

Rapport d'enquête

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Jacques Côté

2022-02448

M^e Géhane Kamel

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 3 |
| PRÉCISIONS ET LIMITES DU RAPPORT | 3 |
| IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE | 4 |
| CIRCONSTANCES DU DÉCÈS | 4 |
| EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES | 4 |
| ANALYSE ET CONSTATS | 5 |
| PARCOURS DE VIE DE M. JACQUES CÔTÉ | 5 |
| TRAJECTOIRE DE SOINS DE M. KIM LABEL | 5 |
| <i>Enfance et premiers contacts en pédopsychiatrie</i> | 5 |
| <i>Première hospitalisation en psychiatrie (Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec du 25 avril au 7 mai 2008)</i> | 6 |
| <i>Deuxième hospitalisation en psychiatrie (Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec du 12 au 22 décembre 2008)</i> | 6 |
| <i>Suivi externe en psychiatrie générale à l'IUSMQ (2010 à 2016)</i> | 7 |
| <i>Troisième hospitalisation en psychiatrie (CHU de Québec et IUSMQ du 23 avril au 7 mai 2019)</i> | 8 |
| <i>Suivi ambulatoire en psychiatrie (IUSMQ avec D^r Alain Dion de mai 2019 à juin 2021)</i> | 9 |
| <i>Suivi ambulatoire en psychiatrie (CHU de Québec avec D^{re} Anne Tremblay de septembre 2021 à avril 2022)</i> | 10 |
| LES JOURS PRÉCÉDANT LE DÉCÈS DE M. CÔTÉ | 11 |
| LES INTERVENTIONS POLICIÈRES | 11 |
| <i>Le jour de l'événement : le 6 avril 2022</i> | 13 |
| À LA SUITE DE SON ARRESTATION | 14 |
| CLARIFICATIONS DIAGNOSTIQUES | 15 |
| QUALITÉ DES SOINS REÇUS | 16 |
| LE SPVQ | 18 |
| LA BOUSSOLE | 20 |
| LA RÉVISION DU MODÈLE JUDICIAIRE EN SANTÉ MENTALE | 21 |
| LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (LOI P-38) | 21 |
| LA CONFIDENTIALITÉ | 23 |
| IMPLICATION ET CONSIDÉRATION DE PROCHES | 24 |
| CONCLUSION | 28 |
| RECOMMANDATIONS | 29 |
| ANNEXE I – LA PROCÉDURE | 31 |
| ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES | 32 |

INTRODUCTION

Le 6 avril 2022, le coroner D^r Jean-Marc Picard prend avis lors du décès de M. Jacques Côté. Le 13 avril 2022, le dossier est transféré au coroner M^e Luc Malouin.

Le 25 septembre 2023, le dossier de M. Côté est transféré à la coroner M^e Andrée Kronström.

Le 8 décembre 2023, j'ai été désignée afin de mener à terme cette investigation et de faire la lumière sur les causes et les circonstances entourant ce décès, d'identifier les facteurs contributifs et de formuler, le cas échéant, des recommandations.

Le 13 mars 2024, le coroner en chef, M^e Reno Bernier, a ordonné une enquête publique et m'a désignée pour la présider. Le 3 avril 2024, le D^r Marc Jalbert a été nommé assesseur.

Cette enquête vise à mettre en lumière les causes et les circonstances entourant le décès de M. Côté, de même que de formuler des recommandations en vue d'une meilleure protection de la vie humaine.

Voyons maintenant plus en détail comment le présent rapport sera divisé :

Dans un premier temps, je mettrai en lumière les causes et les circonstances entourant le décès faisant l'objet de la présente enquête publique, soit celui de M. Jacques Côté.

Dans un second temps, je présenterai mon analyse et mes constats.

Finalement, je désire remercier le D^r Marc Jalbert pour son apport exceptionnel à ce rapport et à toutes les personnes qui ont contribué à la présente enquête. En mon nom et en celui du D^r Jalbert, je tiens à réitérer mes plus sincères condoléances aux proches endeuillés.

PRÉCISIONS ET LIMITES DU RAPPORT

Il importe de mentionner que la *Loi sur les coroners* interdit aux coroners de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. Il existe des mécanismes à cet effet et des organismes dont le mandat est spécifiquement d'assurer la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres et la protection du public. Ainsi, la présente enquête n'a nullement pour objectif de se prononcer sur la responsabilité d'une personne ni de rechercher des coupables.

L'ensemble du processus appelle plutôt à la collaboration de tous dans un intérêt commun et qui vise la protection de la vie humaine.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Jacques Côté, âgé de 65 ans, est décédé le 6 avril 2022. Il a été identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 6 avril 2022, vers 15 h 40, M. Côté voit son voisin, M. Kim Lebel, qui est agité et brise une fenêtre d'une voiture avec un grattoir à long manche. M. Côté s'approche de lui, visiblement pour le calmer. Malheureusement, le voisin lui assène plusieurs coups. M. Côté tombe au sol et son voisin continue de le frapper à la tête.

D'autres voisins entendent crier à l'extérieur et 12 appels au 911 sont enregistrés pour venir rapidement porter assistance à M. Côté. Les policiers du Service de police de la Ville de Québec (SPVQ) arrivent sur les lieux et procèdent à l'arrestation de M. Lebel. Selon leur protocole, les policiers du SPVQ rédigent un constat de mort évidente à 15 h 58.

Le décès visé par la présente enquête a fait l'objet d'une enquête par la Sûreté du Québec (SQ), division des crimes majeurs, le SPVQ et par le Bureau des enquêtes indépendantes (BEI). Le rapport du BEI a été soumis au Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) et, après analyse, ce dernier n'a porté aucune plainte contre les policiers impliqués dans l'événement. Des accusations ont par ailleurs été portées à l'égard du voisin, soit M. Kim Lebel, pour lesquelles il a été reconnu non criminellement responsable et déclaré à haut risque par la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM).

Les enquêteurs de la SQ ont par la suite traité ce dossier en assistance au coroner.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe et une autopsie ont été réalisés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal le 7 avril 2022. Dans son rapport, le pathologiste note un traumatisme craniocérébral contondant¹. Le traumatisme contondant implique de manière prédominante la tête. Les dommages à la tête incluent une large zone de contusion, des érosions et des fractures ouvertes du crâne avec exposition et lacération du cerveau. Ces dommages sont extensifs et mortels. Les lésions traumatiques aux membres supérieurs du corps (notamment le coude droit) pourraient représenter des plaies de défense.

Lors de l'autopsie, des échantillons biologiques (sang et urine) ont été prélevés et analysés au LSJML. Les analyses toxicologiques ont détecté de l'acétaminophène à un seuil thérapeutique².

CAUSE DU DÉCÈS

M. Jacques Côté est décédé des suites d'un traumatisme craniocérébral par un objet contondant.

Il s'agit d'une mort violente.

¹ Pièce C-4*.

² Pièce C-5*.

ANALYSE ET CONSTATS

J'ai écouté attentivement l'ensemble des témoignages et, bien que mon enquête doive tendre à détailler les causes du décès et à en établir les circonstances, je ne peux faire fi du contexte dans lequel ce décès s'est produit.

Les policiers impliqués dans l'intervention ont été entendus en audience de même que le personnel de la santé, des témoins civils et un expert retenu par le Bureau du coroner aux fins de la présente enquête.

Chaque personne intéressée a eu l'occasion de me soumettre par écrit ses commentaires à la fin des audiences publiques.

Parcours de vie de M. Jacques Côté

M. Côté est le père de trois enfants et est décrit comme un homme jovial. Il était reconnu pour son engagement à sa communauté et son désir d'aider les autres. Les circonstances de son décès confirment ce désir d'être soucieux pour les autres et cela même au risque de sa propre vie. C'est l'image d'un homme engagé et courageux dont j'espère que ses fils garderont en mémoire.

Trajectoire de soins de M. Kim Lebel

Les gestes irréparables commis par M. Lebel menant au décès de M. Côté se sont déroulés alors qu'il faisait l'objet d'un suivi médical en psychiatrie s'échelonnant sur presque une quinzaine d'années. Il importe donc de s'intéresser au parcours de soins de M. Lebel afin de clarifier les circonstances entourant les événements du 6 avril 2022.

Cette exploration rétrospective de sa trajectoire de soins médicaux est tirée des dossiers médicaux³ de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec, de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) (anciennement Centre hospitalier Robert-Giffard), du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec (Hôpital de l'Enfant-Jésus), du Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) Proactive Santé Neufchâtel, du rapport d'expertise en psychiatrie légale daté du 12 octobre 2022⁴ du Dr Sylvain Faucher concernant la responsabilité criminelle, du rapport d'expertise psychiatrique de D^{re} Stéphanie Borduas-Pagé⁵, mandatée par le Bureau du coroner, ainsi que des clarifications obtenues lors des témoignages entendus durant les audiences de l'enquête publique.

Enfance et premiers contacts en pédopsychiatrie

M. Lebel est le fils aîné d'une famille nucléaire dont les parents seront présents tout au long de sa trajectoire médicale, et ce, encore à ce jour. Un premier contact bref en pédopsychiatrie est documenté à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec en 1996 dont on retient un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation émis par D^{re} Jocelyne Lortie. Jusqu'à sa première hospitalisation en 2008, aucune autre problématique sur le plan psychique n'est rapportée. Les proches décrivent un enfant actif et énergique, mais sans enjeux particuliers au niveau relationnel.

³ Pièces C-8*, C-8.1*, C-9*, C-9.1* et C-10*.

⁴ Pièce C-11*.

⁵ Pièce C-31*.

Première hospitalisation en psychiatrie (Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec du 25 avril au 7 mai 2008)

Le 25 avril 2008, M. Lebel, alors âgé de 16 ans, est conduit par ses parents à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec pour une évaluation psychiatrique. Ces derniers rapportent une désorganisation comportementale associée à une humeur expansive, de l'irritabilité ainsi que des propos incohérents, grandioses et mystiques. Les symptômes se manifestent à ce moment dans le contexte d'une consommation de cannabis et d'amphétamines. Une garde en établissement sous les soins de D^{re} Nathalie Gingras permet d'offrir des traitements à M. Lebel de sorte que, suivant l'introduction d'un antipsychotique (olanzapine à 15 mg), son état s'améliore rapidement et son congé est autorisé le 7 mai. Un épisode de manie à caractère psychotique dans le cadre probable d'une maladie affective bipolaire (MAB) de type I est retenu comme diagnostic principal.

Un suivi est alors débuté en clinique externe de pédopsychiatrie sous les soins de D^{re} Marie-Josée Lord. L'olanzapine est diminuée au suivi en raison de la somnolence et d'une prise de poids associée à cette médication.

Le 15 juin, une brève décompensation psychotique associée à un geste de violence physique envers sa mère, dans le contexte de l'arrêt de l'olanzapine (alors à 7,5 mg) et à la reprise d'une consommation de cannabis par M. Lebel, est documentée au dossier médical. Une visite à l'urgence mène alors à la reprise de sa médication à 10 mg, sans nécessiter d'hospitalisation.

En juillet 2008, son état s'améliore et D^{re} Lord retente la baisse de la posologie de l'olanzapine en raison des effets indésirables et de l'adhésion difficile de M. Lebel au traitement. Toutefois, malgré une réticence de M. Lebel à accepter le diagnostic retenu et considérant le diagnostic de MAB de type I ainsi que le risque de rechute inhérent à la cette condition, du lithium (stabilisateur de l'humeur) est introduit à 1 200 mg. On réussit à cesser officiellement l'olanzapine le 23 septembre pour la première fois.

L'automne 2008 présente toutefois son lot de stressseurs personnels pour M. Lebel de sorte que, jumelé à une consommation toujours active de cannabis, un deuxième épisode décrit comme franchement maniaque survient en décembre 2008.

Deuxième hospitalisation en psychiatrie (Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec du 12 au 22 décembre 2008)

Les notes médicales décrivent, dans la semaine précédant son hospitalisation débutant le 12 décembre 2008, des symptômes typiques d'une décompensation maniaque comme de l'irritabilité, de la dysphorie, de l'agitation psychomotrice et une diminution des besoins de sommeil. La réintroduction de l'olanzapine est nécessaire pour améliorer les symptômes survenus malgré la prise de lithium, mais dans le contexte également de situations anxiogènes et d'une consommation encore active de cannabis. Cette hospitalisation marquera toutefois la fin de toute consommation de substances psychoactives (drogue) chez M. Lebel par la suite. Il reçoit alors son congé le 22 décembre avec une dose augmentée de son lithium à 1 500 mg ainsi que de l'olanzapine à 15 mg.

Dans les mois suivants, l'évolution étant favorable, l'olanzapine est de nouveau diminuée progressivement. En août 2009, un transfert en psychiatrie adulte est demandé devant l'âge de la majorité alors atteint par M. Lebel. Afin d'assurer la continuité du suivi, D^{re} Lord rédige un rapport résumant le parcours de soins de M. Lebel. Elle retient les diagnostics de MAB de type I avec épisode le plus récent maniaque, d'abus et dépendance au

cannabis en rémission complète précoce (moins d'un an) et d'abus et de dépendance aux amphétamines en résolution complète tardive (plus d'un an). Sa pharmacothérapie est alors composée de lithium à 1 500 mg et de l'olanzapine à 2,5 mg.

Suivi externe en psychiatrie générale à l'IUSMQ (2010 à 2016)

Lors d'une première visite de prise en charge le 6 juillet 2010, les soins de M. Lebel sont confiés aux soins de D^{re} Julie Tremblay. Son état est alors stable, sans symptômes psychotiques ou thymiques (de l'humeur). Il est réévalué en présence de sa mère le 13 octobre. On convient de cesser l'olanzapine en prise régulière pour ne la laisser qu'en reprise au besoin, soit en cas de symptômes précoces de décompensation maniaque ou d'insomnie. Le lithium est poursuivi à la même posologie. Sa médication demeura par la suite inchangée jusqu'en 2013. Un suivi par une équipe multidisciplinaire au sein d'un programme spécialisé en trouble affectif bipolaire (appellation locale STRATA) est offert à M. Lebel et ses proches, mais sera décliné à ce moment.

L'état de M. Lebel étant stable, le suivi s'espace sur une base annuelle en plus des suivis de sa lithémie (concentration sanguine de lithium). Le 10 juin 2013, alors qu'il occupe deux emplois et demeure toujours chez ses parents, il effectue un suivi avec D^{re} Julie Tremblay. Il est convenu, en raison de la stabilité clinique, de dosages thérapeutiques de lithium situés dans la tranche supérieure (0,7 à 0,9 mmol/L) de l'intervalle thérapeutique (0,6 à 1 mmol/L) et des effets secondaires allégués par M. Lebel sur son niveau d'énergie cognitive, de diminuer légèrement la posologie de son lithium à 1 350 mg. Durant l'année 2013, M. Lebel est par ailleurs traité à l'iode radioactif pour une hyperthyroïdie induisant une hypothyroïdie secondaire, mais qui sera transitoire à ce moment, nécessitant un suivi en médecine interne.

Son état demeure stable et ses suivis de lithémie demeurent adéquats (0,6 à 0,7 mmol/L) de sorte que la posologie de son lithium est de nouveau diminuée à 1 200 mg, dose qui restera la même jusqu'en 2019.

La dernière visite de suivi en psychiatrie générale avec D^{re} Julie Tremblay s'effectue le 20 décembre 2016. Aucun signe de décompensation psychotique ou thymique n'est documenté à l'examen mental ou à l'histoire longitudinale. La prise de rendez-vous pour les suivis ultérieurs est alors remise sous la responsabilité de M. Lebel. Ce dernier ne fera toutefois pas de relance de suivi auprès de sa psychiatre. Des prises de sang demandées par sa spécialiste en médecine interne, dont les résultats sont envoyés en copie conforme auprès de sa psychiatre et de son médecin de famille, D^r Stéphane Darveau, démontrent néanmoins une lithémie stable, témoignant d'une observance globalement adéquate à sa médication. Bien qu'aucun transfert de suivi de sa condition psychiatrique n'ait été officiellement demandé auprès de son médecin de famille, des visites ponctuelles effectuées par M. Lebel depuis 2017 avec ce dernier abondent dans le même sens quant à sa stabilité psychique.

En 2018, M. Lebel exerce depuis quelques années le métier de briqueteur-maçon, fait l'achat d'une maison et emménage avec sa nouvelle conjointe avec qui il restera en relation jusqu'en novembre 2021.

Troisième hospitalisation en psychiatrie (CHU de Québec et IUSMQ du 23 avril au 7 mai 2019)

À partir de la deuxième moitié du mois d'avril 2019, les parents et la conjointe de M. Lebel remarquent des changements de comportement. On le décrit comme agité et volubile, avec un fil de pensées accéléré et des propos parfois incohérents. Ses parents avisent d'ailleurs son employeur de la détérioration de son état, qui avait lui aussi cette perception, afin d'obtenir un congé. Malgré tout, M. Lebel se présente à son poste le 23 avril, mais son supérieur note que son état n'est pas adéquat pour lui permettre de travailler sur un chantier⁶. Il interpelle alors les parents de M. Lebel qui viennent le convaincre de revenir à son domicile. Ensemble, les parents de M. Lebel et sa conjointe de l'époque réussissent finalement, mais non sans difficulté, à le conduire à l'urgence du CHU de Québec pour une évaluation médicale.

Durant son passage à l'urgence, alors qu'il se trouve dans une salle d'examen et qu'il apprend qu'il restera en observation pour une évaluation psychiatrique, il agresse physiquement sa conjointe qui l'accompagne en tentant de la stranguler et de la tirer par les cheveux. Une intervention des agents de sécurité permet de mettre rapidement un terme à l'agression. Lors du témoignage de sa conjointe de l'époque⁷, nous apprendrons d'ailleurs que M. Lebel exerçait un certain contrôle sur elle et nous dira : *je devais mériter son amour. Kim, c'était une bombe à retardement*. Ces informations ne seront par ailleurs pas transmises au psychiatre traitant, ni lors de cette hospitalisation ni ultérieurement.

Il est rencontré peu après 19 h par D^{re} Marie-Josée Filteau et un médecin résident pour une première évaluation psychiatrique. M. Lebel adopte à ce moment une attitude surtout séductrice, évoque davantage une situation d'épuisement professionnel et nie tout symptôme psychotique ou thymique. L'examen mental demeure peu éloquent, sans agitation psychomotrice. Durant son passage à l'urgence psychiatrique, on observe néanmoins une certaine désorganisation et labilité émotionnelle⁸ dans ses interactions avec les autres usagers. L'histoire collatérale faite avec le père de M. Lebel permet toutefois de mettre en évidence les symptômes maniaques précédemment décrits. On évoque aussi des stressés récents, notamment l'achat d'une voiture, l'emménagement de sa conjointe à son domicile à la fin de l'année 2018 ainsi que son travail. Les bilans sanguins réalisés plus de 12 h après la prise potentielle de son lithium indiquent une lithémie à 0,5 mmol/L (légèrement sous l'intervalle thérapeutique), pouvant laisser croire à une prise récente de sa médication plus erratique comme suspectée par ses proches. Aucun indice de consommation d'alcool ou de drogue n'est révélé aux bilans.

Malgré une réticence à son hospitalisation, il accepte un séjour en psychiatrie sans nécessité de mesures légales pour l'y obliger. D^{re} Filteau augmente la posologie de son lithium à 1 500 mg et ajoute de l'olanzapine (antipsychotique) à 10 mg. En matinée du 24 avril, sa lithémie s'élève à 1 mmol/L. Il est transféré le 25 avril pour la suite de son séjour aux soins de D^r Alain Dion à l'IUSMQ.

En début de séjour, on note une légère labilité émotionnelle ainsi qu'une certaine irritabilité et méfiance, mais sans accélération de la pensée ni euphorie ou éléments psychotiques. Malgré une autocritique qui demeure faible quant aux symptômes qui ont mené à son hospitalisation, son état s'améliore rapidement avec la prise régulière d'une dose augmentée de lithium jumelée à l'olanzapine. Selon les échanges avec ses proches qui lui rendent visite, ces derniers notent qu'il est de retour à son état de base à partir du 2 mai, de sorte que son congé est finalement autorisé le 7 mai, après quelques jours

⁶ Témoignage de M. Éric Therrien, le 8 octobre 2024.

⁷ Témoignage de M^{me} Alexandra Hébert, le 8 octobre 2024.

⁸ Changements rapides et importants de l'humeur qui peut être suscités facilement et disparaître rapidement.

supplémentaires d'observation suivant l'ajustement à la baisse de sa médication. À la feuille sommaire d'hospitalisation, on retient le diagnostic d'un épisode maniaque dans le cadre d'une MAB de type I et dans le contexte de stressseurs personnels ainsi que d'une prise de lithium potentiellement plus erratique récemment. Il quitte l'IUSMQ avec une prescription de lithium à 1 200 mg, soit sa dose usuelle des dernières années, et d'olanzapine à 5 mg.

Suivi ambulatoire en psychiatrie (IUSMQ avec D^r Alain Dion de mai 2019 à juin 2021)

Le suivi en externe est initialement rapproché et quasi hebdomadaire afin de s'assurer de l'absence de réapparition de symptômes maniaques, mais aussi de permettre la détection précoce d'un épisode dépressif post-maniaque fréquente dans le contexte d'une MAB de type I.

Une fatigue et un ralentissement psychomoteur s'installent d'ailleurs rapidement après sa sortie de l'hôpital, de sorte que l'olanzapine est cessé le 19 mai 2019 en raison de son profil d'effets secondaires indésirables et de l'absence de symptômes maniaques. Une relance est faite à sa spécialiste en médecine interne pour l'ajustement de sa médication pour l'hypothyroïdie dont le traitement est légèrement sous-optimal. Un arrêt de travail est également recommandé et prescrit.

Le 3 juin, il est revu par D^r Dion. M. Lebel rapporte encore une fatigue importante accompagnée d'un manque d'intérêt malgré l'arrêt de l'olanzapine. Nonobstant un examen mental adéquat, un suivi rapproché est effectué le 12 juin. Un glissement vers un épisode dépressif est évoqué et du Wellbutrin XL™ (antidépresseur) est introduit. Il sera par la suite ajusté à la hausse le 17 juin. L'amélioration demeure partielle lors du suivi le 19 juillet et on décide, pour potentialiser le traitement antidépresseur, d'ajouter de l'aripiprazole (un antipsychotique indiqué en traitement d'appoint de la dépression) qui sera lui aussi ajusté à la hausse en septembre. Du témazépam (benzodiazépine) et de la mélatonine seront également ajoutés au besoin pour aider à l'insomnie associée à son épisode dépressif. L'évolution s'avère favorable, mais M. Lebel anticipe son retour au travail par crainte du jugement de ses collègues. Il est revu le 25 octobre 2019 avant que le suivi ne s'espace jusqu'en février 2020.

En parallèle, on note au dossier médical de son médecin de famille, lors d'une visite de routine pour l'ajustement de sa médication pour l'hypothyroïdie le 8 octobre 2019, que M. Lebel se dit prêt à un retour au travail. Il évoque même vouloir participer possiblement à la reconstruction, comme maçon, de la Cathédrale Notre-Dame de Paris, récemment endommagée par un incendie très médiatisé. Selon le témoignage du D^r Darveau, rien ne semble délirant ou grandiose dans les propos tenus cette journée-là.

Le 24 février 2020, D^r Dion évoque un épisode dépressif en rémission. Malgré le souhait de M. Lebel de cesser son traitement antidépresseur, il lui suggère de poursuivre le traitement encore trois ou quatre mois pour éviter les rechutes tout en évitant un usage prolongé pouvant augmenter le risque de décompensation manique. M. Lebel est alors de retour au travail depuis janvier 2020 et sa réintégration dans son milieu de travail semble bien se dérouler.

Les suivis subséquents en mars, mai et juin 2020 signalent un état stable, sans signes précurseurs d'un épisode thymique dépressif ou maniaque et sans signes psychotiques. La médication est poursuivie. M. Lebel se plaint tout de même de difficultés attentionnelles et d'une baisse d'énergie, de sorte que l'on conserve encore le traitement antidépresseur tout en maintenant son lithium usuel dont les dosages demeurent stables entre 0,6 et 0,7 mmol/L.

Devant l'évolution favorable, on cesse finalement l'aripiprazole, d'abord le 29 octobre 2020, puis on débute le sevrage du Wellbutrin XL™ lors des visites subséquentes jusqu'à son arrêt définitif le 15 janvier 2021.

D^r Dion effectue son dernier suivi avec M. Lebel dans le contexte d'un départ à la retraite le 11 juin 2021. Sa MAB de type I demeure compensée par la prise de lithium à 1 200 mg en monothérapie et le dernier dosage effectué demeure à 0,6 mmol/L en février 2021. Devant la décompensation maniaque en avril 2019, puis l'épisode dépressif subséquent en 2019 et 2020, il juge pertinent que le suivi demeure entre les mains des services de la psychiatrie générale et effectue une demande d'attribution de son dossier à un collègue de la région.

À noter que durant la période de soins supervisés par D^r Dion entre mai 2019 et juin 2021 en clinique ambulatoire, ce dernier ne recevra pas d'informations collatérales de la part de proches de M. Lebel concernant notamment les gestes de violence et de contrôle à l'égard de sa conjointe de l'époque, la prise possiblement erratique de sa médication, malgré une certaine surveillance offerte par celle-ci, ou encore la notion d'une certaine ferveur religieuse nouvelle depuis 2019, évoquée par sa conjointe lors de son témoignage⁹.

Suivi ambulatoire en psychiatrie (CHU de Québec avec D^{re} Anne Tremblay de septembre 2021 à avril 2022)

Le 30 septembre 2021, M. Lebel rencontre pour la première fois sa nouvelle psychiatre, D^{re} Anne Tremblay. La note colligée au dossier médical témoigne d'une révision complète de l'histoire longitudinale ainsi qu'une évaluation de son état mental actuel. Il rapporte un bon moral et l'adoption de saines habitudes de vie. L'examen mental réalisé à ce moment ne laisse pas entrevoir de trouble de l'humeur ou d'éléments psychotiques. Il est décrit comme fiable et présente une certaine autocritique par rapport à sa maladie. Devant la stabilité de son état, la médication est renouvelée et un suivi six mois plus tard est prévu en plus d'un suivi de lithémie avant le prochain rendez-vous.

Une lithémie est effectuée pour M. Lebel le 31 janvier 2022 et est validée par D^{re} Anne Tremblay qui inscrit au dossier médical son intention, devant un dosage à 0,9 mmol/L (limite supérieure de l'intervalle thérapeutique), de diminuer sa posologie au prochain suivi.

M. Lebel sera par ailleurs placé par son employeur en arrêt de travail entre décembre 2021 et mars 2022 en raison d'une plus faible demande en travaux de maçonnerie durant cette période.

Il est revu par sa psychiatre le 17 mars 2022. Il évoque sa séparation avec sa conjointe en novembre 2021, mais ne semble pas affecté outre mesure par la situation à ce moment. M. Lebel, qui présente alors un examen mental stable, se questionne sur les effets secondaires potentiels de l'usage à long terme du lithium sur ses problèmes de thyroïde et sur sa fonction rénale. Devant la stabilité de son état, ces questionnements légitimes et un résultat récent de lithémie plus élevée que la cible souhaitée, D^{re} Anne Tremblay diminue légèrement son lithium de 150 mg, soit de 1 200 à 1 050 mg, afin de viser éventuellement la dose minimale efficace afin de prévenir une décompensation. Lors de son témoignage¹⁰, D^{re} Anne Tremblay nous indique avoir eu une discussion avec le pharmacien du département de psychiatrie pour l'ajustement de la dose et que cette

⁹ Témoignage de M^{me} Alexandra Hébert du 8 octobre 2024 et pièce C-17.

¹⁰ Témoignage de D^{re} Anne Tremblay lors des audiences de l'enquête publique le 16 octobre 2024.

diminution légère ne se traduirait que par une baisse d'environ 0,1 mmol/L de sa lithémie tout au plus, ce qui le garderait en dosage thérapeutique autour de 0,7 à 0,8 mmol/L. Bien qu'une erreur se soit glissée dans sa note, D^{re} Anne Tremblay rapporte vouloir viser un dosage entre 0,6 et 0,8 mmol/L comme objectif à long terme. Un dosage est demandé dans environ une semaine et un suivi téléphonique est prévu suivant la réception du résultat dans l'intervalle du prochain suivi placé le 29 juin. Ce bilan ne sera malheureusement pas réalisé avant les événements du 6 avril 2022.

En mars 2022, M. Lebel est de retour à son emploi. Lors de son témoignage¹¹, son patron rapporte qu'à peine deux semaines après son retour, ce dernier M. Lebel une irritabilité manifeste et des propos étranges en lien avec des idées de référence concernant un chien présent sur les lieux de son travail. Devant les besoins en effectif moins importants sur les chantiers et percevant un besoin de repos de la part de M. Lebel, il lui octroie un arrêt de travail aux environs du 29 mars.

L'état de santé mentale de M. Lebel est au cœur des événements qui culmineront le 6 avril 2022 au décès de M. Côté. Des questionnements légitimes quant à sa trajectoire de soins doivent ainsi être adressés. Cette analyse, basée sur les informations colligées lors de l'enquête et sur l'expertise psychiatrique de D^{re} Borduas-Pagé¹², vise à apporter cet éclairage.

Les jours précédant le décès de M. Côté

M. Lebel démontre des signes de dégradation à partir du 2 avril 2022. Après un souper chez son frère¹³ et la prise inhabituelle d'alcool, il semble plus volubile et évoque des sujets comme son travail et sa séparation avec sa conjointe en novembre dernier. Des propos à connotation religieuse sont décrits et M. Lebel ne semble aucunement fatigué malgré l'heure avancée dans la nuit du 3 avril, de sorte qu'il dort chez son frère avant de quitter tôt en matinée.

Le 3 avril, il déjeune, puis soupe chez ses parents qui demeurent dans le même quartier que lui. Ses parents sentent qu'il ne va pas bien. Il est agité, boit beaucoup et semble s'adresser directement à la télévision alors en fonction.

Les interventions policières

Le 4 avril 2022, le père de M. Lebel¹⁴ croise son fils en allant récupérer son courrier. M. Lebel semble exalté et délirant alors qu'il parle des Jeux olympiques et des anneaux olympiques. M. Lebel se rend au domicile familial. Sa mère est présente, demande à son conjoint, lorsqu'il revient à la maison, de la laisser seule avec lui pour le calmer¹⁵. Alors au téléphone pour un appel non relié aux événements, elle se voit obligée de raccrocher, car M. Lebel, visiblement agité et tendu, craint qu'elle soit au téléphone avec la police. Il présente un changement d'humeur manifeste et serre sa mère dans ses bras pour lui montrer son affection. Elle évoque son souhait qu'il contacte son psychiatre. Rapidement, il se met en colère, la pousse contre le mur et lance une bouteille d'eau dans sa direction. Alors qu'elle lui montre ses mains, il la menace de lui couper les doigts. La mère de M. Lebel tente de quitter les lieux, mais remarque qu'il a barré la porte en entrant dans la maison. Elle réussit néanmoins à quitter le domicile en faisant croire à M. Lebel qu'elle part pour faire une promenade en voiture. Le père de M. Lebel arrive au même moment

¹¹ Pièce C-18 et témoignage de M. Éric Therrien lors des audiences de l'enquête publique le 8 octobre 2024.

¹² Pièce C-31*.

¹³ Témoignage de M. Bobby Lebel, le 8 octobre 2024.

¹⁴ Pièce C-18 et témoignage de M. Daniel Lebel, le 8 octobre 2024.

¹⁵ Pièce C-15*, p. 14, et témoignage de M^{me} Lucie Drouin, le 8 octobre 2024.

et tous deux se rendent chez un voisin pour appeler les services d'urgence en début d'après-midi.

Les policiers patrouilleurs Sarah-Émilie Lefebvre et Frédéric Richard répondent à cet appel. Lors de l'échange téléphonique avec le père, ils n'obtiennent pas d'information laissant suspecter des menaces claires, mais les parents souhaitent qu'il soit transporté en milieu hospitalier. Les policiers qui se présentent chez M. Lebel le décrivent comme calme et d'apparence soignée. Malgré une accélération du discours rendant parfois complexes les échanges, ils décrivent un discours cohérent, sans bizarrerie. M. Lebel est également bien orienté et il leur propose même d'appeler son psychiatre, si nécessaire. Devant ce constat, le service d'aide en situation de crise (SASC)¹⁶ ne sera pas contacté pour compléter l'évaluation, M. Lebel se montrant d'ailleurs peu intéressé par cette démarche. Questionnée sur le fait que l'évaluation devrait se faire par un intervenant social, nous apprendrons par le témoignage de M^{me} Julie Marcotte¹⁷, inspectrice au SPVQ et responsable du dossier en santé mentale, que le programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) ne peut couvrir l'ensemble des appels, étant trop volumineux. J'y reviendrai.

Les policiers vont par la suite à la rencontre des parents de M. Lebel pour leur expliquer qu'ils ne peuvent pas intervenir dans le cadre de la *Common Law* ou de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui* (LPP, communément appelée P-38). Devant la déception des parents, ils sont référés à l'organisme La Boussole qui peut accompagner les proches dans une démarche d'ordonnance d'évaluation psychiatrique. On leur indique également de changer de serrure, s'ils sont inquiets pour leur sécurité, et de rappeler le 911 si la situation se dégrade. Les parents vont plutôt quitter leur domicile pour aller chez une proche.

Les parents de M. Lebel communiquent avec La Boussole le jour même et obtiennent un rendez-vous le 6 avril au matin. Ils n'ont pas souhaité donner tout le détail aux policiers quant au comportement de leurs fils pour éviter une judiciarisation. Cet appel aux policiers était une demande d'aide pour des soins. Lors de l'intervention, les policiers ont travaillé avec le mandat qui leur était dévolu. En ce sens, ils ont fait une intervention qui respecte le cadre légal. Je dois également souligner que tant l'agente Lefebvre que l'agent Richard ont eu le souci d'informer les parents de leurs démarches avant et après l'intervention. Par ailleurs, et c'est cette portion qui demeure un des enjeux importants, une décision ou une orientation, dès lors où une famille lève un drapeau rouge, devrait systématiquement être prise en charge par un intervenant social.

Le 5 avril, le frère de M. Lebel, en contact avec ses parents et s'inquiétant de son état, décide de lui rendre visite. Par la fenêtre de son domicile, le frère de M. Lebel aperçoit que ce dernier parle seul et semble agité. Après avoir cogné à sa porte, il entre en contact avec M. Lebel et note un comportement franchement anormal. Il quitte rapidement, ébranlé de cette visite, et avise ses parents de ses observations. Aucun appel au 911 ne sera enregistré ce jour-là. Cette réaction de la part de la famille était prévisible puisqu'elle s'est avérée sans succès la veille pour une hospitalisation.

¹⁶ Soit l'organisme Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) pour la Ville de Québec.

¹⁷ Témoignage de M^{me} Julie Marcotte, inspectrice au SPVQ et responsable du dossier en santé mentale, le 28 octobre 2024.

Le jour de l'événement : le 6 avril 2022

Alors que les parents entreprennent les démarches avec l'organisme La Boussole dans la matinée du 6 avril, des voisins¹⁸ venus témoigner rapportent des comportements étranges de la part de M. Lebel. Il parle seul, déambule sans chandail et pieds nus sur son terrain en criant par intermittence de façon incompréhensible. Il va même jusqu'à s'étendre sur son abri d'automobile. Les voisins demeurent perplexes et méfiants, mais ne signaleront pas les services d'urgence à ce moment. Pendant ce temps, les parents de M. Lebel se sont présentés devant la Cour du Québec et ont obtenu une ordonnance de garde signée par un juge.

Vers 12 h 30¹⁹, la mère de M. Lebel s'est présentée au poste de police du SPVQ afin de remettre l'ordonnance émise par le juge pour qu'elle puisse être exécutée par les policiers. Vers 13 h, elle a été rencontrée par un agent qui a pris en charge les modalités entourant l'exécution de l'ordonnance. À ce titre, l'agent Donald Gingras a demandé à la mère de rédiger une déclaration. Elle sera laissée seule dans une salle du poste de police pendant que celui-ci effectue ses recherches au Centre de renseignements policiers du Québec (CRPQ). Il a ensuite fait une analyse de risque lié à l'exécution de l'ordonnance par les policiers. La mère a quitté le poste vers 14 h.

À 14 h 11, après avoir complété les vérifications d'usage, l'agent Gingras transmet l'évaluation du risque par courriel au Centre de vigie et de soutien opérationnel (CVSO) pour approbation. Vers 15 h, les documents relatifs au dossier de l'ordonnance sont remis par le policier Gingras au lieutenant Jean-Pierre Côté.

Le lieutenant Côté, qui est sur la relève de jour, place l'ordonnance sur le bureau des lieutenants pour un suivi à faire par le lieutenant Jean-Michel Côté-Lemieux. Vers 15 h 17, le capitaine Érik Leblanc transmet par courriel au lieutenant de patrouille l'évaluation du risque approuvée. Après la réunion préparatoire avec son équipe de soir, le lieutenant Côté-Lemieux se rend à son bureau pour prendre connaissance de l'ordonnance et de l'évaluation du risque approuvée, soit près de trois heures après l'arrivée de la mère de M. Lebel au poste de police.

Considérant le critère de dangerosité nécessaire à l'obtention d'une garde provisoire par un juge de la Cour du Québec²⁰, je m'explique difficilement que ces situations ne soient pas traitées de manière urgente par le SPVQ. De plus, bien que je comprenne l'alourdissement des tâches qui sont de plus en plus dévolues aux policiers, le risque inhérent à une exécution d'une ordonnance est sérieux et, en ce sens, la présence des policiers ne peut être facultative tant pour sa planification que pour son exécution. Il est évident que les policiers doivent procéder à « une collecte d'informations justes, actualisées, précises et pertinentes »²¹ afin d'assurer la sécurité et la protection des policiers, sans remettre en question les conclusions du tribunal. Cependant, le traitement de ces ordonnances doit absolument prendre en considération le critère de l'urgence mentionné expressément à l'ordonnance rendue. À mon sens, une telle ordonnance devrait être exécutée promptement.

¹⁸ Pièce C-21 et témoignages de M. Daniel Grenier et M^{me} Monique Biron du 10 octobre 2024.

¹⁹ Témoignage de M^{me} Lucie Drouin, le 8 octobre 2024.

²⁰ Art. 27 C.c.Q.

²¹ Pièce C-42.

Malheureusement, entre le moment où le lieutenant va prendre connaissance de la documentation et que des patrouilleurs soient envoyés sur les lieux, plusieurs appels ont été enregistrés au 911 par des citoyens à l'effet qu'un homme se faisait agresser par un autre.

Ce n'est donc qu'après 15 h 43²², suivant l'altercation avec le véhicule d'un passant, que la situation dégénère comme il a été décrit précédemment dans les circonstances entourant le décès de M. Côté. M. Lebel s'en prend physiquement aux véhicules d'un passant et d'une voisine avant de blesser mortellement M. Côté. Les témoins²³ décrivent les comportements de M. Lebel comme enragés et erratiques avant qu'il ne se calme en présence de son père avant l'arrivée des policiers. Ces témoins resteront gravés par cette expérience traumatisante. J'y reviendrai.

Le rapport d'intervention préhospitalière²⁴ et les témoignages²⁵ des techniciens ambulanciers paramédics permettent de décrire l'état dans lequel M. Lebel se trouve suivant son arrestation. Il est alors calme, accroupi sur un banc de neige pieds nus et du sang recouvre son corps. À ce moment, il ne s'oppose pas à son évaluation physique sommaire ni à son transport ambulancier. Toutefois, durant le transport, ses propos sont décousus et répétitifs avec un contenu mystique, évoquant des personnages vikings, des archanges et Lucifer. Ces propos sont aussi rapportés par le policier patrouilleur Maxime Ouellet²⁶ qui accompagne M. Lebel dans le transport jusqu'au centre hospitalier. Un masque anti-crachat est nécessaire durant le transport.

À la suite de son arrestation

Une fois l'évaluation de sa condition physique complétée en salle d'urgence du CHU de Québec, il est évalué par D^{re} Filteau aux environs de 20 h. Le questionnaire est à ce moment très limité quant à l'accès à sa pensée. On décrit néanmoins une agitation psychomotrice intermittente et des propos délirants mystiques et grandioses avec des relâchements associatifs et des associations par assonance. La lithémie est alors à 0,2 mmol/L, toujours détectable, mais abaissée, laissant douter de l'observance récente à son médicament. Aucune drogue ni aucun éthanol (alcool) n'a été détecté dans les échantillons de sang et d'urine analysés. On reprend alors, sans augmenter la posologie, le lithium à 1 050 mg en ajoutant l'olanzapine à 10 mg (antipsychotique) ainsi que des doses au besoin d'halopéridol (antipsychotique) et de lorazépam (anxiolytique) qu'il recevra en fin de soirée et durant la nuit afin de contrôler l'agitation. Un épisode maniaque dans le contexte de sa MAB de type I, ou encore une psychose non associée à un épisode maniaque qui pourrait évoquer un trouble schizoaffectif font alors partie des hypothèses diagnostiques.

Alors en garde préventive, une garde en établissement est demandée et validée par l'évaluation d'un deuxième psychiatre, D^r Yvan Gauthier, le 7 avril. L'aptitude à subir un procès à ce moment est remise en question malgré une comparution possible avec l'amélioration de son agitation psychomotrice présentée le 7 avril, suivant la reprise et l'ajustement de son traitement. Son congé du CHU de Québec pour la suite de son parcours médico-légal est signé. On retient à ce moment un épisode maniaque dans le contexte de sa MAB de type I.

Il est alors pris en charge par l'IUSMQ aux soins de D^{re} Marie-Josée Beauchemin. Sa condition sera expertisée par D^r Faucher quant à sa responsabilité criminelle d'une

²² Pièce C-15*, annexe 8.

²³ Pièces C-22 et C-25 et témoignages de M. Mathieu Tremblay du 10 octobre 2024 et de M^{me} Karine Boivin du 15 octobre 2024.

²⁴ Pièce C-8*, p. 28.

²⁵ Pièces C-23 et C-24.

²⁶ Témoignage de M. Maxime Ouellet, policier au SPVQ, le 16 octobre 2024.

accusation de meurtre au 2^e degré (art. 235. C.cr.) de M. Côté, suivant plusieurs rencontres avec M. Lebel entre avril et août 2022. Dans le rapport²⁷ déposé le 22 octobre 2022, ce dernier conclut à un trouble schizoaffectif décompensé dans le contexte de stressors personnels et d'un ajustement de sa médication. Il déclare que M. Lebel se trouvait, au moment des gestes délictuels reprochés, dans un état psychotique le rendant incapable de juger adéquatement de ses actions. Suivant l'amélioration de sa condition lui permettant de subir un procès, M. Lebel sera reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux en vertu de l'article 16 du *Code criminel* canadien et fera l'objet d'un mandat au Tribunal administratif du Québec (TAQ) au sein de la CETM le 5 juin 2023.

La suite de la trajectoire de soins de M. Lebel suivant les événements dépasse toutefois le mandat de la présente enquête publique. Celle-ci vise à mieux comprendre les circonstances entourant les événements se situant entre les 4 et 6 avril 2022 en posant un regard factuel sur l'information accessible par les intervenants impliqués à ce moment et non celle qui émane des soins étendus reçus en institution a posteriori et qui ne reflète pas nécessairement la réalité du suivi externe décrit précédemment.

Clarifications diagnostiques

Il importe d'abord de clarifier qu'à la lumière des faits et documents obtenus dans le cours de l'enquête publique, il m'apparaît raisonnable de croire que, jusqu'à sa décompensation psychotique d'avril 2022, M. Lebel souffrait d'une MAB de type I. À cet égard, je me range derrière l'argumentaire de D^{re} Borduas-Pagé.

M. Lebel a présenté deux premiers épisodes maniaques en 2008, en fin d'adolescence, ainsi qu'un épisode maniaque en avril 2019, suivi d'un épisode dépressif. Ces épisodes d'installation rapide de modification de l'humeur marquée par une agitation psychomotrice, de l'insomnie et un comportement expansif sont typiques de la maladie. L'apparition en 2019 d'un épisode dépressif, suivant l'épisode maniaque significatif, est également très représentative de la maladie, comme l'a expliqué son psychiatre de l'époque D^r Dion.

Si les premiers épisodes se sont déroulés dans le cadre d'une consommation de substances psychoactives qui a pu précipiter l'apparition de la maladie et laisser émerger certains symptômes psychotiques comme de la méfiance et des propos incohérents ou mystiques, tous les médecins qui se sont succédé dans la gestion de ses soins sur presque 15 années ont conservé le diagnostic de MAB de type I.

Que ce soit sous les soins de D^{re} Julie Tremblay, entre 2010 et 2016, ou encore du D^r Dion, entre 2019 et 2021, incluant un séjour d'environ deux semaines à l'IUSMQ permettant une observation journalière de sa condition, aucun symptôme psychotique n'a été objectivé par les professionnels de la santé.

Jusqu'en avril 2022, le trouble schizoaffectif, impliquant la présence de symptômes psychotiques (hallucinations, méfiance, désorganisation, etc.) dans le spectre de la schizophrénie en dehors d'un épisode thymique (maniaque ou dépressif), peut, selon moi, difficilement être évoqué dans cet intervalle. On souligne d'ailleurs une période de stabilité de près de dix ans entre 2008 et 2019 avec une médication en monothérapie (lithium) dont la posologie a été stable depuis 2010 ainsi que la préservation d'un relativement bon niveau de fonctionnement avec la conservation de son lien d'emploi et des liens familiaux étroits avant et après l'épisode de manie en avril 2019.

²⁷ Pièce C-11*.

Il est important de souligner que le diagnostic de trouble schizoaffectif a été posé après les événements et que le diagnostic de MAB de type I était juste jusqu'aux événements. En ce sens, je suis d'avis, comme le souligne D^{re} Borduas-Pagé²⁸, que cette modification diagnostique était justifiée seulement après les événements du 6 avril 2022. L'intensité de la manie psychotique ainsi que la persistance de symptômes psychotiques durant les mois d'hospitalisation en psychiatrie légale à l'IUSMQ ont permis à D^{re} Beauchemin et à l'expert en évaluation de la responsabilité criminelle D^r Faucher d'émettre plus confortablement ce diagnostic et de conserver une médication antipsychotique. Loin des conditions réelles d'un suivi ambulatoire en psychiatrie, cette révision ne remet pas pour autant en question le diagnostic de MAB de type I qui prévalait entre 2008 et avril 2022.

Comme le rappelle D^{re} Borduas-Pagé²⁹, bien que ces deux diagnostics puissent être considérés comme distincts, la validité clinique du trouble schizoaffectif est moins bien établie et de plus en plus d'évidences suggèrent un chevauchement entre la schizophrénie et les troubles bipolaires. Ainsi, les cliniciens se retrouvent plutôt devant un continuum d'une maladie dans laquelle leurs patients peuvent évoluer sans être figés dans le temps. Cette notion reflète bien le parcours diagnostique de M. Lebel. La présence d'une ferveur religieuse rapportée par les proches de M. Lebel suivant l'épisode maniaque de 2019 peut d'ailleurs, sans être franchement délirante, s'inscrire dans cette mouvance. Cette information n'a toutefois jamais filtré vers les médecins qui ont assuré son suivi dans les conditions réelles d'un suivi externe.

Quant aux gestes de violence et aux comportements de contrôle vécus par la conjointe de M. Lebel, il demeure à ce jour complexe d'associer ces faits à son diagnostic psychiatrique principal. Des éléments de personnalité sous-jacents ne sont pas exclus, mais dépassent le cadre de mon mandat.

Qualité des soins reçus

Suivant la révision des dossiers médicaux, des témoignages entendus et du rapport d'expertise en psychiatrie, il m'apparaît raisonnable d'avancer que la qualité des soins reçus a été diligente et proportionnée à son état entre 2008 et avril 2022. Rappelons à cet effet que les professionnels ne disposaient pas de mandats légaux pour assurer les soins et que M. Lebel était volontaire dans sa démarche thérapeutique.

Il a néanmoins bénéficié d'un suivi serré en pédopsychiatrie de 2008 à 2010, en début de maladie, puis d'un suivi bisannuel, puis d'un suivi annuel entre 2010 et 2016, devant la stabilité de son état en psychiatrie générale adulte. Le suivi des lithémies témoigne également d'une bonne observance durant cette période. La prise en charge spécialisée multidisciplinaire (équipe STRATA) a été déclinée par M. Lebel et sa famille devant la stabilité de son état, mais la famille a été mise au courant des services et des numéros d'urgence en cas de besoin.

Suivant l'épisode maniaque en avril 2019, le suivi ambulatoire avec D^r Dion a été fait de manière diligente, permettant de détecter et de traiter rapidement l'épisode dépressif et d'assurer la surveillance des signes avant-coureurs d'un épisode maniaque sous traitement antidépresseur. Le suivi a été ajusté à l'état de M. Lebel qui s'est amélioré graduellement en 2020, lui permettant de reprendre son travail. Le transfert de son dossier à un collègue psychiatre en 2021, plutôt qu'à son médecin de famille, suivant l'épisode de décompensation récente, me semble également diligent de la part du D^r Dion qui prenait alors sa retraite en juin 2021.

²⁸ Pièce C-31*, p. 12.

²⁹ Pièce C-31*, p. 13.

La prise en charge de relève en octobre 2021 par D^{re} Anne Tremblay s'est d'ailleurs faite sans délai significatif dans le contexte. L'évaluation initiale était complète et bien détaillée, ne justifiant pas de suivi intensif à ce moment.

Le traitement pharmacologique ainsi que son ajustement ont soulevé des questionnements chez les parents de M. Lebel toujours en contact avec leur fils actuellement aux soins de D^{re} Beauchemin à l'IUSMQ. D^r Faucher, qui a rédigé un rapport d'expertise³⁰ quant à la responsabilité criminelle en 2022 et qui est cité³¹ au jugement de la Cour supérieure en mars 2024 lors de la déclaration de M. Lebel comme accusé à haut risque, alimente ces questionnements. Il m'apparaît donc important d'adresser cet enjeu.

Considérant les clarifications diagnostiques précédemment évoquées et en mettant de côté la révision diagnostique qui sera faite après les événements d'avril 2022, tous les psychiatres entendus de même que la psychiatre experte, D^{re} Borduas-Pagé, ont été concordants quant aux principes de traitement reconnus qui prévalent en cas de MAB de type I et qui ont également prévalu dans le cas de M. Lebel. Suivant un épisode maniaque, on doit viser à terme la monothérapie (l'usage d'un seul médicament) avec un stabilisateur de l'humeur (comme le lithium), et ce, à la dose minimale efficace. Cela permet de trouver un équilibre entre le risque de rechute et les effets secondaires à court et long terme et ainsi favoriser l'adhésion au traitement.

L'ajout d'un antipsychotique, comme l'olanzapine qui a été utilisé lors des épisodes maniaques en 2008 et 2019 chez M. Lebel, permet de juguler plus rapidement les symptômes maniaques afin de permettre un retour à un état de base. Sa poursuite, en l'absence de maladie psychotique clairement définie, n'est pas souhaitable en trouble bipolaire et occasionne des effets métaboliques indésirables, d'où l'arrêt progressif suivant chaque épisode chez M. Lebel en 2008 et 2019. Il est d'ailleurs important de souligner que M. Lebel est d'ailleurs resté traité en monothérapie avec du lithium entre 2010 et avril 2019 et entre mai 2019 et avril 2022 sans décompensation, donnant raison aux principes de traitement évoqués.

En ce qui a trait au traitement d'entretien avec un stabilisateur de l'humeur comme le lithium, des dosages sanguins avec des intervalles thérapeutiques existent afin de guider les médecins dans les ajustements en fonction de la réponse clinique et des effets indésirables. En épisode maniaque aigu, un dosage entre 0,8 et 0,9 mmol/L peut être visé alors qu'on ciblera plutôt un dosage entre 0,6 et 0,8 mmol/L en entretien chez un adulte en bonne santé physique. L'objectif étant de prévenir autant que possible les rechutes en minimisant les risques non négligeables à long terme d'insuffisance rénale ou de dysthyroïdie comme c'était le cas chez M. Lebel. Ce médicament présente également des risques d'intoxication en cas de surdosage, justifiant d'autant plus la dose minimale efficace.

À l'exception d'un dosage inférieur à 0,2 mmol/L à son arrivée à l'urgence le 6 avril 2022, suivant les événements en lien avec le décès de M. Côté, et un dosage abaissé à 0,5 mmol/L suivant son arrivée à l'urgence en 2019, témoignant d'une perte d'adhésion récente à son traitement, les dosages ont toujours été dans la cible visée et même au-delà, notamment en janvier 2022. Le 17 mars 2022, D^{re} Anne Tremblay a diminué légèrement la posologie du lithium de M. Lebel devant la stabilité clinique et les questionnements légitimes sur les risques de son traitement. D^{re} Tremblay a d'ailleurs affirmé lors des audiences³² avoir échangé avec le pharmacien en psychiatrie de cet

³⁰ Pièce C-11*, p. 31.

³¹ Pièce C-13, p.11, alinéa 78.

³² Témoignage de D^{re} Anne Tremblay du 16 octobre 2024.

ajustement. Ce dernier lui a d'ailleurs expliqué qu'une baisse de posologie de 1 200 mg à 1050 mg ne se répercuterait que par une baisse d'environ 0,1 mmol/L de sa lithémie sanguine, la maintenant dans la zone thérapeutique visée. Une prise de sang rapprochée avait été demandée par celle-ci pour s'assurer de cette issue et de la stabilité clinique de M. Lebel, témoignant de la rigueur de sa démarche, bien qu'elle ne soit finalement jamais faite jusqu'aux événements d'avril 2022.

Considérant ces faits, il serait surprenant que la faible baisse de posologie, bien qu'ayant pu fragiliser M. Lebel, explique à elle seule la décompensation maniaque psychotique présentée en avril 2022. Le dosage à 0,2 mmol/L à l'urgence est plus probablement le reflet d'une baisse de la compliance récente à son traitement. Comme le rappelle D^{re} Borduas-Pagé³³, 50 à 90 % des patients qui cessent leur lithium vont vivre une rechute dans les trois à cinq mois suivants. Comme évoqué par D^r Dion lors de son témoignage³⁴, il importe aussi de mentionner que le traitement préventif diminue le risque de décompensation, mais n'est pas efficace complètement à empêcher toute rechute de survenir, surtout en condition réelle où des facteurs environnementaux et personnels peuvent influencer la trajectoire de la maladie et l'adhésion au traitement en l'absence d'ordonnance de soins obligeant celui-ci.

Il est donc crucial de faciliter l'intégration, lorsque possible, des proches afin qu'ils puissent signaler les premiers signes précurseurs et, au besoin, d'avoir des leviers légaux agiles permettant aux professionnels de la santé d'intervenir en amont. Cela permettrait d'éviter des situations comme celle du 6 avril 2022 qui occasionnent des dommages collatéraux significatifs et une judiciarisation accrue des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. J'y reviendrai.

Le SPVQ

Le SPVQ dessert une population de plus de 600 000 habitants, qui s'étend sur une superficie 545 km². Il est le deuxième plus important corps de police municipal de la province. Il dessert l'agglomération de Québec, comprenant aussi les arrondissements de Saint-Augustin-de-Desmaures et de L'Ancienne-Lorette.

Lors du témoignage de M^{me} Marcotte, nous avons pu saisir l'ampleur des investissements dédiés par le SPVQ auprès de cette clientèle vulnérable. Je ne peux d'ailleurs que saluer l'implication exceptionnelle de M^{me} Marcotte et de ses équipes. Cela démontre une fois de plus que lorsqu'il y a un porteur de dossier dédié, la culture organisationnelle s'implante de manière plus efficiente.

En cours d'audience, j'ai rappelé à maintes occasions que les policiers ne sont pas des travailleurs sociaux et que la société devrait avoir des attentes raisonnables quant à leur rôle. Bien que l'approche de désescalade soit à préconiser, un volet psychosocial doit être pris en charge par des partenaires. L'évaluation d'une personne que l'on soupçonne d'avoir un état mental perturbé devrait se faire avec l'accompagnement d'un intervenant psychosocial. De 2019 à 2023, le SPVQ est intervenu à plus de 30 561 reprises lors d'interventions en lien avec des événements associés à la santé mentale³⁵.

Toujours lors du témoignage de M^{me} Marcotte³⁶, nous apprendrons que les appels étant trop volumineux, le service d'aide PECH ne peut couvrir l'ensemble de ceux-ci et que, faute d'avoir les ressources en quantité suffisante, les policiers vont orienter les proches

³³ Pièce C-31*, p. 14.

³⁴ Témoignage du D^r Alain Dion du 15 octobre 2024.

³⁵ Pièce C-15.1*.

³⁶ Témoignage de M^{me} Julie Marcotte, inspectrice au SPVQ, le 28 octobre 2024.

vers d'autres ressources communautaires. L'inspectrice Marcotte soulevait que l'entente entre la Ville de Québec et PECH ne permettait plus ce type d'appels au moment des événements. Lors de la mise en place de l'entente entre le PECH et le SPVQ en 2014, celle-ci prévoyait que les policiers pouvaient faire appel à PECH en tout temps. Selon elle, cette situation s'est maintenue durant un mois, à la suite duquel l'organisme aurait mis fin à cette pratique puisqu'il n'avait pas les ressources nécessaires pour répondre aux besoins importants du SPVQ. Or, le SPVQ a pris sur lui la décision de ne pas communiquer avec PECH, car ni la Loi P-38 ni l'entente de service ne les empêchaient de requérir l'assistance d'un SASC, en l'occurrence PECH. En tout respect, je crois que les policiers devraient systématiquement demander leur assistance et, s'il est vrai que l'organisme n'a pas les ressources suffisantes, il sera de la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale d'en faire les représentations appropriées.

En contexte d'intervention de crise, les expériences de pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières de proximité menées jusqu'à maintenant démontrent que la présence ou le soutien d'intervenants sociaux facilite le désamorçage de la crise et permet notamment une analyse de la situation psychosociale de la personne et des facteurs de risque ainsi qu'une estimation de la dangerosité. Ces pratiques permettent également d'assurer l'accessibilité, la fluidité et la continuité des services par l'orientation de la personne, de la famille et de l'entourage vers les services appropriés. En réduisant le risque d'interventions policières répétées, elles favorisent un retour à une situation d'équilibre, permettant le rétablissement de la personne dans la communauté³⁷. (mes soulignés)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit donc s'assurer que les sommes budgétées pour ce soutien soient disponibles et utilisées par les établissements du réseau.

Il est essentiel de rappeler que le jour du drame, une mère de famille et un jeune homme qui venait visiter un ami ont tous les deux vu la mort de près. Ce jour-là, sans l'intervention civique de M. Côté, il y aurait pu avoir des blessés ou d'autres morts. Il est vrai qu'une intervention plus rapide des policiers n'aurait pas pu sauver M. Côté, mais il est extrêmement préoccupant de penser que ce sont des citoyens et le père de M. Lebel qui ont dû agir comme remparts de protection pour ne pas faire d'autres victimes. Les policiers du SPVQ sont arrivés 12 minutes après le premier appel logé au 911. Si l'on compare le délai de réponse pour un appel de priorité 1, la comparaison doit se faire avec un corps de police de même envergure. La déclaration sous serment de l'inspecteur Pascal Roy, du SPVQ, confirme que les ordonnances de soins sont traitées en priorité 3. Pourtant, le recours extraordinaire à ce type d'ordonnance ne devrait-il pas militer pour une réponse urgente et donc en priorité 1? Si un suivi plus rapide avait été donné à l'ordonnance de garde, l'issue aurait pu être différente.

³⁷ Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026.

Le rapport du vérificateur général de la Ville de Montréal, déposé en mars 2023, indique que, selon le rapport annuel 2021 du Service de police de la Ville de Montréal, le temps moyen de réponse aux appels de priorité 1 est passé de 5 minutes 29 secondes en 2020 à 6 minutes 3 secondes en 2021, soit une augmentation de 10,2 %³⁸. Par ailleurs, le délai de réponse moyen demeure en deçà de plusieurs corps de police.

Ce délai de réponse est à mon avis celui qui devrait guider les orientations du SPVQ. Bien qu'il n'existe pas pour les corps de police de schémas de couverture qui définissent les délais attendus comme pour les pompiers, les citoyens sont en droit de s'attendre qu'une intervention urgente et sécuritaire puisse être envisagée dans des délais raisonnables. En ce sens, le SPVQ doit se doter d'une orientation visant à répondre avec diligence à ces appels dits urgents.

La Boussole

La Boussole est un organisme communautaire fondé en 1981 par des gens de tous horizons touchés par la maladie mentale d'un proche. Il est présent sur le territoire de la Ville de Québec depuis 1981.

Un organisme communautaire est en soi une vocation pour les gens qui s'y impliquent. Le manque de ressources financières et de ressources humaines, bien qu'il soit des enjeux dans le réseau, demeure un enjeu encore plus criant pour ce type d'organisme. Je salue d'ailleurs le travail exceptionnel de ces équipes qui, même faute de moyens adéquats, accompagnent les proches en réalisant de petits miracles quotidiennement.

Les parents de M. Lebel ne connaissaient pas cette ressource. Ce n'est que le 4 avril 2022 qu'ils en apprendront l'existence. Ils ont appelé le même jour, en fin de journée, et, faute de place le 5 avril, ils seront rencontrés dans les meilleurs délais, soit le 6 avril 2022.

Lors de la rencontre, les notes consultées et les témoignages entendus en audience me convainquent qu'un travail exemplaire a été fait pour accompagner les parents de M. Lebel dans la demande de garde provisoire, mais l'impossibilité d'intervenir directement auprès de la famille comme le définit le mandat du service d'aide PECH n'a pas permis d'intervenir différemment ou plus précocement. Encore une fois, les vases communicants et l'échange d'informations sont à ce point sacralisés que des informations cruciales auraient pu être transmises pour éviter une tragédie si, sur le plan législatif, cette communication était permise. À titre de rappel, lors des audiences, l'intervenante³⁹ nous a expliqué que les informations recueillies à La Boussole ne peuvent être partagées avec le service de police.

Il existe également une ligne Info-Social 811, un autre type de SASC, qui aurait pu de son côté intervenir auprès des proches et, au besoin, relancer les policiers, mais ce service n'a pas été utilisé ou référé. La multiplication des SASC et l'usage de libellés différents d'une région à l'autre ajoutent également à la confusion dans la population et un effort de simplification et de diffusion m'apparaît ainsi essentiel afin que les personnes proches aidantes aient dans le futur le réflexe d'interpeller ces services en première instance au lieu du 911, à moins de menaces graves à la vie et à l'intégrité physique, bien évidemment.

³⁸ https://bvgmtl.ca/wp-content/uploads/2023/05/RA_2022_FR_Section3.5.pdf.

³⁹ Témoignage de M^{me} Johannie Couture, intervenante à La Boussole, le 9 octobre 2024.

La révision du modèle judiciaire en santé mentale

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38)

La Loi P-38 a largement démontré ses limites lorsqu'il est question d'évaluer une personne à la suite de préoccupations provenant des proches. Pour les policiers, la clarté de l'application n'est pas toujours facile à encadrer, et cela malgré les craintes des familles. Dans les faits, devant un risque suicidaire, l'application de la Loi semble plus facile à justifier. Cependant, le concept pour les policiers l'est moins lorsque la situation ne démontre pas de désorganisation marquée. À ce titre, une personne qui aurait des propos suicidaires francs ou une perte de contact avec la réalité ferait en sorte de légitimer l'intervention des policiers. Dans les autres cas, il existe une zone grise importante et ce sont ces angles morts qui sont les plus inquiétants.

Les proches souhaitent assumer leur rôle de proches aidants, mais désirent également avoir des leviers pour être considérés dans leurs craintes et leurs appréhensions. Quand le jugement de la personne est affecté par la maladie mentale ou quitte l'hôpital après avoir fait l'objet d'une requête de garde par la famille, ils peuvent se sentir seuls et submergés par la culpabilité une fois à la maison. Les familles sont trop souvent impuissantes et laissées à elles-mêmes, comme nous l'a partagé M. René Cloutier, directeur de CAP santé mentale, lors de son témoignage⁴⁰.

Quand les policiers interviennent auprès de personnes en crise, ils le font essentiellement en vertu de la Loi P-38. Cette loi indique qu'un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne à l'hôpital. La Loi permet également aux médecins d'émettre une garde préventive pendant 72 heures à l'hôpital. Dans les deux cas, l'état mental de la personne concernée doit présenter un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Les policiers doivent donc malheureusement attendre que le danger se matérialise avant d'intervenir, et ce, malgré des craintes fondées des proches. Effectivement, si les policiers constatent un danger, mais que celui-ci n'est pas imminent, ils devront attendre d'être de nouveau appelés à intervenir auprès de la personne visée et que le danger soit devenu imminent pour la transporter contre son gré vers le milieu hospitalier. L'intervention des policiers arrive trop tardivement et le risque est dès lors très élevé au moment où ils ont le droit d'appliquer la Loi P-38.

Dans d'autres provinces canadiennes, le concept de l'immédiateté du danger n'est pas requis. La Loi autorise les policiers à transporter un individu contre son gré vers un hôpital. Elle vise plutôt à évaluer un danger sérieux actuel ou passé et permet comme motif justifiant une intervention lorsqu'une personne n'est pas en état de prendre soin d'elle-même. Ainsi, contrairement au régime sous la Loi P-38, la détérioration de l'état mental, les autres préjudices pour la personne et ses proches et la chronicité de la maladie sont des critères considérés au moment où les policiers interviennent. Il y aurait également intérêt à se pencher sur le développement d'un critère similaire permettant une intervention lorsqu'une personne n'est pas en état de prendre soin d'elle-même et dont le caractère de *l'immédiateté* pourrait être considéré davantage comme *imminent*.

La Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (LRSSS)⁴¹ a été sanctionnée le 4 avril 2023. Son application, dès

⁴⁰ Témoignage de M. René Cloutier, directeur général de CAP santé mentale, organisme communautaire représentant les organismes œuvrant auprès des proches de personnes ayant un problème de santé mentale.

⁴¹ L. Q. 2023, chapitre 5.

l'actualisation des dispositions législatives, aura déjà un effet bénéfique sur cette nécessaire communication. On peut notamment y lire :

Art 76. Un organisme peut communiquer un renseignement qu'il détient à un corps de police lorsqu'il est nécessaire à la planification ou à l'exécution d'une intervention adaptée aux caractéristiques d'une personne ou de la situation, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1° le corps de police intervient, à la demande de l'organisme, pour lui apporter de l'aide ou du soutien dans le cadre des services qu'il fournit à une personne;

2° l'organisme et le corps de police agissent en concertation ou en partenariat dans le cadre de pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières. Un renseignement ainsi communiqué ne peut être utilisé qu'aux fins prévues au premier alinéa.

Deux principaux objectifs sont poursuivis dans l'application de cette loi : d'une part, établir un équilibre entre la sécurité de l'ensemble des individus d'une société et, d'autre part, assurer la protection des libertés et des droits fondamentaux de la personne vivant avec une problématique de santé mentale.

Les modifications introduites à la Loi n'ont pas pour effet de lever le secret professionnel. Ces modifications, particulièrement celles prévues par l'article 76, constituent une première avancée pour faciliter le partage d'informations nécessaires au travail de prévention et de concertation mené par les policiers.

Le témoignage du D^r Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, nous a informés de l'avancement du mandat de révision qui a été confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ). Le mandat donné comporte deux volets distincts, l'un sur la recherche et l'autre sur la consultation publique. Ces travaux devraient être terminés pour 2025.

Les éléments d'analyse qui seront discutés seront notamment :

1. Les aspects juridiques afférents à la Loi;
2. L'analyse du droit comparé à l'échelle internationale;
3. Une revue de la littérature entourant la Loi;
4. Un portrait des intervenants appelés à appliquer la Loi.

L'objectif de cette consultation déjà amorcée est de recueillir l'avis des groupes impliqués dans le processus, soit des experts, des partenaires et des acteurs clés concernés par l'application de la Loi P-38. Il serait souhaitable que ce comité de sages puisse se pencher sur la révision du cadre juridique entourant le partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel, et ce, afin d'offrir les soins les plus appropriés au patient en fonction de sa condition et à protéger la communauté dans les cas qui l'exigent. Ce comité devrait aussi, à mon humble avis, s'assurer que cette révision implique impérativement les proches de l'utilisateur. Les procédures sont actuellement divisées entre plusieurs juridictions, ce qui dilue l'expertise et augmente le parcours du combattant tant par la personne elle-même que ses proches. L'idée même qu'une ordonnance de garde et une ordonnance de soins soient prises en charge par des juridictions différentes ne fait qu'alourdir l'appareil judiciaire et créer une pression supplémentaire pour les usagers. Le comité de travail a d'ailleurs déposé deux documents

forts pertinents⁴² qui relèvent des enjeux très importants quant à l'avenir en matière de refonte législative.

Le ministère de la Justice du Québec (MJQ) est d'avis qu'il serait judicieux de mieux cerner les problématiques afférentes à la multiplication des démarches devant les différents tribunaux avant de réformer les structures existantes des tribunaux ou de créer de nouvelles structures. Bien que je sois d'accord avec cette évidente prudence, il sera important de s'assurer que l'objectif à terme sera de permettre une simplification des mesures tant pour les usagers que pour leurs proches. De plus, le MJQ a entamé une réflexion quant à la répartition des différents dossiers en matière de santé mentale⁴³.

Considérant les travaux en cours et l'annonce importante du premier ministre du Québec⁴⁴ de revoir le projet de loi en le nommant la *Loi de Maureen*, je ferai une recommandation sur le principe et non sur les modalités spécifiques quant à la révision de la Loi P-38. Il faudra très certainement s'assurer que la révision judiciaire impliquera également la révision de la multiplicité des paliers d'interventions judiciaires, dont notamment ceux de la Cour du Québec et de la Cour supérieure. En ce sens, j'abonde totalement avec les propos du D^r Mathieu Dufour⁴⁵, psychiatre légiste, qui milite en faveur d'une simplification des paliers judiciaires et d'un accès aux soins psychiatriques facilitant tant pour la personne elle-même que pour ses proches.

Je souhaite sincèrement que cette révision ne soit pas simplement cosmétique et qu'elle permette notamment que le critère de dangerosité immédiate soit modulé pour permettre aux policiers d'intervenir dans l'intérêt des personnes visées par la mesure et de la population. À l'instar d'autres provinces canadiennes qui ont adopté une définition plus large de la dangerosité, la nouvelle loi devrait prévoir une évaluation plus globale de l'état de santé mentale de la personne en retirant le caractère immédiat du danger⁴⁶. J'ai bon espoir que le MSSS et le ministère de la Sécurité publique (MSP) mèneront ce projet à terme.

La confidentialité

Les enjeux de confidentialité sont souvent au cœur des barrières réelles et perçues par les professionnels de la santé et les proches aidants qui souhaitent s'impliquer. Si l'article 3 du *Code civil du Québec*, l'article 19 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) et l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* garantissent tous le droit à la confidentialité et au secret professionnel à moins d'un risque de mort ou de blessure grave visant la personne elle-même ou autrui, une approche bienveillante permet bien souvent d'obtenir le consentement des individus à impliquer en partie leurs proches dans leur processus de soins.

L'article 18 de la LSSS permet aussi aux proches de fournir de l'information à un professionnel de la santé qui peut la colliger au dossier de façon confidentielle afin d'adapter ses interventions grâce à ces informations collatérales. Encore faut-il que les proches connaissent les canaux de communication, d'où l'importance d'aborder leur implication le plus rapidement possible lors de la prise en charge d'une personne atteinte d'un trouble de santé mentale grave. Il y aurait lieu de réfléchir à systématiser cette approche dans le réseau de la santé. D^{re} Claire Gamache⁴⁷, présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), venue témoigner, réaffirme l'importance

⁴² Pièces C-34 et C-34.1.

⁴³ En référence à l'enquête publique concernant le décès de M^{me} Maureen Breau et de M. Isaac Brouillard Lessard.

⁴⁴ Annonce faite à l'École nationale de police du Québec le 15 mai 2024.

⁴⁵ Témoignage du D^r Mathieu Dufour, psychiatre légiste, le 29 octobre 2024.

⁴⁶ Témoignage du D^r Mathieu Dufour, psychiatre légiste, le 29 octobre 2024.

⁴⁷ Témoignage de M^{me} Claire Gamache, psychiatre, le 29 octobre 2024.

de ce changement de culture qui est globalement souhaité par ses membres dans le respect du *Code de déontologie des médecins*.

Le Plan d'action ministériel en santé mentale 2022-2026 promeut également à son axe 7.5 l'implication des proches. On peut y lire :

(...) Au cours des dernières années, des travaux ont favorisé la participation des proches dans le processus de rétablissement des personnes présentant un trouble mental, notamment en contexte de prestation de soins et de services. Le partenariat avec la famille et l'entourage soulève différents enjeux relatifs au partage des renseignements, dont l'interprétation et l'application de la notion de confidentialité dans le RSSS et chez différents partenaires. Des difficultés sont également rencontrées quant au partage d'informations entre les différents partenaires qui assurent des soins et des services à la personne (...). Afin de mettre en place les bonnes pratiques dans le RSSS et auprès des partenaires en matière d'application de la confidentialité et de partage de l'information, le MSSS soutiendra l'élaboration et la diffusion d'outils cliniques, en collaboration avec les partenaires concernés.

Il est à mon avis désormais urgent que nous passions de la parole aux actes pour inclure et impliquer les proches.

Le 4 avril 2023, le gouvernement du Québec a sanctionné la LRSSS (chapitre 5). Son entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2024 vient encadrer les organismes qui collectent des renseignements de santé et de services sociaux afin de garantir la confidentialité, mais aussi permet un échange plus fluide des renseignements pertinents entre les intervenants du réseau et, lorsque nécessaire seulement, avec les corps policiers et les équipes mixtes d'interventions.

Ces modifications, bien que souhaitables afin de faciliter la continuité de soins et la sécurité, autant des personnes atteintes que des intervenants qui gravitent autour de celles-ci, ne viennent toutefois pas résoudre les difficultés vécues par les proches aidants à obtenir de l'information pertinente à leur accompagnement. Si la recherche du consentement demeure primordiale tout au long du parcours de soins auprès des personnes atteintes d'un problème de santé mentale ou physique, il y aurait toutefois lieu de permettre un assouplissement des règles sous la forme d'une cellule de crise ou d'un cercle de soins dans les cas où une décompensation grave de la maladie vient altérer le jugement ou l'aptitude à consentir aux soins.

Implication et considération de proches

Cette troisième enquête⁴⁸ 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. On devrait impérativement s'y attarder lorsque ces familles lèvent des drapeaux rouges.

Malgré l'accompagnement des proches de M. Lebel tout au long de son parcours de soins, la difficulté des parents à obtenir l'aide appropriée entre les 4 et 6 avril 2022 est

⁴⁸ Enquête publique portant sur les décès de M. André Lemieux, de M. Mohamed Belhaj, de M. Alex Levis-Crevier et de M. Abdulla Shaikh survenus entre les 2 et 4 août 2022 et enquête publique concernant les décès de M^{me} Maureen Breau et de M. Isaac Brouillard Lessard survenus le 27 mars 2023 lors d'une intervention policière à Louiseville.

symptomatique de l'écosystème médico-juridique complexe actuel dans lequel naviguent les proches aidants.

Un changement de culture s'impose d'abord dans l'organisation des soins afin d'inclure davantage les proches comme le souligne le témoignage de M. Cloutier⁴⁹. Il rappelle à juste titre qu'une personne sur cinq vit activement avec un trouble de santé mentale, témoignant de l'ampleur du nombre de proches encore plus grand appelé à accompagner ces personnes. 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.

À l'heure actuelle, leur inclusion est toutefois difficile au sein des équipes traitantes. J'emprunte ici les mots de M. Cloutier soulignant que, trop souvent, les proches ne se sentent pas « écoutés, impliqués et informés »⁵⁰ et qu'un changement de culture institutionnelle s'impose. Il soulève l'importance de la contribution des proches qui agissent souvent comme le principal soutien en milieu de vie et qui peuvent contribuer à faciliter les suivis et identifier les signes précurseurs d'une détérioration psychique. Cela fut d'ailleurs le cas avec M. Lebel, alors que les parents savaient reconnaître les signes d'une détérioration chez leur fils menant à leurs démarches infructueuses auprès des policiers le 4 avril 2022.

Les parents ne souhaitent pas judiciariser la situation de leur fils, ils veulent l'aider à recevoir des soins. Cette situation est vraie dans le cas qui nous occupe comme de situations entendues dans deux autres enquêtes où des enjeux de santé mentale ont été soulevés. Quelle est la solution pour des proches? Aurait-il fallu qu'ils dénoncent la menace? Peut-on intervenir sans embourber le système judiciaire? Peut-on offrir des soins qui ne suivraient pas la trajectoire de la judiciarisation? Je crois humblement que oui, mais, pour cela, il faudra une réelle volonté de changement.

Impliquer et outiller les proches aidants présentent des bénéfices indéniables comme le souligne M. Cloutier et le *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale*⁵¹ du MSSS. Des études qui y sont citées documentent d'ailleurs une diminution des rechutes et des hospitalisations par une détection précoce des signes de décompensation et une meilleure adhésion au traitement, une diminution des recours aux leviers judiciaires, une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ainsi qu'une diminution de la détresse psychologique des proches aidants. Les avantages socioéconomiques de ces répercussions positives devraient influencer nos décideurs et militer en faveur d'une offre de service centrée sur les proches aidants ainsi qu'une meilleure compréhension du cadre légal de la part des intervenants permettant à ces liens de se tisser.

⁴⁹ Témoignage de M. René Cloutier, directeur de CAP santé mentale, du 28 octobre 2024.

⁵⁰ Témoignage de M. René Cloutier, directeur de CAP santé mentale, du 28 octobre 2024.

⁵¹ Pièce C-29.3, p. 23.

Le MSSS est heureusement en mouvement comme en témoigne le développement de la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes*⁵², du *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026*⁵³ et du *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale*⁵⁴. Cette littérature gouvernementale est assurément un pas dans la bonne direction afin de favoriser les bonnes pratiques. Il faudra assurément que les ministères de la Justice, de la Sécurité publique et de la Santé et des Services sociaux parlent le même langage pour éviter que l'obtention des soins se traduise de manière croissante en judiciarisation.

L'importance d'une offre de service destinée aux proches a été soulevée durant les audiences de l'enquête, notamment lorsque M. Lebel présentait une décompensation manifeste de sa maladie le 4 avril 2022. Malgré une intervention policière respectant les pratiques policières et le cadre légal, l'implication d'un intervenant de crise directement auprès de la famille aurait pu permettre aux parents de mieux exprimer leur point de vue alors qu'ils cherchaient à obtenir des soins pour leur fils. On imagine facilement ces intervenants, supportés au besoin par les policiers, évaluant globalement la situation et pouvant faire le pont avec le médecin traitant afin de solliciter un suivi rapproché, accompagner la famille dans une demande de garde provisoire (ordonnance d'évaluation) ou encore relancer les services policiers pour appliquer la Loi P-38 devant des informations nouvelles.

Des enjeux de financement et de capacité de ces organismes à évaluer et à se déplacer sur les lieux ont été soulevés lors des audiences. D^r Bleau est venu témoigner⁵⁵ de l'importance de ces organismes de crise. Un financement est prévu dans le *Plan interministériel en santé mentale 2022-2026*⁵⁶ afin de soutenir ces organismes ainsi que pour développer et consolider les pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières en situation de crise. Le rapport 1 de l'IQRDJ⁵⁷ évoque d'ailleurs à juste titre un passage fort éloquent :

En ce sens, le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026 prévoit de : « mettre en œuvre et consolider des pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières de proximité » en reconnaissant que les expériences de ces pratiques démontrent des résultats favorables dans le désamorçage des crises et permettent d'estimer plus efficacement la dangerosité. Cette action sera portée par le MSSS et le MSP pour un financement total de 59,5 M\$ dans le but « d'assurer aux personnes qui traversent une situation de crise une réponse adaptée à leurs besoins et de limiter les hospitalisations, la judiciarisation ou le recours à des ressources spécialisées lorsque cela n'est pas nécessaire ».

Quelques années avant, en 2018, la stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale encourageait également « une collaboration plus étroite entre les services d'aide en situation de crise et les services de police ». Promouvoir la collaboration entre ces deux acteurs suppose également d'explicitier le rôle et les responsabilités de chacun, chose relativement ambiguë dans la formulation de la Loi P-38. Certains se sont notamment inquiétés que les policiers ne sollicitent pas l'avis des intervenants et prennent seuls la décision d'amener la personne dans un établissement de santé. Le fait que les policiers n'aient pas été formés à assumer ce nouveau rôle régi par la Loi P-38 a également été l'objet de critique. Face à ces enjeux, le MSSS a tenté de clarifier les choses dans son

⁵² Pièce C-28.

⁵³ Pièce C-29.

⁵⁴ Pièce C-29.3.

⁵⁵ Témoignage du D^r Pierre Bleau, Directeur national des services en santé mentale, du 28 octobre 2024 et pièce C-35.

⁵⁶ Pièce C-27.

⁵⁷ Pièce C-34, p. 85.

cadre de référence en explicitant le rôle de chacun. Il y propose aussi des modèles d'entente afin de faciliter les interventions collaboratives entre les policiers et les intervenants de crise. Dans le même élan, certains encouragent la formation d'unités d'intervention de crise (UNIC) composées de policiers et d'intervenants sociaux ou encore la conclusion d'accords entre les services de police et les services d'aide en situation de crise.

Il faut poursuivre dans cette voie et, malgré les coûts d'implantation initiaux, considérer ses avantages socioéconomiques indéniables à plus long terme sur la réduction des hospitalisations, la réduction de la détresse des proches aidants et la réduction de la judiciarisation. Cette perspective est également fort intéressante dans l'optique où l'on travaille dans la communauté à prévenir la détérioration de l'état de santé mentale d'une personne.

L'expérience⁵⁸ en Montérégie de l'implantation d'intervenants de crise auprès des familles décrite par M. Cloutier a permis de diminuer le recours à l'hospitalisation et aux besoins de gardes provisoires de façon significative. Le succès de ce projet pilote en est un exemple éloquent.

M. François Winter et M^{me} Julie Rivard, qui ont successivement témoigné⁵⁹ et qui représentent l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), réitèrent eux aussi l'importance d'investir de façon prioritaire dans ces services de santé de première ligne afin de limiter le recours aux mesures coercitives et involontaires qui doivent demeurer des options de dernier recours tout en évitant l'instrumentalisation des proches lorsque les mesures légales s'avèrent nécessaires. Ils rappellent également l'importance que « la présence des proches lors des interventions de crise est cruciale, car ce sont eux qui connaissent le mieux la personne en crise. Ce cadre devrait être davantage intégré dans les protocoles d'intervention et il est impératif d'envisager les voix des proches comme des indicateurs pertinents »⁶⁰. J'abonde également en ce sens.

J'encourage donc le MSSS, via les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), à poursuivre de manière accrue cette politique et les outils cliniques associés au sein des équipes traitantes en santé mentale.

⁵⁸ Pièce C-38, p. 16.

⁵⁹ Témoignage de M. François Winter et de M^{me} Julie Rivard de l'AGIDD-SMQ du 29 octobre 2024.

⁶⁰ Pièce C-39 - Mémoire de l'AGIDD-SMQ.

CONCLUSION

L'enquête publique concernant le décès de M. Côté fut la troisième enquête à être menée en moins de deux ans sur le thème de la prise en charge d'une personne dont l'état mental est perturbé. Les mêmes constats ont été soulevés pour chacune d'entre elles. Bien que non déposées en preuve, on ne peut rester insensibles aux correspondances reçues en cours d'enquête de familles, qui au quotidien, vivent des situations similaires avec un proche aux prises avec un problème de santé mentale. Les personnes elles-mêmes, qui en sont affectées, sont également stigmatisées. Ce qui est contreproductif si notre objectif est de soutenir la personne et ses proches à demander de l'aide. Combien de Jacques Côté devront mourir avant de se dire que nous sommes arrivés à un moment charnière pour agir?

Lorsque les parents de M. Lebel ont décidé de s'adresser à la police, puis aux tribunaux, ils l'ont fait dans un seul objectif : obtenir de l'aide. L'aide de dernier recours. J'ose croire qu'une situation semblable ou un décès pourrait être évité si la population avait la possibilité d'agir en amont, de se référer à un psychiatre ou à un intervenant et avoir des ressources facilement accessibles lorsqu'un proche est en perte de contrôle.

C'est toute la communauté qui a un rôle à jouer. On ne peut pas tout simplement fermer les yeux sur ce qui se passe autour de nous en se disant que cela ne nous regarde pas ou que c'est le rôle des institutions de prendre en charge. Chacun de nous doit se soucier de *cet autre*, qui est parfois un collègue, un ami ou encore un voisin.

À titre de coroner, j'ai des attentes qui sont grandes pour cette révision législative en santé mentale. Il est impératif de renforcer la clarté et l'efficacité du système juridique en santé mentale au Québec, pour mieux protéger les personnes dont l'état mental est perturbé et leur garantir des soins adaptés. Les réformes doivent être soutenues par une collaboration étroite entre nos décideurs, les professionnels de la santé, le système de justice, les familles, les usagers et les organismes communautaires afin d'offrir un système soutenant, humain et plus efficace pour tous. J'ai bon espoir que les travaux en cours iront en ce sens.

RECOMMANDATIONS

Afin de mieux protéger la vie humaine, je formule les recommandations suivantes :

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

- [R-1] Veiller à ce que les travaux confiés à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), qui a le mandat de se pencher sur la révision du cadre juridique entourant le partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel entre les différents acteurs, soient complétés en 2025;
- [R-2] S'assurer, le cas échéant, que la révision du cadre juridique découlant des travaux confiés à l'IQRDJ soit adoptée d'ici 2026;
- [R-3] Accentuer et mettre en place les interventions en prévention par les équipes psychosociales en collaboration avec les corps policiers pour éviter une surjudiciarisation des personnes dont l'état mental est perturbé en s'assurant de l'application intégrale de l'action 2.4 du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*;
- [R-4] Former les cliniciens à l'obligation d'accompagnement et d'implication des proches lors de la prise en charge d'une personne ayant un état mental perturbé;
- [R-5] Renforcer l'axe 7 du *Plan d'action ministériel en santé mentale 2022-2026* en s'assurant d'une reddition de compte des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Je recommande à Santé Québec, agissant par l'entremise du **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale**, de :

- [R-6] S'assurer de la conclusion d'ententes de collaboration avec des services d'aide en situation de crise (SASC) pour l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale permettant d'offrir le soutien de nature psychosociale requis par les policiers lors de leurs interventions.

Je recommande au **Service de police de la Ville de Québec (SPVQ)** de :

- [R-7] S'assurer que le corps policier communique et demande l'assistance, le cas échéant, d'un intervenant social d'un service d'aide en situation de crise (SASC), notamment au service au programme d'encadrement et d'hébergement (PECH), ou à tout autre service de crise, lors d'une intervention impliquant une personne dont l'état mental est perturbé;

- [R-8]** Réévaluer le niveau de priorité des ordonnances de garde selon le système de classification et, le cas échéant, mettre en place les mesures nécessaires pour garantir un traitement approprié dans les délais requis afin d'assurer la sécurité du public;
- [R-9]** Revoir son offre de service afin de s'assurer qu'une intervention policière requise en priorité 1 soit répondu en deçà de 7 minutes.

Montréal, le 11 février 2025.



Me Géhane Kamel, coroner

ANNEXE I – LA PROCÉDURE

Le 13 mars 2024, le coroner en chef, M^e Reno Bernier, a ordonné une enquête publique concernant le décès de M. Jacques Côté. J'ai été mandatée afin de présider la présente enquête publique et le D^r Marc Jalbert a été nommé à titre d'assesseur.

Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande soit :

- Le CIUSSS de la Capitale-Nationale, représenté par M^e Luc de la Sablonnière et M^e Nicolas Déplanche (*Morency Société d'Avocats, s.e.n.c.r.l.*);
- La Ville de Québec, représentée par M^e Benoit Lussier et M^e Patricia Desrosiers (*Ville de Québec*);
- La Fraternité des Policiers et Policières de la Ville de Québec, représentée par M^e Genesis Rondon Diaz (*RBD Avocats s.e.n.c.r. l.*);
- Les policiers Côté, Côté-Lemieux, Gingras, Lachance, Lefebvre, Morneau-Thomassin, Ouellet et Richard, représentés par M^e Guillaume Lajoie (*Dussault De Blois Lemay Beauchesne s.e.n.c.r. l.*).

J'ai été assistée tout au long de la préparation et de la tenue de l'enquête publique par M^e Pierre-Olivier Bilodeau, procureur aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.

Les audiences publiques se sont déroulées du 7 au 18 octobre et du 28 au 29 octobre 2024 au palais de justice de Québec, pour un total de 9 jours d'audiences.

J'ai entendu 42 témoins et 71 pièces ont été produites. Les pièces sont publiques, sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la *Loi sur les coroners* (suivies d'un astérisque dans la liste des pièces à l'Annexe II).

Finalement, à titre de rappel, j'ai émis les ordonnances suivantes :

- Pour toutes les pièces visées par un astérisque, une ordonnance de non-publication et de non-divulgaration, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans;
- Ordonnance visant l'interdiction de prendre des photographies, des captures d'écran, de procéder à un enregistrement audio et/ou vidéo et de diffuser en direct ou en différé les audiences, à l'exception des déclarations d'ouverture;
- Ordonnance de non-publication et de non-divulgaration portant sur l'exclusion des témoins factuels.

ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES

| Cote | Description |
|-----------------|--|
| C-1 | Ordonnance d'enquête publique (2024-03-13) |
| C-2 | Décret – Nomination d'un assesseur (2024-04-03) |
| | |
| | Jacques Côté |
| C-3 * | Constat de décès |
| C-4 * | Rapport médico-légal |
| C-5 * | Rapport toxicologie |
| C-6 * | Rapport Bio/ADN |
| | |
| | Kim Lebel |
| C-7 * | Rapport toxicologie |
| C-8 * | Dossier médical – Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec |
| C-8.1 * | Dossier médical – Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) |
| C-9 * | Dossier médical - Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) de 2010 à 2016 |
| C-9.1 * | Dossier médical - Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) de 2019 à 2022 |
| C-10 * | Dossier médical – Clinique Neufchâtel |
| C-11 * | Rapport d'expertise – Évaluation de la responsabilité |
| C-12 | Procès-verbal du 2023-06-05 – Non criminellement responsable |
| C-13 | Jugement du 2024-06-22 – Contrevenant à haut risque |
| C-14 | Antécédents - Plumitifs |
| C-14.1 * | Engagements 1 et 2 – Résumé d'événement et carte d'appel du 2020-01-01 |
| C-14.2 * | Engagements 1 et 2 – Carte d'appel du 2022-04-04 |
| C-14.3 | Engagement 6 - Courriel de M. Donald Gingras au CVSO |

| Cote | Description |
|-----------------|---|
| C-15 * | Rapport d'enquête BEI |
| C-15.1 * | En liasse : Annexes au rapport d'enquête BEI |
| C-15.2 * | Notes personnelles - Sergent Louis Lachance (extrait du 2022-04-06) |
| C-15.3 * | Engagement 4 – Répartition ambulancière du 2022-04-06 |
| C-16 | Rapport identité judiciaire |
| C-16.1 | Album photos de la scène (extraits) |
| | |
| | Déclarations |
| C-17 | M ^{me} Alexandra Hébert |
| C-18 | M. Éric Therrien |
| C-19 | M. Bobby Lebel |
| C-20 | M. Daniel Lebel |
| C-21 | M. Daniel Grenier |
| C-22 | M. Mathieu Tremblay |
| C-23 | M. Jonathan Bois |
| C-24 | M ^{me} Camille Lemay-Sauvageau |
| C-25 | M ^{me} Karine Boivin |
| | |
| C-26 | Guide des pratiques policières – 2.2.8 : Intervention auprès d'une personne dont l'état mental est perturbé |
| C-26.1 | Engagement 3 - Entente entre la Ville de Québec et l'organisme Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) |
| C-26.2 | Engagement 3 - Rapport annuel 2022-2023 - Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) |
| C-26.3 | Engagement 5 - Description des priorisations d'appels au 911 |
| C-26.4 | Service de police de la Ville de Québec - Procédure opérationnelle - 62.03 Intervention auprès d'une personne dont l'état mental est perturbé (version caviardée) |

| Cote | Description |
|-----------------|---|
| C-27 | Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 |
| C-27.1 | Tableau synoptique - Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 |
| C-27.2 | Version synthèse - Plan interministériel santé mentale 2022-2026 |
| C-28 | Politique nationale pour les personnes proches aidantes |
| C-28.1 | Tableau synoptique - Politique nationale pour les personnes proches aidantes |
| C-28.2 | Schéma conceptuel - Politique nationale pour les personnes proches aidantes |
| C-29 | Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 |
| C-29.1 | Tableau synoptique - Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 |
| C-29.2 | En bref - Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 |
| C-29.3 | Considérer, intégrer, outiller : Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale |
| C-30 * | Dossier La Boussole – M. Daniel Lebel |
| C-30.1 * | Dossier La Boussole – M ^{me} Lucie Drouin |
| C-30.2 | Présentation – La Boussole |
| C-31 * | D ^{re} Stéphanie Borduas-Pagé – Rapport d'expertise |
| C-31.1 | D ^{re} Stéphanie Borduas-Pagé – CV |
| C-32 | Présentation – Ministère de la Sécurité publique – Témoignage de M ^{me} Joannie Lambert-Roy |
| C-33 | Présentation – Ministère de la Sécurité publique – Témoignage de M. Maximilien Utschneider |
| C-33.1 | Inspections dans les corps de police municipaux sur les interventions policières auprès des personnes dont l'état mental est perturbé – État de situation – Août 2024 |
| C-33.2 | Engagement 9 - Exemples d'éléments absents des directives internes des organisations, mais prévus dans la pratique policière 2.2.8 |
| C-34 | Institut québécois de la réforme du droit et de la justice (IQRDJ) Étude P-38 - Rapport 1 : Portrait général et revue de littérature |
| C-34.1 | Institut québécois de la réforme du droit et de la justice (IQRDJ) |

| Cote | Description |
|---------------|--|
| | Etude P-38 – Rapport 2 : Analyse comparative |
| C-35 | Présentation – D ^r Pierre Bleau |
| C-36 * | Présentation – M ^{me} Martine Fortier – Fraternité des Policiers et Policières de la Ville de Québec |
| C-37 | Présentation – M ^{me} Julie Marcotte - Intervention psychosociale au Service de police de la Ville de Québec (SPVQ) |
| C-38 | Présentation – M. René Cloutier – Confédération des associations des proches en santé mentale du Québec (Cap santé mentale) |
| C-39 | Mémoire - Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) |
| C-40 | Mémoire - Association des médecins psychiatres du Québec |
| C-41 | Représentations écrites - CIUSSS de la Capitale-Nationale |
| C-42 | Représentations écrites - Ville de Québec |
| C-43 | Représentations écrites - Fraternité des Policiers et Policières de la Ville de Québec |
| C-44 | Représentations écrites - Les policiers Côté, Côté-Lemieux, Gingras, Lachance, Lefebvre, Morneau-Thomassin, Ouellet et Richard |
| C-45 | Réplique - CIUSSS de la Capitale-Nationale |