garde préventive a été successivement ordonnée, levée, puis rétablie. Concrètement, ceci signifie que M. [REDACTED] a d'abord été forcé à demeurer à l'urgence, sans droit de sortie en raison de sa dangerosité. Puis, une fois qu'il a accepté d'être hospitalisé, la garde a été levée. Il a ainsi récupéré sa liberté et des droits de sortie. Pourtant, son état psychotique et sa dangerosité ne s'étaient pas améliorés de manière significative.

Au contraire, les comportements observés lors de sa première sortie du 3 février témoignent d'une détérioration de son état et d'un désir de quitter l'établissement. Malgré les signes de dangerosité imminente et son ambivalence à demeurer hospitalisé, il a conservé ses droits de sortie et sa liberté.

Lors de l'investigation, il a été proposé que la levée de la garde et l'octroi de droits de sortie ont été permis afin de favoriser une alliance thérapeutique. Il ressort en effet que, dans certains milieux, une culture locale s'est développée consistant à lever la garde pour faciliter les déplacements, favoriser l'alliance thérapeutique, simplifier la gestion clinique et tenter de prévenir une escalade de la crise.

Je suis d'avis que la levée de la garde, son maintien, de même que l'octroi de sortie le 3 février soulèvent d'importantes préoccupations. Si l'alliance thérapeutique constitue un objectif souhaitable, celle-ci ne doit pas se faire au détriment de la sécurité de l'utilisateur, de ses proches, des professionnels de la santé et du public.

Je me questionne également sur la capacité réelle d'un usager présentant des idées délirantes, des symptômes de psychose et un jugement altéré à consentir à une hospitalisation. Le fait de fonder la levée d'une garde principalement sur la décision de cet usager, alors même que des éléments de dangerosité avaient été identifiés, soulève plusieurs préoccupations.

En tout respect, il m'apparaît que la dangerosité devrait demeurer le critère cardinal pour la levée d'une garde, particulièrement en présence d'un usager ambivalent, susceptible de donner et retirer son consentement au gré de l'évolution de son état mental.

Dans cette perspective, il semble nécessaire de réviser la Loi P-38 afin de préciser les critères et modalités encadrant la mise en place et la levée d'une garde. Il serait également pertinent de déterminer comment elle devrait s'inscrire dans la trajectoire de soins et contribuer au continuum de soins. Le MSSS m'a indiqué qu'une révision était envisagée, mais n'était pas en mesure de me confirmer de délai.

Cette révision devrait par ailleurs être assortie d'une formation obligatoire. En effet, le MSSS a déployé en 2021 une formation nationale sur la Loi P-38, accessible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). N'étant pas obligatoire, il semble que celle-ci n'a pas connu le succès espéré et que le taux de participation a été relativement faible. Une formation inégale peut contribuer à des difficultés d'application et d'interprétation. Dans ce contexte, il apparaît pertinent de valoriser une formation uniforme des médecins devant appliquer la future mouture de la Loi P-38.

Finalement, il serait opportun de créer une instance ou un mécanisme de révision des cas d'application de la Loi P-38 afin notamment d'harmoniser les pratiques et améliorer son application à l'échelle provinciale.

Modalités de sorties et encadrement

Les modalités de sorties et l'encadrement des personnes présentant une certaine dangerosité nécessitent aussi une révision approfondie, particulièrement lorsque l'utilisateur n'est plus sous garde, qu'il y a absence de personnel formé et qu'il n'existe pas de lieu sécurisé pour les sorties.

Pour une meilleure protection de la vie humaine, il serait souhaitable que Santé Québec élabore, en impliquant par exemple son équipe d'excellence clinique, un standard provincial de soins et de sécurité ou des lignes directrices encadrant les modalités de sorties et précisant notamment :

- Les critères cliniques justifiant l'octroi de privilèges de sortie ;
- Les mesures de sécurité à appliquer selon le niveau de dangerosité évalué ;
- Les rôles, responsabilités et formations requises des intervenants impliqués ;
- Les exigences de documentation et de révision des décisions.

Rôles des PAB

Il importe de souligner que la PAB impliquée lors de la fugue du 3 février, comme la majorité de ses collègues, n'était pas formée pour intervenir ou désescalader une situation de crise, contrairement aux intervenants spécialisés en pacification et en sécurité. Elle n'était pas habilitée à intercepter physiquement un usager prenant la fuite ou se désorganisant.

Il apparaît toutefois que le rôle des PAB et le niveau de sécurité qu'ils pouvaient assurer auprès de M. [REDACTED] ont été surestimés.

Les modalités de sorties doivent donc être repensées en tenant compte des limites réelles des rôles et compétences des différents intervenants.

Enquêtes internes

Conformément à son mandat, le coroner ne se prononce pas sur la responsabilité civile ou professionnelle des personnes ou des établissements impliqués. Ce rôle revient aux ordres professionnels et aux tribunaux compétents. De plus, des organismes sont chargés d'assurer la qualité de l'exercice des professionnels de la santé ainsi que la protection du public.

Ainsi, les circonstances entourant le décès de M. [REDACTED] ont été portées à l'attention du Directeur des services professionnels (DSP) et de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est, dont fait partie l'Hôtel-Dieu de Sorel. Une analyse a été effectuée et des recommandations ont été proposées.

On m'a indiqué que certaines pratiques ont été modifiées, notamment les sorties de groupe supervisées par le personnel ont été abolies. Désormais, seules les sorties non accompagnées ou supervisées par des proches sont permises.

Avec respect, je doute que cette mesure permette d'améliorer la sécurité des usagers et de prévenir des décès. Elle transfère une responsabilité et une pression indue sur les épaules des proches, qui ne possèdent ni la formation ni les moyens nécessaires pour intervenir adéquatement en situation de crise ou de fugue.

Cette nouvelle procédure ne répond pas à l'enjeu fondamental : dans quelles circonstances un usager devrait-il se voir accorder des privilèges de sorties ? Comment ces privilèges devraient-ils être encadrés ? Est-ce qu'un usager en crise psychotique devrait avoir des droits de sortie ?

J'estime que cette nouvelle procédure mérite d'être repensée afin d'assurer la sécurité de tous.

Finalement, un comité de l'acte a recommandé de rappeler aux membres du département de psychiatrie du CISSS de la Montérégie-Est :

- De privilégier la sécurité à l'alliance thérapeutique avec un usager avec un trouble psychotique dont l'état peut parfois être fluctuant et imprévisible.
Le rôle des PAB lors des sorties accompagnées et le fait qu'ils ne sont pas habilités à intervenir physiquement pour empêcher une fugue ;
- D'éviter d'autoriser des sorties accompagnées pour des patients présentant des indices de désorganisation comportementale, et ce, même s'ils sont libres et ne font pas l'objet d'une garde en établissement.

Sommaire des facteurs contributifs et recommandations

L'analyse des circonstances permet de retenir que les principaux facteurs contributifs au décès de M. [REDACTED] sont les suivants :

- L'état psychotique aigu dans lequel il se trouvait ;
- La levée de la garde et l'octroi de privilèges de sortie ;
- Le fait qu'il se trouvait librement dans la communauté le 3 février.

Pris ensemble, ces éléments ont contribué à la collision mortelle survenue le 4 février. Par conséquent, si M. [REDACTED] ne s'était pas retrouvé libre dans la communauté le 3 février, son décès aurait probablement pu être évité.

Le décès de M. [REDACTED] met en lumière des enjeux systémiques liés à l'application de la Loi P-38 et rappelle l'urgence de repenser certains de ses fondements et modalités d'application, notamment en ce qui concerne la levée de la garde et l'encadrement des sorties.

Certains des défis soulevés ont par ailleurs déjà été mis en évidence lors de l'enquête publique thématique sur le suicide (n° 2019-00257), de même que dans les enquêtes portant sur les décès de M. [REDACTED] (n° 2024-00291), de Mme [REDACTED] et de M. [REDACTED] (n°s 2023-02318 et 2023-02317). Force est de constater que ces thèmes demeurent pleinement d'actualité.

Ces histoires illustrent surtout l'urgence de réviser la Loi P-38 et ses modalités d'application. Protéger la vie, la sécurité et les droits fondamentaux des Québécois doit être une priorité immédiate.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un polytraumatisme consécutivement à une collision routière survenue alors qu'il était en psychose probable.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que **Santé Québec** :

- [R-1]** Assure l'accès et la continuité des soins et services en santé mentale et en dépendance pour les jeunes et les jeunes adultes afin de réduire le nombre de réadmissions à l'urgence et de favoriser leur rétablissement ;
- [R-2]** Consolide l'intégration d'approches innovantes et adaptées, incluant des démarches proactives de *reaching out*, afin de renforcer la participation et l'engagement des usagers à toutes les étapes de la prestation des soins, dans une perspective de continuité et de rétablissement durable ;
- [R-3]** Rappelle et diffuse de façon systématique les balises légales et les bonnes pratiques cliniques portant sur la sécurité des usagers présentant ou ayant présenté un danger pour eux-mêmes ou pour autrui ;

- [R-4] Élabore et diffuse un standard de soins et de sécurité portant sur les privilèges de sorties pour les usagers présentant ou ayant présenté un danger pour eux-mêmes ou pour autrui ;
- [R-5] Mette en place une instance ayant le mandat d'évaluer de manière structurée l'application de la Loi P-38 dans tous ses établissements et de déployer des stratégies visant à harmoniser et améliorer son application.

Je recommande que le **CISSS de la Montérégie-Est**, dont l'Hôtel-Dieu de Sorel fait partie :

- [R-6] Révise sa procédure sur les modalités de sorties afin d'assurer la sécurité des usagers, des proches, des professionnels de la santé et du public.

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

- [R-7] Accélère la révision de la Loi P-38 afin de clarifier et préciser les conditions encadrant la mise en place, le maintien et la levée d'une garde, et de s'assurer que les mécanismes de garde deviennent de véritables leviers d'accès structurant à des soins et services adéquats, dans une perspective de continuité des soins, de sécurité et de rétablissement durable ;
- [R-8] Rende obligatoire une formation provinciale sur l'application de la prochaine Loi P-38 à l'intention des médecins ainsi que les autres professionnels de la santé afin d'assurer une compréhension et une application adéquates et uniformes.

SOURCES D'INFORMATION

- Les dossiers cliniques de M. [REDACTED] ;
- Le rapport d'intervention policière du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) ;
- Le rapport du Bureau des enquêtes indépendantes (BEI) et ses annexes ;
- Mes échanges avec les proches de M. [REDACTED], le commissariat aux plaintes, le médecin examinateur du CISSS de la Montérégie-Est, la DQEPE du CISSS de la Montérégie-Est, le comité de l'acte, le MSSS et Santé 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 Montréal, ce 2 février 2026.

Me Julie-Kim Godin, coroner