

Rapport d'enquête
2019-00257
Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant les décès de

Mikhaël Ryan
2017-02514

Joceline Lamothe
2017-02535

Marc Boudreau
2018-05649

Suzie Aubé
2019-00427

Jean-François Lussier
2018-02563

Dave Murray
2019-06800

Me Julie-Kim Godin

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	4
MISE EN GARDE	5
INTRODUCTION	6
1. DÉCÈS DE M. MIKHAËL RYAN	8
1.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	8
1.2 CIRCONSTANCES DES DÉCÈS	8
1.3 EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	8
1.4 ANALYSE	9
1.5 CONCLUSION	18
2. DÉCÈS DE MME JOCELINE LAMOTHE	19
2.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	19
2.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	19
2.3 EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	19
2.4 ANALYSE	19
2.5 CONCLUSION	21
3. DÉCÈS DE M. MARC BOUDREAU	22
3.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	22
3.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	22
3.3 EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	22
3.4 ANALYSE	23
3.5 CONCLUSION	30
4. DÉCÈS DE MME SUZIE AUBÉ	31
4.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	31
4.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	31
4.3 EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	31
4.4 ANALYSE	32
4.5 CONCLUSION	41
5. DÉCÈS DE M. JEAN-FRANÇOIS LUSSIER	42
5.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	42
5.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	42
5.3 EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	42
5.4 ANALYSE	42
5.5 CONCLUSION	50
6. DÉCÈS DE M. DAVE MURRAY	51
6.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	51

6.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	51
6.3 EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	51
6.4 ANALYSE	52
6.5 CONCLUSION	63
7. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	64
7.1 DÉTECTER LES TROUBLES CONCOMITANTS ET DÉCLOISONNER LES SOINS ET SERVICES	64
7.2 FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN DÉPENDANCE	69
7.2.1 CONCEVOIR DE MEILLEURES PORTES D'ENTRÉE	70
7.2.2 REHAUSSER L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE ET EN DÉPENDANCE	73
7.2.3 REHAUSSER L'OFFRE DE SERVICES EN SITUATION DE CRISE ET EN PRÉVENTION DU SUICIDE	77
7.3 REHAUSSER LES SERVICES D'HÉBERGEMENT	82
7.4 BONIFIER ET FACILITER LE PARTAGE DE L'INFORMATION	83
7.5 IMPLIQUER DAVANTAGE LES PROCHES	87
7.5.1 BONNES PRATIQUES	87
7.5.2 ASSISTANT AU MAJEUR APTÉ	88
7.6 BONIFIER L'INTERVENTION DES POLICIERS	89
7.7 PROMOTION ET SENSIBILISATION	92
7.7.1 POPULATION GÉNÉRALE	92
7.7.2 ENFANTS	93
7.7.3 ADULTES	95
7.8 REHAUSSER LA FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE	95
7.9 AMÉLIORER LES PRATIQUES	96
7.9.1 PROCÉDER À DES AUDITS	96
7.9.2 DIFFUSER LES RECOMMANDATIONS DES CORONERS	97
8. CONCLUSION	98
RECOMMANDATIONS	99
ANNEXE I - LA PROCÉDURE	107
ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES	110

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
CECT	Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants
CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPS	Centre en prévention du suicide
CRDJ	Centre de réadaptation en dépendance de Jonquière
CRDL	Centre de réadaptation en dépendance de Laval
CRDQ	Centre de réadaptation en dépendance de Québec
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSN	Dossier santé numérique
DSQ	Dossier Santé Québec
ENPQ	École nationale de police du Québec
GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GMF	Groupe de médecine de famille
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
IPS	Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé
IUSMQ	Institut universitaire de santé mentale de Québec
LSJML	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
MEQ	Ministère de l'Éducation
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026
PIRA	Programme intensif de réadaptation pour les adultes
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
RI	Ressource intermédiaire
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SASC	Services d'aide en situation de crise
SBNI	Soutien de base non intensif
SILAR	Service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance
SIF	Suivi d'intensité flexible
SIU	Système d'information sur les usagers
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
SPVQ	Service de police de la Ville de Québec
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TIBD	Traitement intensif bref à domicile
TS	Travailleuse sociale ou travailleur social
UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence

MISE EN GARDE

Le présent rapport abordera l'enjeu du suicide sous une multitude de facettes. Il est possible que son contenu remue des émotions plus difficiles. Il est essentiel de rappeler que des ressources existent :

- Que vous ayez perdu un proche par suicide récemment ou il y a plusieurs années;
- Si vous côtoyez une personne qui a ou a eu des comportements suicidaires et que vous ne savez pas comment lui offrir votre soutien;
- Que vous viviez vous-même de la détresse;

Des intervenants spécialisés en prévention du suicide sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, où que vous soyez au Québec, en français ou en anglais, pour vous aider à traverser une période plus difficile.

Vous pouvez communiquer avec eux gratuitement et de façon confidentielle :

- Par téléphone au 1 866 APPELLE (277-3553)
- Par texto au 1 855 957-5353
- Par clavardage sur le site Web suicide.ca

Le site suicide.ca offre aussi une multitude d'informations pour répondre à vos questions sur le sujet et une application mobile pour vous aider à prendre soin de votre santé mentale.

N'hésitez pas à en parler, à aller chercher de l'aide, c'est le premier pas pour aller mieux.

INTRODUCTION

Le point de départ de ce rapport est cinq évènements survenus entre 2017 et 2019 et ayant mené à six décès, soit un homicide et cinq suicides. La coroner en chef a ainsi ordonné une vaste enquête publique thématique sur le suicide afin de mettre en lumière les causes et circonstances de ces décès de même que de formuler des recommandations en vue d'une meilleure protection de la vie humaine.

Plus d'une centaine de témoins ont contribué à la présente enquête et ont alimenté mes réflexions.

Très tôt, j'ai constaté des éléments récurrents, dont des problèmes de santé mentale complexes et connus (tels des troubles de la personnalité), des troubles liés à l'usage de substances, une utilisation des services sociaux et des soins de santé en place et une intervention des services policiers. Dans les cas de décès par suicides analysés, les victimes avaient toutes déjà présenté des idées ou des comportements suicidaires.

Des enjeux communs liés à l'organisation des soins en santé et aux services sociaux de même qu'à l'intervention auprès des personnes présentant un risque suicidaire se sont clairement dégagés. De plus, de délicates et importantes préoccupations liées aux troubles concomitants et à la stigmatisation ont été soulevées.

Il est essentiel de préciser que la présente enquête repose sur les faits mis en preuve dans les six cas de décès à l'étude. Les recommandations qui seront formulées seront spécifiques à la preuve entendue et ne porteront pas de manière générale sur tous les décès par suicide.

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

Dans un premier temps, je mettrai en lumière les causes et circonstances entourant les six décès faisant l'objet de la présente enquête publique, soit :

1. le décès par suicide de M. Mikhaël Ryan survenu à Québec le 11 mai 2017,
2. le décès par homicide de Mme Joceline Lamothe survenu à Québec le 10 mai 2017,
3. le décès par suicide de M. Marc Boudreau survenu à Saint-Augustin-de-Desmaures le 21 septembre 2018,
4. le décès par suicide Mme Suzie Aubé survenu à Québec le 18 janvier 2019,
5. le décès par suicide de M. Jean-François Lussier survenu à Laval le 30 avril 2018, et
6. le décès par suicide de M. Dave Murray survenu à Deux-Montagnes le 5 novembre 2019.

Une analyse des évènements ayant conduit au décès et des recommandations spécifiques à chaque cas se trouveront dans cette partie.

Dans un second temps, je présenterai mes constats et les éléments communs aux six décès analysés. J'introduirai par le fait même mes recommandations, lesquelles seront articulées autour de neuf thèmes, soit :

1. Détecter les troubles concomitants et décloisonner les soins et services
2. Faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale et en dépendance
3. Rehausser les services d'hébergement
4. Bonifier et faciliter le partage de l'information
5. Impliquer les proches
6. Bonifier l'intervention des policiers
7. Promotion et sensibilisation
8. Rehausser la formation en prévention du suicide

9. Améliorer les pratiques

J'ai la conviction que ces recommandations permettront de prévenir des décès évitables et d'améliorer l'accès et la qualité des soins de santé et des services sociaux au Québec, si évidemment elles sont mises en place par les organismes concernés.

Finalement, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la présente enquête et à réitérer mes plus sincères condoléances aux proches endeuillés.

Précisions et limites du rapport

Il importe de mentionner qu'il n'est pas dans le mandat du coroner d'évaluer les gestes professionnels, la qualité des soins prodigués ou la compétence des professionnels impliqués. De plus, la Loi sur les coroners interdit aux coroners de se prononcer sur la responsabilité civile, déontologique 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 : la prévention du suicide et la protection de la vie humaine.

1. DÉCÈS DE M. MIKHAËL RYAN

1.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Mikhaël Ryan, âgé de 32 ans, est décédé le 11 mai 2017. Il a été identifié par des policiers du Service de police de la Ville de Québec (ci-après « SPVQ ») au moyen d'une carte d'identité sur les lieux de son décès.

1.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 11 mai 2017, tôt en matinée, une cliente d'un hôtel de la Ville de Québec fumant sur son balcon au 10^e étage a remarqué la présence d'un jeune homme sur un balcon situé à un étage inférieur. Quelques minutes plus tard, elle est entrée dans sa chambre, laissant la porte-patio ouverte. Son conjoint a entendu un long cri. Il est sorti sur le balcon et a aperçu un homme étendu sur un toit situé plus bas.

Vers 6 h 32, un appel a été fait à la centrale 911. Des ambulanciers et des policiers du SPVQ se sont rapidement déplacés sur les lieux et ont localisé l'homme. Aucune manœuvre de réanimation n'a pu être effectuée en raison de la nature des blessures subies et des déformations évidentes au thorax et à la tête. Un constat de décès a été complété à distance par un médecin de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (ci-après « UCCSPU ») à 6 h 54.

Dans le cadre de leur enquête, les policiers ont localisé la chambre de la victime, où ils ont trouvé ses pièces d'identité. Ils ont observé que la porte-patio était complètement ouverte et ont retrouvé un sac de sport noir dans lequel se trouvait notamment du poivre de cayenne ainsi qu'un sac de plastique provenant d'une grande surface, qui contenait plusieurs couteaux toujours emballés, un couteau de chasse et pêche taché de sang ainsi qu'un marteau qui comportait aussi des marques de sang.

Les policiers n'ont pas retrouvé de lettre d'adieu ou de matériel de consommation dans la chambre d'hôtel.

1.3

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe et une autopsie ont été réalisés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (ci-après « LSJML ») le 12 mai 2017. Dans son rapport, le pathologiste a notamment rapporté la présence de multiples lésions traumatiques contondantes, d'érosions et de contusions compatibles avec une précipitation dans le vide et les circonstances rapportées.

Lors de l'autopsie, des échantillons biologiques (sang) ont été prélevés et analysés au LSJML. Il n'a alors pas été possible de prélever des échantillons d'urine. Les analyses toxicologiques faites n'ont pas permis de mettre en évidence la présence de substances (alcool, drogue ou médicament).

À la demande de la coroner antérieurement au dossier, des analyses toxicologiques supplémentaires ont été faites et ont confirmé les éléments suivants :

- D'infimes traces d'aripiprazole ont été détectées dans les échantillons biologiques et étaient sous le seuil de détection des analyses initiales faites.
- Les tests supplémentaires ont spécifiquement confirmé l'absence de varénicline (Champix^{MD}) dans les échantillons sanguins.

Une expertise en ADN a été effectuée au LSJML et a permis de confirmer que le sang prélevé sur les éléments saisis (espadrilles, marteau et couteau) par les policiers dans la chambre d'hôtel de M. Ryan correspond au profil génétique de sa mère, Mme Joceline Lamothe.

1.4 ANALYSE

Parcours de vie de M. Ryan

M. Ryan est un enfant unique et a grandi avec ses parents dans la Capitale-Nationale. Il a pu compter sur leur amour, leur présence et leur soutien tout au long de sa vie.

Au cours de son enfance, M. Ryan réussissait bien au niveau scolaire. En revanche, à la fin du primaire, il a commencé à présenter des problèmes de comportement et était parfois perçu comme étant turbulent. Son adolescence s'est avérée plus difficile. Il a développé un trouble de l'usage de substances (drogues d'abus et alcool) et ses résultats scolaires en ont subséquemment souffert. Il a éventuellement abandonné l'école, eu de nombreux conflits avec ses proches et fait des fugues. L'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (ci-après « DPJ ») a été requise à certains moments.

Plusieurs années plus tard, il a complété l'équivalent d'un secondaire 4 de même qu'un diplôme d'études professionnelles en charpenterie-menuiserie. Il a obtenu son permis d'entrepreneur général et a travaillé dans le domaine de la rénovation. Il a été à l'emploi de ses parents qui détenaient des immeubles, et ce, une grande partie de sa vie adulte.

Il avait un bon lien avec ses parents et pouvait compter sur leur soutien. Il était particulièrement proche de sa mère et la décrivait comme étant aimante, attentionnée et douce.

Il a eu des relations amoureuses significatives et était célibataire au moment de son décès. Il avait un enfant et avait des droits de contacts en fonction de certaines modalités.

Au cours de sa vie, il a connu des problèmes financiers de même que des périodes d'instabilité domiciliaire et de grande consommation (drogues d'abus et alcool). Il a également été impliqué dans plusieurs interventions policières entre 2002 et 2016 en raison de son état mental ou de comportements agressifs ou suicidaires.

Antécédents médicaux, psychiatriques et familiaux

M. Ryan souffrait de divers problèmes de santé mentale. Premièrement, des hypothèses diagnostiques d'un trouble de la personnalité (antisociale ou narcissique), de trouble anxieux non spécifique et de phobie sociale ont été posées. En revanche, elles ne se retrouvent pas de façon uniforme à ses dossiers médicaux.

De plus, il avait un trouble d'usage de substances depuis de nombreuses années (notamment à l'amphétamine et à la cocaïne), qui pouvait amener des troubles de comportement, de l'agressivité, des hallucinations auditives ainsi que des comportements suicidaires. Généralement, une diminution de ses symptômes psychotiques était observée lorsqu'il cessait de consommer.

Toutefois, dans la période précédant son décès, des hallucinations auditives ont été notées alors qu'il niait avoir consommé des substances d'abus.

M. Ryan a eu des idées et comportements suicidaires qui sont souvent survenus dans un contexte de consommation et d'hallucinations auditives. Entre autres :

- En octobre 2012, il a fait une tentative de suicide dans un contexte probable de psychose induite par des substances. Il entendait des voix qui lui disaient de se tuer à défaut de quoi elles feraient mal à sa famille, mais il a plus tard nié la présence d'hallucinations auditives. Il a été hospitalisé à l'Hôpital général de Montréal puis à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. À son retour à domicile, il a eu une altercation avec sa conjointe et a eu des comportements agressifs. Il a été réhospitalisé à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus dans un contexte de crise agressive et de troubles psychotiques induits par des amphétamines.
- En novembre 2014, à la suite d'une séparation amoureuse et dans un contexte de consommation, il a présenté des hallucinations auditives qui lui ordonnaient de se donner la mort.
- En 2016, il a eu un épisode d'hallucinations impérieuses concernant des idées suicidaires et un autre où il a fait une tentative de suicide en se précipitant du haut d'une falaise. Nous verrons plus en détail ce dernier événement dans une prochaine section.

Des antécédents psychiatriques et de suicide ont été notés au niveau familial.

M. Ryan avait un médecin de famille qu'il n'a vu qu'à 4 reprises entre 2011 et 2017. Ce dernier a témoigné lors de l'enquête publique qu'il intervenait au besoin, en cas de problèmes physiques. Il se sentait visiblement peu concerné par le volet santé mentale et le trouble lié à l'usage de substances de M. Ryan.

Le médecin s'est défendu en expliquant qu'il croyait que M. Ryan était suivi pour ses problèmes psychiatriques et de dépendance. Il y avait clairement une confusion, surtout que M. Ryan n'a bénéficié d'un suivi psychiatrique en externe que durant une période limitée (26 novembre 2012 au 3 juin 2014) et que le psychiatre avait ultimement transféré le suivi au médecin de famille en juin 2014. Le psychiatre avait en plus envoyé une lettre au médecin de famille, dans laquelle il lui avait résumé son suivi et ses impressions diagnostiques. Malgré tout, son médecin de famille n'a vraisemblablement pas changé sa conduite ni l'étendue de son suivi. Qui plus est, il n'a pas recommandé de plan de traitement particulier lorsque M. Ryan lui a rapporté qu'il souffrait d'hallucinations auditives et avait une consommation active en octobre 2014. Il a même pris la peine de le noter au dossier, mais son intervention s'est arrêtée là.

Il ressort de la preuve qu'il y a eu plusieurs opportunités manquées d'offrir un plan de traitement et un suivi optimal pour les problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances. Il faut réfléchir aux moyens à mettre en place pour valoriser le rôle des médecins de famille et s'assurer qu'ils prennent en charge aussi bien l'état de santé physique que le mental de leurs patients.

M. Ryan a participé à plusieurs thérapies en dépendance, dont au Centre de traitement des dépendances Le Rucher (ci-après « Le Rucher »), et a bénéficié de services au Centre de réadaptation en dépendance de Québec (ci-après « CRDQ »). Il a maintenu plusieurs périodes d'abstinence.

Précisions sur Le Rucher

Le Rucher est un organisme communautaire dédié au traitement des dépendances à l'alcool, aux drogues et aux médicaments, et est certifié par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (ci-après « CIUSSS ») de la Capitale-Nationale.

Il peut accueillir une cinquantaine de résidents. Selon des représentants du Rucher, plus ou moins la majorité de ses résidents présentent des problèmes concomitants de dépendance et de santé mentale.

Le Rucher se veut un milieu de vie et offre une thérapie sur une base volontaire. Elle est d'une durée de six mois et m'apparaît bien adaptée aux besoins complexes de ses résidents. Le programme est divisé en cinq étapes et préconise une approche de groupe. Un intervenant est responsable de chacune de ces étapes et un intervenant pivot est jumelé avec chaque résident pour l'ensemble du séjour. Le résident doit passer la première portion du programme au Rucher. À la deuxième partie, il peut obtenir des droits de sortie la fin de semaine.

Au tout début de la thérapie, plusieurs évaluations sont complétées, dont une évaluation du risque suicidaire, du niveau de désintoxication et de l'indice de gravité de la toxicomanie du résident. Au besoin, chaque résident est rencontré par la médecin du Rucher, qui est présente environ deux jours par semaine. Elle est également disponible par téléphone. Le Rucher ne bénéficie pas des services d'un psychiatre et n'offre pas de suivi individualisé en psychologie.

Le Rucher offre également un programme de réinsertion sociale, de ressourcement et de suivi en externe. Il a des partenariats avec plusieurs organismes de la Ville de Québec pour accompagner ses résidents.

Un résident peut quitter à tout moment pendant le programme; il doit alors se référer à son intervenant de groupe qui complétera une évaluation. Il peut arriver qu'une personne quitte rapidement, sans voir d'intervenant. L'équipe communiquera avec les policiers pour les aviser de la situation si elle a des doutes sur la dangerosité de la personne pour elle-même ou pour autrui.

Quant aux proches, ils peuvent recevoir de l'information si le résident y consent. En cours de traitement, le résident peut ajouter ou retirer des personnes autorisées à recevoir de l'information.

Dans le cadre de ses activités, Le Rucher utilise le système d'information sur les usagers en santé mentale (ci-après «SIU») qui a été développé par l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (ci-après «IUSMQ»), de telle sorte qu'une partie des informations consignées par l'IUSMQ est accessible aux intervenants du Rucher, et vice versa.

M. Ryan a participé à trois thérapies au Rucher. À ces trois occasions, il a été référé par le CRDQ qui a défrayé les coûts afférents à la thérapie. En effet, il arrive que le CRDQ réfère à des services externes (dont au Rucher) des consommateurs chroniques, pour lesquels les services du CRDQ sont vraisemblablement insuffisants. Dans ces situations plus complexes, il apparaît qu'une thérapie d'une plus longue durée, comme celle offerte par le Rucher, semble l'approche à favoriser.

Ainsi, M. Ryan a séjourné au Rucher :

- Du 13 août 2015 au 8 novembre 2015 : à son admission, il a nommé avoir une dépendance aux amphétamines. Il avait souffert de psychoses toxiques et d'idées suicidaires. Alors qu'il était à la 3^e étape de sa thérapie, M. Ryan a eu un droit de sortie et il n'est pas retourné au Rucher au moment prévu. Selon les intervenants, rien ne laissait présager un départ précipité. Ils ont tenté de le joindre, mais sans succès. M. Ryan a ultérieurement expliqué qu'il était parti de manière impulsive, car il trouvait le programme trop difficile.
- Du 19 octobre 2016 au 5 décembre 2016 : quelque temps avant son admission, il a été impliqué dans un grave accident de la route qui lui a laissé des séquelles physiques. De plus, il a tenté un programme avec hébergement du CRDQ, mais a

rechuté. Au moment de son admission, M. Ryan semblait motivé à mettre un terme à sa consommation afin de maintenir ses liens avec sa famille. Il consommait alors diverses drogues d'abus, dont des amphétamines, de la cocaïne et du GHB, de même que de l'alcool. Alors qu'il était à la 2^e étape du programme, il a quitté Le Rucher. Il a été rencontré par une intervenante du Rucher avant de partir et des recommandations lui ont été données. Il a alors expliqué qu'il ne se sentait pas bien en groupe et qu'il croyait avoir suffisamment d'outils pour maintenir son abstinence. Il mentionnera plus tard qu'il a plutôt quitté, car il ne se voyait pas passer la période des Fêtes en thérapie, qu'il avait rencontré une femme et qu'il avait consommé de l'alcool à au moins deux reprises au cours du programme (lors de ses sorties de fin de semaine).

- Du 9 février au 8 mai 2017 : M. Ryan a quitté avant la fin de la thérapie; il était alors à la 3^e étape. Nous verrons plus en détail ce séjour dans la prochaine section.

Analyse des évènements précédant le décès

Le 21 décembre 2016, alors que M. Ryan séjournait chez un proche, il a consommé des amphétamines et développé des symptômes psychotiques ainsi que des hallucinations auditives. M. Ryan était alors envahi par ces idées et a sauté du haut d'un balcon qui surplombait une falaise, sans toutefois se blesser sérieusement.

Il a été transporté à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis après qu'un proche ait communiqué avec la centrale 911. Il a été évalué par un résident en psychiatrie qui a résumé son parcours et précisé que M. Ryan avait quitté Le Rucher quelques semaines plus tôt, avait repris la consommation, était sans domicile fixe et sans emploi. Il a précisé que M. Ryan avait depuis plusieurs années des « hallucinations auditives avec propos insultants et suggestifs de suicide, changement au niveau de la vision, pas de franches hallucinations visuelles formées et méfiance avec paranoïa persécution ». Le résident a contacté le père de M. Ryan et a ainsi obtenu des précisions en plus de confirmer les attentes du père. Il a conclu à une impression diagnostique de psychose toxique avec geste suicidaire probable. Il a soulevé une hypothèse de trouble psychotique non spécifique en installation et a noté une prise erratique d'antipsychotiques. Une garde préventive a été ordonnée et plusieurs demandes de services ont été faites en lien avec ses problèmes physiques, de dépendance et de santé mentale.

Le 22 décembre 2016, il a été revu par le résident qui a retenu qu'il n'avait plus d'idées suicidaires ou de dangerosité grave et immédiate et que ses hallucinations auditives avaient diminué, de telle sorte qu'il a obtenu l'autorisation de quitter le centre hospitalier. Le résident a noté que M. Ryan pouvait consulter son médecin de famille au besoin, mais aucun rapport de consultation n'a été communiqué à ce dernier.

Au moment de son congé, les démarches suivantes ont été entreprises :

- un suivi a été demandé avec le Centre de réadaptation Chaudière-Appalaches;
- un travailleur social (en lien avec des ressources et le projet RÉMI¹) a été impliqué et devait effectuer une relance téléphonique dans un délai de 24 à 48 heures afin d'évaluer les idées et les risques suicidaires.

De plus, M. Ryan a été orienté vers le Pavillon L'Entre-temps, soit un centre d'hébergement en dépendance et en santé mentale. Il n'y est demeuré que du 22 au 27 décembre 2016 puis a eu une période d'errance. Il a ensuite séjourné chez un proche.

Le 9 janvier 2017, M. Ryan a contacté Le Rucher afin d'y être réadmis, mais sa demande a été refusée compte tenu de son départ précipité en décembre 2016. Au niveau des conditions d'admission, il y avait entre autres un délai minimal d'un mois pour être réadmis.

¹ L'expression RÉMI réfère à « **RÉ**agir au phénomène du suicide, **Mobiliser** les partenaires pour **Intervenir** en continuité » (gouvernement du Québec, 2011).

Il est demeuré en contact avec l'agente d'admission et de liaison de même que des membres de l'équipe du Rucher. Il a motivé sa demande de faire un troisième séjour et a éventuellement été accepté.

Il a ainsi intégré Le Rucher le 9 février 2017. À son admission, son risque suicidaire et homicidaire a été évalué et a été jugé faible. Il a alors admis avoir fait une tentative de suicide en décembre 2016 et a déclaré ne pas avoir eu d'idée suicidaire dans les 7 derniers jours. Il a également affirmé que sa dernière consommation d'amphétamines remontait au 26 janvier 2017. Il semblait motivé à cesser de consommer, car il savait qu'il était en train de perdre les personnes qui lui étaient chères. En revanche, il n'a pas donné le nom d'une personne ou d'un membre de sa famille à contacter en cas d'urgence.

Une intervenante a témoigné qu'au cours de ce troisième séjour, M. Ryan parlait plus librement de ses hallucinations auditives passées et présentes. Par exemple, il lui a expliqué qu'en contexte de psychose toxique, il entendait des voix qui lui dictaient de se suicider ou lui disaient que sa famille était en danger. De plus, il a rapporté entendre des bruits incessants. Lorsqu'il était dans une foule, il avait de la difficulté à savoir si les voix étaient réelles ou non. Il a également admis avoir eu des hallucinations dans les 30 derniers jours, et ce, même lorsqu'il n'avait pas consommé.

Au cours de ce séjour, il communiquait régulièrement avec ses proches, qui ont également observé une détérioration de son état mental. M. Ryan a bénéficié de droits de sortie au cours desquels il fréquentait ses proches et séjournait chez eux. Il a éventuellement choisi de séjourner à l'hôtel et a expliqué à un proche qu'il préférerait être seul étant donné qu'il était constamment en groupe au Rucher.

Le 20 mars 2017, M. Ryan a rencontré la médecin du Rucher et ils ont discuté de ses hallucinations. Il entendait notamment des voix qui pouvaient être désagréables et menaçantes. Il craignait qu'elles s'intensifient s'il en parlait. Il refusait toutefois de prendre une médication.

La médecin a révisé les dossiers médicaux antérieurs de M. Ryan et a noté que depuis plusieurs années, il entendait des voix qui l'avaient amené à poser plusieurs actes violents et suicidaires. Malgré tout, aucune démarche thérapeutique supplémentaire ne semble avoir été faite en lien avec les hallucinations auditives présentées par M. Ryan.

Le 26 mars 2017, à la suite d'une sortie, M. Ryan est revenu au Rucher avec les cheveux rasés, ce qui constituait un geste inattendu et un manquement aux règles du Rucher. En effet, tout changement d'apparence devait être autorisé et il n'avait pas respecté la procédure. Une intervention a été faite auprès de M. Ryan.

Le 30 mars 2017, la médecin du Rucher a rapporté que M. Ryan entendait toujours des voix. Selon elle, il savait comment les éviter. Elle semblait d'ailleurs peu inquiète de la présence des hallucinations auditives. Elle a tenté de lui remettre un document qui se voulait un outil thérapeutique pour les entendeurs de voix, mais il a refusé. Aucun plan de traitement ou suivi particulier n'a été ordonné.

Durant cette période, la mère de M. Ryan a également observé que ce dernier entendait des voix et qu'il s'inquiétait pour le bien-être de ses parents. Elle en a parlé à son ancien conjoint et à un intervenant du Rucher. La situation la préoccupait et elle souhaitait que son fils soit évalué par un médecin.

Le 2 avril 2017, un intervenant a noté que la mère de M. Ryan lui avait rapporté que son fils avait des idées paranoïaques. Elle était convaincue qu'il était sobre et s'inquiétait pour sa santé mentale. L'information a été relayée au sein de l'équipe, mais aucun test de dépistage ni aucune évaluation médicale n'a été demandé dans l'immédiat. De plus, il ne semble pas y

avoir eu de recommandation ou d'évaluation formelle de sa dangerosité ni de ses symptômes psychotiques.

Pourquoi l'équipe du Rucher n'est-elle pas intervenue de manière plus proactive? Est-ce que les intervenants étaient trop débordés, désensibilisés ou n'ont-ils pas eu le réflexe de le faire? Est-ce qu'il y a eu une confusion dans leurs rôles ou des problèmes de communication?

Le 13 avril 2017, M. Ryan a été promu à la 3^e étape de sa thérapie.

Il a vu la médecin du Rucher, qui a noté qu'il avait des hallucinations auditives au quotidien. C'était la première fois qu'il en avait aussi fréquemment. M. Ryan a alors accepté de débiter une médication antipsychotique, soit de l'aripiprazole (Abilify^{MD}).

Malgré la présence de la médecin au Rucher, il ne semble pas y avoir eu de concertation entre la médecin et les intervenants quant à la surveillance des hallucinations et de l'état mental de M. Ryan. Il s'agissait pourtant d'un élément important compte tenu des changements observés dans l'état et la fréquence des hallucinations de M. Ryan.

Au cours de la 3^e étape, M. Ryan a rencontré son intervenant tous les jours. Ce dernier a témoigné qu'il n'a pas perçu que M. Ryan avait des hallucinations. Il est bien possible qu'il n'en ait simplement pas parlé à son intervenant et ait été en mesure de les cacher. Il est aussi possible que l'intervenant n'ait pas cherché à savoir si M. Ryan avait des hallucinations puisqu'il n'avait pas été sensibilisé aux constats du médecin du Rucher et aux inquiétudes de la famille.

Le 22 avril 2017, M. Ryan a choisi de revenir plus tôt au Rucher lors d'une de ses sorties, car il se sentait vulnérable et à risque de rechute.

Le 25 avril 2017, M. Ryan a débuté un atelier portant sur la gestion de la colère et de l'impulsivité qui était offert parallèlement à la thérapie. M. Ryan avait été ciblé pour y participer parce qu'il refoulait beaucoup ses émotions, parlait peu, pouvait user de comportements inadéquats et entretenait des distorsions cognitives.

Vers la fin du mois d'avril 2017, M. Ryan a transmis des messages étranges et confus à une amie.

Le 1^{er} mai 2017, la médecin du Rucher a revu M. Ryan pour la dernière fois. À ce moment, elle a constaté que M. Ryan voulait continuer la médication antipsychotique. Il prenait alors un médicament pour l'insomnie et a demandé une médication pour l'aider à cesser de fumer. Elle lui a donc prescrit de la varénicline (Champix^{MD}). La preuve recueillie à l'audience a toutefois révélé qu'il ne semblait pas prendre la varénicline de manière continue, car il avait l'impression d'avoir des symptômes dépressifs accrus.

Au cours de cette période, un proche de M. Ryan a observé que ce dernier a commencé à avoir de nouveaux symptômes psychotiques, dont des idées bizarres et des hallucinations auditives. Sa mère a également observé certains changements et n'était plus à l'aise qu'il vienne séjourner chez elle.

La fin de semaine du 5 au 7 mai 2017, M. Ryan a eu un droit de sortie. Au cours de la journée du 5 mai 2017, il a également parlé à une amie à deux reprises et devait la rencontrer pour le souper. Lors de leur deuxième échange, il semblait dans un état différent. Il était plus agressif et déprimé. Leur conversation s'est dégradée à un point tel où leurs plans ont été annulés et l'amie a décidé de couper les ponts de manière définitive avec M. Ryan. Lors de cet appel, M. Ryan était en présence d'un ami. Ce dernier a affirmé que M. Ryan s'était alors présenté à son domicile avec de l'alcool et qu'il semblait intoxiqué. Comme on le sait, M. Ryan était en thérapie et ne devait pas consommer d'alcool ou de substances d'abus.

Le 6 mai 2017, il s'est rendu de manière imprévue chez un proche, ce qui était contraire à ses habitudes. Il a alors tenu des propos incohérents à l'effet qu'il devait se rendre à Montréal. Il est ensuite allé chez sa mère et y a passé la nuit.

Le 7 mai 2017, il a passé la journée en compagnie de proches et semblait dans un meilleur état. Selon un proche, il demeurait toutefois désorganisé et n'a pas voulu souper avec lui, ce qui n'était pas habituel. Ce proche l'a raccompagné en fin de journée au Rucher. M. Ryan lui a alors mentionné qu'il ne se sentait pas bien et vivait un sentiment de culpabilité.

À son retour au Rucher, un intervenant a perçu qu'il semblait triste et déprimé. Il a noté que M. Ryan entendait des voix et n'avait probablement pas pris toute sa médication. Il n'a pas noté d'idées suicidaires. L'intervenant n'a pas pensé qu'il avait consommé des substances d'abus et n'a ainsi pas fait de test de dépistage. Or, il est ressorti de la preuve que M. Ryan avait consommé de l'alcool alors qu'il était en compagnie d'un ami.

Le 8 mai 2017, tôt le matin, M. Ryan a emballé tous ses effets, a demandé son cellulaire vers 6 h 53 et a annoncé à l'agente d'admission et de liaison qu'il quittait la thérapie. Il était à ce moment très fermé et décidé à s'en aller malgré les interventions de l'agente, qui a tenté de discuter avec lui. Il refusait d'attendre l'arrivée des intervenants et est ainsi parti sans parler à ses intervenants et sans sa médication.

L'agente n'a vraisemblablement pas procédé à une évaluation complète du risque suicidaire ni à une rencontre formelle. La preuve a révélé qu'à cette époque, il n'y avait pas de procédure de départ. Selon le témoignage et les représentations de la directrice du Rucher, la situation a été rectifiée depuis.

Le CRDQ n'a pas été avisé immédiatement du départ de M. Ryan, ce qui aurait permis de mettre en place un suivi et un filet de sécurité. De plus, aucun proche n'a été avisé. À cette époque, il ne faisait pas partie de la pratique du Rucher de demander aux résidents d'identifier un proche à aviser en cas de départ, mais la situation a été modifiée depuis. Selon la directrice du Rucher, ils interviennent dorénavant afin que le résident avise ses proches de son départ.

Les intervenants du Rucher qui ont témoigné à l'audience ont affirmé qu'au cours de ce troisième séjour, M. Ryan semblait motivé à cesser de consommer. Il n'était pas suicidaire ni agressif envers les autres, mais semblait triste et un peu dépressif. Un intervenant a aussi mentionné que M. Ryan avait beaucoup d'idées dénigrantes envers lui-même et qu'il s'agissait de l'un des facteurs l'incitant à consommer. Il vivait beaucoup de colère et de frustration, mais ne le montrait pas. La honte, la culpabilité et le désir de performer au travail étaient également des facteurs de consommation.

De tous les témoins entendus à l'audience, aucun n'a entendu de propos homicides de la part de M. Ryan, ni à l'égard de sa mère, avec qui il avait une relation positive, ni envers une autre personne. Dans ses écrits, M. Ryan parlait avec bienveillance et en bien de sa mère.

Lorsque la médecin du Rucher a été informée du départ de M. Ryan, elle a rédigé un résumé dans lequel elle a précisé que M. Ryan présentait une psychose non spécifique chronique avec plusieurs psychoses toxiques et des hallucinations auditives chroniques. Selon sa note, il avait également un potentiel violent. Est-ce que les intervenants du Rucher et l'agente qui a vu M. Ryan à son départ étaient bien au courant de ces informations? Aurait-il été utile d'en aviser d'autres personnes ou un proche? Cette situation réitère l'importance que les intervenants travaillent en étroite collaboration avec l'équipe médicale du Rucher et qu'ils soient informés en continu des diagnostics et symptômes de leurs résidents.

Le séjour de M. Ryan au Rucher nous illustre aussi combien il y a un intérêt à ce que les intervenants et professionnels de la santé œuvrant dans le traitement des dépendances soient judicieusement formés et aient rapidement accès à des ressources en santé mentale,

plus particulièrement lorsqu'ils doivent travailler avec des résidents avec des enjeux de santé mentale.

R1.	Je recommande au Rucher de s'assurer que tous ses intervenants aient une formation à jour et maintiennent un haut niveau de connaissances afin de dépister les personnes susceptibles de développer ou de présenter un risque suicidaire ou homicidaire, d'évaluer le risque et d'intervenir adéquatement auprès de ces personnes.
R2.	Je recommande au Rucher de mettre en place des directives claires et de former ses équipes sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none">- identifier les soins et services en santé mentale et en prévention du suicide que ses intervenants peuvent solliciter en cas de besoin;- dépister le risque suicidaire et homicidaire, évaluer ledit risque (incluant la fréquence à laquelle l'évaluation du risque doit être faite) et intervenir auprès des personnes ayant un tel risque;- limiter autant que possible l'accès aux moyens pour se suicider;- systématiser et bonifier la communication et le partage de l'information (incluant les diagnostics, l'évaluation du risque suicidaire ou homicidaire, les changements au niveau de l'état mental, la surveillance) entre les intervenants et l'équipe médicale afin de mieux intervenir auprès des résidents.

Ainsi, à la suite de son départ du Rucher le 8 mai 2017, M. Ryan a réservé une chambre d'hôtel pour deux nuits dans un hôtel de la Ville de Québec.

Le 9 mai 2017, il a été vu avec les cheveux et la barbe fraîchement rasés. Vers 18 h 15, il s'est rendu dans un commerce à grande surface et a acheté des couteaux.

Le 10 mai 2017, vers 16 h, il a quitté son hôtel et a pris un autobus qui circulait sur un trajet se rendant près du domicile de sa mère. Il avait avec lui un sac de sport.

Les expertises obtenues et l'enquête policière ont permis de confirmer que M. Ryan s'est rendu à l'intérieur du domicile de sa mère. Il avait la clé de la porte d'entrée. Il l'a violemment attaquée et l'a grièvement blessée. Cette dernière a succombé à ses blessures (nous verrons plus en détail les causes et circonstances entourant son décès). M. Ryan a abandonné la dépouille de sa mère au sous-sol. Il s'est rapidement nettoyé, a changé ses vêtements et est reparti vers son hôtel.

Il a ensuite été revu sur les caméras de l'hôtel vers 19 h 30, portant le même sac de sport.

Vers 21 h 41, il est sorti de l'hôtel et a acheté une carte d'appel prépayée de même que des cigarettes. Vers 21 h 46, un proche a reçu un appel sur son cellulaire, mais ne l'a pas entendu puisque sa sonnerie était en mode silencieux. Il est bien possible que M. Ryan ait alors tenté de le joindre, mais l'hypothèse n'a pu être confirmée.

Le 11 mai 2017, vers 6 h 32, M. Ryan s'est précipité dans le vide du haut de sa chambre d'hôtel située au neuvième étage.

Expertise en toxicologie

Le Dr Martin Laliberté a été reconnu comme témoin expert en toxicologie médicale dans le cadre de la présente enquête. Il a été mandaté afin de partager son opinion professionnelle et d'interpréter les résultats des analyses toxicologiques obtenus.

Sur la base de l'information qui lui a été soumise, l'expert a retenu qu'au moment de son décès, M. Ryan avait le profil pharmacologique suivant : acétaminophène, varénicline (Champix^{MD}), aripiprazole (un antipsychotique), trazodone (un antidépresseur qui peut être utilisé pour aider à dormir), célécoxib (un anti-inflammatoire) et dextansoprazole (pour traiter les problèmes gastro-césophagiens).

Aucune de ces substances n'a été retrouvée dans les analyses toxicologiques initialement effectuées. Des tests additionnels ont été demandés et ont permis de détecter d'infimes traces d'aripiprazole (la concentration retrouvée était sous le seuil de détection des analyses initiales faites). L'expert a expliqué que ces résultats sont compatibles avec le fait que M. Ryan n'avait probablement pas pris sa médication depuis son départ du Rucher.

Les tests supplémentaires ont également confirmé l'absence de varénicline (Champix^{MD}) dans les échantillons sanguins. À la lumière du témoignage de l'expert, cette substance n'a probablement pas contribué aux événements et aux décès de M. Ryan et de sa mère.

De plus, la présence de drogue usuelle ou d'abus et d'alcool n'a pas été décelée dans les échantillons biologiques analysés. Lors des audiences, l'expert a expliqué qu'il était peu probable que M. Ryan ait été sous l'influence d'amphétamine, soit la drogue qu'il avait l'habitude de consommer, au moment de l'homicide de sa mère et de son suicide compte tenu de la période pendant laquelle cette drogue demeure dans le sang (soit sa demi-vie). S'il en avait consommé, une quantité raisonnable aurait été retrouvée aux analyses toxicologiques. Il n'a pas été possible de prélever un échantillon d'urine, ce qui aurait été instructif, puisque l'amphétamine demeure dans l'urine pendant environ 24 à 48 heures.

Il est possible que M. Ryan ait consommé une drogue d'abus nouvelle qui ne soit pas détectée par les analyses effectuées, mais rien ne permet de le démontrer. Soulignons par ailleurs qu'aucun matériel de consommation n'a été retrouvé dans les effets personnels de M. Ryan.

À la lumière de ce qui précède, je retiens que M. Ryan n'était probablement pas intoxiqué au moment de l'homicide de sa mère et de son décès.

Précisions sur l'état mental de M. Ryan au moment des événements

Tout au long des audiences, on a tenté de mieux comprendre l'évolution de l'état mental de M. Ryan, de trouver un élément déclencheur à ses symptômes psychotiques et ultimement de préciser son état mental lorsqu'il est passé à l'acte. Plusieurs hypothèses ont été soulevées par les témoins de fait et un témoin expert.

En effet, une médecin psychiatre spécialisée en psychiatrie légale a obtenu le statut de témoin expert et a témoigné lors des audiences. Elle a relevé deux facteurs importants, dont :

- M. Ryan avait depuis de nombreuses années un problème important et relativement tenace de consommation de drogues;
- Il avait souffert de plusieurs psychoses toxiques.

En présence de ces facteurs, elle a expliqué que les symptômes psychotiques d'une personne peuvent se chroniciser et persister même en l'absence de consommation.

Il est probable que ceci se soit produit chez M. Ryan. En effet, au cours du 3^e séjour de M. Ryan au Rucher, une dégradation importante de son état de santé mentale a été observée malgré l'arrêt présumé de sa consommation de drogues. Plusieurs témoins ont d'ailleurs observé que M. Ryan avait des symptômes psychotiques, dont des hallucinations auditives, des propos incohérents ou haineux de même que des idées délirantes, alors qu'il niait avoir consommé. En avril 2017, M. Ryan a même rapporté qu'il n'avait jamais eu autant d'hallucinations auditives. Et dans la période précédant son décès, il a eu des hallucinations auditives au quotidien pendant plusieurs jours consécutifs.

Je retiens donc qu'il présentait des antécédents de psychoses et une détérioration récente de son état mental. Il entretenait une relation très positive et harmonieuse avec sa mère. Rien ne permet de croire qu'il avait un plan ou l'intention de lui faire du mal. Par conséquent, je suis d'avis que les symptômes psychotiques de M. Ryan se sont probablement chronicisés et qu'il était dans un état psychotique au moment de s'attaquer à sa mère.

Il m'est toutefois impossible de statuer sur son état au moment de son décès. Peut-être était-il toujours dans un état psychotique ou peut-être avait-il pris conscience de ses gestes à l'endroit de sa mère?

Ce qui est certain, c'est que cette fin tragique aurait probablement pu être évitée si des filets de sécurité solides avaient été mis en place et que les troubles de santé mentale et de consommation de M. Ryan ne s'étaient pas détériorés ainsi. Il faut donc réfléchir aux moyens qui peuvent être déployés pour éviter que des événements similaires ne se reproduisent.

1.5 CONCLUSION

M. Mikhaël Ryan est décédé d'un polytraumatisme contondant consécutif à une précipitation dans le vide.

Il s'agit d'un suicide.

2. DÉCÈS DE MME JOCELINE LAMOTHE

2.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme Joceline Lamothe, âgée de 54 ans, est décédée le 10 mai 2017. Elle a été identifiée visuellement sur les lieux de son décès par un proche.

2.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 11 mai 2017, en matinée, un proche de Mme Lamothe a tenté de la joindre afin de lui annoncer le décès de son fils, M. Mikhaël Ryan, mais sans succès. Il a donc décidé de se rendre au domicile de cette dernière.

À son arrivée à la résidence de Mme Lamothe, il a constaté que la voiture de celle-ci était stationnée à proximité. N'ayant aucune réponse à la porte d'entrée, il l'a déverrouillée et est entré. Il a aussitôt constaté la présence d'une importante quantité de sang dans le hall d'entrée. Il a refermé la porte et a immédiatement contacté la centrale 911. Il était alors 12 h 11.

Vers 12 h 16, des policiers du SPVQ sont arrivés sur les lieux. Ils sont entrés dans la maison et ont fait le tour du rez-de-chaussée. Ils ont observé la présence d'une quantité importante de sang sur le sol, les murs et la garde-robe de l'entrée de la résidence de même que des empreintes de souliers avec du sang séché dans la salle de bain et en direction du sous-sol. Ils se sont ensuite rendus au sous-sol, où ils ont retrouvé Mme Lamothe inanimée au sol. Elle était couchée sur le dos et présentait entre autres des blessures apparentes au visage et au cou. Comme son décès était évident, aucune manœuvre de réanimation n'a été effectuée. Un constat de décès a été complété par deux policiers.

2.3

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe et une autopsie ont été réalisés au LSJML les 15 et 16 mai 2017. Dans son rapport, le pathologiste a rapporté la présence de nombreuses lésions, dont :

- des fractures au niveau du crâne, du nez et de l'os zygomatique (os de la pommette);
- une hémorragie sous-arachnoïdienne hémisphérique bilatérale et cérébelleuse;
- des lésions au larynx qui peuvent être compatibles avec une strangulation manuelle;
- de multiples lésions traumatiques contondantes à la tête, au visage, dans la cavité buccale, au tronc et aux membres inférieurs et supérieurs. Les lésions retrouvées aux mains et aux bras peuvent être compatibles à des lésions de défense;
- des lésions traumatiques cervicales imputées par une arme tranchante. L'une de ces lésions s'est avérée mortelle.

Des analyses toxicologiques ont aussi été pratiquées au LSJML. Aucune substance (drogue, alcool ou médicament) n'a été décelée.

2.4 ANALYSE

Parcours de vie de Mme Lamothe

Mme Lamothe a été mariée de nombreuses années et s'est séparée en 2008. Malgré la séparation, elle a maintenu une relation amicale avec son ancien conjoint et lui parlait régulièrement. Un enfant est né de cette union : Mikhaël Ryan.

Mme Lamothe était proche et avait une relation positive avec son fils, qui se confiait souvent à elle. Elle était perçue comme étant une mère aimante, douce et attentionnée. À travers toutes les périodes tumultueuses rencontrées par son fils, elle demeurait présente et bienveillante. Elle lui a apporté son soutien moral et financier, l'a accompagné à ses rendez-vous médicaux et était présente lorsqu'il était en thérapie.

Il a été mis en preuve au cours des journées d'audience qu'elle s'inquiétait en raison de la consommation de substances d'abus de ce dernier et de l'évolution de son état de santé mentale. Elle l'encourageait vivement à cesser de consommer et à participer à des thérapies.

Selon les témoins entendus, son fils n'a jamais été violent ou agressif à son égard. Il était très soucieux de l'opinion de sa mère.

Pour les fins de la présente enquête, les antécédents médicaux de Mme Lamothe ne sont pas pertinents.

Analyse des évènements précédant le décès

Selon le rapport d'enquête du SPVQ et les témoignages entendus, aucune querelle ni aucun conflit n'a été rapporté entre Mme Lamothe et son fils dans la période précédant son décès et lors de leur dernier contact le 7 mai 2017. Elle était toutefois inquiète de la détérioration de l'état mental de son fils et de l'apparition récente de symptômes psychotiques. Elle n'était d'ailleurs plus à l'aise qu'il séjourne chez elle. Malgré tout, il est venu coucher chez elle le 6 mai 2017 et elle n'a pas verbalisé de crainte pour sa sécurité. Elle a également passé une partie de la journée du 7 mai 2017 avec lui et ils n'ont vraisemblablement pas eu de problème majeur ou de conflit. À la fin de la journée, il est retourné au Rucher en compagnie de son père.

Le 8 mai 2017 et dans les jours qui ont suivi, elle n'a pas été informée que son fils avait quitté Le Rucher.

Le 10 mai 2017, elle a complété sa journée habituelle de travail.

En fin d'après-midi, elle a quitté son lieu de travail et est retournée à son domicile. Vers 16 h 58, elle a lu un message sur son téléphone cellulaire. Il s'agit du dernier moment où elle a utilisé son téléphone.

Selon le rapport d'enquête et la preuve recueillie, elle est entrée dans le hall de sa maison et a été attaquée par son fils avec un objet contondant, probablement un marteau. M. Ryan était vraisemblablement déjà présent à son arrivée.

Puis, M. Ryan l'a probablement amenée au sous-sol. Il lui a infligé des blessures au moyen d'une arme tranchante, qui ont ultimement causé son décès. L'origine de l'arme utilisée n'a pu être démontrée hors de tout doute, mais il est fort possible que M. Ryan l'ait trouvée dans la résidence de Mme Lamothe.

Par la suite, M. Ryan a retiré ses vêtements souillés et les a laissés au sous-sol. Il semble qu'il se soit nettoyé dans la salle de bain du rez-de-chaussée et ait enfilé des vêtements propres. Il a ensuite quitté les lieux et est retourné à l'hôtel. Il a alors ramené les armes utilisées et elles ont été retrouvées dans sa chambre d'hôtel. Les expertises faites ont confirmé que le sang présent sur les armes (marteau et couteau), les chaussures de M. Ryan et les vêtements retrouvés au sous-sol était fort probablement celui de Mme Lamothe. De plus, la semelle des chaussures de M. Ryan correspondait aux traces de pas retrouvées dans la maison de Mme Lamothe.

Lorsque Mme Lamothe a été retrouvée par les policiers, elle portait les mêmes vêtements que pendant sa journée de travail du 10 mai 2017, de même que ses souliers et son sac à main.

Au terme de leur enquête, les enquêteurs du SPVQ ont conclu que M. Ryan était l'auteur des blessures infligées à Mme Lamothe et qu'il a agi seul.

2.5 CONCLUSION

Mme Joceline Lamothe est décédée d'un traumatisme craniocérébral contondant et d'un traumatisme cervical par arme tranchante.

Il s'agit d'un homicide.

3. DÉCÈS DE M. MARC BOUDREAU

3.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Marc Boudreau, âgé de 53 ans, est décédé le 21 septembre 2018. Il a été identifié visuellement par le personnel du Rucher, où il séjournait.

3.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 28 août 2018, M. Boudreau a volontairement débuté une thérapie en dépendance à l'alcool au Rucher, pour une période prévue de 6 mois.

Le 21 septembre 2018, vers 13 h 45, M. Boudreau a discuté avec un intervenant du Rucher et a obtenu l'autorisation de se rendre à sa chambre afin de se reposer.

Vers 18 h, un intervenant du Rucher a constaté que M. Boudreau était absent. Des employés du Rucher ont fait le tour de la propriété afin de le localiser, mais sans succès.

Vers 18 h 53, un intervenant du Rucher a contacté la centrale 911 afin de signaler la disparition de M. Boudreau. Des policiers se sont rendus sur les lieux et ont procédé à la fouille de l'immeuble. Ils ont retrouvé tous les effets personnels de M. Boudreau dans sa chambre de même qu'une lettre d'adieu.

Des policiers et l'escouade canine ont également ratissé les environs au cours de la soirée, mais sans succès.

Le 22 septembre 2018, vers 0 h 35, un résident qui agissait comme surveillant de nuit a débuté sa ronde de surveillance et a constaté que la porte d'une salle était fermée et n'arrivait pas à l'ouvrir. Croyant qu'une chaise la bloquait, il a pénétré dans la salle via une autre entrée et a alors retrouvé M. Boudreau pendu avec sa ceinture à l'arrière de la porte qui semblait bloquée. Il a immédiatement avisé un intervenant du Rucher et des secours ont été appelés.

Vers 0 h 42, des policiers sont arrivés sur les lieux et se sont rendus à la salle où M. Boudreau a été retrouvé. M. Boudreau était toujours pendu à la porte. Les ambulanciers sont arrivés au même moment et ont coupé le lien de pendaison. Ils ont constaté que M. Boudreau présentait des rigidités cadavériques, que son corps était froid et qu'il n'avait aucun signe vital. Aucune manœuvre de réanimation n'a été effectuée dans les circonstances.

À 1 h 29, le décès de M. Boudreau a été constaté à distance par un médecin de l'UCCSPU.

Une enquête a été complétée par le SPVQ. Les enquêteurs n'ont noté aucun signe de violence ou d'intervention d'un tiers.

3.3

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 22 septembre 2018 à la morgue de Québec. Il a mis en évidence la présence d'un sillon typique de pendaison au niveau du cou compatible avec le lien utilisé. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Centre de toxicologie de l'Institut national de santé publique du Québec. Aucune trace d'alcool et de drogue n'a été décelée. Le dosage des médicaments n'a pas été fait, n'ayant pas été demandé par le coroner initialement au dossier.

3.4 ANALYSE

Parcours de vie de M. Boudreau

Il était originaire de la Gaspésie et venait d'une famille de 4 enfants. Il a vécu le décès de son frère dans les années 90.

Il était décrit comme un enfant réservé, peu sociable et qui aimait le sport. Il a toutefois traversé plusieurs expériences négatives au cours de son enfance. Entre autres, il a souffert de dénigrement et d'intimidation dans plusieurs sphères de sa vie.

Vers l'âge de 13 ans, il a commencé à ressentir un grand mal de vivre, à consommer de l'alcool et à avoir des idées suicidaires. Il en parlait régulièrement à ses proches.

Au cours de son adolescence, il a vraisemblablement été victime d'abus sexuel, qu'il n'a pas dénoncé. À l'âge adulte, il s'est confié à des intervenants et a expliqué qu'un adulte a maintenu en secret une relation intime avec lui. Il avait l'impression qu'il se prostituait avec cette personne.

Au niveau académique, il a complété une formation technique en génie civil, mais n'a exercé qu'un an dans ce domaine. Par la suite, il a occupé divers emplois, mais avait une certaine difficulté à les conserver à long terme.

Il a vécu une grande instabilité domiciliaire et a déménagé à une dizaine de reprises dans ses trois dernières années de vie.

En 2015, il a perdu son permis de conduire et sa voiture après avoir été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies. Il fut très affecté par cet événement et n'a pas été en mesure de ravoir son permis. Dans les mois précédant son décès, il en parlait encore comme étant un deuil en cours qui lui causait de l'anxiété.

Au moment de son décès, il était célibataire, sans domicile fixe, sans emploi et avait une situation financière précaire. Il avait peu de contacts sociaux et était d'ailleurs décrit comme étant solitaire.

Cela dit, il entretenait des liens avec des membres de sa famille et pouvait compter sur leur support bien qu'ils aient traversé des périodes plus tumultueuses. Il était proche de sa mère et a agi comme son aidant naturel pendant quelques années. Cette dernière est décédée en février 2018.

Antécédents médicaux, psychiatriques et familiaux

Au niveau de ses antécédents médicaux, il souffrait de problèmes de santé mentale. Dès son adolescence, il a commencé à présenter un certain mal de vivre qui l'a suivi tout au long de sa vie. Il a présenté des idées suicidaires chroniques à l'adolescence, mais aucune tentative de suicide n'a été rapportée avant les événements de septembre 2018.

À ses dossiers médicaux, on retrouve entre autres des diagnostics de trouble anxieux non spécifique et d'un trouble de la personnalité. Il souffrait également d'une phobie d'impulsion. Par exemple, il craignait de perdre le contrôle, de blesser un proche ou de se blesser en voyant des objets contondants. Cette phobie aurait débuté à la suite du drame de la polytechnique et semblait particulièrement présente dans la période précédant son décès.

Plusieurs médecins ont noté des symptômes dépressifs ou anxiodépressifs à travers les années, mais il n'avait pas de diagnostic de dépression en 2018.

À long terme, il n'a pas eu de psychiatre traitant. Il a consulté au besoin des médecins de famille et des psychiatres, en clinique externe, à une clinique de médecine familiale, au CLSC et dans des centres hospitaliers.

M. Boudreau présentait également un trouble lié à l'usage de substances (alcool et médicaments). Il a commencé à consommer de l'alcool vers l'âge de 13 ans et avait une consommation régulière vers l'âge de 17 ans. Il a suivi des thérapies et reçu des services afin de traiter sa dépendance à l'alcool.

Vers 2016, à la suite d'une intervention chirurgicale, il a développé une dépendance à la morphine qui l'a entraîné dans une période très sombre au cours de laquelle il a souffert d'une psychose toxique. Il a toutefois vaincu cette dépendance vers 2017.

Finalement, on retrouve des antécédents familiaux psychiatriques.

Analyse des évènements précédant le décès

Le 29 juin 2018, M. Boudreau s'est rendu à l'urgence de l'Hôpital de Maria en Gaspésie en raison d'une crise de panique et d'idées noires. M. Boudreau a entre autres rapporté ne plus avoir d'énergie, car il était continuellement en mode d'hypervigilance, qu'il était envahi par un mal-être et qu'il craignait de se faire du mal. Il avait occupé un emploi quelques semaines et l'avait quitté, car il était épuisé. Il a alors demandé à être hospitalisé, car il souhaitait se prendre en main et redoutait de poser un geste suicidaire.

Il a été vu par un médecin de l'urgence puis une psychiatre accompagnée d'un intervenant psychosocial. La psychiatre a retenu une impression diagnostique de trouble anxiodépressif non spécifique avec atteinte fonctionnelle. Elle a soulevé trois hypothèses diagnostiques :

1. Troubles cognitifs à éliminer;
2. Troubles psychotiques d'apparition tardive;
3. Trouble de l'humeur induit – probable + bizarre que déprimée à l'examen mental.

Je tiens à souligner que cette rencontre multidisciplinaire à l'urgence est une approche très intéressante, car elle permet aux différents professionnels de la santé de travailler précocement en collaboration tout en évitant à l'usager de répéter à d'innombrables reprises son histoire, ce qui peut devenir très irritant. L'intervenant psychosocial peut alors mieux estimer les enjeux et les besoins de l'usager de même que partager en temps réel son expertise avec l'équipe médicale. L'intervention de tous les intervenants est ainsi bonifiée et ils peuvent ultimement donner un meilleur soutien au patient et à sa famille tout au long de l'hospitalisation.

M. Boudreau a été hospitalisé en psychiatrie jusqu'au 26 juillet 2018, soit pendant près d'un mois. Durant son séjour, il est demeuré suivi par une psychiatre, n'a pas consommé d'alcool et sa médication a été modifiée. Notamment, le lorazépam (Ativan^{MD}), pour lequel il avait une dépendance, a été diminué. Lors de son congé, sa psychiatre a retenu un diagnostic de trouble lié à l'usage d'alcool, un trouble anxieux non spécifique, des phobies d'impulsion et des suspicions d'un trouble de la personnalité.

De plus, il a également rencontré à quelques reprises son intervenant psychosocial et une intervenante en itinérance. Il a été accompagné et encouragé dans ses recherches de logement. Il avait beaucoup d'ambivalences et de difficultés à faire des choix. Il se sentait très bien à l'hôpital et semblait vouloir prolonger son séjour le plus longtemps possible. Avec leur soutien, M. Boudreau s'est organisé et a élaboré un plan pour son départ de l'hôpital. Il refusait toutefois de participer à une thérapie et de rencontrer une intervenante en dépendance.

Ultimement, il a choisi d'aller dans une ressource intermédiaire à Paspébiac. Il y est demeuré 10 jours et a ensuite quitté, car il n'aimait pas l'endroit. Il est ensuite allé vivre dans une chambre d'hôtel.

Le 12 août 2018, M. Boudreau a appelé la centrale 911 et a rapporté avoir des idées suicidaires et un plan de passage à l'acte. Il a été amené par ambulance à l'Hôpital de Maria et a mentionné au médecin de l'urgence et au psychiatre qu'il était déprimé. Il n'avait pas assisté aux funérailles de sa mère qui avait eu lieu le 11 août 2018, car il trouvait cela confrontant et craignait de rechuter. Il avait l'impression qu'il tournait en rond depuis 2 ans et cette situation le déprimait. Il avait de la difficulté à s'adapter à la vie et à faire face au stress sans alcool. Il souhaitait un traitement pour se sevrer psychologiquement de l'alcool et un ajustement de sa médication.

La psychiatre qui l'a évalué a conclu à une crise psychosociale chez un homme qui avait de la difficulté à s'adapter à la vie sans alcool. Elle a ajouté que M. Boudreau niait tout désir de passage à l'acte suicidaire et elle se questionnait quant à un trouble cognitif secondaire à la consommation d'alcool.

Dans ce contexte, M. Boudreau a été hospitalisé à l'unité de psychiatrie jusqu'au 28 août 2018, soit pour une période de 16 jours. Durant cette période, il n'a vraisemblablement pas consommé d'alcool et n'a pas verbalisé d'idée suicidaire. De plus, il a été décidé de le sevrer de sa dépendance au lorazépam (Ativan^{MD}). Un médecin a précisé lors des auditions qu'un tel sevrage peut être très difficile et amener des états d'anxiété plus intenses qu'un sevrage à l'alcool. M. Boudreau était donc confronté à deux immenses défis : un sevrage à l'alcool et un autre au lorazépam.

Au cours de son hospitalisation, il a eu l'occasion de discuter et de réfléchir avec la psychiatre, la travailleuse sociale (ci-après « TS ») et les infirmières quant à la pertinence de faire une thérapie de réadaptation en dépendance. Il était d'abord très ambivalent, mais avec l'accompagnement de son équipe traitante, il a réussi à établir son plan et a complété les démarches pour entreprendre une thérapie d'une durée de six mois au Rucher.

La veille de son départ, il a été revu par sa psychiatre qui a conclu qu'il ne présentait pas de risque suicidaire ni de dangerosité grave et imminente et qu'il n'était pas dépressif. Ils ont travaillé sur un plan d'urgence en cas de détresse. M. Boudreau anticipait être plus anxieux et lui a demandé un antidépresseur. Elle a refusé de donner suite à sa demande et lui a expliqué son raisonnement, notamment qu'il fallait normaliser son anxiété et utiliser ses outils de gestion du stress. De plus, elle n'estimait pas qu'il était dépressif. Est-ce qu'une médication aurait facilité son sevrage et la suite des choses?

Cela étant dit, je dois souligner que M. Boudreau a été très choyé d'être accompagné à deux reprises par une équipe de soins multidisciplinaire bienveillante qui a pris le temps de l'accueillir pendant tout le temps nécessaire afin de stabiliser son état, d'établir un lien thérapeutique et de mettre en place un plan bien établi qui lui convienne. L'équipe de l'Hôpital de Maria a aussi pris le temps de contacter la famille. On a ainsi pu observer concrètement qu'évaluer, traiter, établir un plan et tisser un lien thérapeutique avec une personne présentant des problèmes de santé mentale et de dépendance peut requérir plusieurs professionnels et beaucoup de temps, mais que cela porte fruit. Ceci inspirera certainement mes recommandations et l'approche qui devraient se propager à travers le Québec dans le domaine de la santé mentale et des troubles concomitants.

Le 28 août 2018, M. Boudreau a entrepris un voyage de plusieurs heures en autobus pour se rendre au Rucher, qui est situé à Saint-Augustin-de-Desmaures, près de Québec, afin de participer à une thérapie en dépendance.

À son arrivée au Rucher, M. Boudreau semblait fatigué, anxieux et avoir des appréhensions. Il a rencontré une intervenante senior qui a procédé à différentes évaluations. Il lui a alors

mentionné qu'il a eu des idées suicidaires et des flashes suicidaires quelques jours auparavant. Il espérait cesser de consommer, mais il voyait peu d'espoir d'être heureux dans cette sobriété. L'intervenante a conclu à l'absence d'indice de dangerosité et à l'absence d'idée suicidaire au terme de leur rencontre.

M. Boudreau a signé un formulaire de consentement autorisant Le Rucher à transmettre de l'information à ses proches et à une psychiatre. En revanche, malgré les appels et les messages laissés par des membres de la famille, M. Boudreau et Le Rucher n'ont donné aucune nouvelle. Lors des auditions, la directrice du Rucher a mentionné qu'ils étaient en processus de mettre en place un programme pour les proches et qu'ils avaient révisé leur approche. Il serait également opportun que Le Rucher formule des directives claires pour sensibiliser son équipe à l'importance d'intégrer les proches et de maintenir une communication fluide, en respect des droits de ses usagers.

Selon la preuve entendue, le CIUSSS de la Capitale-Nationale (avec le soutien et le financement du MSSS) a préparé un guide sur les bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale. Il doit bientôt être rendu public. Il serait évidemment judicieux que Le Rucher prenne connaissance de ce guide lorsqu'il sera disponible.

R3. Je recommande au Rucher d'émettre des directives claires et de former ses équipes quant aux meilleures pratiques en matière de communication et d'implication des proches

Dans les jours suivant son arrivée, M. Boudreau a rencontré la médecin du Rucher qui a complété une évaluation médicale détaillée. Elle a noté qu'il présentait des symptômes de sevrage et a retenu des diagnostics de trouble de la personnalité dépendante, trouble d'adaptation au cours de l'été avec idées suicidaires, dépendance à l'alcool au long cours et dépendance aux benzodiazépines depuis 2 ans. Elle lui a prescrit de la prégabaline (Lyrica^{MD}), de la quétiapine (Seroquel^{MD}) et des vitamines.

Des intervenants ont observé que M. Boudreau était très discret et déprimé, avait de la difficulté à se concentrer, parlait peu et ne se mêlait pas beaucoup aux autres résidents. Il se disait incapable de suivre le rythme de la thérapie.

Le 11 septembre 2018, M. Boudreau a discuté avec une intervenante et lui a mentionné vivre du désespoir. Il se sentait incapable de cesser de boire de l'alcool et ne croyait pas avoir ce qu'il fallait pour s'en sortir. Il trouvait de plus en plus difficile de ne pas consommer et donc de devoir sentir sa souffrance et ses émotions. Il a nommé avoir des idées suicidaires fréquentes et quotidiennes qui prenaient de plus en plus de place dans sa journée. Il était incapable de préciser ce qui le gardait en vie. Il avait identifié un moyen de passage à l'acte, mais pas le moment ni l'endroit.

Cette intervenante a témoigné qu'elle a senti une grande détresse et une lourdeur chez M. Boudreau. Il n'avait aucun affect et s'était même distancé de ses proches. Elle a recommandé que M. Boudreau soit vu en urgence par un médecin pour assurer sa sécurité. Comme la médecin du centre n'était pas présente, elle a demandé qu'il soit transféré dans une urgence psychiatrique afin d'y être évalué. M. Boudreau était d'accord avec cette démarche.

Il a ainsi été amené à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université Laval (ci-après « CHUL »). Il a été orienté vers l'urgence psychiatrique, qui relève du CIUSSS de la Capitale-Nationale², et a été vu par un résident et une psychiatre, qui ont retenu qu'il présentait un risque suicidaire élevé en raison d'idées suicidaires et d'un plan toujours présent. Il n'était

² Le CHUL relève du CHUQ, lequel est un établissement non fusionné et ne fait pas partie du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il a toutefois une entente avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale qui prévoit que les urgences psychiatriques se trouvant dans ses locaux relèvent du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ainsi, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a entre autres la mission des soins et services en santé mentale et en dépendance. Il est responsable de coordonner l'offre de services en santé mentale et en dépendance pour la population de son territoire et donc de s'assurer que la population ait accès aux services.

pas rassurant dans son discours concernant ses idées et son désir de mourir. La psychiatre a évoqué une impression diagnostique de difficulté à gérer ses émotions et de crise suicidaire dans un contexte de thérapie au Rucher qui le confrontait à lui-même. Elle a également noté un trouble d'usage d'alcool en rémission précoce dans un milieu protégé, un trouble de la personnalité et un trouble anxieux non spécifique.

La psychiatre a recommandé de le garder sous observation à l'urgence de psychiatrie pour la nuit et de le retourner au Rucher le lendemain s'il était en contrôle. Comme alternative, elle a proposé un séjour à l'unité du J4000 de l'IUSMQ.

Le 12 septembre 2018, le psychiatre de garde a rencontré M. Boudreau et retenu qu'il n'était pas suicidaire et ne démontrait aucun signe de confusion ou de psychose. Selon lui, M. Boudreau avait des symptômes dépressifs fluctuants, une tendance à vouloir fuir et une difficulté à gérer ses émotions. La perspective de vivre au Rucher pour encore 6 mois et sans alcool lui paraissait déprimante, mais il voulait aller mieux et recherchait de l'aide.

Dans le contexte de son évaluation, le psychiatre a discuté avec une intervenante du Rucher. Puis, il a conclu que M. Boudreau ne représentait plus un danger pour lui-même, que la crise suicidaire était résolue et a recommandé son retour au Rucher. Il a témoigné que M. Boudreau pouvait donc poursuivre sa thérapie et qu'il n'y avait pas lieu de lui prescrire un antidépresseur. Il était d'avis que les propos suicidaires s'inscrivaient dans le cadre de sa souffrance et des difficultés rencontrées au cours de la thérapie. Il s'agissait de sa manière de demander de l'aide. Selon lui, les idéations suicidaires disparaîtraient avec une prise en charge ou un certain support. L'option de prolonger la période d'observation ou d'un séjour au J4000 ont visiblement été mis de côté. Le médecin a demandé que M. Boudreau soit vu par une TS afin de planifier son départ.

M. Boudreau a ainsi rencontré une TS qui travaille en psychiatrie. Elle lui a notamment proposé de prendre une pause de sa thérapie et de séjourner dans un centre de crise. Cette dernière option lui aurait permis de reprendre pied et de stabiliser son état mental dans un cadre différent, mais M. Boudreau n'a pas retenu cette option et a plutôt choisi de retourner au Rucher.

Un membre de l'équipe de psychiatrie a appelé au Rucher et a informé un intervenant que M. Boudreau avait un diagnostic de trouble de la personnalité limite, qu'il avait traversé une crise qui était maintenant résolue, qu'il n'était pas nécessaire de lui prescrire d'antidépresseur et qu'il s'en revenait au Rucher.

L'équipe médicale a donc jugé que Le Rucher allait lui apporter un filet de sécurité. Pourtant, aucun suivi ni aucune prise en charge de l'état mental de M. Boudreau n'a été mis en place. La crise suicidaire avait un potentiel de revenir durant la thérapie, alors que pouvait-on faire de plus pour la prévenir? Aurait-on pu impliquer le service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance (ci-après «SILAR»)? Comment prévoyait-on traiter et suivre le diagnostic de trouble de la personnalité limite? Ultimement, à quoi a servi cette hospitalisation?

Au cours des audiences, plusieurs ont questionné l'évaluation faite par l'équipe médicale de même que l'indication de prescrire un traitement pharmacologique. Il est également préoccupant que M. Boudreau ait obtenu aussi rapidement son congé, surtout qu'aucun filet de sécurité, suivi ou service pour ses problèmes de santé mentale et ses idées suicidaires n'a été mis en place.

M. Boudreau est donc retourné bredouille au Rucher, un centre qui n'offre aucune psychothérapie ni aucun service pour les problèmes de santé mentale. Pour sa part, Le Rucher n'a reçu aucune instruction spécifique pour prendre en charge M. Boudreau et veiller à sa sécurité. Des intervenants semblaient par ailleurs quelque peu désabusés de son retour.

Il aurait pu être utile de discuter du filet de sécurité avec les intervenants ou la médecin du Rucher, vérifier s'ils avaient des besoins et favoriser un travail de collaboration. On aurait pu profiter de cette visite pour mettre en place un suivi afin de prendre en charge ses problèmes de santé mentale. Lors des auditions, on s'est questionné à savoir si l'équipe de suivi d'intensité variable (ci-après « SIV ») ou l'équipe de traitement intensif bref à domicile (ci-après « TIBD ») avaient pu suivre M. Boudreau au Rucher. Il a été énoncé que ces équipes ne prenaient pas en charge les patients suicidaires ni ceux avec un trouble de la personnalité. J'invite le CIUSSS de la Capitale-Nationale à trouver des solutions et à s'assurer que des équipes puissent soutenir et accompagner les usagers vivant avec un problème de santé mentale (tel un trouble de la personnalité) et des idées suicidaires à la suite d'un congé hospitalier. Des services doivent exister même pour les usagers qui ne vivent pas à long terme dans la Capitale-Nationale ou qui résident temporairement au sein d'un centre d'intervention en dépendance.

Je recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- R4. de rehausser les soins et services dédiés aux usagers avec des troubles de santé mentale et des idées suicidaires à la suite d'un congé hospitalier, et ce, afin de mettre en place un suivi et donc un congé sécuritaire.

Par exemple, il serait utile de déployer des équipes interprofessionnelles qui aient le mandat d'évaluer, d'intervenir et de suivre ces usagers à la suite d'un congé hospitalier (ou de s'assurer que celles déjà en place puissent le faire).

- R5. de mettre en place les ressources pertinentes afin que leurs partenaires qui accueillent des usagers avec des troubles de santé mentale, liés à l'usage de substances ou un potentiel suicidaire, comme les centres d'intervention en dépendance, aient accès aux soins et services pertinents pour leurs résidents.

À son retour au Rucher, le 12 septembre 2018, une intervenante a noté que M. Boudreau était à surveiller en raison de son anxiété. La situation aurait été abordée en réunion d'équipe. Cependant, le fait que M. Boudreau avait spécifiquement identifié et nommé un moyen de suicide n'a vraisemblablement pas été discuté et aucune mesure pour limiter l'accès à ce moyen n'a été prise.

Lors des auditions, une chef d'équipe du Rucher a précisé que leur équipe n'a pas formulé de directive claire au niveau de la surveillance de M. Boudreau, car le centre se voulait un milieu de vie. Selon elle, il n'était pas possible ou souhaitable d'effectuer une surveillance en continu. À mon avis, un entre-deux doit être recherché et une procédure devrait être établie en présence d'un résident ayant traversé une crise suicidaire afin de bien outiller l'équipe traitante et de limiter autant que possible l'accès aux moyens de se suicider³.

Le 13 septembre 2018, la médecin du Rucher a révisé les notes médicales de l'hospitalisation récente et a rencontré M. Boudreau. Elle a retenu qu'il a eu des idées suicidaires, car il trouvait la thérapie trop difficile et qu'un diagnostic de trouble de la personnalité limite avait été posé. Elle pensait que le sevrage lui avait occasionné de l'anxiété et des idées suicidaires. Elle lui a donc prescrit du lorazépam (Ativan^{MD}) à prendre en cas d'anxiété. M. Boudreau était toutefois craintif et ambivalent d'en reprendre, car il craignait les risques de rechute.

La médecin n'a pas revu M. Boudreau par la suite et n'a pas prescrit de surveillance particulière.

³ Voir la recommandation R 2.

Le 16 septembre 2018, un intervenant a noté que M. Boudreau était envahi par l'idée qu'il était incapable de faire la thérapie et devrait partir tout en ayant nulle part où aller. Il a ajouté que M. Boudreau a eu des idées suicidaires, mais qu'il allait mieux et n'en avait plus au terme de la rencontre. Lors des auditions, il a ajouté qu'à son souvenir, les idées suicidaires étaient reliées aux travaux qu'il devait exécuter en lien avec la thérapie et ses difficultés à s'approvisionner en cigarettes. Il ne savait pas que M. Boudreau avait eu des idées suicidaires avec un plan précis dans les jours précédents. Il n'a vraisemblablement pas complété une évaluation du risque suicidaire et la présence d'idées suicidaires chez M. Boudreau n'a pas fait l'objet de discussion d'équipe ni généré un changement d'approche ou de surveillance.

Le Rucher doit revoir ses manières de faire au niveau du partage de l'information, plus particulièrement lorsqu'un de ses résidents a des problèmes de santé mentale et des idées suicidaires. Ceci renforce l'intérêt de mettre en place une procédure qui prévoit entre autres la fréquence où une évaluation du risque suicidaire doit être faite⁴.

Dans les jours qui ont suivi, M. Boudreau semblait découragé et peu motivé. Il a écrit dans son journal de bord qu'il était triste de ne pas avoir été à la hauteur dans le passé et que le fait d'être en thérapie le confrontait énormément. Il souffrait en même temps d'un mal-être qui l'épuisait.

Le 20 septembre 2018, il a rencontré un intervenant du Rucher afin de discuter de son plan d'intervention. Lors des auditions, l'intervenant a témoigné que la rencontre était axée sur la remise en action et visait à susciter de l'espoir. Ils ont établi des objectifs généraux et discuté des stratégies pour diminuer les symptômes dépressifs de même que l'importance de développer des comportements responsables. L'intervenant a témoigné qu'au moment de la rencontre, M. Boudreau était déprimé et plutôt vide. Il est préoccupant de constater qu'il n'était pas alerte aux indices de risque suicidaire et n'a pas évalué ce risque, car il jugeait que ce n'était pas l'objet initial de sa rencontre⁵.

Attardons-nous maintenant plus en détail à la journée du 21 septembre 2018. Il s'agissait d'une journée de corvée ménagère pour les résidents du Rucher.

Dans le journal de bord des intervenants, il était inscrit que M. Boudreau n'avait pas de risque suicidaire. Un intervenant a croisé M. Boudreau et a témoigné qu'il était dans son état habituel. Il n'a pas perçu de détresse ou d'agitation.

Vers 13 h, M. Boudreau s'est présenté à la prise des présences et a précisé que son objectif des prochains jours était d'être plus positif durant ses tâches. Comme il se donnait ce même objectif depuis 2 semaines, une intervenante l'a questionné et il en a semblé insulté.

Vers 13 h 45, M. Boudreau a demandé à un intervenant la permission d'aller se reposer à sa chambre, tel que le requérait la procédure du Rucher. Après vérification, l'intervenant a donné suite à sa demande et M. Boudreau est monté à sa chambre.

Vers 18 h, les présences ont été comptabilisées et l'absence de M. Boudreau a été constatée. Le processus de recherche a été enclenché et une équipe de policiers du SPVQ a été déployée pour retrouver M. Boudreau.

Comme il n'y avait pas de caméra de surveillance dans le centre, les intervenants ne savaient pas si M. Boudreau avait quitté Le Rucher ou s'il était encore sur les lieux. À la suite des événements, Le Rucher a entrepris des démarches pour se doter de caméras de surveillance.

Selon la preuve entendue, les policiers et les intervenants du Rucher ont été à la salle où M. Boudreau a ultimement été retrouvé (qui disposait de deux portes d'entrée), mais sans le

⁴ Voir les recommandations R1 et R2.

⁵ Voir les recommandations R1 et R2.

voir. Ils ont vraisemblablement jeté un coup d'œil à l'intérieur de la salle sans en faire le tour et sans ouvrir toutes les portes. Par conséquent, c'est un résident qui agissait comme surveillant de nuit qui a découvert plusieurs heures plus tard qu'une porte était coincée et qui a ainsi retrouvé M. Boudreau sans vie. Une fouille minutieuse dès le départ aurait permis d'éviter qu'un résident fasse cette terrible découverte.

Compte tenu de la preuve recueillie et du rapport d'expertise en toxicologie, nous pouvons conclure que M. Boudreau n'avait pas consommé d'alcool au moment de passer à l'acte. De plus, il est décédé plusieurs heures avant d'être retrouvé.

À la suite du décès de M. Boudreau, des intervenants ont rédigé des notes tardives dans lesquels ils mentionnent que M. Boudreau parlait peu, se faisait discret et allait peu vers les autres. Il démontrait peu d'intérêt lors des ateliers, mais exécutait ses travaux dans les délais demandés. Il était capable de nommer ses sentiments et ses difficultés, mais sa culpabilité et son désespoir ont pris la place de tout espoir de changement.

M. Boudreau consommait depuis des années pour gérer ses émotions et vraisemblablement pour ne plus sentir son mal-être. Durant sa thérapie pour le traitement de sa dépendance, il a répété qu'il trouvait très difficile de vivre sans alcool et d'être confronté à ses émotions et à sa souffrance. Il s'agissait d'une étape où il était manifestement vulnérable et plus à risque.

Comme pour les autres événements qui font l'objet de la présente enquête, je crois sincèrement qu'une approche et une prise en charge différentes de la santé mentale et des idées suicidaires de M. Boudreau auraient permis d'éviter son décès par suicide.

3.5 CONCLUSION

M. Marc Boudreau est décédé d'une asphyxie par lien mécanique et compression des structures du cou, lors d'une pendaison.

Il s'agit d'un suicide.

4. DÉCÈS DE MME SUZIE AUBÉ

4.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme Suzie Aubé, âgée de 55 ans, est décédée le 18 janvier 2019. Elle a été identifiée au moyen d'une carte d'identité avec photo sur les lieux de son décès.

4.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 18 janvier 2019, Mme Aubé a tenté de joindre des proches par téléphone et a parlé entre autres à une de ses sœurs et à son ancien conjoint. Elle a mentionné à ce dernier qu'elle avait récemment été mise en état d'arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies et avait perdu son permis de conduire. Elle se disait au bout du rouleau et désemparée.

Vers 20 h, elle a reparlé à son ancien conjoint. Ce dernier avait l'impression qu'elle était en état d'ébriété et déconnectée de la réalité. Étant très préoccupé de son état et sentant qu'elle n'allait vraiment pas bien, ce dernier a communiqué avec une des sœurs de Mme Aubé. Cette dernière a contacté la centrale 911 vers 20 h 22. Elle a informé la téléphoniste que Mme Aubé avait d'importants problèmes de santé mentale, dont un trouble de la personnalité limite, qu'elle avait déjà fait des tentatives de suicide et était suicidaire, qu'elle venait d'obtenir son congé de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (ci-après « IUSMQ ») et qu'elle avait été arrêtée dans un contexte de facultés affaiblies. Elle a demandé que des policiers aillent vérifier la situation, car elle craignait pour la sécurité de sa sœur.

Vers 20 h 28, des policiers du SPVQ sont arrivés au domicile de Mme Aubé et ont cogné à sa porte d'entrée. Ils n'ont eu aucune réponse, mais ont perçu de la musique provenant de l'intérieur. Ils ont cherché des informations supplémentaires via la téléphoniste et fait des démarches pour déverrouiller la porte, mais sans succès.

Vers 20 h 36, ils ont défoncé la porte d'entrée et retrouvé Mme Aubé pendue au moyen d'un fil électrique dans la garde-robe de sa chambre. Ils l'ont immédiatement décrochée et ont effectué des manœuvres de réanimation. Des ambulanciers sont arrivés vers 20 h 43 et ont pris la relève. Face à l'absence de retour de pouls et d'activité électrique, les manœuvres ont été cessées à 20 h 54.

Le décès de Mme Aubé a été constaté à distance par un médecin de l'UCCSPU à 22 h 56.

Une enquête a été complétée par des enquêteurs du SPVQ. Ils ont constaté que l'appartement était bien rangé, qu'une musique d'ambiance jouait et que des chandelles allumées se trouvaient au sol de la chambre et sur le comptoir de la cuisine. Ils ont retrouvé un testament, une lettre et une urne disposés sur le lit de même que des contenants d'alcool vides dans l'appartement. Ils n'ont noté aucun signe d'effraction, de violence ou d'intervention d'un tiers.

4.3

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 19 janvier 2019 à la morgue de Québec. Il a mis en évidence la présence d'un sillon de pendaison compatible avec le lien utilisé par Mme Aubé. Des cicatrices de lacerations anciennes ont également été observées aux poignets. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au LSJML. L'alcoolémie était de 227 mg/dL (à titre de comparaison, la limite légale pour la conduite est fixée à 80 mg/dL). La présence en

concentration non toxique de citalopram, de lorazépam et de trazodone a été détectée. Aucune autre substance n'a été décelée.

4.4 ANALYSE

Parcours de vie de Mme Aubé

Mme Aubé vient d'une famille nombreuse. Durant son enfance, elle a traversé des moments d'instabilités familiales et domiciliaires incluant de nombreux déménagements et changements d'école.

Elle a interrompu son parcours scolaire à l'adolescence et quitté le nid familial vers l'âge de 17 ans. Elle a traversé des périodes difficiles et a commencé à consommer diverses substances (alcool et drogues).

Elle a éventuellement terminé ses études secondaires et collégiales au cours de la trentaine. Elle a vécu dans différentes régions du Canada, déménagé à plusieurs reprises et occupé des emplois dans des domaines variés.

Mme Aubé a rapporté avoir été victime à divers moments de sa vie d'abus de même que de violence sexuelle et conjugale. Elle ne semble pas avoir obtenu de soutien spécifiquement pour ces évènements.

Elle avait deux enfants d'âge adulte avec qui les relations ont été tendues par moment. Elle pouvait compter sur l'affection, le soutien et l'écoute de son ancien conjoint et de plusieurs autres membres de sa famille.

Les gens qui l'ont côtoyée la décrivent comme étant une personne attentionnée, mais ayant un mal de vivre persistant. Elle était impulsive et son humeur pouvait varier telles des montagnes russes. L'alcool était une partie presque intégrante de sa vie et sa consommation augmentait souvent lorsqu'elle faisait face à des difficultés.

Dans les années précédant son décès, elle a vécu plusieurs deuils qui l'ont profondément bouleversée, dont le décès de sa mère, de son premier conjoint, de sa nièce et de sa belle-mère.

Antécédents médicaux, psychiatriques et familiaux

Au niveau de ses antécédents médicaux, elle avait certains problèmes de santé physique, mais qui ne sont pas directement contributifs à son décès. Cela étant, ils constituaient possiblement des stressseurs supplémentaires.

Au niveau psychiatrique, elle présentait des problèmes de santé mentale, dont un trouble de la personnalité limite diagnostiqué en 2016. On retrouve également à ses dossiers médicaux des impressions diagnostiques de dépression majeure, de trouble anxieux et de maladie affective bipolaire, mais qui n'étaient plus nécessairement d'actualité au moment de son décès.

Elle était en rémission d'un trouble lié à l'utilisation de drogues et souffrait d'un trouble lié à l'usage d'alcool. Elle a obtenu divers services et participé à des thérapies de durées variées. Elle a ainsi maintenu des périodes d'abstinence, mais son problème de consommation d'alcool l'a suivie tout au long de sa vie.

De 2013 à 2018, Mme Aubé avait une médecin de famille à La Baie, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, qu'elle consultait au besoin pour ses problèmes de santé physique et mentale.

Elle a été hospitalisée à de nombreuses reprises à la suite de propos ou de gestes suicidaires ou parasuicidaires, d'automutilation de même que d'état mental perturbé. Des médecins ont noté qu'elle présentait des idées suicidaires chroniques. Ainsi, entre 2014 et 2018, on compte près d'une vingtaine de visites à l'urgence de différents hôpitaux et plusieurs interventions policières. Ces événements survenaient presque toujours en contexte de consommation d'alcool et ont augmenté à partir de l'automne 2017. Il lui arrivait alors de dire qu'elle ne voulait pas vraiment mourir, mais plutôt qu'elle souhaitait cesser de souffrir.

Elle a été évaluée par plus d'une douzaine de psychiatres et de nombreux résidents. En revanche, elle n'avait pas de psychiatre traitant et n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychiatrique en continu malgré toutes ses visites à l'urgence et ses hospitalisations. À travers les années, Mme Aubé était parfois ambivalente à consulter des professionnels de la santé et à accepter les services offerts. Ses déménagements et changements de régions pouvaient complexifier ou interrompre les demandes de services (ex. guichet d'accès santé mentale adulte, intervention psychosociale, évaluation pour un trouble de la personnalité) et suivis en cours. Par exemple, entre 2016 et 2018, Mme Aubé est déménagée 3 fois entre le Saguenay et Québec.

La lecture du dossier médical de son médecin de famille et le témoignage de cette dernière donne l'impression que les troubles de santé mentale et de dépendances de Mme Aubé étaient généralement sous contrôle et qu'aucun suivi particulier n'était indiqué, alors que ce n'était possiblement pas toujours le cas.

De plus, au cours des années, la médecin de Mme Aubé n'avait pas un portrait complet de sa patiente puisqu'elle n'était pas tenue informée des hospitalisations de Mme Aubé, de ses intoxications et de ses comportements suicidaires. De plus, elle n'a jamais échangé directement avec les psychiatres qui sont intervenus auprès de Mme Aubé. Tous semblaient travailler en silo. Afin que les médecins de famille puissent offrir un suivi optimal, il serait essentiel qu'ils soient adéquatement informés de l'évolution de l'état de leurs patients incluant les services sociaux et les soins de santé mentale qu'ils reçoivent. Ce sujet sera plus amplement abordé dans la section 7.

Au niveau familial, on retrouve des antécédents psychiatriques, dont des antécédents suicidaires et des troubles d'usage de substances.

Analyse des événements précédant le décès

Au cours de 2018, Mme Aubé a traversé plusieurs épreuves difficiles, dont des problèmes conjugaux, et son état psychologique s'est détérioré.

En février et mars 2018, Mme Aubé s'est rendue à 3 reprises à l'Hôpital de Chicoutimi dans un contexte d'intoxication, d'agressivité, de menace suicidaire et de gestes parasuicidaires. Une fois l'état de crise aiguë et d'intoxication passé, elle recevait généralement son congé. Des suivis ont alors été faits en lien avec les demandes de services psychosociaux et au Guichet d'accès en santé mentale adulte faites en 2017. Mme Aubé a réitéré son souhait d'obtenir un suivi notamment avec un travailleur social et un groupe pour les troubles de la personnalité limite. Les services n'étaient toutefois pas au rendez-vous.

Puis, du 9 mars au 6 avril 2018, elle a fait un séjour à la Villa Ignatia, un centre de traitement pour dépendances où elle avait déjà séjourné. Un intervenant du centre a rapporté qu'elle était impulsive, qu'elle pouvait changer d'humeur rapidement et que son état semblait nettement dégradé par rapport à ce qu'il avait observé lors de son premier séjour en 2016.

Le 16 avril 2018, elle a revu sa médecin de famille et lui a fait part, en partie, des événements récents. Sa médecin a témoigné que Mme Aubé était sobre depuis un certain temps, qu'elle participait à des rencontres des Alcooliques anonymes et à une thérapie à Québec.

Le 20 mai 2018, Mme Aubé a été amenée à l'Hôpital de Chicoutimi dans un contexte de propos suicidaires et d'intoxication. Elle a été évaluée par un psychiatre qui a conclu à une crise psychosociale avec consommation d'alcool. Mme Aubé a signé un refus de traitement le 21 mai 2018 et a refusé l'hébergement proposé.

Du 22 au 23 mai 2018, elle a séjourné à la Villa Ignatia et a quitté subitement sans compléter la thérapie ni donner de raison de son départ. Aucun suivi n'a été fait et les proches n'ont vraisemblablement pas été contactés.

Le 29 mai 2018, en compagnie de son conjoint, elle a consulté son médecin de famille et lui a parlé des événements récents, dont le fait qu'elle avait des idées suicidaires depuis quelques mois et que son état s'était grandement détérioré. Elle souhaitait obtenir de l'aide et consulter un psychiatre. Elle a rassuré le médecin en lui précisant qu'elle n'avait pas d'intention de passer à l'acte, ce que son conjoint a corroboré. Son médecin lui a suggéré d'aller à l'urgence, ce qu'elle a refusé. Il a ensuite été convenu de modifier le traitement pharmacologique, d'ordonner un arrêt de travail et de demander une consultation en psychiatrie au CLSC. Il lui a aussi été suggéré de reprendre le suivi avec un psychologue et un travailleur social.

Le 7 juin 2018, le Centre de réadaptation en dépendance de Jonquière (ci-après « CRDJ ») a communiqué avec Mme Aubé afin de fixer un rendez-vous d'évaluation. Cette dernière a alors verbalisé son souhait d'être vue le plus rapidement possible, car elle ne pensait pas être en mesure de « passer la fin de semaine ». Elle a ainsi été rencontrée le 11 juin 2018.

Du 13 au 19 juin 2018, elle a été admise au CRDJ puis a poursuivi un suivi en externe du 20 au 22 juin 2018. Plusieurs démarches pour trouver de l'hébergement ont été entreprises avec l'aide des intervenantes du CRDJ, mais Mme Aubé semblait ambivalente.

En août 2018, Mme Aubé s'est séparée de manière définitive, mais a conservé un bon lien avec son ex-conjoint. Elle a quitté le Saguenay et est venue s'établir à Québec. Elle s'est ainsi rapprochée de ses sœurs. Elle a trouvé un logement de même qu'un emploi comme préposé aux bénéficiaires.

Le 20 septembre 2018, Mme Aubé s'est présentée de sa propre initiative à un CLSC de Québec pour rencontrer une travailleuse sociale (service sans rendez-vous). Elle a alors nommé qu'elle voulait reprendre sa vie en main après un passé difficile, qu'elle consommait de l'alcool, qu'elle venait de vivre une rupture amoureuse, qu'elle souffrait d'un possible trouble de la personnalité et qu'elle était en attente d'une consultation en psychiatrie.

À la suite de la rencontre, la travailleuse sociale a demandé à Mme Aubé de contacter sa médecin de famille au Saguenay afin que sa demande d'évaluation en psychiatrie soit transférée à Québec. Quant au traitement de son trouble de l'usage, Mme Aubé a été référée au CRDQ.

Le 12 octobre 2018, une nouvelle demande de service au CRDQ a dû être acheminée, car il semble que la première n'ait jamais été reçue par le CRDQ.

Ainsi, ce fut le statu quo pendant près d'un mois pour Mme Aubé, ce qui m'apparaît comme un délai excessif dans les circonstances. Les intervenants et les établissements devraient être constamment à l'affut afin de prévenir les oublis et ce type de délai administratif qui peuvent entraîner des conséquences indésirables et bien réelles chez leurs usagers.

Le 24 octobre 2018, Mme Aubé a finalement rencontré un intervenant du CRDQ afin d'évaluer ses besoins. Elle a été référée à un programme de 6 rencontres de groupe de type préthérapie qui était offert en attendant de recevoir des services spécialisés (elle n'a par ailleurs pas bénéficié des services spécialisés du CRDQ avant son décès). De manière parallèle, des évaluations supplémentaires devaient être faites. Les délais continuaient à se multiplier et l'accès aux services spécialisés semblait bien lointain.

De plus, l'évaluation du CRDQ était vraisemblablement incomplète, car les intervenants n'ont pas retenu qu'elle avait des problèmes de santé mentale et l'ont classée dans un groupe destiné à la population générale (sans problèmes de santé mentale), soit le groupe 3 (PB3). Aucun lien ne semble donc avoir été fait avec des intervenants en santé mentale.

Pourtant, selon les témoins entendus, les professionnels du CRDQ ont l'habitude d'effectuer des évaluations d'admission et de traiter de façon concomitante plusieurs problématiques, comme un trouble lié à l'usage d'alcool et un trouble de la personnalité.

R6. Je recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale de revoir le processus d'admission et d'évaluation du CRDQ afin d'intervenir le plus promptement, de recueillir toute l'information pertinente à l'évaluation des besoins de ses usagers (notamment en consultant les dossiers médicaux ou en en obtenant une copie) et ultimement d'offrir les meilleurs services le plus rapidement possible.

Parallèlement aux démarches avec le CRDQ, le mécanisme d'accès en santé mentale de Québec a reçu la demande de consultation en psychiatrie en octobre 2018. Il a toutefois refusé d'y donner suite sur la base qu'un diagnostic avait déjà été posé. Il jugeait qu'il existait des services plus appropriés pour Mme Aubé et qu'ils lui avaient été ou lui seraient offerts. Comment peut-on s'expliquer qu'un médecin recommande, sur la base de ses observations et son opinion professionnelle, une consultation auprès d'un spécialiste et qu'elle soit tout simplement annulée par un employé d'un guichet ou d'un mécanisme d'accès en santé mentale en cours de route? Est-ce que le médecin requérant pourrait discuter avec un psychiatre consultant avant d'annuler la demande? Nous reviendrons plus en détail sur le fonctionnement du Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) et des mécanismes d'accès en santé mentale dans la section 7.

À la suite de l'annulation de la consultation en psychiatrie, une intervenante du mécanisme d'accès de Québec a contacté Mme Aubé et il a été convenu de la référer à un groupe pour les personnes ayant un trouble de la personnalité. Dans les faits, elle a été placée sur une liste d'attente. Puis, la demande a été annulée en janvier 2019 sur la base que Mme Aubé allait recevoir des services d'un autre organisme. Le plan de traitement proposé par l'employé du mécanisme d'accès n'était visiblement pas optimal.

Au cours du mois de novembre 2018, Mme Aubé a rencontré des difficultés dans toutes les sphères de sa vie. Entre autres, elle a été congédiée de son emploi et une de ses proches est décédée. De plus, sa situation financière était très précaire et lui causait d'importantes inquiétudes. Elle a également manqué sa première rencontre de groupe du CRDQ (programme PB3 – préthérapie).

Il est important de souligner que Mme Aubé vivait avec des troubles concomitants et traversait une période d'instabilité. Elle a demandé de l'aide (tant pour son trouble d'usage que ses problèmes de santé mentale) afin de faire face à sa situation. En revanche, elle n'a pas eu accès rapidement à des services ou un soutien répondant aux besoins nommés. Nous verrons que son état a continué à évoluer et a culminé vers des gestes parasuicidaires qui ont requis des visites à l'urgence. Les différents établissements sollicités (dont le mécanisme d'accès, le CLSC et le CRDQ) n'ont pas été avisés de ces changements et n'ont pas été en mesure de prioriser son cas en conséquence ni d'arrimer plus rapidement les services.

Comment peut-on évaluer mieux et en continu l'évolution des besoins des usagers et leur offrir aussi rapidement que possible et en temps opportun les services pertinents? Lorsque les services ne sont pas disponibles et que ces usagers doivent être inscrits sur une liste d'attente, que peut-on faire de mieux pour assurer leur sécurité? Peut-on à tout le moins les mettre en contact avec des ressources pertinentes et les aider à créer des liens avec ces

ressources? Il est inacceptable qu'une personne souffrant de troubles concomitants complexes qui est dans une pente descendante et qui demande de l'aide à notre réseau de la santé soit retournée ainsi chez elle sans filet de sécurité ou support adéquat. En mettant une personne sur une liste d'attente pendant des semaines et en ne lui offrant aucun service, il est prévisible que son état se détériore...

R7. Je recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale d'optimiser le fonctionnement de son mécanisme d'accès aux services en santé mentale.

Entre autres, son équipe devrait échanger avec le médecin requérant avant de réorienter ou d'annuler une demande, être avisée de tout changement et avoir accès en continu à toute l'information pertinente à son évaluation et à la priorisation des services à mettre en place. Les demandes de services pour les usagers vivant avec des problèmes de santé mentale, des troubles concomitants ou des idées suicidaires devraient être réévaluées plus fréquemment.

R8. Je recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale de rehausser et d'améliorer l'accès aux soins et services spécialisés pour les personnes avec un trouble de la personnalité afin de répondre en temps opportun aux besoins des usagers.

Le 27 novembre 2018, Mme Aubé a été vue à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus dans un contexte d'idées suicidaires et de consommation significative d'alcool. Elle a alors vu une infirmière de liaison du CRDQ et un médecin. Comme il a été le cas à plusieurs occasions dans le passé, elle a simplement obtenu son congé hospitalier une fois l'intoxication résolue. Aucune mesure utile ne semble avoir été déployée afin d'arrimer les services, de sécuriser son congé et de favoriser son rétablissement.

Ainsi, à son retour à son domicile le 28 novembre 2018, elle a consommé de l'alcool et s'est automutilée. Elle a contacté la ligne Info-Social (811) et a parlé à une travailleuse sociale. Face à la situation, cette dernière a contacté les services d'urgences et Mme Aubé a été ramenée à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus vers la fin de l'après-midi.

Le 29 novembre 2018, elle a rencontré une psychiatre et une résidente. Elle a mentionné que sa consommation d'alcool avait augmenté en lien avec des difficultés rencontrées et qu'elle éprouvait un mal-être qui provoquait des souhaits de mourir en période de consommation. Elle a également parlé d'un sentiment de vide chronique, d'abandon et d'instabilité.

La psychiatre a retenu que Mme Aubé n'avait plus de manifestations d'idées suicidaires, ne voulait pas demeurer hospitalisée et avait un plan qui paraissait cohérent. Elle a conclu que la crise étant pratiquement résolue et lui a donné son congé hospitalier. Elle l'a ainsi laissée partir sans prévoir de mesure additionnelle pour sécuriser son retour à domicile.

Aucun lien ou suivi n'a été fait avec les intervenants impliqués. Dans une prochaine section, nous reviendrons plus en détail sur la notion de congé sécuritaire et formulerons des recommandations en ce sens.

Les 29 et 30 novembre 2018, Mme Aubé a participé aux rencontres de type préthérapie (du groupe PB3) du CRDQ.

Le 3 décembre 2018, vers 16 h 55, Mme Aubé a téléphoné à la ligne d'urgence du Centre de crise de Québec et a rapporté avoir un diagnostic de trouble de la personnalité limite, avoir été hospitalisée récemment à la suite d'automutilation, avoir consommé de l'alcool et avoir eu des idées suicidaires plus tôt alors qu'elle conduisait. Elle a précisé être suivie au CRDQ et être en attente pour effectuer une thérapie. L'intervenante a exploré avec elle les solutions pour s'apaiser et il a été convenu qu'elle regarderait la télévision. La note de l'intervenante ne

donne pas de détails sur la présence ou non d'idées suicidaires au moment de l'appel ni sur l'évaluation du risque suicidaire. Au surplus, l'intervenante n'a pas complété une grille d'estimation du risque suicidaire. En effet, à cette époque, le Centre de crise de Québec et le logiciel qu'il utilisait ne fournissaient pas un tel outil. Au niveau juridique, il est bien reconnu que ce qui n'est pas noté au dossier est présumé ne pas avoir été fait. Est-ce que l'intervention était complète et adéquate? L'intervenante a-t-elle proposé la réponse et les services les mieux adaptés aux besoins de Mme Aubé?

En soirée, Mme Aubé a téléphoné à la centrale 911 et a rapporté qu'elle voulait mourir, qu'elle s'était volontairement lacérée avec un couteau et qu'elle avait consommé des médicaments, ce qu'ont effectivement pu constater les policiers à leur arrivée. Elle a été conduite à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Il s'agissait de sa troisième visite dans un contexte suicidaire et de consommation en moins d'une semaine. Cette situation est profondément préoccupante et démontre que l'approche préconisée par nos urgences et les services en santé mentale de même que les ressources disponibles méritent d'être revus et grandement bonifiés. Nous approfondirons cette question dans la dernière section.

Le 4 décembre 2018, elle a été évaluée par un psychiatre, qui a constaté que son état avait progressé depuis novembre, qu'elle semblait en perte de contrôle (au niveau émotif et de sa consommation d'alcool) et que ses idées suicidaires étaient devenues plus fortes. Elles ont exploré les options de traitements et ont convenu qu'elle irait dans un centre de crise vu les événements des derniers jours et l'augmentation des visites à l'urgence.

Elle a rencontré une travailleuse sociale de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et lui a mentionné être habitée par un sentiment de vide et s'être grandement isolée en raison de ses comportements. La travailleuse sociale a entrepris des démarches avec le Centre de crise de Québec afin de demander un lit d'hébergement temporaire.

En effet, le Centre de crise de Québec offre entre autres un service d'hébergement qui représente une alternative ou une transition logique et sécuritaire à l'hospitalisation. De plus, il permet de désengorger les urgences et d'offrir un environnement différent de l'urgence.

Au cours de la soirée, Mme Aubé a verbalisé le souhait de quitter et une garde préventive a été ordonnée à la lumière de son état. La demande d'hébergement au Centre de crise a été annulée et Mme Aubé a été transférée à l'urgence psychiatrique. Elle y est demeurée jusqu'au 6 décembre 2018.

Le 6 décembre 2018, Mme Aubé a été transférée à l'unité du J4000 de l'IUSMQ.

Avant de poursuivre, décrivons brièvement l'unité du J4000. Il s'agit d'une unité dédiée aux usagers atteints d'un trouble de la personnalité, en période de crise ou de perte de contrôle et qui doivent être hospitalisés. L'unité peut accueillir jusqu'à neuf usagers et offre un programme de quatre phases qui s'échelonne sur une période d'environ huit jours. Essentiellement :

- La première phase est l'accueil. Les participants complètent un protocole de gestes dommageables et sont invités à analyser les actes répréhensibles qu'ils auraient pu commettre.
- La deuxième phase vise à consolider les stratégies du participant et à stabiliser sa situation.
- La troisième phase introduit de courtes sorties dites thérapeutiques (par exemple, aller à un rendez-vous visant à obtenir un emploi ou un logement).
- La quatrième phase permet essentiellement aux personnes de démontrer qu'elles sont en contrôle de leurs émotions (telles la fébrilité et la pression) et qu'elles peuvent vaquer à leurs activités régulières.

Le programme est généralement au maximum de sa capacité et a été décrit comme étant une continuité de l'urgence psychiatrique. Il n'inclut pas de thérapie à proprement parler. Une thérapie peut être offerte par la suite à l'hôpital de jour du Centre de traitement du Faubourg Saint-Jean (ci-après « Faubourg Saint-Jean »).

Pour les fins de précisions, le Faubourg Saint-Jean offre plusieurs services pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité, dont le programme d'hôpital de jour d'une durée de six semaines (suivi en externe). Il offre également ainsi un programme régulier, dans lequel un suivi de maintien, de la réadaptation et de la psychothérapie sont offerts.

Ainsi, à la suite de son admission au J4000, Mme Aubé a rencontré la TS du J4000 avec qui elle a fait une chronologie de son parcours. La TS a témoigné qu'il était difficile de créer un lien thérapeutique avec Mme Aubé, qui manifestait beaucoup d'irritabilité et d'impatience. Pour sa part, Mme Aubé s'est plainte du nombre important de consultations et d'intervenants. Elle trouvait exaspérant de devoir ainsi répéter son histoire.

Dans ce contexte, le 7 décembre 2018, Mme Aubé a quitté de manière précipitée l'unité du J4000. L'équipe médicale n'avait alors pas mis en place de plan spécifique et n'a pas demandé d'intervention policière, ne jugeant pas que sa sécurité était en danger. On a noté qu'elle était déjà en lien avec le CRDQ et son dossier a été fermé. Le volet dépendance était effectivement pris en charge par le CRDQ, mais le volet santé mentale semblait au statu quo. Aucun filet de sécurité ni service n'avait été mis en place pour assurer son hébergement et le suivi de ses problèmes de santé mentale et de ses comportements suicidaires.

De plus, les proches et la famille n'ont pas été avisés de la situation. L'implication des proches sera traitée dans une prochaine section de manière plus globale.

Au cours de cette période, Mme Aubé a contacté le CRDQ afin de les aviser qu'elle était hospitalisée à l'IUSMQ. Ce n'est qu'à partir de ce moment que ses troubles de santé mentale ont été reconnus et qu'elle a été orientée vers un groupe destiné à une clientèle plus instable et ayant un profil en santé mentale (soit le groupe GB1).

Le 13 décembre 2018, Mme Aubé a débuté les rencontres de type préthérapie du groupe GB1 du CRDQ. Elle demeurait toutefois toujours en attente de services spécialisés en dépendance et adaptés à ses problèmes de santé mentale.

Le 18 décembre 2018, elle a rencontré un intervenant du CRDQ afin d'évaluer l'indice de gravité de sa toxicomanie (ci-après « IGT »). Elle a alors été orientée vers le Programme intensif de réadaptation pour les adultes (ci-après « PIRA ») avec hébergement. En revanche, elle ne pouvait intégrer ce programme qu'après un délai d'environ 3 semaines. Ce délai me semble excessivement long dans le contexte de la détérioration de la condition de Mme Aubé, de ses hospitalisations récentes, de ses idées et gestes suicidaires, des défis à ce qu'elle adhère à un programme et du fait qu'elle n'avait que très peu de soutien pour ses troubles concomitants. Sa participation au groupe de préthérapie n'était vraisemblablement pas suffisante pour atteindre les buts recherchés. Au surplus, elle était en attente de services spécialisés et personnalisés à ses problèmes depuis déjà plusieurs mois.

Le 21 décembre 2018, un proche qui était préoccupé par le bien-être de Mme Aubé a communiqué avec le 911. Elle venait de lui mentionner être seule chez elle et être en possession d'un couteau. À leur arrivée, les policiers ont pu constater qu'elle semblait en état d'ébriété, mais elle niait avoir des idées suicidaires et affirmait ne pas vouloir mettre fin à ses jours. Elle a parlé à une intervenante d'un centre de prévention du suicide et cette dernière a conclu que Mme Aubé ne représentait pas un risque pour elle-même. Aucun transport vers un centre hospitalier n'a été fait et Mme Aubé est demeurée chez elle. Il aurait été intéressant que les policiers ou l'intervenante aient accès au dossier médical de Mme Aubé afin d'avoir un portrait complet des événements récents et de l'évolution de ses troubles concomitants. Nous discuterons plus amplement du partage de l'information dans la dernière section.

Mme Aubé avait beaucoup d'appréhensions à l'approche du temps des Fêtes, en plus d'éprouver des difficultés financières au même moment.

Le 9 janvier 2019, Mme Aubé a participé à sa dernière rencontre du GB1 du CRDQ et a verbalisé être découragée de ne pas être capable d'arrêter de consommer. Elle était anxieuse et souhaitait intégrer le PIRA le plus tôt possible, mais l'accès aux services et à l'hébergement tardait. On lui a éventuellement proposé de participer à des ateliers supplémentaires en attendant de pouvoir intégrer le PIRA. Mais cela n'était vraisemblablement pas suffisant pour répondre aux besoins de Mme Aubé et assurer sa sécurité.

R9. Je recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale de rehausser l'offre de soins et services de réadaptation, dont le programme intensif de réadaptation en dépendance et ses services d'hébergement, afin de répondre rapidement aux besoins des usagers.

Ce même jour, Mme Aubé a contacté un Centre de prévention du suicide et a relaté être en sevrage d'alcool depuis une dizaine de jours, être toutefois intoxiquée et avoir des idéations suicidaires. Face à la situation, l'intervenante a joint la centrale 911 et Mme Aubé a été transportée à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Elle a été admise à l'urgence psychiatrique où on a noté une décompensation d'un trouble de la personnalité limite exacerbé par un trouble d'usage d'alcool dans un contexte de plusieurs stressors. Une des psychiatres consultées a témoigné que l'état de Mme Aubé s'était détérioré et que son plan suicidaire était alors plus inquiétant. L'équipe médicale a également noté qu'elle avait une humeur dépressive et anxieuse, des idées suicidaires chroniques et persistantes de même que des regrets d'avoir quitté l'unité du J4000 en décembre dernier. Elle désirait intégrer l'hôpital de jour du Faubourg Saint-Jean à sa sortie.

Elle est demeurée hospitalisée en psychiatrie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus jusqu'au 11 janvier 2019 et a ensuite été transférée à l'unité du J4000. À la suite de son accueil, elle a été rencontrée par un médecin et a reçu des explications sur son diagnostic de trouble de la personnalité limite. Elle semblait se reconnaître dans ce diagnostic, mais semblait découragée et acceptait difficilement son diagnostic. Sa réaction et la preuve soumise portent à penser que c'était la première fois qu'elle prenait conscience de son diagnostic.

Selon l'équipe médicale, elle n'était pas dépressive et était prête à s'investir dans son traitement.

Le 14 janvier 2019, elle a débuté la phase 2 du programme du J4000. Elle pouvait donc se rendre à des rendez-vous déjà planifiés en externe. Par exemple, elle a participé à un atelier au CRDQ. Elle a alors verbalisé se sentir soulagée et en sécurité à l'IUSMQ.

Le 15 janvier 2019, elle a rencontré la TS qu'elle avait rencontré lors de son séjour de décembre 2018. Il n'y avait vraisemblablement toujours pas de chimie ni d'alliance thérapeutique. Mme Aubé semblait impatiente et a mentionné ne pas avoir besoin de ses services. Elle a refusé la thérapie fermée, préférait poursuivre son suivi avec le CRDQ et intégrer éventuellement l'hôpital de jour du Faubourg Saint-Jean.

Les 14 et 15 janvier 2019, Mme Aubé a parlé à sa sœur de son plan d'aller à l'hôpital de jour à son congé et elles ont discuté de l'opportunité de tenir une rencontre familiale. Sa sœur avait l'impression qu'elle obtiendrait son congé le 19 janvier 2019 et a demandé qu'une réunion familiale soit organisée avec le personnel de l'unité. Elle était disponible et désirait être impliquée dans le continuum des soins. Une infirmière du J4000 leur aurait toutefois répondu qu'ils ne faisaient pas cela. Un proche a donc demandé à parler à un psychiatre de l'unité, mais n'a pas obtenu de retour d'appel. Selon les différents témoignages, le message

se serait perdu. La question de l'intégration des proches sera traitée plus en détail dans la dernière section.

Le 16 janvier 2019, elle a débuté la troisième phase du programme du J4000 au cours de laquelle de courtes sorties sont autorisées. Lors d'une sortie, elle a confié à une autre patiente qu'elle voulait s'en sortir et avait un désir de vivre. En revanche, elle avait des phases nostalgiques.

L'équipe médicale a alors discuté avec Mme Aubé et il a été prévu qu'elle passe à la quatrième phase le lendemain et obtienne son congé le 18 janvier 2019. Selon son médecin, elle semblait avoir des projets et avait le vent dans les voiles. Conséquemment et vu son parcours, il a admis avoir été moins avenant et n'a pas songé à la questionner sur sa famille, ce qu'il fait dorénavant.

Le 17 janvier 2019, elle a entrepris la quatrième phase du programme et a obtenu un congé temporaire afin de se mobiliser et préparer son congé définitif.

Ce même jour, Mme Aubé a été arrêtée par des policiers dans un contexte de conduite avec facultés affaiblies. Son permis de conduire a été suspendu et sa voiture a été envoyée à la fourrière municipale.

En fin de soirée, elle a été ramenée par les policiers au J4000, à l'IUSMQ.

Le vendredi 18 janvier 2019, en matinée, Mme Aubé a rencontré l'équipe du J4000, qui a jugé que l'arrestation et l'intoxication de la veille représentaient une crise passagère qui s'était rapidement dénouée. L'équipe a jugé qu'il était préférable de se concentrer sur la suite du traitement avec le CRDQ et le Faubourg Saint-Jean, qui devait commencer le 21 janvier 2019 et qui constituait un filet de sécurité suffisant. L'équipe était d'avis que Mme Aubé était en contrôle, motivée vers l'avenir et bien orientée vers un traitement. Pour eux, un prolongement du séjour aurait été plus nocif et l'aurait maintenue dans une « cage dorée ». Elle a ainsi obtenu son congé définitif de l'IUSMQ en dépit des événements de la veille.

L'image qu'ils se faisaient de Mme Aubé semblait utopique par rapport aux événements récents et au portrait dépeint dans ses dossiers médicaux et par plusieurs témoins. On a banalisé son arrestation et on n'a point perçu sa détresse.

Ainsi, Mme Aubé a quitté le J4000 le 18 janvier 2019, vers 10 h 35, en compagnie d'une autre patiente. Une infirmière a témoigné que des consignes sont généralement données aux usagers à leur départ. Dans le cas précis de Mme Aubé, il n'a pas été démontré ni consigné à son dossier médical que cela ait été fait.

Mme Aubé devait passer la fin de semaine seule à son domicile sans soutien et sans famille. Un tel retour à la maison la plaçait dans une période de vulnérabilité et plus à risque. Cette situation, qui m'apparaît très préoccupante, ne semblait pas avoir inquiété son équipe médicale. Or, Mme Aubé s'est suicidée le 18 janvier 2019, quelques heures après avoir obtenu son congé hospitalier.

Au surplus, les proches de Mme Aubé n'ont pas été avisés des événements de la veille ni de son congé. Une TS et une intervenante ont témoigné à l'effet qu'il ne leur paraissait pas pertinent de les joindre, car Mme Aubé avait des conflits et n'était pas proche des membres de sa famille, avait passé les Fêtes seule et n'avait qu'un oncle comme contact en cas d'urgence. Il a également été mentionné que les familles ne sont généralement pas contactées afin de responsabiliser l'utilisateur et de maintenir un lien de confiance. Plusieurs de ces justifications sont inexactes et questionnables.

Dans tous les cas, il aurait certainement été judicieux de mettre en place un filet de sécurité avant de donner le congé à Mme Aubé et d'intégrer ses proches à la trajectoire de soins et au moment du congé. Comme il s'agit d'enjeux au cœur de la présente enquête, nous

aborderons plus en détail ces sujets dans la dernière section et des recommandations seront formulées en ce sens.

État mental au moment de son décès

La question d'un épisode dépressif a longuement été abordée au cours des audiences. Les professionnels de la santé qui ont évalué Mme Aubé ont témoigné qu'elle n'était pas atteinte de dépression dans la période précédant son décès, bien qu'elle ait manifesté des symptômes dépressifs à certains moments. Ses symptômes s'inscrivaient plutôt dans un contexte d'exacerbation de ses troubles de la personnalité limite et d'utilisation de substances. Il a aussi été mentionné que la consommation quotidienne d'alcool affectait invariablement l'humeur.

Selon les médecins qui ont témoigné, le traitement du trouble de l'usage de l'alcool était au premier plan dans le traitement global de l'état de Mme Aubé. Cette problématique était le principal facteur dans la détérioration de son état de santé mentale. Le trouble de la personnalité ne pouvait ainsi être traité seul, sans que la problématique de la consommation de l'alcool ne soit prise en charge.

Or, dans la période précédant son décès, plusieurs occasions de prendre en charge son trouble d'usage de l'alcool et ses problèmes de santé mentale ont été manquées et les services spécialisés ont tardé.

Je crois sincèrement qu'une prise en charge minimale, mais rapide, des troubles concomitants de Mme Aubé aurait permis d'éviter sa dégringolade et ultimement son décès par suicide.

4.5 CONCLUSION

Mme Suzie Aubé est décédée d'une asphyxie par lien mécanique et compression des structures du cou lors d'une pendaison, dans un contexte de consommation d'alcool.

Il s'agit d'un suicide.

5. DÉCÈS DE M. JEAN-FRANÇOIS LUSSIER

5.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Jean-François Lussier, âgé de 44 ans, est décédé le 30 avril 2018. Il a été identifié visuellement par un proche sur le lieu du décès.

5.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 30 avril et le 1^{er} mai 2018, M. Lussier ne s'est pas présenté à son travail, et ce, contrairement à ses habitudes.

Le 1^{er} mai 2018, des collègues se sont inquiétés de son absence et se sont rendus à son domicile. En tentant de le localiser, ils l'ont aperçu par la porte-patio arrière inerte et accroupi au sol de sa cuisine, mais ne pouvaient entrer lui porter secours, car les portes étaient verrouillées. Ils ont donc contacté sans délai la centrale 911.

Des policiers et des ambulanciers sont rapidement arrivés sur les lieux et ont forcé la porte d'entrée. Ils ont constaté que M. Lussier était au sol de la cuisine, son bras était pris dans une poignée d'armoire. Il n'avait aucun signe vital et présentait des rigidités cadavériques. Aucune manœuvre de réanimation n'était possible.

Les policiers ont noté la présence d'un contenant de bière renversée et d'une cigarette à demi consommée à proximité de sa dépouille. De plus, ils ont retrouvé des effets personnels, des documents, des notes et des lettres manuscrites datées du 29 avril 2018 qui étaient minutieusement disposés sur la table de la cuisine. Une note manuscrite était également collée sur la porte de la salle de bain.

Le décès de M. Lussier a été constaté par un médecin d'Urgences-santé à 11 h 45.

5.3

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été faite le 2 mai 2018 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). La pathologiste a constaté la présence de plusieurs comprimés médicamenteux, soit environ une dizaine, dans l'estomac. Elle n'a pas relevé de lésion traumatique ou de maladie naturelle préexistante significative qui puisse avoir causé le décès de M. Lussier.

Lors de l'autopsie, des échantillons biologiques ont été prélevés et ont été analysés au Centre de toxicologie de l'Institut national de santé publique du Québec. La présence de quétiapine (1300 ng/mL), de bupropion (71 ng/mL) et son métabolite, de venlafaxine (110 ng/mL) et son métabolite, d'oxazépam (460 ng/mL) et de zopiclone (200 ng/mL) a été retrouvée. La quétiapine et le zopiclone ont été retrouvés en concentration toxique. L'alcoolémie était de 41 mg/dL (le seuil légal pour la conduite d'un véhicule est de 80 mg/dL).

5.4 ANALYSE

Parcours de vie de M. Lussier

M. Lussier vient d'une famille de 4 enfants. Un membre de sa fratrie est toutefois décédé en très bas âge.

Selon des proches et le contenu de ses dossiers médicaux, il a traversé une enfance difficile et a été exposé à de la violence intrafamiliale.

À l'âge adulte, il s'est marié et a fondé une famille. Il s'est séparé en 2015 et a continué à cohabiter avec sa famille jusqu'en 2016. Il a subséquemment entretenu 2 relations amoureuses.

En 2017, au terme d'un arrêt de travail, il a donné sa démission et quitté l'entreprise où il travaillait depuis 17 ans. Il s'est ensuite rapidement trouvé un nouvel emploi.

Au moment de son décès, il était célibataire et vivait seul dans un logement.

Ses proches le décrivaient comme un bon père de famille et un homme sportif, généreux et bon. Il pouvait compter sur un bon réseau social et sur le soutien de ses proches. Soulignons que ses anciennes conjointes étaient très présentes et le supportaient à travers ses difficultés.

Il était également connu comme étant perfectionniste et très préoccupé par son image et son succès financier. Il était essentiel pour lui d'être ultraperformant et de bien paraître dans toutes les sphères de sa vie. Cette situation semblait lui occasionner énormément d'anxiété.

Antécédents médicaux, psychiatriques et familiaux

M. Lussier souffrait d'insomnie depuis de nombreuses années et de problèmes de santé mentale (dont des dépressions, un trouble d'adaptation et un trouble anxieux). Il a eu 5 arrêts de travail liés à son état de santé mentale entre 2009 et 2018.

À quelques occasions au cours de sa vie adulte, il a présenté des idées suicidaires. Il avait une consommation régulière d'alcool et fumait. Il a tenté à plusieurs reprises de cesser de fumer.

Il avait un médecin de famille. Selon ce dernier, M. Lussier a probablement souffert d'une dépression qui s'est prolongée de 2014 à 2018. Il a expliqué que M. Lussier n'était pas constant dans son traitement pharmacologique. Parfois, il renouvelait hâtivement ses prescriptions et à d'autres moments, il les arrêta de son propre chef lorsqu'il se sentait mieux. Ses symptômes dépressifs revenaient alors rapidement. Ainsi, sa dépression aurait perduré de 2014 à son décès.

M. Lussier a également consulté différents thérapeutes, dont un psychologue.

On retrouve des antécédents familiaux psychiatriques. Notamment, une proche de M. Lussier a souffert de problèmes de santé mentale et a dû être hospitalisée. Il est demeuré profondément marqué par cette situation et a conservé une certaine appréhension des hôpitaux, et plus particulièrement de l'Hôpital de Saint-Jérôme.

À l'hiver 2018, il avait les prescriptions suivantes :

- bupropion (Wellbutrin^{MD}) : pour traiter la dépression;
- oxazépam (Serax^{MD}) : pour traiter l'insomnie et parfois l'anxiété;
- zopiclone (Imovane^{MD}) : pour traiter l'insomnie;
- quétiapine (Seroquel^{MD}) : pour traiter divers problèmes de santé mentale et l'insomnie.

La question de la médication a soulevé plusieurs débats lors des audiences. À la lumière de l'ensemble de la preuve soumise, je retiendrai qu'il y avait une contre-indication à combiner l'oxazépam, le zopiclone et la quétiapine. Malgré cette contre-indication, le pharmacien n'a pas fait de démarches pour corriger la situation ni contacté les différents médecins prescripteurs afin de vérifier la situation.

R10. Je recommande à l'Ordre des pharmaciens du Québec et au Collège des médecins du Québec de revoir la conduite de ses membres qui ont prescrit ou servi l'oxazépam, le zopiclone et la quétiapine à M. Lussier en 2018 dans une perspective d'amélioration des pratiques et de prévention du suicide.

Analyse des évènements précédant le décès

Au cours de l'hiver 2017, M. Lussier a souffert de dépression et d'idées suicidaires accompagnées d'un plan. Il a consulté à plusieurs reprises son médecin de famille, qui a noté à travers le temps une diminution des idées suicidaires et recommandé un arrêt de travail. À la lumière du contenu de ses notes médicales et de son témoignage, on a peu de détails sur son évaluation du risque suicidaire, les idées suicidaires de M. Lussier, son plan, ses stressors et sa consommation d'alcool. Cela étant dit, son médecin semblait peu inquiet et prévoyait que M. Lussier aille mieux rapidement avec la médication prescrite.

Vers la fin du mois de mars 2017, M. Lussier a traversé plusieurs changements importants : il s'est séparé, est retourné vivre seul et a quitté l'entreprise où il travaillait depuis environ 17 ans. Sa situation semblait aller de mal en pis.

Lors des audiences, son médecin a témoigné que durant cette période, il a déployé un filet de sécurité en révisant la médication de M. Lussier et en discutant avec une proche. Il était également rassuré par le fait que M. Lussier vivait avec cette dernière et qu'il avait consulté un psychologue au privé. En revanche, le médecin n'était pas en contact avec le psychologue et n'a pas demandé d'avoir accès au dossier de celui-ci. Chacun travaillait en silo. Ceci aurait pourtant pu lui apporter de précieuses informations pour sa prise en charge et son suivi.

Dans une perspective de prévention du suicide, on aurait souhaité que des solutions alternatives (dont demander des services en santé mentale ou en prévention du suicide) soient recherchées et que des filets de sécurité supplémentaires soient déployés. Il faut explorer toutes les options possibles pour ne pas faire reposer tout le fardeau sur les épaules des proches.

S'il sentait que la situation dépassait son champ d'expertise ou qu'il ne disposait pas des bons outils, le médecin de M. Lussier aurait pu recourir au service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie.

À l'été 2017, M. Lussier a débuté une nouvelle relation amoureuse, qui a été qualifiée d'intense et fusionnelle. M. Lussier a emménagé avec sa nouvelle conjointe au mois d'octobre 2017.

Au cours de l'été et de l'automne 2017, il a vraisemblablement arrêté de prendre sa médication de manière régulière et il a éventuellement présenté des symptômes dépressifs. Il a consulté son médecin de famille, qui lui a prescrit un arrêt de travail à partir de novembre 2017.

Après une interruption de suivi psychologique de plus de 8 mois, il a revu son psychologue à deux reprises au cours du mois de décembre 2017. Ce dernier a noté que M. Lussier souffrait d'anxiété sévère et plus particulièrement d'anxiété de performance. Il vivait de grandes déceptions, avait une image négative de lui-même, avait le sentiment de ne pas être à la hauteur et d'être un imposteur dans son nouvel emploi. Questionné lors des audiences sur l'absence de suivi entre mars et décembre 2017, le psychologue a témoigné que M. Lussier le consultait au rythme qu'il souhaitait.

Le 21 décembre 2017, il a tenté un retour au travail qui s'est avéré ardu. Son médecin de famille a prolongé son arrêt de travail et a modifié sa médication.

Au mois de janvier 2018, M. Lussier a consulté à 3 reprises son psychologue. Il lui a mentionné qu'il n'aimait pas venir aux rencontres, qu'il avait l'impression de ne pas changer et qu'il aimerait une méthode plus rapide. Le psychologue a retenu qu'il présentait un état dépressif continu teinté de pensées négatives de non-performance, un sentiment d'imposteur et des appréhensions en lien avec son emploi.

Le 10 janvier 2018, suivant une recommandation d'une proche et face à une insatisfaction quant à l'évolution de son état psychologique, M. Lussier a rencontré une nouvelle médecin de famille afin qu'elle prenne en charge son suivi. Comme il avait déjà un médecin traitant qui lui avait prescrit un arrêt de travail, elle était d'avis qu'il devait continuer son suivi avec ce dernier. Malgré tout, elle a accepté de le voir, a procédé à une évaluation médicale plus sommaire, mais a approfondi la question des idées suicidaires. Elle a inscrit un diagnostic de dépression et de trouble anxieux depuis 2014. Elle a témoigné à l'effet qu'elle a reconduit les diagnostics déjà posés, mais n'a pas observé d'éléments dépressifs, de crise de panique, de détresse ou d'anxiété. Elle voyait plutôt un homme performant qui ne se sentait pas bien et qui voulait aller mieux. Elle lui a prescrit une médication, de l'oxazépam (Serax^{MD}), pour traiter son insomnie et a maintenu les prescriptions qui étaient déjà en place, soit l'escitalopram (Ciprallex^{MD}) le matin, le zopiclone (Imovane^{MD}) et la quétiapine (Seroquel^{MD}). Elle ne voyait pas de contre-indication, mais l'a mis en garde du risque de dépendance à l'oxazépam et lui a indiqué de le diminuer progressivement après 2 semaines.

Elle lui a recommandé de faire un test biogénique afin de mieux orienter le traitement pharmacologique en fonction de son profil génétique et l'a référé en hypnothérapie.

Le 11 janvier 2018, M. Lussier a consulté son médecin de famille traitant. Ce dernier a noté que M. Lussier avait cessé sa médication et allait moins bien depuis quelque temps. Il a conséquemment modifié la posologie d'un médicament (quétiapine) et a maintenu le reste du plan de traitement pharmacologique (zopiclone et escitalopram). M. Lussier n'a pas informé son médecin qu'il voyait une nouvelle médecin et prenait dorénavant de l'oxazépam (Serax^{MD}).

Le 23 janvier 2018, M. Lussier a revu la nouvelle médecin afin de discuter des résultats du test biogénique. Ces derniers révélaient que l'escitalopram s'avérait une molécule avec une inefficacité thérapeutique probable et que le bupropion (Wellbutrin^{MD}), un antidépresseur, serait préférable. Elle lui a donc prescrit un sevrage de l'escitalopram (qui avait été prescrit par le médecin traitant et qu'il prenait depuis 2014) et lui a prescrit du bupropion.

Le 1^{er} février 2018, M. Lussier a revu pour une dernière fois son psychologue. Il lui a alors mentionné qu'il retournerait bientôt travailler, prévoyait partir en voyage, avait un regain d'énergie et souhaitait cesser de prendre sa médication, mais sans en discuter avec son médecin.

Le 2 février 2018, M. Lussier a revu pour une dernière fois son médecin traitant et a discuté de son retour progressif au travail. M. Lussier a ensuite formalisé sa demande de changement de médecin de famille auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le 5 février 2018, il a entamé un retour progressif au travail.

Au cours du mois de février 2018, la conjointe de M. Lussier l'a informé qu'elle mettait un terme à leur relation. Ils ont toutefois continué à cohabiter jusqu'au 1^{er} avril 2018. M. Lussier a vécu très difficilement la rupture et semblait émotionnellement très affecté.

Le 26 février 2018, M. Lussier a consulté sa nouvelle médecin de famille et lui a mentionné qu'il avait des idées suicidaires et que le bupropion n'avait pas l'effet bénéfique espéré. Elle a noté un diagnostic de dépression majeure avec trouble d'anxiété généralisée et a augmenté la posologie du bupropion.

Lors des audiences, elle a modifié son opinion et a témoigné qu'en rétrospective, elle était plutôt d'avis qu'il souffrait d'un état dépressif et d'anxiété exacerbée par une rupture amoureuse. Je ne me prononcerai évidemment pas sur l'exactitude du diagnostic posé. Je suis toutefois préoccupée par le fait que le médecin n'a pas noté avoir fait une évaluation du risque suicidaire, qu'elle ne l'a pas référé vers des services en santé mentale ou en prévention du suicide et qu'elle n'a pas cherché à mettre en place un filet de sécurité en lien avec les idées suicidaires de M. Lussier. Le rôle et l'intervention du médecin de famille auprès des usagers avec des problèmes de santé mentale et des idées suicidaires feront l'objet d'une analyse plus approfondie dans la dernière section.

Le 20 mars 2018, il a revu sa nouvelle médecin et lui a mentionné voir une amélioration au niveau de son état mental avec le bupropion de même que d'avoir perdu 10-15 lb. Elle a conclu à un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée et à une dépression majeure récidivante améliorée.

Le 1^{er} avril 2018, il est retourné vivre seul dans son condo. Il a mentionné à des proches qu'il était très déçu de sa situation.

Vers le 18 ou le 19 avril 2018, M. Lussier a eu des idées suicidaires et planifiait passer à l'acte. Il a toutefois été interrompu par un proche et n'a pas mis son projet à exécution.

Il a contacté son ancienne conjointe afin de lui faire part de sa détresse. Il lui a confié qu'il avait effectué des recherches et choisi un moyen pour se suicider. Il lui a toutefois promis de ne pas passer à l'acte.

Par la suite, elle a contacté une proche de M. Lussier et lui a expliqué que ce dernier n'allait vraiment pas bien et qu'elle était inquiète.

Le 19 avril 2018, M. Lussier a contacté sa sœur afin de lui faire part de sa détresse. Il semblait alors très émotif et pleurait de manière incontrôlable. Elle lui a suggéré de se rendre à l'hôpital, mais il en était mal à l'aise. Ainsi, ils ont convenu d'aller voir son médecin de famille le lendemain.

Le 20 avril 2018, accompagné de sa sœur, M. Lussier a rencontré sa nouvelle médecin de famille. Il lui a nommé qu'il s'enfonçait, n'avait plus de joie de vivre, avait eu des idées suicidaires, mais n'avait pas eu le courage de passer à l'acte. Lors de son témoignage, sa médecin a précisé qu'elle ne le reconnaissait pas et qu'il avait l'air défait. Elle a conclu à un diagnostic de dépression majeure avec idées suicidaires et a exploré les options de traitements avec M. Lussier. Elle l'a ultimement référé à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval pour une évaluation psychiatrique.

Suivant les recommandations de son médecin, M. Lussier s'est rendu à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval avec sa sœur. Il a obtenu une priorité P3 selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (son cas était donc jugé urgent) et a été retourné dans la salle d'attente.

En attendant de voir un médecin, M. Lussier a continué de pleurer et a verbalisé qu'il souffrait d'un sentiment de faiblesse. Selon sa sœur, il était dans un état de très grande vulnérabilité et de détresse.

Après une longue attente à la salle d'urgence, M. Lussier a rencontré en présence de sa sœur un urgentologue et lui a relaté son histoire, précisant qu'il n'avait plus de joie de vivre, qu'il souffrait d'insomnie et qu'il avait perdu 15 lb en un mois. Il a expliqué qu'il a eu des idées suicidaires, qu'il a effectué des recherches sur les méthodes pour passer à l'acte et qu'il a identifié un plan précis. Il a indiqué qu'il allait passer à l'acte, mais qu'il avait été interrompu. Le médecin a conclu à une impression diagnostique de trouble anxiodépressif, de dépression majeure, de trouble de comportement et de dépendance affective puis a demandé une consultation en psychiatrie.

Vers 16 h, M. Lussier a rencontré une externe (soit une étudiante en médecine) supervisée par un psychiatre et lui a répété son histoire. Notamment, elle a noté qu'il était traité pour un épuisement professionnel depuis 2 ans, a pris de l'escitalopram puis du bupropion, mais ne voyait pas d'amélioration, avait des symptômes dépressifs qui étaient exacerbés depuis sa rupture amoureuse et son déménagement. Il consommait davantage d'alcool, avait une humeur labile de façon épisodique et avait un trouble obsessionnel compulsif pour le rangement à son domicile. Il avait subi de multiples pertes récentes et était suivi par un médecin et un psychologue, mais n'avait jamais bénéficié d'un suivi en psychiatrie. L'étudiante a noté qu'il avait récemment passé une heure dans son bain avec l'intention de passer à l'acte, mais ne l'aurait pas fait en raison de ses proches.

Le psychiatre impliqué a révisé la note de son externe et a semblé particulièrement marqué par les antécédents de violence physique et mentale au cours de l'enfance, le parcours amoureux de M. Lussier, dont son divorce et ses relations subséquentes, qu'il était avide de parler et qu'il prévoyait participer à une fête familiale dans un avenir rapproché. Selon lui, ce dernier élément était important, car M. Lussier se projetait dans le futur de manière positive.

L'externe et le psychiatre ont ainsi évoqué des impressions diagnostiques de dépression majeure en rémission partielle versus de trouble d'adaptation sévère sans dangerosité suicidaire avec éléments anxieux. Le psychiatre a ajouté la présence de traits de trouble de la personnalité contributifs, de périodes d'allure hypomaniaque, d'un trouble obsessionnel compulsif et d'une possible dépression de type bipolaire.

Dans un deuxième temps, l'externe et le psychiatre ont revu M. Lussier et sa sœur afin de discuter du plan de traitement recommandé. Ils ont maintenu le même traitement pharmacologique, mais ont ajouté de la quétiapine à action prolongée afin de traiter l'insomnie. Selon le psychiatre, cette addition pouvait également apporter un apaisement général et traiter la dépression bipolaire. Le psychiatre a suggéré de réduire le zopiclone si M. Lussier se sentait amorti au réveil avec la nouvelle prescription. Aucune contre-indication n'a été notée.

M. Lussier et sa sœur n'étaient pas satisfaits de ce plan et espéraient davantage. Ils ont expliqué que M. Lussier vivait une grande détresse alors qu'il était déjà suivi par un médecin et un psychologue et qu'il prenait une médication. Ils ont insisté afin d'obtenir de l'aide supplémentaire et un suivi en psychiatrie. Le psychiatre l'a ainsi référé au GASMA afin d'obtenir éventuellement une consultation en psychiatrie. En revanche, cette référence n'allait clairement pas répondre aux besoins de M. Lussier à court ou moyen terme puisque le délai d'attente était alors de plusieurs mois et nettement au-dessus des délais recommandés par le MSSS en raison du nombre insuffisant de psychiatres pour répondre à la demande.

Le psychiatre leur a parlé de L'îlot (un centre de crise et de prévention du suicide à Laval), d'un service de psychologie et du Centre régional en dépendance de Laval. Des dépliants sur ces services ont été remis à M. Lussier de même que les coordonnées d'une ligne d'écoute.

Puis, M. Lussier a été renvoyé à son domicile vers 17 h sans que des contacts n'aient été établis avec les organismes auxquels il avait été référé.

En aucun temps, le psychiatre n'a proposé de le garder sous observation ou de l'hospitaliser brièvement. Il a témoigné qu'il n'y avait pas de danger grave et immédiat le justifiant. Il était vraisemblablement confus quant aux critères applicables surtout que M. Lussier n'avait aucunement refusé de demeurer à l'hôpital. Il aurait très bien pu recommander une hospitalisation, surtout que c'est ce que M. Lussier semblait souhaiter. En revanche, il est fort possible que la pression organisationnelle de gestion des lits et le nombre de lits disponibles faisaient en sorte que les places disponibles en psychiatrie étaient essentiellement offertes à un autre type de clientèle.

Dans une perspective de prévention du suicide, lorsqu'une personne ayant des idées ou des comportements suicidaires se rend volontairement à l'urgence d'un hôpital pour obtenir de l'aide, il serait certainement prudent d'envisager une période d'observation ou une hospitalisation brève afin d'approfondir la connaissance de sa situation, d'identifier ses besoins et de mettre en place un filet de sécurité solide, surtout sachant que l'évaluation de la dangerosité et de l'urgence suicidaire est complexe, qu'il est difficile de poser un diagnostic psychiatrique précis en une seule rencontre et que le risque est souvent exacerbé lors du congé. Lors des audiences, le psychiatre impliqué a lui-même admis qu'il ne pouvait poser un diagnostic psychiatrique en une seule rencontre surtout au niveau des troubles de la personnalité.

Il appert que l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, comme plusieurs autres établissements, ne disposait pas de lits d'hospitalisation brève ou de zone permettant de prévoir une période d'observation pour les usagers en situation de crise.

Une fois que M. Lussier a quitté le centre hospitalier, une travailleuse sociale de l'hôpital a communiqué avec une intervenante de liaison de L'îlot afin de lui référer M. Lussier et lui donner un portrait de la situation. Elle a précisé qu'il n'y avait pas de notion d'urgence.

Les 20 et 21 avril 2018, une intervenante de L'îlot a tenté de joindre M. Lussier par téléphone, mais sans succès.

Le ou vers le 21 avril 2018, M. Lussier s'est confié à un ami dans un moment de détresse et d'émotion. Il lui a mentionné avoir des idées suicidaires. Son ami l'a écouté et supporté. Puis, ils ont conclu un pacte de non-suicide.

Le 22 avril 2018, un contact téléphonique a finalement été établi entre L'îlot et M. Lussier. L'intervention a semblé limitée, mais un rendez-vous lui est proposé pour le 23 avril 2018.

Tel qu'admis lors des audiences, il aurait certainement été une bonne pratique d'établir un contact entre L'îlot et M. Lussier avant son départ afin de favoriser un meilleur transfert de l'information, une prise en charge rapide, une meilleure adhérence au service et la mise en place d'un filet de sécurité solide. Des options d'hébergement auraient pu être immédiatement proposées. M. Lussier se serait possiblement senti plus à l'aise de les contacter et de se confier à eux par la suite.

Dans les jours qui ont suivi, M. Lussier a discuté à quelques reprises avec un ami. Il a également échangé brièvement avec un organisme aidant les personnes vivant avec de l'anxiété. Son réflexe n'a pas été de contacter l'intervenante de L'îlot.

Le 23 avril 2018, M. Lussier a rencontré une intervenante de L'îlot et a mentionné que l'élément déclencheur de sa crise a été la solitude depuis sa rupture amoureuse, qui lui apparaît comme insurmontable. Il a nommé avoir de la difficulté à manger et à dormir seul, boire de l'alcool à l'occasion et être très émotif. Il voulait aller en thérapie interne comportementale et s'en sortir. L'intervenante a évalué sa dangerosité suicidaire à un « code jaune » et lui a offert un hébergement temporaire pour situation de crise. Comme L'îlot n'offrait pas de service de thérapie, l'intervenante ne lui a pas proposé de service à cet égard. Elle aurait toutefois pu profiter de l'occasion pour l'orienter vers les ressources appropriées.

Le 25 avril 2018, il est allé chercher sa prescription de zopiclone cinq jours en avance, ce qui peut laisser penser qu'il en prenait un peu plus que prescrit.

Le 26 avril 2018, une intervenante de L'îlot a fait une relance téléphonique quant à l'hébergement. M. Lussier a répondu qu'il n'allait pas y recourir en raison d'obligations et de célébrations familiales.

Ce même jour, il a revu son médecin de famille et lui a résumé les événements des derniers jours. Il a précisé ne pas avoir pris ses médicaments cette semaine, faire de l'anxiété sévère

et vouloir essayer un nouveau médicament, soit de la venlafaxine. Il était très indécis et stressé face à son emploi. Il avait rencontré des défis professionnels et avait l'impression de devoir mettre les « bouchées doubles ». Il a ajouté avoir été référé à différents organismes.

Son médecin a témoigné qu'il semblait malgré tout aller mieux, avait une belle prestance et avait des projets. Elle n'a pas perçu de détresse ou de signe suicidaire. Elle a consenti à tenter la venlafaxine et lui a prescrit un sevrage du bupropion. Elle n'y voyait pas de contre-indication.

Le 27 avril 2018, une intervenante de L'îlot a contacté M. Lussier et a noté qu'il semblait aller mieux, avait consulté son médecin de famille et communiqué avec les organismes auxquels il avait été référé. Il a alors été convenu de fermer sa demande de service. Il semble que l'approche était axée sur l'hébergement. Aurait-on pu lui offrir davantage de soutien ou mieux l'orienter?

Le 28 avril 2018, il a participé à une fête familiale et semblait de bonne humeur.

Le 29 avril 2018, il a longuement parlé à un ami. Ce dernier a témoigné qu'il semblait aller mieux et était heureux d'avoir vu des membres de sa famille la veille.

L'enquête policière a révélé qu'en soirée, il a pris des photographies confirmant ses intentions suicidaires. En effet, vers 19 h 12, il a photographié des documents et objets minutieusement déposés sur la table de la cuisine et qui étaient vraisemblablement destinés à ses héritiers. Vers 19 h 35, il a pris des photographies de son bain rempli d'eau moussante et entouré de chandelles, de contenants de bière et de médicaments, comme s'il s'agissait d'un rituel en prévision de son décès.

De plus, les policiers ont retrouvé des notes manuscrites contenant les dernières volontés de M. Lussier et une note sur la porte de la salle de bain à l'attention de ses proches leur demandant de ne pas ouvrir la porte. La salle de bain était toutefois dans un état très différent lors de l'arrivée des policiers. Tout était propre et bien rangé. Il n'y avait plus d'eau dans le bain ni de contenants d'alcool et de médicament.

Intentions de M. Lussier et cause de son décès

Au cours des audiences, certains doutes ont été soulevés par une partie intéressée quant aux intentions de M. Lussier et la cause de son décès.

Après avoir analysé minutieusement l'ensemble de la preuve, je conclus que M. Lussier a consommé une quantité importante de médicaments et de l'alcool dans l'intention de mettre fin à ses jours. L'effet délétère des substances consommées s'est fait sentir progressivement et probablement plus lentement que prévu par M. Lussier. Il a ainsi eu le temps de nettoyer la salle de bain et il a peut-être même pensé que son plan avait échoué.

Au surplus, le nombre important de comprimés retrouvés dans son appareil digestif dénote son intention d'atteindre une concentration toxique, voire létale. Son intention suicidaire m'apparaît indéniable à la lumière des photographies prises, des notes laissées et de la scène entourant son décès.

Afin de clarifier la cause du décès, un témoin expert en toxicologie a été mandaté. Celui-ci a conclu que les concentrations sanguines des médicaments retrouvés, pris individuellement, étaient inférieures à celles rapportées dans les cas de décès par intoxication. La concentration d'éthanol retrouvée était par ailleurs faible. En revanche, il a conclu que l'effet cumulé des médicaments pouvait avoir entraîné son décès.

Soulignons que plusieurs médicaments retrouvés dans le sang et l'alcool ont un effet déprimeur sur le système nerveux central. En d'autres termes, ces substances ralentissent les fonctions de la personne et ont un effet déprimeur sur le système respiratoire.

Un long débat théorique a été fait sur les molécules en cause et l'expert a conclu qu'il n'était pas possible de statuer de manière absolue sur celles ayant précisément entraîné le décès. Pour les fins de mon mandat, il n'est pas nécessaire de les identifier et de départager la part contributive de chacune d'entre elles.

À la lumière de la preuve et du témoignage probant de l'expert, je retiens que l'effet cumulé des médicaments et de l'alcool a probablement entraîné une dépression du système respiratoire et a ultimement mené au décès de M. Lussier.

Au surplus, le rapport d'autopsie n'a pas permis d'établir une autre cause de décès.

Recommandations formulées par le CISSS de Laval

Les événements entourant le décès de M. Lussier ont été soumis au Bureau de la gestion intégrée de la qualité et des risques du CISSS de Laval, au comité de révision de l'acte médical de même qu'au directeur des services professionnels, qui les ont analysés. Des pistes d'amélioration ont alors été identifiées et proposées. Notamment :

- Mettre en place une procédure de repérage et d'analyse des suicides survenus sur le territoire lavallois afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles dans les programmes du CISSS de Laval.
- Ce service a été mis en place et le CISSS de Laval est ainsi informé par le service de police des suicides sur leur territoire. Pour tous les cas répertoriés, le CISSS de Laval met en place une enquête et offre des services de postvention visant notamment la prévention du suicide auprès des proches endeuillés. Cette excellente initiative devrait être élargie dans l'ensemble des établissements. Nous y reviendrons dans la dernière section.
- Relancer le comité de prévention du suicide du CISSS de Laval afin d'assurer la vigie des meilleures pratiques.
- Évaluer la faisabilité de mettre en place à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval une aire réservée d'observation/évaluation pour 24 à 48 heures de la clientèle présentant une crise situationnelle.

En 2022, une unité d'intervention brève (UIB), composée de 7 lits dédiés en santé mentale, a été créée à proximité de l'urgence.

- Évaluer l'arrimage du service de liaison-psychiatrie du service de l'urgence avec l'organisme L'îlot pour bonifier la prise de contact avec l'utilisateur référé au moment du transfert.

Depuis les événements et la levée des restrictions en lien avec la pandémie de la COVID-19, les intervenants de L'îlot se déplacent au CISSS de Laval pour la prise en charge afin de créer un lien immédiat avec les usagers et assurer une continuité des services. Il s'agit d'une approche exemplaire à promouvoir. Nous y reviendrons dans la dernière section.

5.5 CONCLUSION

M. Jean-François Lussier est probablement décédé d'une polyintoxication volontaire (médicaments et alcool).

Il s'agit d'un suicide.

6. DÉCÈS DE M. DAVE MURRAY

6.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. Dave Murray, âgé de 33 ans, est décédé le 5 novembre 2019. Il a été identifié visuellement par des proches sur les lieux de son décès.

6.2 CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 4 novembre 2019, en soirée, M. Murray a visité une amie à Pointe-Calumet et y est demeuré pour la nuit. M. Murray a alors présenté des hallucinations et verbalisé voir des lutins dangereux.

Le 5 novembre 2019, vers 5 h 42, M. Murray a appelé la centrale 911 afin d'obtenir de l'aide. Il a rapporté avoir fait un « blackout » à la suite d'une grande consommation, qu'il venait de se réveiller et avait la conviction d'avoir commis un crime. Quatre policiers de la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes sont venus le rencontrer. M. Murray leur a mentionné qu'il avait consommé, qu'il croyait avoir posé un geste grave à la gare de Saint-Eustache, mais n'avait plus de souvenir. Après avoir effectué des vérifications, les policiers ont rassuré M. Murray à savoir qu'il n'avait vraisemblablement pas commis de crime. Ils se sont également entretenus avec l'amie de M. Murray. Les policiers n'ont observé aucun matériel de consommation et ont conclu que M. Murray ne semblait ni suicidaire ni intoxiqué. Ils ont quitté vers 6 h 7.

Vers 6 h 45, M. Murray a envoyé des messages à sa sœur, lui faisant savoir qu'il avait commis des crimes graves et se trouvait « dégueulasse ».

Vers 7 h, M. Murray s'est rendu chez des membres de sa famille, à Deux-Montagnes. Il a discuté brièvement avec une proche, à l'extérieur du domicile. Il lui a mentionné entre autres qu'il prévoyait se rendre à un hôpital puis il a quitté en se dirigeant vers la cour arrière.

Une quinzaine de minutes plus tard, cette proche a tenté de localiser M. Murray. Elle s'est rendue dans son garage situé à l'arrière de son domicile et a retrouvé M. Murray qui était pendu. Elle a obtenu de l'aide afin de décrocher M. Murray. La centrale 911 a été avisée et des manœuvres de réanimation ont été effectuées en attendant les secours.

Vers 8 h 1, des ambulanciers et des policiers sont arrivés sur les lieux. Ils ont poursuivi les manœuvres de réanimation et transporté M. Murray à l'Hôpital de Saint-Eustache. À son arrivée à l'urgence, vers 8 h 32, un médecin a noté qu'il était en arrêt cardiorespiratoire depuis une trentaine de minutes. En dépit des soins prodigués, le décès de M. Murray a été constaté à 8 h 39 par un médecin.

Une enquête policière a été complétée par la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes. Aucune lettre ou note d'adieu n'a été retrouvée dans le cadre de cette enquête.

6.3

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 5 novembre 2019 à l'Hôpital de Saint-Eustache. Il a mis en évidence la présence d'un sillon typique de pendaison au niveau du cou compatible avec le lien utilisé. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Des prélèvements de liquides biologiques ont été faits et analysés au LSJML à Montréal. La présence des substances suivantes a été détectée :

- méthamphétamine (une drogue d'abus psychostimulante);

- diphenhydramine (un médicament qui lui était prescrit);
- olanzapine (un médicament qui lui était prescrit);
- palipéridone (un médicament par injection qui lui était prescrit);
- cannabis;
- métabolite de la quétiapine (métabolite d'un médicament qui lui était prescrit).

Aucune autre substance (alcool, drogue) n'a été décelée.

6.4 ANALYSE

Parcours de vie de M. Murray

M. Murray vient d'une famille unie de 2 enfants.

M. Murray a rapporté à des professionnels de la santé qu'il a eu une enfance difficile en raison de ses comportements. Il a aussi souffert d'intimidation et de violence à l'école primaire.

Il a complété son secondaire 1 et a par la suite vécu de manière marginale. Il a travaillé, périodiquement, comme couvreur. Mais il a été sans emploi une grande partie de sa vie.

Il avait une situation financière précaire et peu de stabilité. Il a été impliqué dans des délits et de nombreuses interventions policières en contexte d'état mental perturbé, de consommation et/ou d'idées noires. Il avait ainsi des antécédents judiciaires.

Au cours des années précédant son décès, il a vécu une grande instabilité domiciliaire et s'est promené entre différentes régions. Il séjournait chez des amis, des proches ou dans des chambres temporaires. Il a également été hébergé dans des centres de réadaptation en dépendance, des centres d'hébergement d'urgence et des ressources spécialisées en santé mentale. En revanche, il rencontrait parfois des difficultés à se conformer aux règles des organismes et se faisait ainsi montrer la porte ou quittait subitement.

Il pouvait compter sur la présence, le soutien et l'aide de sa famille, et ce, même s'ils ont occasionnellement eu des différends liés à sa consommation. Ses proches avaient toujours à cœur son bien-être, sa sécurité et son meilleur intérêt.

Notons qu'en 2014, un proche aidant très significatif a souffert d'un accident lui causant d'importantes limitations. Ce dernier était un pilier dans la vie de M. Murray : il prenait soin de lui au quotidien et s'assurait que ses besoins de base étaient comblés. Malheureusement, à la suite de l'accident de ce proche, M. Murray n'a pas été en mesure de trouver ailleurs un pareil soutien et encadrement. Des proches ont observé une régression significative de son état.

M. Murray était sans emploi et célibataire au moment de son décès. Il était le père d'un enfant avec qui il n'avait pas de contact.

Antécédents médicaux, psychiatriques et familiaux

Au cours de son enfance, M. Murray a présenté des difficultés de concentration, de l'impulsivité, des perturbations comportementales et de l'hyperactivité. Il a été évalué par un pédopsychiatre et un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ci-après « TDAH ») a été retenu. Il a bénéficié d'un suivi jusqu'à l'âge de 16 ans. Selon ses dossiers médicaux, les traitements pharmacologiques et les services psychosociaux mis en place n'ont toutefois pas permis de stabiliser ses comportements. On concluait ainsi à une immaturité globale, une instabilité développementale (déficit d'attention avec impulsivité sévère) et d'infantilisme psychologique.

À l'âge adulte, on retrouve à ses dossiers médicaux des problèmes de santé mentale, dont un TDAH, un trouble de la personnalité limite avec traits antisociaux, un trouble psychotique non spécifique et un trouble d'usage de substances. De plus, il a souffert d'une dépression majeure en 2004. Un diagnostic de maladie affective bipolaire probable a été posé dans le passé, mais n'était probablement plus d'actualité au moment de son décès.

M. Murray bénéficiait d'un suivi psychiatrique à la clinique externe de psychiatrie de Saint-Eustache depuis 2013. Cependant, ce suivi a été irrégulier et a été interrompu par moment. Selon sa psychiatre, ils avaient malgré tout une bonne alliance thérapeutique, et ce, jusqu'à ce qu'il demande un changement de psychiatre en 2018.

Lors des auditions, sa psychiatre traitante a expliqué que les caractéristiques principales associées à la condition de M. Murray incluaient une difficulté à s'organiser et à respecter ses rendez-vous, une grande instabilité au quotidien et dans toutes les sphères de sa vie, une imprévisibilité et un risque chronique de comportement autodestructeur. Il ne présentait pas de comportement dépressif ou suicidaire franc. Il n'avait d'ailleurs pas d'antécédent connu de tentative de suicide. Elle jugeait que son cas était complexe d'autant plus qu'il était sans domicile fixe, n'avait pas de téléphone fonctionnel et était donc très difficile à joindre. Il lui arrivait de quitter le secteur pour de longues périodes. Sa psychiatre a admis qu'elle n'a pas impliqué les membres de la famille de M. Murray dans le suivi. Or, cette dernière et son équipe médicale auraient certainement bénéficié d'impliquer davantage les membres de sa famille afin de faciliter l'adhérence au suivi et au traitement.

M. Murray prenait une médication en lien avec ses problèmes de santé mentale. Il devait notamment recevoir mensuellement une injection de palipéridone (soit de l'Invega Sustena^{MD}). En revanche, le traitement pharmacologique n'était pas respecté de manière assidue à travers les années.

Au niveau de son trouble de l'usage, M. Murray a commencé à consommer des drogues d'abus et de l'alcool au cours de l'adolescence et a continué à consommer une grande partie de sa vie. De 2009 à 2013, des demandes de services ont été acheminées au Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides, mais M. Murray n'a vraisemblablement pas donné suite à l'offre de services. En revanche, il a participé à plusieurs thérapies de réadaptation des dépendances offertes par diverses ressources et a réussi à maintenir des périodes de sobriété. Notamment, entre le 19 mai et le 30 novembre 2018, M. Murray a complété un séjour au Centre de traitement en dépendances Domaine Orford à Sherbrooke.

Il est ressorti des auditions que l'état mental de M. Murray fluctuait en fonction de sa consommation de substances (alcool ou drogues d'abus) et de sa prise de médicament. Il a également souffert de plusieurs psychoses toxiques secondaires à la consommation de substances. Il lui arrivait alors d'avoir des symptômes psychotiques, des hallucinations, des idées morbides ou de persécution qui pouvaient entraîner des comportements dangereux pour lui-même ou pour autrui. Il a ainsi fait l'objet d'un nombre significatif d'interventions policières et d'hospitalisations dans les années précédant son décès.

Lorsqu'il cessait de consommer et que l'effet des substances se dissipait, les médecins consultés étaient d'avis que son état s'améliorait rapidement et ses symptômes psychotiques, dont ses hallucinations, disparaissaient.

De plus, lorsqu'il prenait sa médication et était sobre, il était fonctionnel et apte à travailler, à poursuivre des projets et à maintenir une relation de couple.

M. Murray ne faisait pas l'objet d'une ordonnance de traitement. En effet, sa psychiatre traitante et les médecins rencontrés évaluaient qu'il était apte et donc que les critères pour demander une telle ordonnance de la Cour n'étaient pas satisfaits. Ainsi, on ne pouvait pas le forcer à prendre sa médication, à participer à des thérapies ou à recevoir des services, et ce, même s'il s'agissait probablement d'options souhaitables.

Il n'est pas ressorti des auditions que M. Murray a bénéficié d'une psychothérapie ou d'autres services en continu (ex. éducation, intervention individuelle ou de groupe, hôpital de jour) pour ses problèmes de santé mentale. Un psychiatre a témoigné lors de l'enquête publique à l'effet qu'une psychothérapie aurait été indiquée dans le cas de M. Murray, mais qu'à sa connaissance, il n'y en avait pas d'offre dans le réseau public du secteur en raison du manque de ressources. De plus, plusieurs professionnels de la santé ont témoigné que la psychothérapie était le traitement à privilégier pour les troubles de la personnalité. Nous nous pencherons de manière plus globale sur l'allocation des ressources en santé mentale et en psychothérapie dans la dernière section. Des recommandations seront formulées en ce sens.

Soulignons qu'en 2015, sa psychiatre l'a référé au suivi intensif dans le milieu (ci-après « SIM »), estimant qu'il s'agissait de la meilleure option pour lui. Le SIM est composé d'une équipe interdisciplinaire qui offre de nombreux services, du soutien et un suivi (notamment au niveau de la santé mentale, du logement, de l'emploi, de la réinsertion sociale et des problèmes juridiques) aux personnes présentant des problèmes de santé mentale graves dont la condition est instable et fragile. Le SIM a pour mission de les aider à se rétablir, à s'intégrer dans la communauté de même qu'à améliorer leur qualité de vie et leur autonomie. L'accompagnement vise également à diminuer les rechutes et les besoins d'hospitalisation. De plus, il offre du soutien aux proches.

Malheureusement, M. Murray n'a pas adhéré au SIM. De plus, il a été référé à plusieurs services en dépendance (par exemple aux groupes des Alcooliques et/ou Narcotiques anonymes) et s'est vu offrir le service d'un travailleur social pour l'assister dans ses recherches de logement. Il a également eu accès à des ressources en santé mentale, en itinérance et en traitement des dépendances.

Finalement, M. Murray avait des antécédents familiaux de problèmes de santé mentale et de suicide.

Analyse des évènements précédant le décès

À l'été 2019, M. Murray est retourné dans la couronne nord de Montréal, secteur où il avait grandi et où résidaient ses proches. Il avait une consommation active de drogues d'abus et d'alcool. Il semblait davantage instable, désorganisé et psychotique et était toujours sans domicile fixe.

Selon sa sœur, c'était le début d'une période excessivement trouble et difficile. Elle a contacté l'Hôpital de Saint-Eustache et la clinique externe de psychiatrie où était suivi M. Murray afin d'obtenir de l'aide. Elle se sentait prise au dépourvu et au bout de ses ressources. N'ayant toutefois pas obtenu un soutien satisfaisant et voyant la situation de son frère se détériorer, elle a décidé de se tourner vers d'autres établissements de santé.

Ainsi, le 15 juin 2019, elle a amené M. Murray à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval alors qu'il était intoxiqué, souffrait de symptômes psychotiques et avait des idées suicidaires. Il a été évalué par un psychiatre qui lui a donné son congé dès le lendemain. Au lieu d'obtenir de l'aide et des soins pour traiter ses problèmes et mettre en place un filet de sécurité, il a reçu un billet d'autobus pour retourner dans son secteur et consulter sa psychiatre traitante.

M. Murray, accompagné de sa sœur, s'est donc présenté sans rendez-vous au bureau de sa psychiatre traitante le 17 juin 2019. Cette dernière a pris le temps de le rencontrer et a profité de l'occasion pour lui donner son injection de palipéridone, qu'il n'avait pas reçue depuis un certain temps. Ils ont alors discuté des évènements récents et la sœur de M. Murray a abordé l'indication de demander une ordonnance de traitement, soit d'obtenir une décision de la Cour pour obliger M. Murray à prendre sa médication. Ce dernier semblait en défaveur de cette option et la psychiatre estimait de toute manière que les critères pour demander une telle option n'étaient pas satisfaits. Plus particulièrement, elle jugeait que M. Murray était apte à consentir à ses soins.

Au terme de la rencontre, elle l'a référé une fois de plus au SIM. En revanche, aucun contact n'a été fait entre M. Murray et l'équipe du SIM à ce moment, ce qui aurait certainement été optimal afin d'établir un lien avec M. Murray et ses proches, de même que mettre en place sans délai des services et du soutien. Au surplus, il était connu que M. Murray était très difficile à joindre et le SIM avait des bureaux à même la clinique externe de psychiatrie.

Ainsi, malgré toutes les demandes formulées à travers les années et celle du 17 juin 2019, un suivi avec le SIM n'a pas été mis en place. Un membre de l'équipe SIM a expliqué que l'utilisateur doit être motivé et montrer de l'intérêt, ce que M. Murray n'avait pas à ses yeux. De plus, l'intervenante du SIM semblait d'avis que M. Murray devait traiter son problème de dépendance avant qu'une prise en charge soit possible, ce qui va à l'encontre d'une prise en charge intégrée et simultanée.

Lors de la visite du 17 juin 2019, la psychiatre a référé M. Murray à la ressource intermédiaire en santé mentale l'Éclosion (ci-après « RI l'Éclosion ») pour y être hébergé.

Un rendez-vous a été prévu dès le lendemain, mais il n'a pu obtenir une place que le 25 juin 2019. Puis, il a été expulsé le 28 juin 2019 puisqu'il ne respectait pas les règles.

Ses proches ont alors dû reprendre des recherches sans assistance afin de trouver du soutien et un toit pour M. Murray. Ils ont ainsi obtenu une place le jour même au Centre de traitement en dépendances Domaine Orford à Sherbrooke et l'y ont conduit afin qu'il entreprenne une thérapie, soit sa septième. Au cours de son séjour, il a été rencontré par un intervenant, car il n'avait pas respecté des consignes. Dans ce contexte, il a quitté impulsivement le centre le 11 juillet 2019 et un proche a dû aller le chercher à Sherbrooke.

Sa famille a dû faire d'autres démarches afin de lui trouver du soutien et un hébergement.

Le 16 juillet 2019, il a ainsi obtenu une place au Centre pour le traitement des dépendances Dianova à Terrebonne et l'a intégré. Il a toutefois été expulsé le 3 août 2019 en raison de difficultés de fonctionnement et de non-respect des règles. Les intervenants ont expliqué que ses problèmes de santé mentale n'étaient pas pris en charge et qu'il n'était conséquemment pas suffisamment stable pour demeurer au centre. La sœur de M. Murray a tenté de convaincre le centre de le garder le temps qu'un autre hébergement soit trouvé, surtout qu'il était beaucoup plus difficile d'en trouver la fin de semaine. Le centre a refusé et n'a offert aucun soutien à M. Murray et sa sœur.

La sœur de M. Murray a ainsi dû reprendre son frère et porter sur ses épaules toute la responsabilité de lui trouver un milieu de vie sécuritaire.

Elle lui a ultimement trouvé une place dans un centre d'hébergement d'urgence pour personnes en situation d'itinérance pour une durée d'un mois. Mais M. Murray a quitté le jour même et a obtenu le remboursement des frais d'hébergement acquittés par sa sœur.

La situation domiciliaire de M. Murray était très précaire et constituait une grande source de stress pour la sœur de M. Murray. Les nombreuses embûches rencontrées pour trouver une solution et l'absence de soutien utile dans ses démarches ne faisaient que complexifier la situation de M. Murray et le désarroi de sa famille. Si tous ces organismes n'étaient pas en mesure de lui offrir du soutien et un milieu adapté répondant à ses besoins, qui le pouvait?

Au cours de l'été 2019, M. Murray a transmis une lettre à sa psychiatre afin de demander un changement de médecin. Selon lui, il n'y avait plus d'alliance thérapeutique. Cette dernière a donc fait des démarches afin qu'il soit pris en charge par une psychiatre du SIM. Mais M. Murray n'a pas donné suite au rendez-vous qui lui a été donné.

Le 5 août 2019, M. Murray s'est retrouvé dans un état d'intoxication et de psychose. Sa sœur l'a convaincu de consulter à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Jérôme et l'y a conduit. Il a

verbalisé vouloir de l'aide, car il ne supportait plus d'avoir des idées délirantes et est ainsi demeuré hospitalisé à l'unité de psychiatrie jusqu'au 14 août 2019 dans un contexte de diagnostic de psychose non spécifique persistante associée à une consommation et un trouble d'usage de substances.

Au cours de l'hospitalisation, un psychiatre a pris une entente avec M. Murray, qui avait alors pris l'engagement d'arrêter de consommer des substances. Le psychiatre a donné son aval à l'arrêt de l'injection de palipéridone et l'a remplacé par une médication par voie orale. Est-ce qu'il était vraiment réaliste de penser qu'il allait aussi facilement cesser de consommer? Il aurait certainement été sage de mettre en place un plan de traitement et un filet de sécurité en lien avec ce changement de traitement et l'arrêt de la consommation. Cela étant dit, même si le médecin n'avait pas recommandé l'arrêt de la palipéridone, M. Murray était en droit de la refuser puisqu'il était apte. Et dans les faits, M. Murray a reçu, à sa demande, une injection de palipéridone à la fin octobre 2019.

Durant son hospitalisation, M. Murray a rencontré une intervenante du SIM et des rendez-vous de suivi ont été organisés. De plus, il a accepté un suivi au Centre de réadaptation en dépendance de Laval (CRDL), qu'il a subséquemment refusé. Il a également refusé de participer à une thérapie, mais a exprimé le souhait de retourner au Centre pour le traitement des dépendances Dianova.

Finalement, il a été admis le 14 août 2019 à la RI l'Écllosion de Saint-Jérôme et y est demeuré jusqu'au 13 septembre 2019. Il a été expulsé en raison du non-respect des règles. Il s'est ensuite trouvé une chambre temporaire à Saint-Jérôme.

Les 4 et 18 septembre 2019, il ne s'est pas présenté à ses rendez-vous avec le SIM et n'a ainsi pas rencontré la nouvelle psychiatre traitante qui lui avait été attirée. Cette dernière a conclu qu'elle ne pouvait donc pas lui offrir de suivi, car le prérequis était que l'utilisateur soit volontaire et motivé. Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour établir un lien thérapeutique avec M. Murray, le motiver et le réaffilier? Par exemple, le SIM aurait pu se déplacer pour le rencontrer dans son milieu surtout sachant qu'il était difficile de tisser un lien avec lui depuis des années et qu'il n'avait pas de téléphone avec une ligne en fonction. Le SIM doit adapter son approche et ses services aux caractéristiques de ses usagers. Ses services ne devraient pas être conditionnels à la réhabilitation d'un trouble lié à l'usage de substances. Ils devraient plutôt soutenir l'utilisateur dans sa recherche et son besoin d'accompagnement pour traiter son trouble de l'usage.

R11. Je recommande au CISSS des Laurentides de bonifier la prise de contact et l'approche avec les usagers référés à son programme de suivi intensif dans le milieu. Entre autres, il devrait établir un contact immédiat et en personne au moment de la demande de service et mettre en place un système de relance efficace afin d'établir une alliance thérapeutique, favoriser la motivation de l'utilisateur et assurer la continuité des services.

Dans les semaines qui ont suivi, l'état de M. Murray s'est détérioré. Le nombre d'appels à l'aide, d'interventions policières et d'hospitalisations a d'ailleurs augmenté.

Le 3 octobre 2019, il a échangé des messages inquiétants avec sa sœur et croyait avoir commis des crimes graves. Elle a donc appelé la centrale 911 et des policiers du Service de police de la Ville de Saint-Jérôme sont intervenus. Une travailleuse sociale a alors été contactée par téléphone et elle a procédé à une évaluation à distance. Elle a conclu que M. Murray ne représentait pas un danger pour lui-même ou pour autrui. Elle a convenu avec M. Murray qu'il devait la rappeler le lendemain. L'intervenante n'a pas consulté les dossiers médicaux de M. Murray et n'a pas parlé à la sœur de M. Murray dans le cadre de son évaluation, estimant que le contexte ne lui permettait pas de prendre le temps de le faire. Elle s'est ainsi privée d'informations précieuses qui auraient pu modifier son évaluation, surtout qu'elle a contacté la sœur de M. Murray par la suite pour lui offrir du soutien.

À la lumière des conclusions de la travailleuse sociale, les policiers ont quitté le lieu de résidence temporaire de M. Murray et il n'y a eu aucun transport vers un centre hospitalier.

Dans un contexte de prévention du suicide, je crois qu'il faut revoir les pratiques et règles actuelles notamment en matière de secret professionnel et de confidentialité afin de tenter de joindre un proche dans le cadre de l'évaluation de la dangerosité d'une personne et du risque suicidaire. Une telle perspective permettrait par ailleurs d'impliquer plus systématiquement les proches dans l'établissement d'un filet de sécurité. De plus, nous devrions profiter de cette occasion pour nous assurer qu'il y ait un suivi fait à court terme, que ce soit en alertant les intervenants impliqués ou en mettant en place des services en santé mentale ou d'un organisme communautaire. Ce thème sera abordé dans la dernière section à la lumière de l'ensemble des événements étudiés.

Le 14 octobre 2019, en début d'après-midi, M. Murray s'est présenté à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Jérôme dans un contexte de consommation et d'idées paranoïdes. Il a quitté l'urgence sans aviser le personnel et plus de deux heures se sont écoulées avant que les infirmières n'interviennent. Un médecin a demandé que les policiers soient avisés, car M. Murray démontrait une certaine dangerosité et avait tenu des propos suicidaires. Or, il a été démontré lors des audiences qu'aucun appel n'a été fait au service policier.

Fort heureusement, M. Murray est revenu par lui-même vers 19 h 49. Il était toutefois en état d'intoxication et présentait des idées suicidaires passives. Une garde préventive a été ordonnée, une médication antipsychotique lui a été prescrite et un protocole de sevrage a été débuté.

Le 15 octobre 2019, l'équipe médicale a levé la garde, jugeant qu'il était non suicidaire, que sa psychose toxique était en cours de résolution et que les critères pour demander une ordonnance de garde en établissement n'étaient pas satisfaits. M. Murray a alors décidé de partir et a demandé que sa famille ne soit pas avisée. Le psychiatre qui l'a évalué a noté que M. Murray devait revoir son psychiatre et faire, vraisemblablement par lui-même, des démarches pour suivre une thérapie en dépendance.

Or, M. Murray n'avait plus de psychiatre traitant et n'était probablement pas dans le meilleur état pour entreprendre seul des démarches efficaces. On se serait attendu au minimum à ce que l'équipe de l'urgence adapte son intervention à la situation particulière de M. Murray, arrime les services et s'assure qu'un suivi soit en place avant d'autoriser un congé. De plus, une relance avec le SIM aurait certainement été utile.

R12. Je recommande au CISSS des Laurentides de former les équipes de ses urgences et de leur donner les ressources nécessaires afin qu'ils soient en mesure d'arrimer les soins et services pertinents à un congé sécuritaire (pour les usagers ayant présenté un danger pour eux-mêmes ou pour autrui).

R13. Je recommande au CISSS des Laurentides de s'assurer que des équipes interprofessionnelles soient en place afin de soutenir et d'accompagner dans la communauté les usagers vivant avec un problème de santé mentale (tel un trouble de la personnalité), un trouble lié à l'usage de substances ou des idées suicidaires à la suite d'une hospitalisation.

Le 16 octobre 2019, M. Murray a appelé la centrale 911, car il croyait que ses parents étaient en danger. Des policiers de la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes ont alors confirmé que les parents de M. Murray n'étaient pas en danger. Des policiers du Service de police de la Ville de Saint-Jérôme ont rencontré M. Murray et ont jugé qu'il ne représentait

pas un danger pour lui-même et qu'il n'avait pas d'idées suicidaires. Il n'y a donc eu aucun transport vers un centre hospitalier.

Le 18 octobre 2019, M. Murray a pris un taxi et a tenu des propos incohérents et inquiétants à l'égard de ses parents. La conductrice a subséquemment appelé la centrale 911 et des policiers de la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes sont intervenus, mais n'ont pas été en mesure de retrouver M. Murray.

Le 19 octobre 2019, en matinée, M. Murray a appelé la centrale 911 dans un contexte d'hallucinations et d'intoxication. Il a été amené par ambulance à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache, où il a été évalué par un médecin et son ancienne psychiatre traitante qui était alors de garde. Elles ont noté qu'il ne prenait plus sa médication, consommait beaucoup depuis deux semaines et avait eu des idées suicidaires. Elles ont conclu à une psychose toxique et une garde préventive a été demandée. M. Murray est donc demeuré hospitalisé et un suivi avec le SIM a été proposé.

En après-midi, M. Murray a rappelé la centrale 911. Comme il était déjà à l'hôpital, aucun policier ne s'est déplacé.

Le 20 octobre 2019, M. Murray a revu son ancienne psychiatre traitante et lui a mentionné consommer davantage de drogues et vouloir de l'aide. Cette dernière a maintenu la garde préventive et demandé à ce qu'il soit rencontré par un membre de l'équipe du SIM. M. Murray a alors demandé que sa famille ne soit pas informée de tous les détails de son hospitalisation. La psychiatre pouvait toutefois informer sa sœur qu'il était hospitalisé. Notons que sa sœur avait déjà appelé et rencontré le personnel infirmier pour communiquer de l'information.

M. Murray a alors réitéré son désir de changer de psychiatre traitante.

Le 21 octobre 2019, M. Murray a rencontré un autre psychiatre et lui a mentionné aller assez bien et ne pas avoir d'idées suicidaires. Ses symptômes de psychose s'étaient résorbés, il n'était pas anxieux ni déprimé. Il acceptait alors un suivi avec le SIM, la RI l'Écllosion et le CRDL, mais refusait de recevoir ses injections de palipéridone.

Au cours de la journée, le psychiatre a fait des démarches pour mettre en place les services et organiser le départ de M. Murray. Le SIM a toutefois refusé de donner suite à la demande de suivi, sur la base que M. Murray avait une consommation active et devait d'abord gérer son problème de consommation. Pourtant, le SIM s'adresse à une clientèle ayant des problèmes de santé mentale et liés à l'usage de substances. Il est censé être habitué de travailler avec des personnes ayant des troubles concomitants. Est-ce que l'ambivalence de M. Murray ou le nombre de rendez-vous manqués ont découragé ou échaudé l'équipe du SIM à un point tel où on ne croyait plus à sa réhabilitation? Si le SIM ne pouvait l'aider, qui le pouvait? Dans tous les cas, le SIM a manqué sa cible et devrait revoir son approche afin d'identifier des moyens supplémentaires pour s'adapter à sa clientèle⁶.

La RI l'Écllosion a également refusé d'offrir des services à M. Murray et l'a orienté vers une cure de désintoxication. Vu ses dernières expériences, elle ne croyait plus être la bonne ressource pour M. Murray.

Le psychiatre de l'hôpital a revu M. Murray afin de l'informer des résultats de ses démarches. M. Murray a été très irrité par ces mauvaises nouvelles et s'est complètement fermé. Il a refusé toute aide supplémentaire, a quitté l'hôpital et a appelé sa sœur afin qu'elle vienne le chercher. Comme il ne représentait plus un danger important pour lui-même, le médecin ne pouvait le garder contre son gré et a dû le laisser partir.

⁶ Voir les recommandations R11 et R13.

Avec l'aide de sa famille, il a obtenu le jour même une place aux Centres Bonséjour, une ressource d'hébergement en dépendances à Sainte-Adèle. Durant son séjour, il a ressenti le besoin d'avoir son injection de palipéridone. Des démarches ont été faites et il a ainsi pu la recevoir. Cependant, le 29 octobre 2019, il a signé un refus de traitement et a quitté le centre. Il ne s'était vraisemblablement pas intégré à la ressource, qui n'offrait par ailleurs pas de soutien en santé mentale.

Durant cette période, sa sœur lui a pris un rendez-vous avec son ancienne psychiatre. Cette dernière a toutefois annulé le rendez-vous et demandé à ce que M. Murray prenne lui-même rendez-vous, compte tenu de son souhait de changer de psychiatre traitant.

Ces situations illustrent bien comment la famille de M. Murray était présente et tentait de trouver des solutions, mais recevait peu de soutien malgré les obstacles qui se multipliaient. On est également à même de constater que le réseau de la santé est encore loin d'avoir adopté une approche intégrant les soins en santé mentale et en traitement des dépendances.

Entre le 29 octobre et le 3 novembre 2019, nous ne savons pas précisément ce que M. Murray a fait, mais il a vraisemblablement recommencé à consommer de l'alcool et des drogues.

Puis, le 3 novembre 2019, vers 7 h 19, M. Murray a contacté la centrale 911 alors qu'il était chez un ami. Il semblait calme et collaborait bien avec le répartiteur. Il lui a d'ailleurs communiqué de nombreuses informations, dont avoir dépensé tout son argent, avoir trop consommé, être envahi par un désir de consommer bien qu'il ait tenté de faire des thérapies pour arrêter. Il se sentait suicidaire, mais non violent, avait l'impression d'être fébrile et de trembler de l'intérieur. Il a précisé avoir été hospitalisé il y a environ deux semaines pour les mêmes raisons, avoir reçu son injection de palipéridone, mais qu'elle ne faisait pas effet. Il souhaitait changer son mode de vie et aller à l'hôpital.

Deux policiers de la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes et des ambulanciers sont venus à sa rencontre. M. Murray leur a mentionné qu'il n'avait pas d'endroit où habiter, qu'il était tanné de son mode de vie et de sa consommation, qu'il voulait cesser de consommer et souhaitait de l'aide. Il a alors offert son entière collaboration.

Il a ainsi été amené par ambulance à l'Hôpital de Saint-Eustache, où il a été évalué par un médecin et une psychiatre à l'urgence. Cette dernière a résumé les événements et noté que M. Murray se sentait confus, qu'il tenait des propos décousus, entendait des voix, était envahi par des flashes d'images morbides, que son jugement était altéré, mais qu'il demeurait malgré tout calme. Elle a conclu à un diagnostic de psychose toxique et a ordonné une garde préventive. En d'autres termes, il devait demeurer à l'hôpital contre son gré pour une période maximale de 72 heures, car la médecin jugeait qu'il représentait un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui. Elle a prescrit une médication pour l'apaiser, une surveillance constante et un dépistage de drogues d'abus, qui s'est avéré positif pour la présence d'amphétamines, de méthamphétamines et de cannabis.

Le 4 novembre 2019, en matinée, M. Murray était toujours à l'urgence et a rencontré la psychiatre de garde. Cette dernière a noté qu'il ne dormait pas depuis quatre jours, qu'il avait des pensées suicidaires intermittentes et des symptômes psychotiques, dont des hallucinations et des idées paranoïdes, délirantes, de persécution et morbides. Elle a ajouté qu'il était agité, ne collaborait pas et avait une attitude menaçante. Il niait avoir des idées suicidaires ou hétéroagressives. Selon elle, son jugement et son autocritique étaient altérés et le mettaient à risque de geste hétéroagressif et suicidaire étant donné qu'il était envahi d'idées morbides. Elle a conclu à une impression diagnostique de psychose toxique et recommandé une hospitalisation. Comme M. Murray refusait de demeurer à l'hôpital, elle a complété une expertise psychiatrique recommandant une garde en établissement d'une durée maximale de sept jours.

À la suite de cette consultation médicale, M. Murray a tenté de se sauver et un code blanc a été lancé. Le code blanc est une mesure thérapeutique restrictive utilisée lorsque les autres moyens visant à désamorcer ou à gérer une situation de crise s'avèrent inefficaces et que l'utilisateur a perdu le contrôle de ses comportements. Des agents de sécurité ont été demandés afin d'assister le personnel infirmier. Dans ce contexte, M. Murray a reçu une médication par voie intramusculaire (Benadryl^{MD}, Haldol^{MD} et Ativan^{MD}), qui a semblé le calmer rapidement.

Ainsi, vers 12 h - 12 h 15, une deuxième psychiatre a rencontré M. Murray⁷. Elle savait alors qu'il avait été agité et menaçant lorsqu'il avait appris qu'une garde en établissement était souhaitée et qu'une médication pour le calmer lui avait été administrée. Elle a d'ailleurs observé qu'il était calme quoique volubile durant la consultation. Elle a retenu qu'il n'avait aucune idée suicidaire ou hétéroagressive, qu'il exprimait un délire qui semblait chronique, qu'il niait avoir des idées morbides, que son jugement était conservé, qu'il était impulsif chroniquement, mais qu'il n'avait aucun comportement altéré par des symptômes psychotiques. En somme, elle était d'avis qu'il n'était pas en psychose aiguë et que son état mental ne représentait pas un danger pour lui-même ou pour autrui. La garde a donc été levée et M. Murray était autorisé à quitter s'il le souhaitait.

Il peut paraître très surprenant que son évaluation soit aussi différente que celle de la psychiatre précédente. Il peut toutefois arriver que deux psychiatres aient des opinions différentes. De plus, l'état mental de M. Murray a pu évoluer rapidement, plus particulièrement à la suite de l'administration par voie intraveineuse d'une médication pour le calmer. Il s'agit d'un élément important.

Comme il n'est pas de mon mandat de me prononcer sur la qualité des soins, je vais me limiter à souligner que l'évaluation de la dangerosité et du risque suicidaire est un exercice complexe, très subjectif et qui a ses limites. Mentionnons qu'une garde en établissement n'est pas à prendre à la légère et qu'il s'agit d'un processus d'exception puisqu'elle prive un individu de ses droits fondamentaux. Si deux psychiatres n'arrivent pas à la conclusion qu'une garde en établissement est justifiée, l'individu peut quitter l'hôpital sans autre formalité.

Dans les faits, M. Murray est demeuré à l'urgence de l'hôpital et s'est reposé à sa civière une bonne partie de l'après-midi.

Vers 16 h 15, il a revu la psychiatre consultée initialement en matinée. Cette dernière lui a recommandé de demeurer hospitalisé jusqu'au lendemain afin de rencontrer une travailleuse sociale, une infirmière en dépendance et organiser son congé, mais il a refusé.

Il a pris le temps de souper puis a quitté l'hôpital sans ses effets personnels vers 18 h 26. Plus tard dans la soirée, une préposée de l'hôpital a appelé une proche afin qu'elle vienne récupérer les effets de M. Murray. Avec égard, il n'aurait pas été plus difficile de l'appeler plus tôt afin de l'intégrer dans la trajectoire de soins et préparer le congé.

Au cours de la soirée, M. Murray s'est promené. Il a visité un ami chez qui il n'était plus le bienvenu. L'intervention des policiers a alors été demandée, mais M. Murray a quitté avant leur arrivée.

Il a ensuite croisé une amie qui l'a invité à son domicile, à Pointe-Calumet. Il y a passé la nuit et c'est au petit matin qu'il a appelé la centrale 911 afin de demander de l'aide. Des policiers de la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes sont alors venus le rencontrer.

⁷ Le processus de demande pour garde en établissement qui avait été initié requerrait de procéder à une deuxième évaluation psychiatrique.

Lorsque M. Murray a parlé au répartiteur de la centrale 911 et aux policiers, il n'a pas rapporté avoir d'hallucinations ni fait référence à la présence de gnomes ou de lutins. Aucun propos suicidaire, morbide ou hétéroagressif n'a été verbalisé.

Selon l'enregistrement de l'appel et les témoignages entendus, M. Murray était calme et orienté dans le temps et l'espace. Il ne paraissait pas sous l'influence d'alcool ou de drogues et aucun matériel de consommation n'a été vu. L'essence de son appel était qu'il était inquiet d'avoir commis un crime grave. Après avoir fait des vérifications, un policier a rassuré M. Murray : aucune activité criminelle ou geste grave le concernant n'a été retrouvé. Les policiers n'ont toutefois pas vu ni été informés des appels au 911 et des déplacements policiers du 3 et 4 novembre. Pourquoi une telle situation s'est-elle produite? Il appert que les policiers avaient inscrit des commentaires à une carte d'appel et n'ont pas rédigé de rapport en lien avec leur intervention. Il semble qu'il s'agissait d'une pratique tolérée dans leur milieu et plus rapide pour les policiers.

Cependant, étant donné que les cartes d'appel ne se voient pas attribuées de numéros d'évènements, qu'elles contiennent souvent moins de renseignements et qu'elles sont traitées différemment au niveau administratif qu'un rapport d'évènement, il peut être plus fastidieux, voire impossible, de retrouver des cartes d'appel rapidement afin d'obtenir un portrait des évènements impliquant une personne et des informations importantes à son sujet. Au surplus, les cartes d'appel ne sont pas systématiquement partagées entre les différents corps de police. C'est probablement pourquoi les policiers n'ont pas été informés des évènements du 3 et du 4 novembre 2019.

Le 11 octobre 2019, le Guide de pratiques policières a été modifié et prévoit dorénavant que les policiers qui effectuent une intervention auprès d'une personne dont l'état mental est perturbé doivent compléter un rapport d'évènement. Certains corps policiers en ont fait une directive officielle, dont la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes. Afin de s'assurer que tous les policiers agissent en conséquence, il serait prudent de formuler des rappels en ce sens.

R14. Je recommande à la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes de rappeler régulièrement à l'ensemble de ses policiers l'importance de compléter dans les meilleurs délais un rapport d'évènement pour chaque intervention faite auprès d'une personne présentant un état mental perturbé.

R15. Je recommande au MSP de rappeler régulièrement à l'ensemble des corps de police l'importance de compléter dans les meilleurs délais un rapport d'évènement pour chaque intervention faite auprès d'une personne présentant un état mental perturbé.

R16. Je recommande à l'École nationale de police du Québec d'ajouter à sa formation sur l'intervention auprès d'une personne dont l'état mental est perturbé une section portant sur l'importance de compléter dans les meilleurs délais un rapport d'évènement pour chaque intervention.

Au terme de l'intervention du 5 novembre 2019, les policiers croyaient que M. Murray était rassuré. Il a exprimé le besoin de dormir et avait un endroit où se reposer. Il n'a pas demandé d'aide ni de transport vers un centre hospitalier.

Les policiers n'avaient pas d'inquiétude et n'ont pas estimé faire face à une personne suicidaire, désorganisée, dépressive ou agressive. Ils n'ont pas ressenti le besoin de demander l'aide du Service d'aide en situation de crise.

En revanche, les policiers n'avaient pas un portrait complet de M. Murray et n'étaient pas au fait des interventions des derniers jours. Ils n'ont pu questionner M. Murray en ce sens.

Aurait-il été opportun de lui proposer un transport vers un centre hospitalier sur la base de sa consommation, de sa perte de mémoire, de sa fausse croyance d'avoir commis un crime grave et donc de son état mental perturbé? Devrait-on pouvoir compter sur l'expertise d'un travailleur social ou d'un intervenant d'un centre de crise dans tous les cas d'état mental perturbé? Certains corps policiers ont engagé un travailleur social à temps plein pour les aider à gérer ce genre de situation. Nous nous pencherons sur ces questions dans la dernière section.

En rétrospective, M. Murray a été hospitalisé à cinq reprises et a vu de nombreux professionnels de la santé dans les mois précédant son décès. De plus, il a été impliqué dans plusieurs interventions policières et a été hébergé dans différents types de ressources qui ne répondaient pas à ses besoins. Il n'hésitait pas à demander de l'aide lorsqu'il en ressentait le besoin, mais semblait parfois mécontent d'être gardé dans un hôpital sans son consentement ou lorsque les événements ne se déroulaient pas comme il le souhaitait. Il était alors moins enclin à collaborer avec les équipes traitantes pour prévoir son congé et son suivi. Les caractéristiques associées à ses problèmes de santé mentale (dont un trouble de la personnalité, un trouble d'usage de substances et un TDAH) ont certainement contribué à son ambivalence et aux difficultés à mettre en place des soins et services. Il se retrouvait donc souvent sans soutien alors qu'il était dans une période de grande vulnérabilité où ses besoins d'aide étaient importants.

Les règles gouvernant la garde en établissement ont été remises en question au cours des audiences. Je ne formulerai pas de recommandation à ce sujet puisque le gouvernement du Québec s'est engagé à revoir la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui et a mandaté un groupe d'experts en ce sens.

Il aurait certes été préférable d'organiser ses congés dès le début de ses hospitalisations et de s'assurer, par exemple, qu'il ait immédiatement accès à des services et à un milieu de vie adaptés à sa condition. Des efforts ont parfois été déployés en ce sens, mais avec un succès mitigé. J'ai également noté que certains professionnels étaient sincèrement dévoués alors que d'autres semblaient parfois désabusés et découragés par les refus, l'absentéisme et l'ambivalence de M. Murray.

Ses proches devaient lui venir en aide et l'assister afin de lui trouver des services et un hébergement. C'était une lourde responsabilité et les proches sentaient qu'ils étaient laissés à eux-mêmes.

M. Murray a séjourné sur une base volontaire dans au moins deux ressources intermédiaires en santé mentale, un centre d'hébergement d'urgence et trois centres de réadaptation en dépendance. Il s'y retrouvait généralement après une hospitalisation alors que ses problèmes de consommation et de santé mentale n'étaient pas totalement stabilisés. Il se faisait souvent montrer la porte ou il quittait subitement.

Il est ressorti des auditions que les organismes consultés étaient adaptés pour recevoir des usagers stables et fonctionnels, qui avaient un problème précis. Elles n'avaient pas toutes les ressources pour recevoir et aider des usagers avec des problèmes concomitants, et ce, bien qu'ils aient tous admis que la grande majorité de leur clientèle en avait. Nous reviendrons sur cet enjeu dans la dernière section.

À la lumière de ce qui précède, je suis convaincue que le décès par suicide de M. Murray aurait pu être évité si le réseau de la santé et ses partenaires avaient adapté leur approche, arrimé leurs interventions, réussi à maintenir une alliance thérapeutique et intégré les proches.

6.5 CONCLUSION

M. Dave Murray est décédé d'une asphyxie par lien mécanique et compression des structures du cou lors d'une pendaison, dans un contexte de consommation de drogues d'abus.

Il s'agit d'un suicide.

7. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Nous ne le dirons jamais trop souvent : chaque décès par suicide en est un de trop et est évitable. La Stratégie nationale de prévention du suicide⁸ réitère également que le suicide ne devrait jamais être une option et souhaite bâtir un Québec sans suicide. Comme société, il faut maintenant identifier et mettre en place les actions pour y arriver.

Cette vaste enquête publique a mis en lumière de nombreux éléments communs et des facteurs de risque récurrents justifiant la formulation de recommandations pertinentes, efficaces et bien arrimées à la réalité.

Les familles, les parties intéressées, les témoins et les intervenants invités ont présenté leurs observations, déposé plusieurs pièces, dont de la littérature scientifique, et proposé plus de 200 recommandations. Ils ont grandement enrichi ma réflexion et ont contribué positivement à la présente enquête. Je dois aussi mentionner que les familles endeuillées ont livré des témoignages fort éclairants et touchants sur leur expérience, la réalité du terrain et les effets collatéraux du suicide. Leurs préoccupations de même que les droits des usagers ont été en tout temps au cœur de mes réflexions.

La présente section contiendra mes observations et mes recommandations découlant des éléments et enjeux communs soulevés dans les cas précédemment étudiés. Voici les neuf thèmes qui seront abordés :

1. Détecter les troubles concomitants et décloisonner les soins et services
2. Faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale et en dépendance
3. Rehausser les services d'hébergement
4. Bonifier et faciliter le partage de l'information
5. Impliquer davantage les proches
6. Bonifier l'intervention des policiers
7. Promotion et sensibilisation
8. Rehausser la formation en prévention du suicide
9. Améliorer les pratiques

7.1 Détecter les troubles concomitants et décloisonner les soins et services

La présente enquête a permis d'illustrer d'une multitude de manière que les troubles d'utilisation de substances et de santé mentale font rarement cavaliers seuls. Nous parlerons ainsi de troubles concomitants lorsqu'un usager présentera simultanément un trouble de l'usage et un trouble de santé mentale.

Comme il est ressorti de la preuve, les troubles concomitants sont rarement statiques et demeurent complexes à déceler, évaluer et diagnostiquer. Leur présence n'est pas toujours reconnue et même lorsqu'elle l'est, ils sont fréquemment évalués, traités et suivis de manière sous-optimale.

Pour ajouter une couche de complexité, les troubles concomitants sont fréquemment accompagnés de divers autres enjeux, tels une instabilité domiciliaire, de l'itinérance, une précarité d'emploi, des enjeux financiers, des démêlés judiciaires, des problèmes de santé physique, pour ne nommer que ceux-ci. Au surplus, une instabilité dans les relations sociales et des conflits familiaux peuvent parsemer le parcours des personnes vivant avec des troubles concomitants.

Dans tous les évènements étudiés, des traumatismes négatifs ou des difficultés marquées au cours de l'enfance ont été rencontrés. Bien qu'on ne doive pas en induire une généralisation,

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – *Rallumer l'espoir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>.

on doit y voir un élément contributif significatif qui doit faire partie de l'approche et de l'intervention.

Soulignons aussi que la présence de troubles concomitants entraîne souvent une évolution moins favorable, un parcours non linéaire, une faible adhésion aux suivis et aux traitements, une moins bonne réponse aux interventions de même qu'un risque suicidaire plus élevé.

Par conséquent, il est essentiel de reconnaître promptement la coexistence de ces problématiques afin d'offrir une réponse globale et personnalisée. D'ailleurs, dans son Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM)⁹ et son Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID)¹⁰, le gouvernement du Québec a reconnu la nécessité de décloisonner ces problématiques et d'adopter une approche globale de la personne.

Les professionnels de la santé et intervenants de la première ligne devraient être en mesure de déceler précocement les troubles concomitants, de bien les évaluer et de les prendre en charge adéquatement, au même titre qu'ils le font pour des problèmes de santé physique. En ce sens, il serait très utile d'élaborer un guide pratique contenant les lignes directrices pertinentes.

Les professionnels de la santé et intervenants de la première ligne devraient également bénéficier des meilleures formations (de base et continue) en matière de troubles concomitants et d'outils les aidant à les dépister systématiquement. Malheureusement, le matériel enseigné n'est pas uniforme à travers les institutions d'enseignement de la province et plusieurs professionnels de la santé ne reçoivent aucune formation sur les troubles concomitants.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) s'est questionné sur l'opportunité de fixer un nombre d'heures de formation continue minimum en matière de troubles concomitants afin de rehausser les compétences de ses membres. Cette perspective mérite d'être élargie à tous les professionnels de la santé qui sont susceptibles d'être en contact avec des personnes aux prises avec des troubles concomitants (par exemple, les infirmiers, les pharmaciens, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux).

R17. Je recommande au MSSS¹¹ de soutenir davantage les établissements et les professionnels de la santé dans l'élaboration d'outils, de lignes directrices et de formations de qualité portant sur le repérage, l'évaluation et la prise en charge des usagers avec des troubles concomitants.

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - *S'unir pour un mieux-être collectif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018). Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – *Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.

¹¹ En mars 2023, le MSSS a présenté le projet de loi 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. Ce projet de loi est présentement sous étude et est susceptible de modifier les rôles et responsabilités du MSSS. Advenant que ce projet de loi soit sanctionné et qu'un nouvel organisme soit créé, le MSSS devra lui acheminer le présent rapport et les recommandations qui lui sont destinées.

R18. Je recommande au MSSS de déployer les ressources nécessaires afin que ses partenaires œuvrant en santé mentale et dépendance (dont les centres de crise, les centres de prévention du suicide et les organismes de traitement des dépendances) aient facilement accès à des outils, des lignes directrices et des formations de qualité portant sur le repérage, l'évaluation et la prise en charge des usagers avec des troubles concomitants.

Par exemple, les intervenants des organismes communautaires pourraient avoir accès aux formations offertes aux professionnels de la santé des établissements du réseau.

R19. Je recommande au Collège des médecins du Québec, à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, à l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, à l'Ordre des psychologues du Québec et à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec de veiller à ce que leurs membres soient dûment formés et aient les compétences pour déceler les troubles concomitants et intervenir adéquatement.

Pour ce faire, il serait pertinent d'ajouter un critère d'agrément aux programmes d'études et de sensibiliser régulièrement leurs membres aux troubles concomitants.

R20. Je recommande au MSSS, au ministère de l'Éducation et au ministère de l'Enseignement supérieur, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, de sensibiliser et soutenir les établissements d'enseignement qui forment les futurs professionnels œuvrant auprès des usagers avec des troubles concomitants d'ajouter à leurs programmes de formation des activités pédagogiques portant sur les troubles concomitants et la prévention du suicide (dont le repérage et l'intervention auprès de ces usagers).

L'organisation des soins et des services à travers le Québec doit répondre à la présence bien réelle des troubles concomitants et favoriser une approche qui soit centrée sur l'ensemble des besoins et la réalité propre à cette clientèle souvent très vulnérable. À cet égard, le Dr Didier Jutras-Aswad¹² nous a présenté de manière claire et détaillée l'état de la situation actuelle, les bonnes pratiques, des pistes de solutions et les modèles à favoriser, dont l'approche intégrée. Celle-ci consiste essentiellement à traiter les deux conditions (soit le trouble de santé mentale et le trouble lié à l'usage de substances) simultanément au sein d'une même équipe. À défaut de travailler au sein d'un même établissement, les professionnels et les intervenants sont invités à se concerter et à coordonner en continu leurs interventions afin de traiter simultanément les deux conditions.

Selon la preuve entendue, on ne devrait définitivement plus traiter une personne en silo ni intervenir de manière séquentielle (soit de traiter chaque condition de manière successive, une à la suite de l'autre). Ainsi, un professionnel de la santé ou une organisation de première ligne ou œuvrant en santé mentale ne devrait généralement pas refuser de prendre en charge un usager au motif qu'il doit d'abord compléter avec succès un traitement pour le traitement de ses dépendances (et vice versa).

¹² Le Dr Jutras-Aswad est psychiatre et détient une surspécialisation en psychiatrie des toxicomanies. Il est notamment chef du Département de psychiatrie du CHUM, professeur agrégé au département de psychiatrie et addictologie de l'Université de Montréal et président du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants du RUISSS de l'Université de Montréal.

Il faut faire en sorte que cette approche globale centrée sur l'utilisateur et décloisonnant les services se retrouve concrètement au cœur de l'organisation des soins et des interventions de tous les acteurs impliqués. Pour ce faire, plusieurs actions pour y parvenir méritent d'être mises de l'avant.

Premièrement, il faut accroître les ressources et accélérer les efforts pour décloisonner les soins et services et mettre en place une approche intégrée.

Dans son Plan d'action interministériel en santé mentale et son Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028¹³, le MSSS a reconnu ce besoin et s'est engagé à mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des modèles probants d'organisation de services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de substances. On souhaite favoriser une réponse globale et intégrée de même que rejoindre l'utilisateur là où il se trouve (principes du *Outreach* et du *No Wrong Door*).

Les bonnes intentions et orientations gouvernementales sont claires, mais les moyens pour concrétiser ce projet d'envergure au sein de tout le réseau de la santé méritent d'être précisés et structurés. On peut également se demander si les investissements prévus seront suffisants pour mettre en place promptement à travers le Québec des modèles probants d'organisation des services adaptés aux troubles concomitants.

Dans les circonstances, comment le MSSS soutiendra-t-il ses établissements dans le développement et l'intégration de modèles probants d'organisation permettant de décloisonner les soins et services et mettre en place une approche adaptée aux besoins des usagers présentant des troubles concomitants¹⁴? Comment s'assurera-t-il d'un déploiement uniforme dans toutes les régions du Québec?

Dans tous les cas, le MSSS devrait déployer toutes les ressources nécessaires pour soutenir ses établissements et s'assurer qu'ils mettent en place des soins et services intégrés et décloisonnés en santé mentale et en dépendance. Il doit accélérer les efforts pour rejoindre les usagers dans leur milieu.

R21. Je recommande au MSSS d'accélérer les efforts pour déterminer les actions précises à déployer pour mettre en place dans toutes les régions du Québec des modèles probants d'organisation des soins et services adaptés et répondant aux besoins des usagers présentant des troubles concomitants.

Deuxièmement, je suis d'avis que les soins et services de première ligne devraient pouvoir compter sur des équipes interdisciplinaires bien formées pour déceler les troubles concomitants et prendre en charge les usagers aux prises avec ces troubles. Elles pourraient être composées de médecins de famille, d'infirmières cliniciennes et d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale¹⁵ ou en dépendance, de travailleurs sociaux et d'intervenants pivots ou de liaison. À défaut d'avoir accès à des professionnels en dépendance, il serait essentiel de mettre en place un système de liaison avec les services en dépendance.

La formation d'équipes interdisciplinaires permet d'arrimer efficacement les services, favorise la collaboration interprofessionnelle et évite qu'un usager ait à se rendre à une multitude d'endroits différents et à répéter à d'innombrables reprises son histoire. Les membres de l'équipe pourraient par ailleurs se partager efficacement le travail en fonction de leur expertise et du niveau d'intervention requis.

¹³ Voir l'action 4.3.7 du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028.

¹⁴ Notons que chaque établissement de santé et de services sociaux a la responsabilité d'organiser les services sur son territoire.

¹⁵ Dans son PAISM, le MSSS prévoit déployer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale dans les services de proximité et certaines urgences, dans une proportion de 60 % en soins de proximité (action 5.5).

À défaut de pouvoir implanter des équipes interdisciplinaires dans tous les milieux, il serait pertinent de favoriser la création d'un plus grand nombre de cliniques ou groupes de médecine familiale spécialisée en santé mentale et en dépendance dans toutes les régions du Québec. Il faut que tous les Québécois aient facilement accès aux bons services en matière de troubles concomitants dans leur milieu.

En somme, des conditions gagnantes (tant au niveau matériel, humain, qu'organisationnel) doivent être déployées afin que les professionnels de la santé et les intervenants puissent s'investir de manière optimale auprès des usagers atteints de troubles concomitants, qui traversent une crise ou qui présentent un risque de suicide.

R22. Je recommande au MSSS de déployer des équipes interdisciplinaires de première ligne et dans les établissements à travers la province (par exemple au sein des GMF, des CLSC et des urgences) afin de rehausser la prise en charge, le traitement et le suivi des usagers avec des troubles concomitants, en situation de crise ou présentant un potentiel suicidaire.

Troisièmement, le rôle des professionnels de la santé qui œuvrent auprès des usagers avec des troubles concomitants doit être davantage valorisé. Il y a d'excellents professionnels dévoués et bien formés en matière de troubles concomitants, mais il demeure essentiel de mettre en place des mesures incitatives pour encourager significativement la prise en charge de ces usagers. On peut penser à des incitatifs financiers ou à une révision de l'organisation du travail et des indicateurs de gestion des médecins de famille. Toutes les mesures ayant pour effet de pénaliser indûment un professionnel qui prend en charge un usager avec des troubles de santé mentale ou de dépendance doivent absolument être éliminées.

R23. Je recommande au MSSS de mettre en place des mesures incitatives auprès des professionnels de la santé afin d'encourager et rehausser significativement la prise en charge des usagers avec des troubles de santé mentale ou liés à l'usage de substances.

On doit aussi mieux soutenir les professionnels de la santé et les intervenants œuvrant auprès des usagers avec des troubles concomitants. Par exemple, lorsque la situation est plus complexe, ils doivent pouvoir obtenir le soutien nécessaire et au besoin pouvoir référer rapidement leurs patients vers les soins et services spécialisés pertinents.

Ainsi, les omnipraticiens devraient pouvoir compter sur des structures formelles et efficaces de soutien et d'accès aux services en santé mentale et dépendance.

Entre autres, il existe le service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie et celui de professionnel répondant en dépendance qui visent à soutenir les équipes de première ligne dans le suivi des cas plus complexes.

Le médecin spécialiste répondant en psychiatrie offre un soutien aux omnipraticiens dans le but de les aider à traiter les problèmes légers et modérés. Il peut donner un avis téléphonique aux questions des omnipraticiens au niveau de la prise en charge et du traitement. Au besoin, il peut également rencontrer les patients référés.

Il en est de même pour le professionnel répondant en dépendance, qui offre un soutien clinique et une expertise-conseil.

Ces services contribuent à offrir aux usagers une réponse intégrée et personnalisée.

En revanche, le service n'est pas disponible dans toutes les régions du Québec ni dans tous les GASMA. Il semble aussi méconnu, sous-utilisé et parfois même sous-optimal. Selon les régions, il appert que le service ne permet pas de référer un patient pour une consultation ou une prise en charge. Les médecins de famille n'y trouvent donc pas leur compte.

Il est donc essentiel de peaufiner et intensifier le déploiement de ces programmes¹⁶. Ultimement, tous les médecins de famille devraient, au besoin, y avoir accès facilement et rapidement.

R24. Je recommande au MSSS de rehausser, d'uniformiser et de promouvoir le service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie et de professionnel répondant en dépendance afin qu'il soit disponible et efficace en tout temps à travers la province.

Finalement, il faut mettre en place des structures formelles d'accès aux ressources de soutien et d'expertise spécialisées en troubles concomitants et faire connaître les ressources qui existent déjà, dont le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) du RUISSS de l'Université de Montréal. Le CECTC propose entre autres un programme de télémentorat ECHO® pour les troubles concomitants, qui inclut une plateforme virtuelle interactive d'apprentissage, des groupes de discussion de situations cliniques, un service de recommandations émises par une équipe spécialisée et des formations sur les troubles concomitants.

R25. Je recommande au MSSS de mettre tous les moyens en place pour faciliter l'accès aux ressources de soutien et d'expertise spécialisées en troubles concomitants au plus grand nombre de professionnels de la santé et d'intervenants (tant du réseau que du milieu communautaire).

R26. Je recommande au MSSS de mieux faire connaître les ressources de soutien et d'expertise spécialisées en troubles concomitants, tel le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, et de faciliter l'accès à leurs services au plus grand nombre de professionnels de la santé et d'intervenants.

7.2 Faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale et en dépendance

Tous les évènements qui ont fait l'objet de la présente enquête impliquent des individus qui traversaient ou avaient récemment traversé une situation de crise¹⁷, en plus de vivre avec des troubles de santé mentale ou liés à l'usage de substances. Ainsi, ils avaient demandé de l'aide de différentes manières et avaient besoin d'une prise en charge rapide dans un lieu donné.

En revanche, nous avons été à même de constater un enjeu central fort préoccupant : l'accès aux soins et services en santé mentale et en dépendance est trop souvent laborieux et assujéti à de longs délais. Les problèmes d'accès découlaient entre autres d'une méconnaissance des troubles concomitants ou des ressources disponibles, d'une approche ou d'une procédure indûment restrictive, d'un manque de ressources et d'inégalités sociales et territoriales en santé. Ces enjeux d'accessibilité ont été rencontrés à tous les niveaux : tant au niveau de la première ligne que des services spécialisés et surspécialisés.

Par conséquent, d'importantes opportunités d'intervention sont manquées et peuvent contribuer à l'aggravation de l'état d'une personne et ultimement mener à une issue fatale.

Il est prioritaire d'offrir un accès aux soins et aux services à la hauteur des besoins de cette population vulnérable qui tend trop souvent à être stigmatisée et oubliée. Les services

¹⁶ Mentionnons que le déploiement du programme de médecin répondant en psychiatrie se trouvait dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020, mais ne se retrouve pas dans le plus récent. L'action 6.2.2 du Plan d'action interministériel en dépendance prévoit soutenir la mise en place de la fonction de professionnel répondant en dépendance dans tous le réseau territorial de services.

¹⁷ Je réfère ici à toutes les situations de crises possibles, qu'elles soient suicidaires, parasuicidaires, psychosociales, domiciliaires, familiales, en lien avec un trouble de santé mentale ou liées à l'usage de substances.

doivent arriver d'autant plus rapidement et être bien arrimés. Il faut cibler et mettre en place des actions précises et en continu qui touchent directement les personnes présentant des troubles concomitants ou en situation de crise afin de prévenir une escalade des problématiques. Il faut également s'assurer que des filets de sécurité solides soient déployés afin de favoriser leur rétablissement et prévenir les rechutes. Il faut saisir toutes les opportunités pour intervenir le plus tôt possible et de façon personnalisée auprès des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et d'usage de substances.

7.2.1 Concevoir de meilleures portes d'entrée

Pour avoir accès aux soins et services appropriés au Québec, il faut d'abord trouver la bonne porte d'entrée.

Or, tel qu'il est ressorti de la preuve, les moyens pour avoir accès aux services spécialisés appropriés sont souvent nébuleux et les délais, insoutenables. Les schémas illustrant la structure des soins et services sont comparables à de réels labyrinthes et même les professionnels de la santé peinent à s'y retrouver¹⁸. Il va sans dire que cette situation peut entraîner de nombreux effets indésirables dont freiner la recherche d'aide, suspendre la trajectoire de soins, multiplier les visites à l'urgence et fragiliser les filets de sécurité.

L'accès aux bons services en santé mentale et en dépendance devrait être facilité et non complexifié. La clientèle visée est de fait vulnérable et est potentiellement au cœur d'une situation difficile, voire de crise. Sa capacité à chercher de l'aide est souvent affectée. Règle générale, une prise en charge rapide est de mise.

On ne laisserait jamais un patient atteint d'un cancer ou d'une condition grave trouver par lui-même un chirurgien, un oncologue, un médecin en soins palliatifs ou tout autre spécialiste pour prendre en charge sa condition. Il sera pris en charge par le réseau de la santé. Faisons de même pour les usagers souffrant d'un trouble de santé mentale ou lié à l'usage de substances.

Par conséquent, il faut s'assurer de déployer des actions concrètes afin que l'utilisateur soit amené à la bonne porte peu importe à laquelle il cogne et que le bon service vienne à lui (principes du *Outreach* et du *No Wrong Door*).

Les groupes de médecine familiale (GMF) et les CLSC sont des piliers de la première ligne et sont souvent la principale porte d'entrée aux soins de santé et aux services sociaux pour la population québécoise. En effet, ils sont présents (ou devraient l'être) dans toutes les régions du Québec et ont le bénéfice d'être en contact avec une grande partie de la population¹⁹. Quant aux urgences du Québec, elles accueillent un grand nombre d'utilisateurs en situation de crise qui requièrent une prise en charge rapide.

La première ligne devrait être un acteur de premier rang dans l'accès aux soins et services et leur arrimage, et ultimement dans la prévention du suicide.

Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent être en mesure de naviguer à travers le labyrinthe du réseau de la santé et de ses partenaires afin de pouvoir amener rapidement ses utilisateurs à la bonne porte et que les bons services soient arrimés.

R27. Je recommande au MSSS de mieux faire connaître aux établissements et aux professionnels de la santé l'éventail des soins et services disponibles pour les

¹⁸ Voir notamment la pièce CRR-14, soit la présentation PowerPoint du Dr Jutras-Aswad. À la diapositive 11, on retrouve une cartographie des services et la trajectoire actuelle de la clientèle adulte aux prises avec des troubles concomitants.

¹⁹ Selon l'Institut de la statistique du Québec, plus de la majorité des Québécois sont inscrits auprès d'un médecin de famille. Voir Institut de la statistique du Québec, [Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille \(quebec.ca\)](http://www.150stat.gc.ca/themes/99-000/00001/00001-eng.html) et voir aussi : [Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille - Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux \(gouv.qc.ca\)](http://www.150stat.gc.ca/themes/99-000/00001/00001-eng.html).

personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances.

Afin d'assurer une porte d'accès aux bons services, au bon moment et au bon endroit, il est aussi essentiel de pouvoir compter sur un mécanisme d'accès et de liaison simple, efficace, bien organisé et qui dispose des ressources pertinentes. Il faut également que les professionnels de la santé sachent qu'ils peuvent compter sur des intervenants disponibles et un mécanisme d'accès efficace pour les aider à arrimer les services, tant pour le traitement des troubles de santé mentale que ceux qui sont liés à l'usage de substances. Ils doivent pouvoir orienter facilement, rapidement et utilement leurs usagers.

Serait-il possible qu'en un clic ou un seul geste, un médecin de famille ou un référent puisse communiquer toute l'information utile afin d'arrimer adéquatement les services et que son patient ait rapidement des réponses? Le médecin de famille connaît bien son patient, ses besoins et le plan de traitements qui soit indiqué. C'est au cœur de son expertise. Pourquoi est-ce qu'un préposé d'un GASMA qui n'a jamais vu l'usager réoriente et annule unilatéralement une demande de consultation prescrite par son médecin²⁰? Est-ce que l'expertise et les connaissances des préposés du GASMA sont à ce point supérieures à celles des médecins traitants? J'ai plusieurs réserves à l'égard de cette approche.

Plusieurs excellents moyens et un guide GASMA (proposé par l'Association des médecins psychiatres du Québec en collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale) ont été proposés pour que toutes les régions du Québec disposent d'un mécanisme d'accès aux services en santé mentale capable d'offrir un excellent service, d'évaluer promptement la situation et les besoins de leurs usagers et de les orienter rapidement aux bons endroits. Assurons-nous maintenant que ces moyens ne restent pas des vœux pieux. Par le fait même, réduisons au maximum les délais et les démarches administratives.

Certaines régions sont en processus de mettre en place un système optimisé permettant d'intervenir brièvement et d'offrir un soutien dès qu'une demande est logée. Cette initiative mérite d'être uniformisée à travers la province.

Au-delà du Cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale du MSSS²¹, des actions concrètes et les ressources requises doivent maintenant être déployées pour rendre l'accès aux services réellement efficace et performant partout à travers le Québec, en maintenant au premier rang les intérêts des usagers traversant une situation de crise ou vivant avec des troubles concomitants. Ces derniers doivent avoir la sécurité d'esprit que peu importe la porte à laquelle ils cogneront, ils auront accès aux bons services.

²⁰ Selon le nouveau Cadre de référence, les intervenants du mécanisme d'accès en santé mentale ont l'autonomie professionnelle et le pouvoir décisionnel nécessaire à l'orientation des demandes. Voir : ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec - Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux*. Accessible en ligne, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>.

²¹ Ibid.

R28. Je recommande au MSSS d'intensifier le déploiement d'actions visant à optimiser les mécanismes d'accès et de liaison aux services en santé mentale et en dépendance à travers la province, notamment en :

- déployant les ressources nécessaires pour s'assurer que tous les mécanismes d'accès puissent évaluer promptement les demandes, arrimer les services, offrir une prise en charge rapide répondant aux besoins de l'utilisateur et éviter des interruptions de services;
- s'assurant que les équipes des mécanismes d'accès et de liaison reçoivent toute l'information pertinente ou y aient accès en continu afin de donner suite utilement et rapidement aux demandes de services;
- s'assurant que les équipes des mécanismes d'accès et de liaison échangent avec le médecin requérant (ou le référent) avant de réorienter ou d'annuler sa demande de service;
- fixant un délai de traitement et de suivi de la demande afin que chaque usager soit orienté dans l'immédiat ou promptement selon le besoin. Les demandes de services pour les usagers vivant avec des problèmes de santé mentale, des troubles concomitants ou des idées suicidaires devraient être réévaluées plus fréquemment (surtout si elles sont inscrites sur une liste d'attente);
- s'assurant que tous les mécanismes d'accès et de liaison aient les ressources pertinentes, dont un nombre suffisant d'intervenants et de psychiatres répondants, pour répondre rapidement aux demandes;
- mettant en place des corridors de services efficaces pour répondre aux besoins des usagers présentant des troubles d'usage de substances.

Il est ressorti des audiences que la présence en milieu hospitalier d'équipes ou d'intervenants de liaison d'organismes partenaires, par exemple d'un centre de crise ou de réadaptation en dépendance, facilite grandement l'arrimage des services, plus particulièrement avec une clientèle vulnérable et désaffiliée. L'intervenant de liaison peut s'assurer de la bonne coordination des services recommandés par l'équipe médicale et s'assurer qu'ils soient adéquatement mis en place. La présence d'une équipe d'intervenants en milieu hospitalier permet quant à elle de faire des rencontres en personne et sans délai avec l'utilisateur (qui est en observation ou hospitalisé), ce qui favorise grandement l'établissement d'une alliance thérapeutique entre l'utilisateur et l'intervenant du service recommandé. Au contraire, la remise d'une brochure ou d'une carte d'affaires d'un organisme est insuffisante pour aider un usager à obtenir du soutien et agir en prévention du suicide.

Un soutien personnalisé et des stratégies adaptées à la réalité des usagers présentant des troubles concomitants doivent être déployés pour leur offrir une réponse adéquate.

R29. Je recommande au MSSS de mettre en place des équipes interdisciplinaires d'intervention et de liaison en soutien aux équipes en milieu hospitalier, dont à l'urgence, afin que les usagers soient évalués, dirigés et pris en charge de manière optimale et personnalisée.

7.2.2 Rehausser l'offre de soins et services en santé mentale et en dépendance

Notamment, par son action 5.1, le plan prévoit poursuivre l'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Selon le MSSS, ce modèle de soins provenant du Royaume-Uni a été validé scientifiquement comme étant efficace et implantable au Québec.

Le PQPTM vise à permettre à chaque personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental de recevoir un service adapté à ses besoins en temps opportun, en fonction d'un modèle de soins par étapes. Ses piliers reposent sur trois principes fondamentaux :

1. Le monitoring en continu
2. Des intervenants formés et soutenus cliniquement
3. Une organisation et des services fondés sur les données probantes

Il s'agit d'une action prometteuse qui prévoit de mettre en place des traitements généraux et spécialisés en santé mentale (gratuits), incluant plusieurs niveaux d'intensité de psychothérapie, pour tous les Québécois qui en ont besoin. Les nouvelles technologies, dont la plateforme et les modèles de soins de télésanté, seront utilisées pour offrir à distance des services et déployer le PQPTM.

Le déploiement du PQPTM est prévu en deux phases, soit :

1. On prévoit d'abord mettre en place la première²² et la deuxième²³ étape du modèle de soins au sein des services de proximité. Il s'agit des soins de basse intensité;
2. Par la suite, les étapes suivantes du modèle de soins²⁴ seront déployées au sein des services spécifiques et spécialisés en santé mentale. On parle ici d'un niveau de soins de plus haute intensité et plus spécialisé.

Tout au long des auditions, nous avons vu que plusieurs services et modalités thérapeutiques en santé mentale, prévus par le PQPTM, sont complémentaires et s'additionnent au suivi médical traditionnel. Ils pourront être utilisés en tout temps et tout au long de la trajectoire de soins. Comme ils seront souvent offerts dans la communauté, ces services et modalités thérapeutiques devraient être moins stigmatisants et plus facilement accessibles. On cherche de plus en plus à délaisser les milieux hospitaliers pour privilégier des soins de proximité, dans le milieu de l'utilisateur.

Le PQPTM est ambitieux et reconnaît les problèmes d'accès aux soins et services en santé mentale. Il est la solution du MSSS pour rendre la psychothérapie gratuite et accessible dans tout le réseau public, favoriser l'accès aux services en santé mentale et réduire de manière significative les délais d'attente. Ses objectifs sont clairs et hautement louables.

En revanche, le PQPTM n'offre pas de solution concrète aux enjeux d'accès aux soins et services pour les troubles concomitants et donc au traitement des dépendances. Il encourage

²² La première étape du PQPTM a pour objectif l'acquisition de connaissances, d'outils et d'habiletés permettant aux usagers présentant des symptômes de troubles mentaux ou un trouble confirmé de devenir un acteur dans son rétablissement. Les interventions proposées sont l'éducation psychologique et la surveillance active. Pour plus de détails, voir le : [Document de soutien pour le repérage, l'intervention et l'orientation pour les adultes présentant des symptômes associés aux troubles mentaux fréquents dans les services sociaux généraux - Résumé des recommandations des étapes 1 et 2 du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie.](#)

²³ La deuxième étape du PQPTM s'adresse aux personnes ayant des symptômes d'un trouble mental qui n'ont pas bien répondu aux interventions de la première étape. Les interventions proposées incluent le soutien social, scolaire ou professionnel (comme les groupes de soutien ou d'entraide), les autosoins (par exemple la lecture de livres ou de sites Internet, des groupes d'autosoins), les programmes de soutien par les pairs ou groupe de soutien et d'entraide, les programmes structurés d'activités physiques en groupe, l'éducation psychologique en groupe. Pour plus de détails, voir le : [Document de soutien pour le repérage, l'intervention et l'orientation pour les adultes présentant des symptômes associés aux troubles mentaux fréquents dans les services sociaux généraux - Résumé des recommandations des étapes 1 et 2 du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie.](#)

²⁴ Essentiellement, la troisième étape inclut la psychothérapie, les programmes d'intervention individuelle utilisant des techniques cognitivocomportementales, la relaxation appliquée, la pharmacothérapie, les programmes de réadaptation et les rencontres avec un pair aidant. La quatrième étape inclut la pharmacothérapie en association avec les interventions de la troisième étape et différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des services de crise, des soins en hôpital de jour, des hospitalisations ou des programmes de réadaptation.

simplement la collaboration avec les services de dépendance dans certains cas. Les représentants du MSSS semblent convaincus que l'offre de services intégrera des soins en dépendance et répondra rapidement à un large éventail de besoins. Pour soutenir leur affirmation, des actions seront de mise.

Je demeure également sceptique quant à la concrétisation du projet dans les délais annoncés. En effet, au moment des audiences, il n'y avait pas d'échéancier public pour la mise en place des services annoncés et le plan des actions à poser pour le déploiement des deux phases demeurait imprécis. Il me semble aussi que de longs délais sont à prévoir pour répondre à la demande en psychothérapie et autres déclinaisons de traitements spécialisés partout à travers la province. Par exemple, le recrutement des ressources humaines pour offrir de la psychothérapie et les modalités thérapeutiques souhaitées à travers le Québec s'avèrent un défi de taille et aucune stratégie pour y faire face ne m'a été présentée.

Le déploiement des services pour la clientèle vivant avec des problèmes graves ou persistants de santé mentale ou des troubles concomitants doit demeurer au cœur des priorités. La mise en place de ces services mérite d'être accélérée et ne devrait pas être conditionnelle au déploiement de la première phase.

Il faut mettre en place un plan d'action précis, concret et innovateur afin d'assurer le succès du PQPTM.

En attendant le déploiement complet du PQPTM, des solutions temporaires doivent être mises en place pour faciliter l'accès aux services spécialisés en santé mentale et réduire les délais d'attente.

Par exemple, pour faciliter l'accès à la psychothérapie, un témoin entendu a suggéré de suivre les modèles de l'Australie et de la France, qui ont établi des ententes avec les psychologues œuvrant en cabinet privé et remboursent les services rendus par ces derniers à la suite d'une prescription de psychothérapie. Nous pourrions aussi nous inspirer de l'expérience de la pandémie à la COVID-19, où le gouvernement s'est rapidement ajusté et a investi de manière rapide et massive des ressources dans le déploiement d'effectifs et de services en santé mentale. Des services de psychothérapie privée ont également été achetés afin d'aider les Québécois présentant une souffrance psychologique.

R30. Je recommande au MSSS de déployer les ressources nécessaires afin d'accélérer la concrétisation du PQPTM et plus particulièrement la deuxième phase, qui vise à rendre accessibles gratuitement les services spécialisés en santé mentale de même que la psychothérapie à tous les Québécois.

Par exemple, il serait opportun de compléter et de rendre publics dans les plus brefs délais son plan d'action et son échéancier pour cette deuxième phase et d'identifier des personnes responsables de son déploiement.

R31. Je recommande au MSSS de mettre en place les actions et ressources nécessaires afin que le PQPTM offre une approche et des soins et services intégrés répondant aux besoins des usagers avec des troubles concomitants.

Par exemple, des soins et services pour les troubles concomitants (ou à tout le moins pour les troubles liés à l'usage de substances) devraient être ajoutés au modèle de soins. On doit également s'assurer que les usagers avec un trouble lié à l'usage de substances aient facilement accès au PQPTM.

R32. En attendant que les différentes modalités de traitements et de psychothérapie pour tous soient bien implantées à travers le Québec, je recommande au MSSS d'identifier et de mettre en place des mesures d'urgence temporaires et innovatrices qui permettent de répondre rapidement à la demande de services spécialisés en santé mentale, en traitement des dépendances et en prévention du suicide.

Malgré l'implantation du PQPTM, je perçois que l'offre de services dédiée à une clientèle avec des besoins complexes et des troubles concomitants demeure limitée.

L'action 5.2 du PAISM prévoit un rehaussement des services sociaux généraux et des services en santé mentale. Cette action vise essentiellement à optimiser la réponse aux besoins de la population en situation de pandémie. Elle ne répond donc pas aux besoins des usagers avec des troubles concomitants et des besoins complexes.

Par conséquent, j'estime que des efforts supplémentaires méritent d'être déployés pour répondre efficacement et à long terme aux besoins de la clientèle vivant avec des problèmes de santé mentale et concomitants graves, complexes ou persistants. Une multiplicité de soins et de services intégrés et personnalisés doit être implantée dans la communauté afin de rejoindre et de traiter cette clientèle trop souvent vulnérable et désaffiliée.

Premièrement, je suis d'avis qu'il faut prioriser l'accès à un psychiatre traitant ou à tout le moins à une équipe spécialisée en santé mentale. Pour ce faire, davantage de cliniques de proximité en santé mentale, en dépendance et en psychiatrie devraient voir le jour sur tout le territoire québécois. Les usagers avec des troubles concomitants et des besoins complexes devraient pouvoir compter sur des équipes multidisciplinaires et les bonnes ressources qui leur offriront une réponse globale et intégrée.

R33. Je recommande au MSSS de déployer davantage de ressources pour mettre en place dans les plus brefs délais des cliniques de proximité spécialisées en santé mentale, en dépendance et en psychiatrie de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

Ces cliniques doivent disposer de ressources interprofessionnelles adéquates ou y avoir accès pour prendre en charge des usagers avec des troubles concomitants.

Deuxièmement, les événements faisant l'objet de la présente enquête ont fait ressortir la présence accrue des troubles de la personnalité de même que des enjeux et des inégalités territoriales dans l'accès aux soins et services spécialisés requis (par exemple, le suivi médical, les groupes ou cellules pour les troubles de la personnalité, la psychothérapie et les unités spécialisées pour les troubles de la personnalité).

Selon plusieurs professionnels de la santé entendus, dont certains spécialisés dans le traitement des troubles de la personnalité, les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité ont généralement une grande variabilité affective, voient les choses tout en blanc ou tout en noir, ont une hypersensibilité au rejet ou à l'abandon ainsi qu'un immense vide intérieur. Lorsque la vie sollicite davantage leurs capacités et que des stressors importants apparaissent, elles peuvent rencontrer des difficultés à maintenir le cap. Elles seront plus à risque de développer une dépendance, des comportements suicidaires ou autodestructeurs et des difficultés relationnelles.

Plusieurs professionnels de la santé entendus estiment que presque près de la majorité des gens atteints d'un trouble de la personnalité a une dépendance à l'alcool ou aux substances d'abus, tentant ainsi de gérer ou d'atténuer leurs souffrances. Cette clientèle va fréquemment

avoir tendance à briser les alliances thérapeutiques, avoir des comportements suicidaires ou partir de façon précipitée de l'hôpital.

Ces éléments sont clairement ressortis des audiences et plus particulièrement le fait qu'il n'est pas aisé d'établir une alliance thérapeutique et de mettre en place un suivi à long terme.

Selon un psychiatre entendu, une personne avec trouble de la personnalité a souvent une souffrance intérieure et présente parfois un affect dépressif. En revanche, elle se ressaisit et se remet en action rapidement lorsqu'elle est à l'intérieur d'un cadre structuré. Le trouble de la personnalité ne peut être traité seul, sans que la problématique de dépendance (lorsqu'elle est présente) ne soit prise en charge. Il y a donc un véritable intérêt à traiter les deux de manière intégrée.

Compte tenu de la complexité et des enjeux liés à leur condition, il importe de déployer davantage de soins et services adaptés aux besoins des usagers souffrant d'un trouble de la personnalité. Ces services doivent être facilement accessibles partout à travers le Québec.

R34. Je recommande au MSSS de rehausser les soins et services spécialisés pour les personnes avec un trouble de la personnalité (par exemple des groupes de soutien, des équipes médicales spécialisées, des unités de soins spécialisées) de manière équitable partout à travers le Québec.

Troisièmement, j'estime qu'il faille rehausser et promouvoir les soins et services de soutien dans la communauté. Ceux-ci permettent d'amener les services auprès de la personne avec des problèmes de santé mentale et d'offrir une approche interdisciplinaire personnalisée. Ils complètent le suivi médical traditionnel, assurent un accompagnement directement dans le milieu de vie de la personne et offrent un soutien global dans le processus de rétablissement.

Il existe une gamme de services et d'équipes dans la communauté, dont :

- Programme pour premiers épisodes psychotiques qui est offert à une clientèle entre 12 à 35 ans;
- Soutien d'intensité variable (SIV) qui est offert à une clientèle avec un trouble de santé mentale grave ou complexe;
- Suivi intensif dans le milieu (SIM) qui est offert à une clientèle avec un trouble de santé mentale grave et dont la condition est instable ou fragile;
- Suivi d'intensité flexible (SIF) qui est offert à une clientèle avec un trouble de santé mentale grave ou complexe résidant en région éloignée ou à faible densité populationnelle;
- Soutien de base non intensif (SBNI) qui est offert à une clientèle avec un trouble de santé mentale plus stable ou qui nécessite un soutien plus léger;
- Traitement intensif bref à domicile (TIBD) qui vise à offrir à un usager des soins à domicile, mais dans un cadre semblable à celui de l'hôpital. Ce service vise à éviter une hospitalisation ou à en réduire la durée.

Il existe donc plusieurs équipes avec des critères d'admission multiples, variés et restrictifs. Il est facile de s'y perdre et les places sont limitées. Soulignons que ces services ont été sous-utilisés dans les événements étudiés alors qu'ils auraient été fort à propos. Sont-ils offerts aux usagers avec des idées suicidaires ou un trouble de la personnalité dont le niveau de fonctionnement est limité ou instable? Est-il nécessaire et utile d'avoir autant d'équipes et de compartimenter ainsi les programmes de suivi et soutien? Serait-il plus efficace de simplifier ou d'élargir le mandat des équipes afin d'assurer un meilleur accès aux services, de réduire le nombre d'intervenants impliqués auprès d'un usager, d'assurer une stabilité et une fluidité de la trajectoire de soins?

Dans tous les cas, il faut promouvoir, rehausser et simplifier les services de suivi et soutien dans la communauté afin de répondre au plus grand nombre d'usagers aux prises avec des problèmes graves ou complexes. Si nous souhaitons favoriser le rétablissement de la personne, réduire les risques de rechute et agir en prévention du suicide, il ne suffit pas d'assurer un nombre minimal de places²⁵. Il faut aller plus loin et s'assurer que les équipes de soutien dans la communauté puissent prendre en charge tous les usagers pour qui les services sont indiqués, et ce, en temps opportun et dans le milieu où ils se trouvent. Leur approche doit par ailleurs favoriser la création d'une alliance thérapeutique et la mise en place d'un suivi.

R35. Je recommande au MSSS de déployer davantage de ressources pour promouvoir, rehausser et simplifier les services de suivi dans la communauté de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

Il faut s'assurer que les services déployés soient facilement et rapidement accessibles et répondent aux besoins des usagers vivant avec des troubles concomitants.

7.2.3 Rehausser l'offre de services en situation de crise et en prévention du suicide

Nous avons vu plusieurs illustrations du phénomène de la porte tournante dans les urgences du Québec. En effet, trop souvent, on minimise les risques liés à la présence d'idées ou de comportements suicidaires et on baisse rapidement la garde face à un usager à plus faible risque. On libère parfois trop rapidement un usager ayant traversé une crise (psychosociale, suicidaire, détresse psychologique ou intoxication à une substance) dès que celle-ci s'atténue, et ce, sans nécessairement s'attaquer à la source du problème ni mettre en place des services en situation de crise ou en prévention du suicide.

De plus, nous avons vu que les équipes de soins mélangent parfois les concepts et les critères de garde en établissement et d'ordonnance de traitement, faisant en sorte qu'ils ne prennent pas le temps de préparer un congé et de mettre en place un filet de sécurité solide. Un manque de ressources ou des contraintes institutionnelles peuvent aussi causer une pression d'octroyer plus rapidement un congé hospitalier.

Par conséquent, plusieurs occasions d'agir en prévention du suicide peuvent être manquées.

Dans ce contexte, les cas de personnes qui posent des gestes suicidaires dans les heures ou les jours suivants un congé hospitalier peuvent malheureusement être nombreux. Ce constat traduit aussi la complexité d'évaluer avec exactitude l'état mental d'une personne à un moment donné, de se prononcer sur sa dangerosité et son risque suicidaire ainsi que de poser un diagnostic précis dans un court laps de temps. Soulignons qu'il n'existe pas de signe ou d'outil universel permettant de prédire un décès par suicide. Toutes les manifestations suicidaires devraient donc être prises au sérieux et mener à une intervention.

Au surplus, il faut accomplir le tout en maintenant le fragile équilibre entre les droits et libertés d'une personne, son droit à des soins et services personnalisés et notre désir collectif de le protéger.

Ainsi, les équipes de soins doivent disposer des ressources nécessaires pour pouvoir prendre le temps d'observer, d'évaluer et d'intervenir adéquatement auprès de leurs patients en situation de crise.

Les établissements de santé et de services sociaux de notre province devraient disposer de suffisamment de ressources, d'équipes spécialisées et d'espaces dédiés aux usagers traversant un épisode de crise afin de permettre une période d'observation adaptée à leurs besoins (telles une unité d'intervention brève en psychiatrie ou une unité de psychiatrie).

²⁵ Comme stipulé à l'axe du PAISM, il faut aller plus loin pour les usagers avec des troubles concomitants ou complexes, au même titre qu'on le fait pour le PQPTM et la psychothérapie.

Au cours de ce séjour, l'équipe de soins serait en mesure d'évaluer de manière plus approfondie l'état de la personne et ses besoins puis de mettre en place de manière optimale et personnalisée les soins et services requis. Ceci permettrait également un meilleur arrimage entre les intervenants des soins et services et l'usager.

Ces unités d'observation devraient être adaptées aux besoins des usagers et favoriser leur rétablissement. En effet, notons que plusieurs familles ont souligné que les milieux de soins sont souvent inhospitaliers et peu propices au rétablissement de l'individu.

R36. Je recommande au MSSS de déployer les ressources nécessaires pour mettre en place des aires d'observation et d'hospitalisation (telles une unité d'intervention brève en psychiatrie ou une unité de psychiatrie) dédiées à accueillir des usagers traversant un épisode de crise, et ce, de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

Nous devons aussi renforcer l'approche et la trajectoire de soins lors d'une hospitalisation en situation de crise, plus particulièrement dans l'organisation du congé hospitalier. Il faut s'assurer que les professionnels de la santé appliquent adéquatement et uniformément les bonnes pratiques²⁶.

Par exemple, il est fort préoccupant qu'un usager qui était en garde préventive (ce qui signifie qu'il représentait un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui) soit renvoyé quelques heures suivant son admission sans suivi ni filet de sécurité. Comment peut-on espérer son rétablissement et la diminution des risques de récurrence et de suicide? Par ailleurs, les proches ne peuvent constituer le seul facteur de protection et encore moins le seul filet de sécurité.

Comment briser le cycle de la porte tournante de l'urgence? Un des éléments clés est de travailler en amont et de planifier un congé hospitalier dit sécuritaire. En d'autres termes, un départ ne devrait être envisagé qu'une fois que l'état de l'usager a été adéquatement évalué, que son état se soit stabilisé, que la crise soit passée, que sa sécurité soit assurée et que les soins et services requis aient été mis en place afin de prévenir la récurrence d'une crise, favoriser le rétablissement de la personne et ultimement prévenir un décès violent ou par suicide. Il faut également qu'un suivi approprié ait été mis en place à très court terme.

On ne répétera jamais trop souvent que la période suivant un départ de l'hôpital (ou d'une ressource spécialisée) est un moment où l'usager est très vulnérable et à risque. Il faut qu'un changement de culture s'opère afin que le déploiement d'un congé hospitalier sécuritaire soit au cœur des priorités des équipes de soins. On doit s'assurer que toutes les personnes ayant traversé un épisode de crise ou présentant un risque de suicide qui passent par un centre hospitalier bénéficient d'un congé sécuritaire et de services proportionnels à leurs besoins.

R37. Je recommande au MSSS de demander à tous les établissements qu'ils aient un protocole clair assurant la mise en place d'un congé hospitalier sécuritaire pour les personnes vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise et de les soutenir dans la mise en place de ce protocole.

Une part significative des services spécialisés en intervention de crise et en prévention du suicide est offerte par des organismes à but non lucratif, dont les centres en prévention du suicide (CPS) et les centres de crise. Ils peuvent intervenir rapidement et directement auprès de l'usager en situation de crise. Ils sont des acteurs importants de la trajectoire des soins et

²⁶ Voir entre autres un document préparé par le MSSS : [Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette et R. Camirand \(2010\). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.](#)

jouent un rôle déterminant dans la stabilisation de l'état de l'utilisateur et la mise en place d'un congé sécuritaire. Ils sont de précieux partenaires du réseau public²⁷.

Le réseau de la santé, dont les urgences du Québec, sous-traite et recourt au quotidien aux services des CPS et des centres de crise pour la mise en place d'un suivi à la suite d'un congé hospitalier. Parfois, leurs services seront même utilisés pour désengorger des urgences. Ces organismes offrent ainsi des services, un soutien et parfois même un hébergement qui ne sont pas nécessairement disponibles dans le réseau public. Cette collaboration est vitale au réseau et à la sécurité des usagers. J'ai d'ailleurs perçu qu'il y a une reconnaissance réelle de leur apport et une volonté de tous les acteurs à travailler en synergie.

En plus du suivi auprès des personnes en détresse suicidaire (suivi régulier, étroit et soutenu) ayant reçu un congé hospitalier, ces deux types de centres peuvent offrir une gamme très variée de services spécialisés, dont :

- Intervention téléphonique 24 heures par jour, 7 jours sur 7 et relance téléphonique;
- Intervention pour personne en détresse suicidaire, incluant des rencontres en personne (par exemple à la suite d'un appel à leur ligne téléphonique);
- Service à l'entourage d'une personne en détresse suicidaire;
- Service pour personnes endeuillées par suicide;
- Intervention concertée (par exemple estimation du risque suicidaire à la demande des policiers);
- Hébergement de crise;
- Conseils et supports aux partenaires;
- Formation.

Tous leurs services sont gratuits, mais malheureusement, plusieurs régions du Québec n'ont pas accès à toute cette gamme de services de crise²⁸. Au surplus, la mission de ces organismes communautaires est souvent affectée par une précarité financière et une pénurie de personnel bien formé. Par exemple, ce ne sont pas tous les CPS qui sont en mesure d'offrir un suivi étroit et les centres de crise ne sont pas tous en mesure de répondre à la demande d'hébergement.

Ainsi, il faut continuer de rehausser l'accès aux CPS et aux centres de crise communautaires et leur offre de services dans toutes les régions du Québec. Il est crucial de s'assurer que les ressources (tant humaines, matérielles que financières) requises à l'accomplissement de leur mission leur soient octroyées de manière équitable. Il faut être ambitieux et aller au-delà que ce qui est prévu à l'action 2.2 du PAISM²⁹.

R38. Je recommande au MSSS de déployer les ressources nécessaires pour assurer la mise en place de CPS et de centres de crise communautaires de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

²⁷ Les CPS et les centres de crise ne sont pas des établissements du réseau. Ils ont donc une structure et un financement distincts des établissements du réseau et fonctionnent de manière autonome.

²⁸ Le PAISM reconnaît que plusieurs régions au Québec ne sont pas couvertes par une gamme complète de services de crise et a par conséquent mis en place l'action 2.2, soit de soutenir les centres de crise communautaires. Pour ce faire, le MSSS poursuivra la mise en place et la consolidation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie.

²⁹ L'action 2.2 du PAISM prévoit la mise en place et la consolidation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie uniquement.

R39. Je recommande au MSSS et au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de soutenir et de mettre en valeur les services et l'expertise des CPS et des centres de crise communautaires notamment en s'assurant qu'ils aient la reconnaissance et le financement nécessaires pour accomplir leur mission de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

De plus, une priorité devrait être donnée au déploiement d'équipes de suivi étroit à travers les CPS et les centres de crises communautaires.

Le suivi étroit est un filet de sécurité pour les personnes ayant fait une tentative de suicide ou qui ont été jugées à risque élevé de passage à l'acte. Plus concrètement, il s'agit d'un suivi rapide et intensif dans la communauté offert à la suite d'un congé hospitalier. Ce suivi a pour objectif d'assurer la sécurité de la personne, d'établir un plan de communication concret, d'offrir un suivi personnalisé, rapide et intensif, d'assurer la continuité des services et ultimement, de minimiser les risques de suicide.

Dans le cadre du suivi étroit, un professionnel de la santé ou un intervenant sera en contact et suivra l'utilisateur pendant une période donnée, soit :

- Pendant l'hospitalisation. Cette étape est essentielle afin d'établir une alliance thérapeutique, favoriser une bonne adhérence au service et prévoir le suivi. Si la personne refuse le service, l'équipe pourra effectuer des relances;
- des rencontres auront lieu dans les 24 à 48 heures qui suivent le congé hospitalier;
- des rencontres auront lieu dans les semaines ou les mois qui suivent, en fonction des besoins de l'utilisateur et l'évaluation de l'équipe.

Ce service est offert par environ 13 CPS. Leur expérience a largement démontré la pertinence du service.

Le suivi étroit n'est pas une action nouvelle, il est reconnu et a clairement fait ses preuves. Le MSSS a par ailleurs reconnu il y a plus d'une dizaine d'années qu'un « suivi étroit doit être proposé à toutes personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de passage à l'acte »³⁰.

Je crois sincèrement qu'il faille aller plus loin que ce que la Stratégie nationale de prévention du suicide propose et rehausser ce service afin qu'il soit déployé en priorité à travers le Québec³¹. Au surplus, le suivi étroit mérite d'être élargi et accessible à tous les Québécois ayant consulté ou été hospitalisés dans un contexte de crise suicidaire, indépendamment du niveau estimé du risque suicidaire. En effet, nous avons vu que l'estimation du niveau de risque est un exercice imparfait et très subjectif. Dans une perspective de prévention du suicide, je suis d'avis que ce service devrait être accessible au plus grand nombre, et non pas seulement aux usagers ayant été hospitalisés et présentant un risque jugé élevé.

R40. Je recommande au MSSS de mettre en place des équipes de suivi étroit de manière équitable dans toutes les régions du Québec et de rendre le service accessible à toutes les personnes présentant ou ayant présenté des idées ou des comportements suicidaires.

Dans son PAISM, le MSSS prévoit déployer 6 équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté (composées notamment de psychiatres, IPS et

³⁰ Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette et R Camirand (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.

³¹ À sa mesure 2.8, la Stratégie prévoit un chantier, soit améliorer l'offre de suivi étroit des personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de poser un geste suicidaire et y faciliter l'accès. Un chantier est une mesure à caractère exploratoire, qui vise à examiner, au préalable, la pertinence et la faisabilité d'éventuelles actions d'intérêt jugées prometteuses, selon l'information disponible au moment de l'adoption de la Stratégie.

TS). Ces équipes offriront un suivi aux usagers qui ont reçu un congé de l'urgence à la suite d'un épisode aigu lié à un trouble mental. Leur mandat m'apparaît très similaire aux équipes de suivi étroit. Viendront-elles remplacer, compétitionner ou compléter les équipes de suivi étroit?

Je ne peux que constater qu'on ne cesse de créer et de mettre en place des équipes différentes : suivi intensif dans le milieu, soutien d'intensité variable, suivi d'intensité flexible, soutien de base non intensif, traitement intensif bref à domicile, suivi soutenu, intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté. À cela s'ajoute le suivi étroit et les programmes émanant d'organismes communautaires comme l'équipe mobile de crise Résolution à Montréal et le service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance (SILAR) à Québec. Il devient très difficile de s'y retrouver et de voir la plus-value de chacune de ces équipes, qui ne travaillent pas nécessairement ensemble.

Pourquoi multiplier les types d'équipe plutôt que d'investir dans celles qui existent déjà et qui ont fait leurs preuves? Comment s'assurer de mettre en valeur les équipes qui sont déjà en place et favoriser une cohésion, une concertation et une collaboration avec celles-ci? Peut-on rehausser la mission des équipes déjà en place, s'assurer qu'elles soient présentes partout à travers le Québec et prolonger leur prise en charge plutôt que de créer de nouvelles structures et multiplier les équipes devant se succéder auprès d'un usager?

Il est essentiel de simplifier et de faciliter l'accès au bon service pour tous les usagers.

R41. Je recommande au MSSS d'harmoniser et de simplifier la gamme de services offerts dans la communauté (en santé mentale, en situation de crise et en prévention du suicide) afin de consolider les acquis et de mettre en valeur l'expertise des services déjà en place.

R42. Je recommande au MSSS de s'assurer que ses équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté travaillent en complémentarité et de manière intégrée avec les équipes de suivi étroit et les autres équipes déjà en place.

Revenons aux CPS et aux centres de crise. Comme leurs services sont souvent méconnus, il importe d'intensifier leur notoriété tant au niveau des professionnels de la santé que du public. Ces derniers doivent développer le réflexe de penser et recourir aux CPS et aux centres de crise.

En ce sens, des ententes ou des protocoles de collaboration permanents devraient être établis entre les établissements, la ligne Info-Social (811), les professionnels de la santé (plus particulièrement les médecins de première ligne), les CPS et les centres de crise d'une même région³², cela dans l'objectif de promouvoir l'expertise et les services des CPS et des centres de crise. Par exemple, il serait judicieux de prévoir les situations où les centres hospitaliers doivent recourir aux services des CPS et des centres de crise afin de favoriser un arrimage efficace et rapide des services, dont le suivi étroit. Il serait également utile de prévoir un mécanisme de partage de l'information.

Les CPS et centres de crise devraient également pouvoir compter sur le réseau lorsqu'ils sollicitent l'expertise et le soutien des professionnels de la santé de leur secteur. Notamment, il serait judicieux de mettre en place un mécanisme ou une procédure d'accès aux services pertinents pour leur clientèle (par exemple, un support médical pour les problèmes de santé physique et mentale, le traitement pharmacologique ou le sevrage, des services psychosociaux) de même qu'au service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie et de professionnel répondant en dépendance.

³²Le PAISM prévoit notamment la mise en place de mécanismes de concertation territoriale avec les partenaires communautaires et intersectoriels (action 7.7.1) et une concertation nationale avec les établissements et les organismes en santé mentale (action 7.7.2) permettant de rehausser la qualité, la continuité et la complémentarité des services en santé mentale.

R43. Je recommande au MSSS de mettre en valeur et de soutenir davantage les CPS et les centres de crise communautaires :

- dans la promotion de leur expertise et leurs services auprès des établissements, des professionnels de la santé et de la population à travers le Québec;
- dans la mise en place de protocoles de collaboration avec les établissements, la ligne Info-Social et les professionnels de la santé de leur région, et ce, dans le but de favoriser le référencement vers leurs services et un partage optimal de l'information;
- dans la mise en place d'un mécanisme d'accès aux soins et services offerts par le réseau des soins de santé et de services sociaux (dont le service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie et de professionnel répondant en dépendance) de leur région.

7.3 Rehausser les services d'hébergement

À la suite d'une hospitalisation dans un contexte de crise, plusieurs usagers ont besoin d'un milieu d'hébergement transitoire et ne sont simplement pas prêts à retourner seuls dans leur milieu de vie.

Plusieurs types d'hébergement existent et ont été sollicités dans le cadre des événements analysés. Nommons-les : les centres de crise, les ressources intermédiaires en santé mentale, les centres d'intervention en dépendance et des centres d'hébergement pour les personnes souffrant d'un problème de dépendance.

Ces types d'hébergement peuvent offrir une stabilité à leurs résidents, mais trop souvent, ils ne disposent pas des ressources spécialisées et d'une souplesse optimale pour répondre aux besoins complexes de leur clientèle. Plusieurs organismes sont dédiés à prendre en charge un problème spécifique et non les risques suicidaires et les problèmes concomitants vécus par leur clientèle.

De plus, il est ressorti que le nombre de demandes d'hébergement temporaire excède souvent le nombre de places disponibles, de telle sorte que plusieurs demandes doivent être refusées ou se retrouvent sur une longue liste d'attente. Considérant également qu'un médecin a témoigné qu'une hospitalisation prolongée pouvait aggraver la problématique et que la période suivant un congé était une période à haut risque, les ressources d'hébergement transitoires et spécialisées m'apparaissent comme une partie intégrante de la trajectoire de soins et du déploiement d'un filet de sécurité pour plusieurs usagers.

Il faut reconnaître que la clientèle tend de plus en plus à présenter des troubles variés et concomitants. Les ressources à vocation unique doivent s'adapter afin de répondre aux besoins multiples de sa clientèle.

Je suggère donc de promouvoir la mise sur pied de milieux d'hébergement innovants, souples et personnalisés aux besoins de leur clientèle. Il faut insister sur l'importance de la mise en place de services interdisciplinaires décloisonnés. Par exemple, les ressources en santé mentale doivent disposer de ressources pertinentes pour prendre en charge de manière simultanée les résidents présentant des troubles liés à l'usage de substances ou y avoir accès facilement.

On doit également s'assurer qu'elles aient les ressources nécessaires pour prendre en charge de manière sécuritaire des usagers dont l'état n'est pas totalement stabilisé et qui ont

un potentiel suicidaire. Les résidents devraient avoir facilement accès aux équipes spécialisées œuvrant dans la communauté lorsqu'ils séjournent dans une ressource, surtout si celle-ci ne dispose pas de toute l'expertise pour intervenir face à leurs conditions. En somme, on doit s'assurer que les usagers aient un endroit adapté où séjourner et que leurs besoins soient comblés.

R44. Je recommande au MSSS de déployer toutes les actions nécessaires afin que toutes les régions du Québec disposent de manière équitable de services d'hébergement transitoire offrant un milieu de vie innovant, tolérant et adapté aux besoins multiples de leur clientèle.

7.4 Bonifier et faciliter le partage de l'information

Le succès des interventions en matière de santé mentale, de dépendance et de prévention du suicide dépend largement de la concertation entre toutes les forces impliquées. Il est ainsi toujours d'actualité d'encourager les mesures favorisant le partage de l'information et la synergie entre les multiples intervenants et organisations engagés dans la prévention du suicide³³.

Nous avons déjà nommé la nécessité de mettre en œuvre des procédures et mécanismes de partage de l'information entre tous les professionnels de la santé et leurs collaborateurs (par exemple, les intervenants des organismes communautaires). Cela aurait également pour effet de faciliter et d'optimiser la communication entre les professionnels de la santé et les usagers. On veut éviter autant que possible que les usagers vulnérables n'aient à répéter intégralement leur histoire à plusieurs reprises à de nombreux intervenants. On veut également éviter que des informations importantes ne se perdent.

De plus, je suis d'avis qu'il serait bénéfique de centraliser les renseignements afin d'assurer un partage fluide de l'information et de retrouver à un endroit une vue d'ensemble de la trajectoire de soins d'un usager qui inclut les renseignements portant sur son état de santé mentale.

De manière plus élargie, j'ai retenu qu'il y a un intérêt à revoir le cadre juridique entourant le partage de l'information et la levée du secret professionnel afin de mieux prévenir les décès par suicide. Le tout devrait bien évidemment être fait dans le plus grand respect des droits et libertés des usagers.

Soulignons que de nombreux témoins entendus ont dénoncé que les règles entourant la confidentialité et le secret professionnel les limitent grandement dans la collecte d'informations et leur intervention auprès des personnes en crise ou présentant un potentiel suicidaire. Un accès limité aux renseignements pertinents est susceptible de nuire à leur évaluation, leur prise en charge, à l'arrimage des services, au déploiement d'un filet de sécurité et à la collaboration entre les différents secteurs d'intervention. De plus, les CPS, les organismes communautaires (par exemple les centres de crise, les ressources en santé mentale ou les centres d'intervention en dépendance) n'obtiennent souvent que très peu d'information des professionnels de la santé et des établissements du réseau. Ils se voient ainsi limités dans leur évaluation, leur intervention et leurs actions en prévention du suicide.

De plus, plusieurs professionnels interprètent de manière très restrictive et rigide les règles de confidentialité et du secret professionnel. Conséquemment, ils impliquent peu les proches et ne tentent pas de le faire.

³³ Le PAISM prévoit notamment favoriser l'accompagnement par les familles, l'entourage et les différents partenaires par de meilleures pratiques en matière de confidentialité et de partage des renseignements. Le MSSS soutiendra ainsi l'élaboration et la diffusion d'outils cliniques afin de mettre en place de bonnes pratiques en matière de confidentialité et de partage de l'information (action 7.5).

Nous demandons par ailleurs aux professionnels de la santé et aux divers intervenants de travailler en interdisciplinarité, mais leur compréhension du droit et des règles applicables les en empêche très souvent.

Voyons voir ce que la législation actuelle prévoit en matière de secret professionnel et de confidentialité.

La Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c-12, stipule que :

9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.

L'article 60.4 du Code des professions, c-26³⁴, prévoit que :

Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Pour l'application du troisième alinéa, on entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, précise que :

19. Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. [...]

19.0.1. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur

³⁴ Le Code des professions s'applique à toutes les personnes qui pratiquent une profession d'exercice exclusif et à titre réservé, comme les médecins, les dentistes, les infirmiers, les pharmaciens, les psychologues, les psychothérapeutes, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes.

des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement.

Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable.

À la suite des audiences, il a été porté à mon attention qu'un projet de loi portant sur le partage des renseignements a été présenté par le ministre de la Cybersécurité et du Numérique en collaboration avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, soit le Projet de loi 3, Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Ce projet de loi a été sanctionné le 4 avril 2023³⁵.

Selon le ministre de la Cybersécurité et du Numérique, cette loi établit un cadre juridique nouveau et spécifique aux renseignements de santé et de services sociaux³⁶. Elle permettra d'optimiser l'utilisation de ces renseignements et leur communication en temps opportun, en vue d'améliorer la qualité des services offerts à la population.

Cette loi abolit le Dossier Santé Québec (DSQ) et le remplace par le système national de dépôt de renseignements (soit le Dossier santé numérique ou le DSN). Celui-ci sera similaire à un moteur de recherche et permettra d'avoir accès à une partie ou à l'ensemble des renseignements de santé et de services sociaux concernant une personne. Ce nouveau système sera accompagné de plusieurs modalités et permettra vraisemblablement un partage plus rapide et efficace de l'information entre tous les professionnels et organismes du secteur de la santé et des services sociaux (qui est défini de manière très élargie).

En effet, l'architecture ainsi créée permettra de rattacher les renseignements à la personne et non aux établissements dans lesquels elle a reçu des soins ou services. Par conséquent, un professionnel qui aurait besoin d'avoir accès à des renseignements concernant son patient (par exemple, ses consultations et hospitalisations récentes dans différents milieux) pourra interroger le DSN et obtenir dans l'immédiat toute l'information pertinente. Il n'aura plus à transmettre par télécopieur ou courrier plusieurs demandes de copie de dossier à divers établissements et attendre des jours, voire des semaines, pour obtenir une réponse.

Cette loi aborde la question de la levée du secret professionnel. Elle reprend l'essence de ce qui était déjà prévu dans la législation actuelle (dont l'article 60.4 du Code des professions vu précédemment). Certains termes sont modifiés, comme « suicide » est remplacé par « tentative de suicide », afin d'harmoniser le vocabulaire utilisé dans les différentes législations. Aucun assouplissement n'est toutefois prévu pour la levée du secret professionnel face à une personne en situation de crise ou présentant un potentiel suicidaire. La seule modification substantielle est l'ajout de la levée du secret professionnel en situation de disparition :

67. Un organisme peut communiquer un renseignement qu'il détient en vue de protéger une personne ou un groupe de personnes identifiable lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves, lié notamment à une disparition ou à un acte de violence, dont une tentative de suicide, menace cette personne ou ce groupe et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence.

³⁵ Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, 2023, chapitre 5.

³⁶ Le terme « renseignements de santé et de services sociaux » est défini de manière très large dans la loi. L'article 2 prévoit qu'« est un renseignement de santé et de services sociaux tout renseignement qui permet, même indirectement, d'identifier une personne et qui répond à l'une des caractéristiques suivantes : 1° il concerne l'état de santé physique ou mentale de cette personne et ses facteurs déterminants, y compris les antécédents médicaux ou familiaux de la personne (...) ».

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce risque, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Seuls les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication peuvent leur être communiqués.

Un organisme ne peut être poursuivi en justice pour avoir communiqué de bonne foi un renseignement en application du présent article. Il en va de même de toute personne qui, au nom de l'organisme, participe de bonne foi à une telle communication, même indirectement.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable.

Cette nouvelle disposition introduit une protection à ceux qui communiquent de bonne foi des renseignements dans ce contexte. Ces nouveautés pourraient rassurer les professionnels de la santé et favoriser l'application de la levée du secret professionnel.

L'article 69 de la loi encadre et légitime le partage de renseignements avec les corps policiers. Elle permet notamment la communication de renseignement dans le cadre de pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières :

69. 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.

Cette loi favorisera vraisemblablement un meilleur partage de l'information dans les années à venir. En revanche, elle ne révolutionne pas les règles touchant la levée du secret professionnel. Je suis d'avis qu'il faut donc poursuivre les réflexions et retravailler la question de la levée du secret professionnel dans un contexte de troubles de santé mentale, d'usage de substances ou de potentiel suicidaire. Il faut que notre législation permette aux intervenants d'échanger légitimement l'information utile pour intervenir en amont, avant que la situation ne dégénère vers un acte de violence ou un suicide. Il faut que le partage des renseignements se fasse dans le respect des droits et libertés des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et n'alimente pas les préjugés et la stigmatisation.

Pour ce faire, il serait opportun de mandater un comité consultatif d'experts pour se pencher sur la question et émettre des recommandations quant à l'opportunité et les manières d'assouplir les règles afin de prévenir des actes de violence et des décès par suicide.

Je recommande au ministère de la Sécurité publique, en collaboration avec le MSSS et le ministère de la Justice :

- R45. de créer un comité consultatif d'experts qui aura le mandat de se pencher sur la révision du cadre juridique entourant le partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel afin de prévenir des actes de violence et des décès par suicide;
- R46. de revoir les règles en matière de partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel afin de mieux prévenir des décès violents ou par suicide.

7.5 Impliquer davantage les proches

En général, tous s'entendent que les proches d'une personne vivant avec des troubles concomitants sont des facteurs de protection importants. De plus, en adoptant une approche respectueuse des droits et libertés de l'utilisateur, les proches peuvent contribuer à la trajectoire de soins, de la prise en charge jusqu'au déploiement de filets de sécurité.

Or, même lorsque les proches sont bienveillants et expriment clairement leur désir d'aider, ils ne se voient pas nécessairement offrir la possibilité d'être entendus ou d'accompagner l'utilisateur. Ils se sentent conséquemment démunis et peu impliqués, voire exclus, des soins et du processus de rétablissement. Ils sentent fréquemment qu'ils dérangent ou qu'ils sont perçus comme des persona non grata. Lorsqu'un événement violent ou un décès par suicide survient, ils ressentent conséquemment une colère et une culpabilité décuplées qui s'ajoutent à leur deuil, les rendant eux-mêmes vulnérables et à risque.

Lors de l'enquête, nous avons constaté qu'à travers les années, les professionnels de la santé et les intervenants n'ont pas développé suffisamment de moyens pour impliquer les proches. Ils ont parfois des biais, une mauvaise compréhension des principes juridiques ou craignent indûment de les transgresser.

7.5.1 Bonnes pratiques

Il est essentiel de mettre en place de bonnes pratiques empreintes de bienveillance afin de mieux intégrer et écouter les proches dans le respect des droits de chacun. Ainsi, tous les établissements et les organismes œuvrant auprès des usagers devraient adopter des mesures et des protocoles formels pour aborder le consentement de même que les moyens d'impliquer la famille tout au long de la trajectoire des soins.

Par exemple, une représentante du Rucher a témoigné qu'ils ont modifié leur procédure afin d'aborder avec tous leurs résidents la question de la divulgation d'information avec un proche dès l'admission d'un nouveau résident.

Toutes les familles entendues lors des audiences étaient bien intentionnées. Elles voulaient être intégrées dans la trajectoire de soins afin de mieux comprendre leur proche aux prises avec des troubles de santé mentale et mieux l'aider. Les familles ont ainsi recommandé que l'approche du triangle des soins soit privilégiée afin d'intégrer les proches. Ce modèle vise à ce que l'utilisateur, les soignants et les proches travaillent ensemble tout au long de la trajectoire de soins. Il favorise la création d'une alliance thérapeutique et la circulation de l'information entre tous les intervenants.

Dans son Plan d'action en santé mentale 2015-2022 et dans son plus récent PAISM 2022-2026, le MSSS a confirmé sa volonté d'intégrer les proches à la trajectoire de soins. En revanche, il y a lieu d'aller plus loin que l'action 7.5 du PAISM qui prévoit l'élaboration et la

diffusion d'outils cliniques afin de mettre en place les bonnes pratiques en matière d'application de la confidentialité et de partage de l'information.

Le MSSS doit identifier et diffuser activement les bonnes pratiques pour rehausser l'implication des proches en santé mentale et s'assurer que les intervenants œuvrant auprès d'une clientèle vivant avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance soient formés en conséquence.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale, avec le financement du MSSSS, a initié des démarches en ce sens et est en processus d'élaborer un guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale. Ce guide vient de la volonté du réseau d'opérer un changement de culture vers une plus grande implication des proches et de développer une véritable collaboration avec ces derniers. Selon les représentations du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ce guide sera rendu public sous peu et devrait notamment reposer sur l'approche du triangle de soins.

Si ce guide est complet et adéquat, le MSSS devra se mettre en action pour le déployer à travers ses établissements.

Je recommande au MSSS :

- R47. de revoir les formulaires, dont celui de consentement, utilisés dans le réseau afin d'y inclure la question du partage de l'information et l'implication des proches. Un formulaire devrait également être proposé aux organismes partenaires;
- R48. de soutenir davantage ses établissements et leurs partenaires, dont les organismes communautaires, afin qu'ils mettent en place de bonnes pratiques pour impliquer les proches dans la trajectoire des soins en santé mentale, en dépendance et en prévention du suicide;
- R49. de soutenir davantage ses établissements et leurs partenaires, dont les organismes communautaires, afin qu'ils forment leurs équipes sur les bonnes pratiques pour impliquer les proches dans la trajectoire des soins en santé mentale.

7.5.2 Assistant au majeur apte

La Loi sur le curateur public a récemment traversé une transformation en profondeur³⁷. Les régimes de protection aux majeurs ont été modifiés notamment afin de répondre aux nouvelles réalités socio-économiques, de tenir compte des tendances internationales, d'offrir des mesures de protection mieux adaptées, simplifiées et plus performantes, de prévenir les abus et la maltraitance et de valoriser l'autonomie des personnes en situation de vulnérabilité en tenant compte de leurs volontés et préférences.

Dans cette foulée, une nouvelle mesure a vu le jour : l'assistant au majeur apte. Cette mesure s'adresse à toutes les personnes majeures aptes présentant certaines difficultés ou limitations, qui souhaitent obtenir l'assistance et l'aide d'une ou deux personnes de leur choix.

L'assistant au majeur apte obtient une reconnaissance officielle pour aider un proche. Son rôle est essentiellement d'aider la personne assistée à prendre soin d'elle-même, à prendre des décisions, à exercer ses droits et à administrer son patrimoine.

³⁷ La Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité a été adoptée le 2 juin 2020 et est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2022.

L'assistant peut communiquer avec des tiers au nom de la personne assistée. Il peut divulguer, recevoir et demander des renseignements confidentiels ou protégés par le secret professionnel. Il peut vulgariser et agir comme porte-voix pour le compte du majeur assisté tout au long de sa trajectoire de soins. Par exemple, il peut communiquer et effectuer des suivis avec les médecins du majeur assisté pour faciliter les suivis médicaux.

Le processus pour nommer un assistant au majeur semble par ailleurs simple. Il ne requiert pas de rapport psychosocial, ni d'intervention judiciaire, ni d'ouverture d'un régime de protection.

Un Registre public des assistants a aussi été créé et permet à toute personne de vérifier le statut d'un assistant.

J'ose espérer que cette nouvelle mesure facilitera l'implication des proches et le partage de l'information.

7.6 BONIFIER L'INTERVENTION DES POLICIERS

Les policiers sont souvent parmi les premiers à intervenir lorsque la santé mentale d'une personne se détériore ou que ses problèmes de consommation s'intensifient. Ils sont ainsi très souvent impliqués dans des situations de crises psychosociales ou suicidaires complexes. Et tous confirment que le nombre d'appels dans ces circonstances a bondi dans les dernières années. Les attentes de la population augmentent également : on souhaite que les policiers soient des agents de prévention. L'OMS donne par ailleurs aux policiers un rôle de sentinelles en matière de prévention du suicide³⁸.

Au cours de leurs interventions auprès de personnes en crise et dont l'état mental est perturbé, les policiers ont bien souvent très peu d'informations sur l'état de santé de la personne et sa trajectoire de soins. Ils peuvent en plus rencontrer des enjeux de communication avec la personne en crise, les limitant dans la cueillette d'informations. D'ailleurs, ils n'ont généralement pas accès au contenu des dossiers médicaux, dont les antécédents en santé mentale et suicidaires. Ils doivent malgré tout déceler les risques et, le cas échéant, les évaluer, puis prendre rapidement des décisions quant à la conduite à tenir. Est-ce que leur conduite sera axée sur l'investigation d'acte criminel et la judiciarisation des méfaits ou sur l'évaluation de la dangerosité et l'hospitalisation? Est-ce qu'une solution sera recherchée pour réduire les méfaits, les interventions policières et les hospitalisations?

Selon l'approche retenue par les policiers auprès de la personne en crise, il peut s'ensuivre une augmentation des méfaits, une multiplication des interventions policières, une surjudiciarisation, un engorgement des urgences, une aggravation de la situation de crise... ou bien, une prise en charge optimale et interdisciplinaire de la crise pouvant mener au rétablissement de la personne et à la prévention de décès violents ou par suicide.

À travers leurs actions et leur approche, les policiers peuvent avoir un impact réel sur le parcours et le rétablissement d'une personne.

Bien qu'ils reçoivent une formation initiale de plus d'une soixantaine d'heures en santé mentale et dépendance (au CÉGEP et à l'ENPQ), les policiers ne sont pas des professionnels de la santé et n'ont pas le mandat de le devenir. Cependant, ils peuvent certainement être des sentinelles, jouer un rôle actif dans le rétablissement des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance et contribuer directement à la prévention du suicide. Pour ce faire, j'ai retenu plusieurs pistes de solutions.

Premièrement, les mesures de sensibilisation et les formations en détection du risque suicidaire et en prévention du suicide destinées aux policiers devraient être intensifiées. Plus

³⁸ Organisation mondiale de la santé, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, Bibliothèque de l'OMS, 014, p. 8.

particulièrement, l'ENPQ pourrait bonifier la formation des aspirants policiers en approfondissant davantage les notions et outils portant sur la détection du risque suicidaire (dont les repères utiles, les signes avant-coureurs, les groupes à risque, les moments critiques et les événements précipitant un passage à l'acte) et les interventions optimales.

Au niveau du perfectionnement et de la formation continue, les policiers devraient pouvoir bénéficier des meilleures formations en détection du risque suicidaire et en intervention auprès d'une personne en crise ou présentant un état mental perturbé. Cette addition a pour but de développer chez les policiers une sensibilité accrue et de plus grandes compétences en matière de détection du risque suicidaire et de prévention.

Il serait également bénéfique que les formations destinées aux aspirants policiers et aux policiers soient développées et offertes en collaboration avec le réseau de la santé et les organismes en prévention du suicide afin de favoriser une approche et un langage communs.

R50. Je recommande au MSP, en collaboration avec l'ENPQ, de rehausser la formation de base et continue en approfondissant davantage les notions ou outils portant sur la détection du risque suicidaire et l'intervention auprès d'une personne en crise ou présentant un état mental perturbé.

Il serait judicieux de développer le contenu pédagogique en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux de même que les organismes en prévention du suicide afin de favoriser une approche et un langage communs.

Deuxièmement, à la lumière des événements étudiés et de l'expérience de plusieurs corps policiers, il serait clairement bénéfique de rehausser le recours à un intervenant psychosocial ou en prévention du suicide³⁹ dans le contexte d'intervention auprès d'une personne avec un état mental perturbé ou dans une situation de crise. L'intervenant a une expertise très précieuse et sa contribution ne devrait pas se limiter qu'à l'évaluation à distance de la dangerosité d'une personne. Lorsque son soutien est sollicité par les policiers, son intervention devrait être élargie afin qu'il puisse notamment :

- appuyer davantage les policiers et prendre le relais au besoin;
- évaluer de manière plus globale la situation de crise et l'état de la personne de même que ses besoins;
- offrir des services spécialisés en intervention de crise afin de contribuer à l'apaisement de la crise, d'assurer la sécurité de la personne et de définir un plan d'action;
- accompagner, orienter et référer la personne vers les bons services et au besoin, vers un milieu d'hébergement;
- intégrer des proches;
- au besoin, offrir un suivi adapté.

Il faut souligner que les services d'aide en situation de crise (ci-après « SASC ») offerts par des établissements ont déjà le mandat d'offrir ces services, mais il semble qu'une diversité de facteurs fait en sorte qu'ils ne puissent le faire de manière optimale lorsqu'ils sont sollicités. En continuité avec l'action 2.3 du PAISM, il faut s'assurer que les SASC soient disponibles dans toutes les régions du Québec et qu'ils disposent des ressources pertinentes pour accomplir pleinement leur mandat lors de leur intervention avec les corps policiers.

Ultimement, tous les policiers devraient pouvoir compter sur le soutien d'un intervenant psychosocial en tout temps pour faire face utilement à une situation de crise. Il serait également utile qu'ils sollicitent les organismes en prévention du suicide au besoin ou qu'ils leur réfèrent des individus au besoin. Par exemple, lorsqu'une intervention policière auprès d'une personne ayant un potentiel suicidaire ne mène pas à un transport vers un centre

³⁹ Par exemple, plusieurs corps de police ont accès à un travailleur social par le biais de services d'aide en situation de crise des services sociaux généraux.

hospitalier, il serait prudent de mettre l'individu en contact avec un intervenant qui puisse assurer un suivi et mettre en place un filet de sécurité.

Des corps policiers ont décidé d'aller encore plus loin et de mettre en place des pratiques mixtes d'interventions. Ils ont ainsi engagé des intervenants psychosociaux ou communautaires qui travaillent étroitement et se déplacent au quotidien avec les policiers. Ces équipes spécialisées sont formées pour agir auprès de personnes en situation de crise ou aux prises avec différentes problématiques telles que des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances. Elles permettent une approche humaine, un travail de concertation, une continuité des services et la mise en place de solutions adaptées favorisant le rétablissement de la personne dans la communauté et la prévention de la judiciarisation. Ces pratiques m'apparaissent comme un modèle prometteur ayant fait ses preuves et devraient être étendues à travers la province.

Ainsi, le MSSS et le MSP se sont engagés à consolider les pratiques mixtes d'intervention psychosociale et policière de proximité déjà en place et à en mettre en œuvre là où elles sont inexistantes, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois⁴⁰.

Je recommande au ministère de la Sécurité publique, en collaboration avec le MSSS :

- R51. de déployer en priorité tous les efforts et ressources nécessaires pour que tous les corps de police du Québec aient accès facilement et en tout temps à un service d'aide en situation de crise (SASC) afin de mieux les appuyer dans leurs interventions auprès d'une personne présentant un état mental perturbé ou traversant une crise;
- R52. de rehausser et d'élargir le champ d'action des intervenants sollicités (notamment du SASC) afin que toute leur expertise soit mise à profit;
- R53. d'intensifier les ressources et les efforts pour déployer des équipes mixtes d'intervention (composées de policiers et d'intervenants communautaires ou psychosociaux) dans toutes les régions du Québec et de soutenir tous les corps de police en ce sens.

Finalement, il y a certainement lieu de continuer à promouvoir le développement de projets innovateurs pour soutenir et bonifier l'intervention des policiers auprès des personnes présentant un état mental perturbé et en matière de prévention du suicide. Tel que proposé par un représentant de l'ENPQ, il serait également pertinent de documenter systématiquement les types de moments critiques et d'événements précipitant un passage à l'acte suicidaire propres aux différentes communautés desservies. Ces données pourraient bonifier les actions de tous les intervenants impliqués, permettre une vigilance accrue et orienter les actions en matière de prévention du suicide.

- R54. Je recommande au MSP de continuer à promouvoir le développement de projets innovateurs pour bonifier l'intervention des policiers auprès des personnes en crise et en matière de prévention du suicide et à soutenir les corps policiers dans le développement de ces projets.

⁴⁰ PAISM, action 2.4.

7.7 PROMOTION ET SENSIBILISATION

7.7.1 Population générale

Encore à ce jour, beaucoup trop de préjugés, de biais et de stéréotypes subsistent en lien avec le suicide, les troubles de santé mentale et ceux liés à l'usage de substances. Ils existent dans toutes les sphères de la population et peuvent entraîner de la stigmatisation et de la discrimination. Qu'est-ce que cela signifie concrètement?

La stigmatisation liée à la santé est un processus social à travers lequel se construisent ou se renforcent des représentations sociales négatives à l'égard de certains groupes d'individus étiquetés sur la base de problèmes de santé jugés évitables ou sous leur contrôle.⁴¹

La stigmatisation (ou préjugés) décrit une attitude négative et défavorable. La stigmatisation fait en sorte que les personnes vivant avec une maladie mentale son étiquetées, craintes et victimes de stéréotypes.⁴²

La discrimination, ce sont les actions qui découlent de la stigmatisation. C'est la façon dont on traite ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale en raison de la façon dont on les perçoit.

Pourquoi est-ce important?

Bon nombre de ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale disent que la stigmatisation de la maladie est pire que la maladie elle-même.

La stigmatisation est considérée l'un des principaux obstacles lorsqu'il s'agit d'aller chercher de l'aide.⁴³

La stigmatisation, qui entoure en particulier les troubles mentaux et le suicide, signifie que beaucoup de gens qui ont attenté à leur vie ne cherchent pas à se faire aider et ne reçoivent pas l'aide dont ils auraient besoin. La prévention du suicide n'a pas été convenablement traitée tant que l'on n'avait pas conscience du fait que le suicide constitue un problème majeur de santé publique et parce que de nombreuses sociétés le considèrent comme un tabou et n'en parlent pas ouvertement.⁴⁴

Sans en dresser une liste exhaustive, les personnes vivant avec ces conditions peuvent être blâmées pour leur état et devenir bien malgré eux une clientèle perçue comme étant difficile, peu motivée, récalcitrante, dérangeante ou énergivore. De plus, trop de gens croient encore que ces individus manquent simplement de volonté et sont lâches. Ils voient donc leur statut et leur image diminués.

Cette stigmatisation fait clairement obstacle à la demande d'aide de même qu'à l'accès à des soins de santé et des services sociaux de haute qualité, personnalisés et bienveillants. Tel que rapporté par la majorité des témoins, il est essentiel de poursuivre en continu les actions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination entourant les personnes vivant des problèmes de santé mentale et d'usage de substances ou qui pensent au suicide.

⁴¹ *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion* – Mise à jour 2018, Institut national de santé publique, [Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique \(inspq.qc.ca\)](http://inspq.qc.ca).

⁴² Commission de la santé mentale du Canada, [Stigmatisation : les faits - Commission de la santé mentale du Canada \(commissionsantementale.ca\)](http://commissionsantementale.ca).

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Organisation mondiale de la Santé, [Suicide \(who.int\)](http://who.int).

Un travail de sensibilisation et un changement de culture de tous les acteurs des soins de la santé, des services sociaux et de la population s'opèrent tranquillement. Par exemple, le Québec s'est récemment doté d'un plan d'action en santé mentale et d'une stratégie en prévention du suicide. Dans cette foulée, notre province a lancé sa toute première campagne de communication nationale en prévention du suicide⁴⁵. Celle-ci a été déployée au cours de l'automne 2022.

Les organismes communautaires sont des acteurs très proactifs en matière de sensibilisation et prévention. Ils sont les initiateurs de plusieurs actions, dont la semaine de prévention du suicide⁴⁶ et le site Suicide.ca.

Il faut poursuivre les efforts et parler davantage de prévention du suicide. Il faut rejoindre ce 50 % d'individus qui cachent leurs idées noires ou suicidaires, ne demandent pas d'aide et posent un geste suicidaire. De plus, il faut déployer en continu des mesures pour faire connaître les ressources d'aide.

En ce sens, je suis d'avis que le MSSS devrait prendre une bien plus grande place dans l'espace public et intensifier ses efforts en matière de prévention du suicide. Par exemple, le MSSS devrait identifier sans délai les prochaines actions qu'il entend déployer en matière de sensibilisation de la population au suicide et aux moyens de le prévenir. Les actions à venir devraient être diversifiées et surtout soutenues dans le temps. Elles devraient être accompagnées de diverses activités, être diffusées par une multiplicité de moyens et être déclinées avec toutes les adaptations nécessaires pour rejoindre la diversité des publics visés. Il est également essentiel de continuer à innover dans les moyens utilisés et continuer à élaborer des stratégies afin de rejoindre ceux qui ne demandent pas d'aide.

Finalement, il y a un intérêt à préciser les actions prévues dans le PAISM⁴⁷ et la Stratégie nationale de prévention du suicide⁴⁸.

Je recommande au MSSS de :

- R55. compléter sans délai un plan d'action pour mettre en œuvre la Stratégie nationale de prévention du suicide (dont la mesure 1.2) et nommer des personnes responsables afin de s'assurer de l'imputabilité des actions et d'atteindre les cibles fixées;
- R56. Mettre en place des campagnes de sensibilisation et de prévention du suicide d'envergure qui sont continues et soutenues dans le temps afin de rejoindre un plus grand nombre de Québécois.

7.7.2 Enfants

Les traumatismes négatifs au cours de l'enfance sont souvent présents chez les adultes pensant au suicide ou vivant avec des troubles de santé mentale ou liés à l'usage de substances. En agissant le plus tôt possible, donc chez les enfants, nous pourrions contribuer à réduire les risques de détresse et de passage à l'acte suicidaire au moment présent, mais également plus tard dans leur vie.

⁴⁵ Cette campagne de communication lancée le 31 octobre 2022 vise d'une part, à normaliser la demande d'aide et, d'autre part, à faire connaître à la population les ressources disponibles pour les personnes qui pensent au suicide, leurs proches et toute autre personne touchée par le sujet. Différents moyens de communication sont utilisés et invitent la population à contacter les ressources d'aide en prévention du suicide.

⁴⁶ La semaine de prévention du suicide est sous la responsabilité de l'AQPS.

⁴⁷ Le PAISM met essentiellement en place des actions de sensibilisation aux troubles mentaux et en promotion de la santé mentale (actions 1.1 à 1.5).

⁴⁸ La Stratégie prévoit deux mesures en matière de promotion de la santé mentale et de sensibilisation à la prévention du suicide, soit la mesure 1.1, qui est de promouvoir la santé mentale auprès de la population générale, et la mesure 1.2, qui consiste à sensibiliser la population générale au suicide et aux moyens de le prévenir.

En matière de sensibilisation et de prévention chez les enfants, le MSSS favorise la promotion de la santé mentale et le travail en amont des problématiques. Leur approche et leurs actions reposent essentiellement sur la littérature sur le sujet et les stratégies recommandées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Par exemple, en milieu scolaire, le MSSS est d'avis qu'il est généralement préférable d'éviter les interventions portant spécifiquement sur le thème du suicide. Il privilégie plutôt des mesures qui favorisent le développement de compétences personnelles et sociales. Il appert que ces interventions contribuent à prévenir la détresse psychologique, les troubles mentaux et le suicide.

Si le MSSS ne prévoit pas aborder le sujet du suicide avec les jeunes en général, il doit prendre des mesures additionnelles pour repérer les jeunes qui sont susceptibles de développer un risque de suicide plus élevé et intervenir auprès d'eux.

Ainsi, le MSSS a jugé qu'il y avait peu d'outils et de balises d'intervention auprès des enfants de 5 à 13 ans. Il a publié le Guide de soutien pour intervenir auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire⁴⁹. Ce guide vise les enfants préalablement identifiés comme étant à risque suicidaire⁵⁰ et fournit des balises pour soutenir le jugement clinique des professionnels et des intervenants provenant d'une diversité de milieux qui accompagnent ces enfants et leur entourage.

Le MSSS a également créé un aide-mémoire et une communauté de pratique afin de soutenir les professionnels. En collaboration avec le ministère de l'Éducation, il prévoit développer une formation provinciale pour l'intervention auprès des enfants de 5 à 13 ans qui sont à risque suicidaire.

Ce guide et les outils qui ont été développés sont fort intéressants, mais leur portée me semble limitée. En effet, une étape qui m'apparaît à la base de toute la démarche n'est pas abordée : le repérage et la détection chez l'enfant des manifestations associées au suicide et des éléments pouvant augmenter le développement d'un risque de suicide plus élevé dans le futur. De plus, le guide part de la prémisse que les enfants de 5 à 13 ans vont présenter un risque suicidaire dans sa définition classique. Or, il me semble qu'il s'agit d'une tranche d'âge pour laquelle il est plus délicat et hâtif de parler d'une manière générale de risque suicidaire. Un enfant de moins de 13 ans qui est exposé à des comportements violents ou négligents ne présentera pas du jour au lendemain des manifestations suicidaires, mais elles pourront se développer au fil du temps, voire à l'âge adulte, s'il ne bénéficie pas du soutien adéquat.

En ce sens, il m'apparaît souhaitable d'intervenir en amont et si possible avant que l'enfant ne développe des pensées et un risque suicidaires. Il faut développer sans délai un outil permettant de repérer les enfants qui ont subi des traumatismes négatifs, qui ont des vulnérabilités suicidaires ou qui sont susceptibles de développer un risque de suicide plus tard dans leur vie, ainsi que d'élargir le champ d'action afin de les inclure explicitement. La formation qui est en cours d'élaboration devrait être adaptée en conséquence.

Il faut continuer à garder les enfants au cœur des efforts de sensibilisation et de prévention.

R57. Je recommande au MSSS de développer sans délai des outils pour mieux repérer les enfants ayant subi des traumatismes négatifs et présentant un risque de développer des comportements suicidaires dans le futur et pour mieux intervenir auprès d'eux.

⁴⁹ *Guide de soutien pour intervenir auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire*, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2021. Selon le MSSS, les lignes directrices et outils développés pour les adultes s'appliquent aux enfants de 14 ans et plus.

⁵⁰ Selon le Guide, un enfant est considéré comme à risque suicidaire lorsqu'il présente des idées suicidaires ou qu'il pose des gestes pouvant être associés au suicide. Cela inclut des gestes pour lesquels la prise de risque est importante, même sans intention suicidaire exprimée.

R58. Je recommande au MSSS, en collaboration avec le MEQ, de développer une formation provinciale portant sur le repérage des enfants ayant subi des traumatismes négatifs et à risque de développer des comportements suicidaires dans le futur et l'intervention auprès d'eux. Cette formation doit être offerte au personnel des équipes-écoles, au milieu de la santé, des services sociaux et communautaires.

7.7.3 Adultes

Parlons maintenant des adultes. Les groupes à risque ou qui sont moins portés à consulter, tels les hommes, doivent faire l'objet d'une attention particulière et être au cœur d'activités et campagnes de sensibilisation spécifiques. Des actions et des stratégies pour mieux les joindre et les sensibiliser devraient être mises en place par le MSSS.

Les milieux de travail devraient également s'investir davantage en prévention du suicide. Le MSSS prévoit à cet égard soutenir l'implantation de réseaux de sentinelles dans les milieux de travail. Du même coup, il serait pertinent d'inciter tous les milieux de travail à faire de la sensibilisation et à offrir de la formation concernant la prévention du suicide. Les milieux qui veulent s'impliquer davantage devraient avoir facilement accès aux ressources et aux formations pertinentes, comme celles qui sont déjà créées par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS).

R59. Je recommande au MSSS de développer des activités et campagnes de prévention du suicide spécifiques pour mieux rejoindre et sensibiliser les groupes plus à risque ou qui sont moins portés à consulter.

R60. Je recommande au MSSS de sensibiliser les milieux de travail à l'importance de s'investir en prévention du suicide et de soutenir les milieux qui souhaitent avoir accès à de la formation en prévention du suicide.

Pour ce faire, il doit soutenir les milieux de travail en s'assurant que la formation pertinente soit facilement accessible et que les formateurs, comme ceux de l'AQPS, disposent des ressources nécessaires pour répondre à la demande.

7.8 REHAUSSER LA FORMATION EN PRÉVENTION DU SUICIDE

L'AQPS offre toute une gamme de formation en prévention du suicide, dont plusieurs destinées aux professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux, aux milieux de travail et au grand public.

Le MSSS offre également des formations, dont une formation provinciale sur l'intervention auprès des personnes à risque suicidaire⁵¹ (de 14 ans et plus). Il revoit actuellement son offre de formation afin que celle-ci devienne plus accessible au plus grand nombre d'intervenants.

Malgré tout, on voit encore beaucoup trop de professionnels et d'intervenants qui ne sont pas adéquatement formés et ne maîtrisent pas les bonnes pratiques en prévention du suicide. Plusieurs intervenants n'ont pas facilement accès à des formations, plus particulièrement dans le milieu communautaire. Il faut s'assurer de rejoindre les milieux non formés et que les professionnels et intervenants aient accès à d'excellentes formations continues pour le

⁵¹ La formation est notamment basée sur le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* : Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette et R. Camirand (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.

maintien et la consolidation de leurs connaissances. Tous doivent connaître et mettre en application les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide.

L'accessibilité et l'offre de formation doivent donc être rehaussées en continu et demeurer à jour avec les meilleures pratiques. Lorsque tous seront dûment formés, nous pourrions en arriver à une uniformisation des pratiques, du langage et des interventions en matière de prévention du suicide.

Il faut aussi s'assurer que les formations développées grâce aux investissements du MSSS soient offertes aux partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, les ressources en santé mentale et en traitement des dépendances. Je suis également d'avis qu'une priorité devrait être accordée aux intervenants des milieux communautaires et aux intervenants de la première ligne.

Au niveau du contenu de la formation et des activités, il y a un intérêt majeur à insister sur certains sujets dont :

- le repérage des personnes à risque de suicide ou susceptibles de développer un risque suicidaire et l'intervention auprès d'elles;
- les moyens pour mettre en place un filet de sécurité;
- l'intégration des proches.

R61. Je recommande au MSSS de déployer de manière plus soutenue et en continu les ressources nécessaires afin que tous les professionnels de la santé et les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux (incluant ceux qui œuvrent dans les secteurs communautaires et parapublics) aient accès à une variété de formations continues de qualité sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide afin qu'ils maintiennent le plus haut niveau de compétence en prévention du suicide.

Afin de mieux rejoindre les professionnels de la santé qui travaillent à l'extérieur du réseau de la santé (par exemple en pratique individuelle ou au sein d'une entreprise privée), j'adresserai une recommandation aux ordres professionnels.

R62. Je recommande au Collège des médecins du Québec, à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, à l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, à l'Ordre des psychologues du Québec et à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec de sensibiliser et de former davantage leurs membres en matière de prévention du suicide.

Pour ce faire, il serait utile de publier sur le sujet et d'offrir régulièrement des activités de formation continue en matière de dépistage et d'intervention auprès des personnes à risque de suicide.

7.9 AMÉLIORER LES PRATIQUES

7.9.1 Procéder à des audits

Certains établissements de soins de santé et de services sociaux ont mandaté des équipes qui procèdent à des audits des suicides qui surviennent dans leur secteur. Plus particulièrement, ces établissements ont développé une procédure pour capter et analyser les événements de suicide survenus sur leur territoire afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles dans les programmes et services offerts et de formuler des pistes d'amélioration et des recommandations afin de prévenir des suicides. Ces audits sont

généralement effectués par un comité interprofessionnel et peuvent inclure des représentants de divers milieux, tels des représentants de l'Association québécoise de prévention du suicide et des endeuillés par suicide.

De tels audits sur le suicide sont systématiquement faits dans les Forces armées canadiennes. De plus, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a ordonné de procéder à des audits systématiques des suicides au début des années 2000⁵².

Le CISSS de Laval a mis en place un mécanisme d'audit et offre par le fait même des services de postvention visant notamment la prévention du suicide auprès des proches endeuillés.

La pratique d'audits a d'innombrables bénéfices, dont de recueillir de précieuses informations pour la recherche et l'acquisition de meilleures connaissances sur le phénomène du suicide. Elle permet également l'amélioration des pratiques, la prévention du suicide et le soutien des proches endeuillés. Il serait judicieux de formaliser ce processus à travers la province en créant un comité de prévention du suicide au sein de chaque établissement de soins de santé et de services sociaux, lequel aurait notamment le mandat de procéder à des audits de tous les suicides survenus sur son territoire.

R63. Je recommande au MSSS de demander à tous ses établissements de mettre en place un mécanisme d'audit systématique pour recenser et analyser les événements de suicide survenus sur leur territoire respectif afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles dans les programmes et services offerts et de formuler des pistes d'amélioration et des recommandations afin de prévenir des suicides.

Ce mécanisme d'audits devrait prévoir et offrir des services de postvention aux proches endeuillés.

7.9.2 Diffuser les recommandations des coroners

Plusieurs témoins et organismes en prévention du suicide ont demandé que le Bureau du coroner bonifie la diffusion des recommandations émises par les coroners. Certains ont suggéré de publier un recueil des recommandations qui sont formulées dans un contexte de décès par suicide.

Cette tâche a déjà été confiée au MSSS. En effet, la mesure 4.2 de la Stratégie nationale de prévention du suicide prévoit que le MSSS doive informer l'ensemble des acteurs concernés par la prévention du suicide des recommandations émises par les coroners. Le MSSS doit maintenant établir les modalités d'application et agir en conséquence.

De plus, le Bureau du coroner diffuse systématiquement tous les rapports d'investigation concernant des suicides (incluant ceux contenant des recommandations) au MSSS, à l'Institut national de santé publique du Québec et à l'Association québécoise de prévention du suicide.

Comme les rapports d'investigation sont publics, toute personne ou organisation peut aussi demander de les recevoir. Afin de faciliter l'accès à ces rapports, dans son Plan stratégique 2022-2027, le Bureau du coroner s'est engagé à enrichir l'éventail de ses services en ligne⁵³. En ce sens, il prévoit déployer une bibliothèque virtuelle qui permettra aux citoyens d'accéder en ligne à tous les rapports d'investigation (et à toutes les recommandations) du Bureau du coroner.

⁵² Présentation du Dr Alain Lesage, pièce CRR-5.

⁵³ Bureau du coroner. (2022). *Plan stratégique 2022-2027*, objectif 1.3.

8. CONCLUSION

Cette vaste enquête publique a permis de renforcer la nécessité d'agir en amont. Il faut déceler précocement les troubles de santé mentale et liés à l'usage de substances afin d'intervenir de manière personnalisée et prévenir l'escalade des problématiques.

Il importe également que toutes les personnes susceptibles de développer un risque suicidaire ou qui présentent des manifestations suicidaires soient prises au sérieux et aient accès facilement et sans délai aux soins et services appropriés.

Le suicide n'épargne aucun milieu et ne fait pas de discrimination. Nous devons mieux intervenir et garder constamment à l'esprit qu'il n'y a pas de petites ou de grandes idées noires. Ainsi, chaque individu susceptible de développer un risque suicidaire ou présentant un tel risque devrait avoir accès à des soins et services continus et personnalisés. Toutes les ressources requises doivent être données au réseau et aux organismes communautaires afin de leur permettre de remplir leur mission et de mettre en place un filet de sécurité, prodiguer rapidement les soins et services requis, impliquer avec respect les proches et permettre ultimement le rétablissement de la personne.

Les usagers qui vivent avec des problèmes de santé mentale, des troubles liés à l'usage de substances ou des pensées suicidaires ont autant le droit de recevoir une réponse humaine et personnalisée à leurs besoins que les usagers ayant des problèmes de santé physique. Faisons en sorte que la santé mentale ne soit pas l'enfant pauvre du système de santé et que les investissements requis soient faits pour y parvenir et répondre à la pénurie de main-d'œuvre.

J'ai formulé 63 recommandations qui permettront, si elles sont mises en application, de prévenir des décès évitables et d'améliorer la qualité des soins de santé et des services sociaux au Québec et l'accès à ces soins.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au Rucher de :

- s'assurer que tous ses intervenants aient une formation à jour et maintiennent un haut niveau de connaissances afin de dépister les personnes susceptibles de développer ou de présenter un risque suicidaire ou homicidaire, d'évaluer le risque et d'intervenir adéquatement auprès de ces personnes. (R1.)
- mettre en place des directives claires et de former ses équipes sur les thèmes suivants :
 - o identifier les soins et services en santé mentale et en prévention du suicide que ses intervenants peuvent solliciter en cas de besoin;
 - o dépister le risque suicidaire et homicidaire, évaluer ledit risque (incluant la fréquence à laquelle l'évaluation du risque doit être faite) et intervenir auprès des personnes ayant un tel risque;
 - o limiter autant que possible l'accès aux moyens pour se suicider;
 - o systématiser et bonifier la communication et le partage de l'information (incluant les diagnostics, l'évaluation du risque suicidaire ou homicidaire, les changements au niveau de l'état mental, la surveillance) entre les intervenants et l'équipe médicale afin de mieux intervenir auprès des résidents. (R2.)
- d'émettre des directives claires et de former ses équipes quant aux meilleures pratiques en matière de communication et d'implication des proches. (R3.)

Je recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- de rehausser les soins et services dédiés aux usagers avec des troubles de santé mentale et des idées suicidaires à la suite d'un congé hospitalier, et ce, afin de mettre en place un suivi et donc un congé sécuritaire.

Par exemple, il serait utile de déployer des équipes interprofessionnelles qui aient le mandat d'évaluer, d'intervenir et de suivre ces usagers à la suite d'un congé hospitalier (ou de s'assurer que celles déjà en place puissent le faire). (R4.)

- de mettre en place les ressources pertinentes afin que leurs partenaires qui accueillent des usagers avec des troubles de santé mentale, liés à l'usage de substances ou un potentiel suicidaire, comme les centres d'intervention en dépendance, aient accès aux soins et aux services pertinents pour leurs résidents. (R5.)
- de revoir le processus d'admission et d'évaluation du CRDQ afin d'intervenir le plus promptement, de recueillir toute l'information pertinente à l'évaluation des besoins de ses usagers (notamment en consultant les dossiers médicaux ou en obtenant une copie) et ultimement d'offrir les meilleurs services le plus rapidement possible. (R6.)
- d'optimiser le fonctionnement de son mécanisme d'accès aux services en santé mentale.
 - Entre autres, son équipe devrait échanger avec le médecin requérant avant de réorienter ou d'annuler une demande, être avisée de tout changement et avoir accès en continu à toute l'information pertinente à son évaluation et à la priorisation des services à mettre en place. Les demandes de services pour les usagers vivant avec des problèmes de santé mentale, des troubles concomitants ou des idées suicidaires devraient être réévaluées plus fréquemment. (R7.)

- de rehausser et d'améliorer l'accès aux soins et services spécialisés pour les personnes avec un trouble de la personnalité afin de répondre en temps opportun aux besoins des usagers. (R8.)
- de rehausser l'offre de soins et services de réadaptation, dont le programme intensif de réadaptation en dépendance et ses services d'hébergement, afin de répondre rapidement aux besoins des usagers. (R9.)

Je recommande à l'Ordre des pharmaciens du Québec et au Collège des médecins du Québec :

- de revoir la conduite de ses membres qui ont prescrit ou servi l'oxazépam, le zopiclone et la quétiapine à M. Lussier en 2018 dans une perspective d'amélioration des pratiques et de prévention du suicide. (R10.)

Je recommande au CISSS des Laurentides :

- de bonifier la prise de contact et l'approche avec les usagers référés à son programme de suivi intensif dans le milieu. Entre autres, il devrait établir un contact immédiat et en personne au moment de la demande de service et mettre en place un système de relance efficace afin d'établir une alliance thérapeutique, favoriser la motivation de l'utilisateur et assurer la continuité des services. (R11.)
- de former les équipes de ses urgences et de leur donner les ressources nécessaires afin qu'ils soient en mesure d'arrimer les soins et services pertinents à un congé sécuritaire (pour les usagers ayant présenté un danger pour eux-mêmes ou pour autrui). (R12.)
- de s'assurer que des équipes interprofessionnelles soient en place afin de soutenir et d'accompagner dans la communauté les usagers vivant avec un problème de santé mentale (tel un trouble de la personnalité), un trouble lié à l'usage de substances ou des idées suicidaires à la suite d'une hospitalisation. (R13.)

Je recommande à la Régie de police du Lac des Deux-Montagnes :

- de rappeler régulièrement à l'ensemble de ses policiers l'importance de compléter dans les meilleurs délais un rapport d'évènement pour chaque intervention faite auprès d'une personne présentant un état mental perturbé. (R14.)

Je recommande au ministère de la Sécurité publique :

- de rappeler régulièrement à l'ensemble des corps de police l'importance de compléter dans les meilleurs délais un rapport d'évènement pour chaque intervention faite auprès d'une personne présentant un état mental perturbé. (R15.)
- de continuer à promouvoir le développement de projets innovateurs pour bonifier l'intervention des policiers auprès des personnes en crise et en matière de prévention du suicide et à soutenir les corps policiers dans le développement de ces projets. (R54.)

Je recommande au ministère de la Sécurité publique, en collaboration avec le MSSS et le ministère de la Justice :

- de créer un comité consultatif d'experts qui aura le mandat de se pencher sur la révision du cadre juridique entourant le partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel afin de prévenir des actes de violence et des décès par suicide. (R45.)

- de revoir les règles en matière de partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel afin de mieux prévenir des décès violents ou par suicide. (R46.)

Je recommande au ministère de la Sécurité publique, en collaboration avec le MSSS :

- de déployer en priorité tous les efforts et ressources nécessaires pour que tous les corps de police du Québec aient accès facilement et en tout temps à un service d'aide en situation de crise (SASC) afin de mieux les appuyer dans leurs interventions auprès d'une personne présentant un état mental perturbé ou traversant une crise. (R51.)
- de rehausser et d'élargir le champ d'action des intervenants sollicités (notamment du SASC) afin que toute leur expertise soit mise à profit. (R52.)
- d'intensifier les ressources et les efforts pour déployer des équipes mixtes d'intervention (composées de policiers et d'intervenants communautaires ou psychosociaux) dans toutes les régions du Québec et de soutenir tous les corps de police en ce sens. (R53.)

Je recommande au MSP, en collaboration avec l'ENPQ :

- de rehausser la formation de base et continue en approfondissant davantage les notions ou outils portant sur la détection du risque suicidaire et l'intervention auprès d'une personne en crise ou présentant un état mental perturbé.

Il serait judicieux de développer le contenu pédagogique en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux de même que les organismes en prévention du suicide afin de favoriser une approche et un langage communs. (R50.)

Je recommande à l'École nationale de police du Québec :

- d'ajouter à sa formation sur l'intervention auprès d'une personne dont l'état mental est perturbé une section portant sur l'importance de compléter dans les meilleurs délais un rapport d'évènement pour chaque intervention. (R16.)

Je recommande au MSSS :

- de soutenir davantage les établissements et les professionnels de la santé dans l'élaboration d'outils, de lignes directrices et de formations de qualité portant sur le repérage, l'évaluation et la prise en charge des usagers avec des troubles concomitants. (R17.)
- de déployer les ressources nécessaires afin que ses partenaires œuvrant en santé mentale et dépendance (dont les centres de crise, les centres de prévention du suicide et les organismes de traitement des dépendances) aient facilement accès à des outils, des lignes directrices et des formations de qualité portant sur le repérage, l'évaluation et la prise en charge des usagers avec des troubles concomitants.

Par exemple, les intervenants des organismes communautaires pourraient avoir accès aux formations offertes aux professionnels de la santé des établissements du réseau. (R18.)

- d'accélérer les efforts pour déterminer les actions précises à déployer pour mettre en place dans toutes les régions du Québec des modèles probants d'organisation des

soins et services adaptés et répondant aux besoins des usagers présentant des troubles concomitants. (R21.)

- de déployer des équipes interdisciplinaires de première ligne à travers la province (par exemple au sein des GMF, des CLSC et des urgences) afin de rehausser la prise en charge, le traitement et le suivi des usagers avec des troubles concomitants, en situation de crise ou présentant un potentiel suicidaire. (R22.)
- de mettre en place des mesures incitatives auprès des professionnels de la santé afin d'encourager et rehausser significativement la prise en charge des usagers avec des troubles de santé mentale ou liés à l'usage de substances. (R23.)
- de rehausser, d'uniformiser et de promouvoir le service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie et de professionnel répondant en dépendance afin qu'il soit disponible et efficace en tout temps à travers la province. (R24.)
- de mettre tous les moyens en place pour faciliter l'accès aux ressources de soutien et d'expertise spécialisées en troubles concomitants au plus grand nombre de professionnels de la santé et d'intervenants (tant du réseau que du milieu communautaire). (R25.)
- de mieux faire connaître les ressources de soutien et d'expertise spécialisées en troubles concomitants, tel le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, et de faciliter l'accès à leurs services au plus grand nombre de professionnels de la santé et d'intervenants. (R26.)
- de mieux faire connaître aux établissements et aux professionnels de la santé l'éventail des soins et services disponibles pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances. (R27.)
- d'intensifier le déploiement d'actions visant à optimiser les mécanismes d'accès et de liaison aux services en santé mentale et en dépendance à travers la province, notamment en :
 - o déployant les ressources nécessaires pour s'assurer que tous les mécanismes d'accès puissent évaluer promptement les demandes, arrimer les services, offrir une prise en charge rapide répondant aux besoins de l'utilisateur et éviter des interruptions de services;
 - o s'assurant que les équipes des mécanismes d'accès et de liaison reçoivent toute l'information pertinente ou y aient accès en continu afin de donner suite utilement et rapidement aux demandes de services;
 - o s'assurant que les équipes des mécanismes d'accès et de liaison échangent avec le médecin requérant (ou le référent) avant de réorienter ou d'annuler sa demande de service;
 - o fixant un délai de traitement et de suivi de la demande afin que chaque usager soit orienté dans l'immédiat ou promptement selon le besoin. Les demandes de services pour les usagers vivant avec des problèmes de santé mentale, des troubles concomitants ou des idées suicidaires devraient être réévaluées plus fréquemment (surtout si elles sont inscrites sur une liste d'attente);
 - o s'assurant que tous les mécanismes d'accès et de liaison aient les ressources pertinentes, dont un nombre suffisant d'intervenants et de psychiatres répondants, pour répondre rapidement aux demandes;
 - o mettant en place des corridors de services efficaces pour répondre aux besoins des usagers présentant des troubles d'usage de substances. (R28.)
- de mettre en place des équipes interdisciplinaires d'intervention et de liaison en soutien aux équipes en milieu hospitalier, dont à l'urgence, afin que les usagers

soient évalués, dirigés et pris en charge de manière optimale et personnalisée. (R29.)

- de déployer les ressources nécessaires afin d'accélérer la concrétisation du PQPTM et plus particulièrement la deuxième phase, qui vise à rendre accessibles gratuitement les services spécialisés en santé mentale de même que la psychothérapie à tous les Québécois.

Par exemple, il serait opportun de compléter et de rendre publics dans les plus brefs délais son plan d'action et son échéancier pour cette deuxième phase et d'identifier des personnes responsables de son déploiement. (R30.)

- de mettre en place les actions et ressources nécessaires afin que le PQPTM offre une approche et des soins et services intégrés répondant aux besoins des usagers avec des troubles concomitants.

Par exemple, des soins et services pour les troubles concomitants (ou à tout le moins pour les troubles liés à l'usage de substances) devraient être ajoutés au modèle de soins. On doit également s'assurer que les usagers avec un trouble lié à l'usage de substances aient facilement accès au PQPTM. (R31.)

- En attendant que les différentes modalités de traitements et de psychothérapie pour tous soient bien implantées à travers le Québec, d'identifier et de mettre en place des mesures d'urgence temporaires et innovatrices qui permettent de répondre rapidement à la demande de services spécialisés en santé mentale, en traitement des dépendances et en prévention du suicide. (R32.)

- de déployer davantage de ressources pour mettre en place dans les plus brefs délais des cliniques de proximité spécialisées en santé mentale, en dépendance et en psychiatrie de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

Ces cliniques doivent disposer de ressources interprofessionnelles adéquates ou y avoir accès pour prendre en charge des usagers avec des troubles concomitants. (R33.)

- de rehausser les soins et services spécialisés pour les personnes avec un trouble de la personnalité (par exemple des groupes de soutien, des équipes médicales spécialisées, des unités de soins spécialisées) de manière équitable partout travers le Québec. (R34.)

- de déployer davantage de ressources pour promouvoir, rehausser et simplifier les services de suivi dans la communauté de manière équitable dans toutes les régions du Québec.

Il faut s'assurer que les services déployés soient facilement et rapidement accessibles et répondent aux besoins des usagers vivant avec des troubles concomitants. (R35.)

- de déployer les ressources nécessaires pour mettre en place des aires d'observation et d'hospitalisation (telle une unité d'intervention brève en psychiatrie ou une unité de psychiatrie) dédiées à accueillir des usagers traversant un épisode de crise, et ce, de manière équitable dans toutes les régions du Québec. (R36.)

- de demander à tous les établissements qu'ils aient un protocole clair assurant la mise en place d'un congé hospitalier sécuritaire pour les personnes vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise et de les soutenir dans la mise en place de ce protocole. (R37.)

- de déployer les ressources nécessaires pour assurer la mise en place de CPS et de centres de crise communautaires de manière équitable dans toutes les régions du Québec. (R38.)
- de mettre en place des équipes de suivi étroit de manière équitable dans toutes les régions du Québec et de rendre le service accessible à toutes les personnes présentant ou ayant présenté des idées ou des comportements suicidaires. (R40.)
- d'harmoniser et de simplifier la gamme de services offerts dans la communauté (en santé mentale, en situation de crise et en prévention du suicide) afin de consolider les acquis et de mettre en valeur l'expertise des services déjà en place. (R41.)
- de s'assurer que ses équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté travaillent en complémentarité et de manière intégrée avec les équipes de suivi étroit et les autres équipes déjà en place. (R42.)
- de mettre en valeur et de soutenir davantage les CPS et les centres de crise communautaires :
 - o dans la promotion de leur expertise et leurs services auprès des établissements, des professionnels de la santé et de la population à travers le Québec;
 - o dans la mise en place de protocoles de collaboration avec les établissements, la ligne Info-Social et les professionnels de la santé de leur région, et ce, dans le but de favoriser le référencement vers leurs services et un partage optimal de l'information;
 - o dans la mise en place d'un mécanisme d'accès aux soins et services offerts par le réseau des soins de santé et de services sociaux (dont le service de médecin spécialiste répondant en psychiatrie et de professionnel répondant en dépendance) de leur région. (R43.)
- de déployer toutes les actions nécessaires afin que toutes les régions du Québec disposent de manière équitable de services d'hébergement transitoire offrant un milieu de vie innovant, tolérant et adapté aux besoins multiples de leur clientèle. (R44.)
- de revoir les formulaires, dont celui de consentement, utilisés dans le réseau afin d'y inclure la question du partage de l'information et l'implication des proches. Un formulaire devrait également être proposé aux organismes partenaires. (R47.)
- de soutenir davantage ses établissements et leurs partenaires, dont les organismes communautaires, afin qu'ils mettent en place de bonnes pratiques pour impliquer les proches dans la trajectoire des soins en santé mentale, en dépendance et en prévention du suicide. (R48.)
- de soutenir davantage ses établissements et leurs partenaires, dont les organismes communautaires, afin qu'ils forment leurs équipes sur les bonnes pratiques pour impliquer les proches dans la trajectoire des soins en santé mentale. (R49.)
- de compléter sans délai un plan d'action pour mettre en œuvre la Stratégie nationale de prévention du suicide (dont la mesure 1.2) et nommer des personnes responsables afin de s'assurer de l'imputabilité des actions et d'atteindre les cibles fixées. (R55.)

- de mettre en place des campagnes de sensibilisation et de prévention du suicide d'envergure qui sont continues et soutenues dans le temps afin de rejoindre un plus grand nombre de Québécois. (R56.)
- de développer sans délai des outils pour mieux repérer les enfants ayant subi des traumatismes négatifs et présentant un risque de développer des comportements suicidaires dans le futur et pour mieux intervenir auprès d'eux. (R57.)
- de développer des activités et campagnes de prévention du suicide spécifiques pour mieux rejoindre et sensibiliser les groupes plus à risque ou qui sont moins portés à consulter. (R59.)
- de sensibiliser les milieux de travail à l'importance de s'investir en prévention du suicide et de soutenir les milieux qui souhaitent avoir accès à de la formation en prévention du suicide.

Pour ce faire, il doit soutenir les milieux de travail en s'assurant que la formation pertinente soit facilement accessible et que les formateurs, comme ceux de l'AQPS, disposent des ressources nécessaires pour répondre à la demande. (R60.)

- de déployer de manière plus soutenue et en continu les ressources nécessaires afin que tous les professionnels de la santé et les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux (incluant ceux qui œuvrent dans les secteurs communautaires et parapublics) aient accès à une variété de formations continues de qualité sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide afin qu'ils maintiennent le plus haut niveau de compétence en prévention du suicide. (R61.)
- de demander à tous ses établissements de mettre en place un mécanisme d'audit systématique pour recenser et analyser les événements de suicide survenus sur leur territoire respectif afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles dans les programmes et services offerts et de formuler des pistes d'amélioration et des recommandations afin de prévenir des suicides.

Ce mécanisme d'audits devrait prévoir et offrir des services de postvention aux proches endeuillés. (R63.)

Je recommande au MSSS et au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale :

- de soutenir et de mettre en valeur les services et l'expertise des CPS et des centres de crise communautaires notamment en s'assurant qu'ils aient la reconnaissance et le financement nécessaires pour accomplir leur mission de manière équitable dans toutes les régions du Québec. (R39.)

Je recommande au MSSS, en collaboration avec le MEQ :

- de développer une formation provinciale portant sur le repérage des enfants ayant subi des traumatismes négatifs et à risque de développer des comportements suicidaires dans le futur et l'intervention auprès d'eux. Cette formation doit être offerte au personnel des équipes-écoles, au milieu de la santé, des services sociaux et communautaires. (R58.)

Je recommande au Collège des médecins du Québec, à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, à l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, à l'Ordre des psychologues du Québec et à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec :

- de veiller à ce que leurs membres soient dûment formés et aient les compétences pour déceler les troubles concomitants et intervenir adéquatement.

Pour ce faire, il serait pertinent d'ajouter un critère d'agrément aux programmes d'études et de sensibiliser régulièrement leurs membres aux troubles concomitants. (R19.)

- de sensibiliser et de former davantage leurs membres en matière de prévention du suicide.

Pour ce faire, il serait utile de publier sur le sujet et d'offrir régulièrement des activités de formation continue en matière de dépistage et d'intervention auprès des personnes à risque de suicide. (R62.)

Je recommande au MSSS, au ministère de l'Éducation et au ministère de l'Enseignement supérieur, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec :

- de sensibiliser et soutenir les établissements d'enseignement qui forment les futurs professionnels œuvrant auprès des usagers avec des troubles concomitants et d'ajouter à leurs programmes de formation des activités pédagogiques portant sur les troubles concomitants et la prévention du suicide (dont le repérage et l'intervention auprès de ces usagers). (R20.)

Montréal, le 9 juin 2023



Me Julie-Kim Godin, coroner

ANNEXE I

LA PROCÉDURE

La procédure

Le 8 mars 2019, la coroner en chef du Québec, Me Pascale Descary, ordonnait la tenue d'une enquête publique en lien avec les décès de Mme Joceline Lamothe et de M. Mikhaël Ryan, survenus respectivement les 10 et 11 mai 2017.

Le 10 septembre 2019, la coroner en chef du Québec ordonnait la tenue d'une enquête publique en lien avec le décès de M. Marc Boudreau, survenu le 21 septembre 2018.

Le 20 janvier 2020, la coroner en chef ordonnait la tenue d'une enquête publique en lien avec le décès de M. Jean-François Lussier, survenu le 30 avril 2018, et de Mme Suzie Aubé, survenu le 18 janvier 2019.

Le 15 octobre 2020, la coroner en chef du Québec ordonnait la tenue d'une enquête publique en lien avec le décès de M. Dave Murray, survenu le 5 novembre 2019. Elle regroupait également tous les décès susmentionnés afin de procéder à une seule et même enquête thématique portant sur le suicide, et ce, afin de faciliter la compréhension des causes et des circonstances de ces décès et la gestion administrative de celles-ci. La coroner Me Andrée Kronström avait alors été désignée pour présider cette enquête.

Le 18 juin 2021, la coroner en chef du Québec désignait la coroner Me Karine Spénard pour remplacer Me Kronström étant donné que cette dernière était dans l'impossibilité de la compléter.

Le 29 septembre 2021, la coroner en chef du Québec confiait à la soussignée, la coroner Me Julie-Kim Godin, le mandat de compléter la présente enquête puisque Me Spénard était dans l'impossibilité de le faire.

Les audiences

La présente enquête thématique sur le suicide a permis d'approfondir 5 événements, impliquant 5 décès par suicide et 1 décès violent. Elle s'est étalée sur 32 journées d'audience, soit :

- 25 journées dédiées au volet factuel :
 - o M. Mikhaël Ryan et sa mère Mme Joceline Lamothe : 16-19 décembre 2019 et 12-14 janvier 2021;
 - o M. Marc Boudreau : 16-19 décembre 2019 et 1-3 juin 2020;
 - o Mme Suzie Aubé : 26-30 octobre 2020;
 - o M. Jean-François Lussier : 30 novembre, 1^{er}, 3, 4 et 10 décembre 2020;
 - o M. Dave Murray : 18-22 octobre 2021.

- 7 journées dédiées au volet portant sur les recommandations et les représentations : 1^{er} au 9 juin 2022.

Mentionnons que l'urgence sanitaire qui a été déclarée en mars 2020 en lien avec la pandémie de la COVID-19 a entraîné certains délais dans le déroulement des audiences.

Les personnes intéressées

Voici les personnes qui ont obtenu le statut de personne intéressée dans le cadre de la présente enquête publique :

1. M. Jean-François Ryan pour feu Mikhaël Ryan, représenté par Me Michel St-Pierre
2. Mme Manon Boudreau pour feu Marc Boudreau
3. Mme Annie Lussier pour feu Jean-François Lussier
4. Mme Josée Bilodeau pour feu Suzie Aubé
5. M. Denis Lamothe pour feu Joceline Lamothe
6. Mme Kathy Murray pour feu Dave Murray
7. Centre Le Rucher (Mme Valérie Hourdeaux, directrice générale)
8. CIUSSS de la Capitale-Nationale et le Centre hospitalier de l'Université Laval, représentés par Me Luc de la Sablonnière et Me Rosalie Jalbert (Morency, Société d'avocats)
9. CISSS de Laval, représenté par Me Charles-Olivier Thibeault (Lavery, De Billy, S.E.N.C.R.L.)
10. L'îlot – Centre de crise et de prévention du suicide de Laval (Mme Catherine Labarre, gestionnaire clinique)
11. CISSS des Laurentides, représenté par Me Anne Bélanger (Lavery, De Billy, S.E.N.C.R.L. Avocats)
12. Docteurs Gianina Rosca Stredie, Gabriel Suhani, Malika Mekke, Patricia Bélaire et Nathalie Patenaude, représentés par Me Emmanuelle Poupart et Me Elisabeth Sohier-Poirier (McCarthy Tétrault)
13. Docteur Michel A. Mathieu, représenté par Me Emmy Serikawa (McCarthy Tétrault)
14. Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (M. Alexandre Ratté, directeur adjoint)
15. Association des médecins psychiatres du Québec (Mme Martine Dériger, Directrice générale)

La preuve

Cent vingt-six (126) témoins ont été entendus durant ces journées d'audiences et deux cent soixante-quatre (264) pièces ont été déposées en preuve sous les cotes mentionnées à l'Annexe II. Les pièces sont publiques, sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners (précédées d'un astérisque dans la liste des pièces à l'Annexe II).

Les procureurs

Plusieurs procureurs ont contribué à la préparation et aux auditions de la présente enquête, soit Me Marie Cossette et Me Cassandra-Rose Villeneuve de chez Norton Rose, Me Guy Bertrand de chez Guy Bertrand Avocats, Me Marc Boudreau de chez Marceau Boudreau Avocats et Me Dave Kimpton du Bureau du coroner.

Les ordonnances

Finalement, à titre de rappel, les ordonnances de non-publication suivantes ont été formulées lors de l'enquête :

- Ordonnance de non-publication concernant les renseignements personnels des témoins tels que Jean-François Ryan
- Ordonnance de non-publication concernant le nom de monsieur B. (Témoignage de Guy Carrier)
- Ordonnance de non-publication concernant l'état de santé de Jean-François Ryan
- Ordonnance de non-publication concernant le lieu de résidence de Mme Lamothe
- Ordonnance de non-publication concernant le nom de l'hôtel où séjournait M. Ryan
- Ordonnance de non-publication concernant le numéro de la chambre occupée par

- M. Boudreau ainsi que les numéros de locaux où il a été retrouvé
- Ordonnance de non-publication concernant le nom de la personne ayant découvert le corps de M. Boudreau
 - Ordonnance de non-publication concernant l'adresse de Mme Suzie Aubé ainsi que le numéro d'appartement
 - Ordonnance de non-publication concernant le nom d'une patiente (en lien avec Mme Aubé)
 - Ordonnance de non-publication et de non-divulgateion de l'adresse de M. Jean-François Lussier
 - Ordonnance de non-publication et de non-divulgateion quant aux paragraphes 11 et 23 de la déclaration assermentée Mme Beauvais ainsi que les informations ayant trait aux enfants de M. Lussier
 - Ordonnance de non-publication quant à la page 5 de la pièce CL-14
 - Ordonnance de non-publication concernant les renseignements personnels de M. Jean-François Ryan
 - Ordonnance de non-publication d'une phrase de la déclaration de Mme Marie-Chantale Gagnon, pièce CL-17
 - Ordonnance de non-publication relativement à l'adresse du témoin Mme Katy Boudreau
 - Ordonnance de non-publication concernant le lieu d'origine de la personne d'une personne et le lieu de certains évènements concernant M. Boudreau
 - Ordonnance de non-publication des noms des tierces personnes qui sont ou seront mentionnées ainsi que les noms du personnel infirmier et les autres membres du personnel qui pourraient être mentionnés

ANNEXE II

LISTES DES PIÈCES

LISTE DES PIÈCES
DOSSIER DE M. MIKHAËL RYAN

Cote	Description
CR-1	Ordonnance d'enquête M. Mikhaël Ryan
CR-2 *	Renseignements concernant les services médicaux assurés (2016-07-01 au 2018-10-04)
CR-3 *	Renseignements concernant les services pharmaceutiques assurés (2016-12-01 au 2018-10-04)
CR-4 *	Profil pharmacologique
CR-5 *	Rapport d'autopsie et rapport de toxicologie (en liasse)
CR-5.1	Constat de décès à distance
CR-5.2	En liasse, rapport Dr Martin Laliberté (toxicologue), échange de courriels entre Me Andrée Kronström et Dr Martin Laliberté et curriculum vitae Dr Martin Laliberté
CR-5.3	Échange de courriels entre Me Andrée Kronström et Mme Édith Viel, toxicologue judiciaire
CR-6	Déclaration Mme Jessica Montminy
CR-7	Déclaration Mme Kim Paris
CR-8	Déclaration M. Marcel Blanchette
CR-9	Déclaration Mme Martine Harvey
CR-9.1	Déclaration de M. Israël Gauthier-Cloutier
CR-9.2	Déclaration de M. Jean-François Ryan
CR-10 *	Dossier médical centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRDQ)
CR-11 *	Dossier médical clinique la Cité Verte (GMF)
CR-11.1 *	Transcription des notes Dr Louis Cliche (complément à la pièce CR-11)
CR-12 *	Dossier médical Hôtel-Dieu de Lévis
CR-12.1 *	Transcription des notes Dre Myriam Chiasson (complément à la pièce CR-12)

Cote	Description
CR-12.2 *	Transcription des notes Dre Mélanie Beaudoin (complément à la pièce CR-12)
CR-13 *	Dossier médical Hôpital Enfant-Jésus
CR-14 *	Dossier centre Le Rucher
CR-15 *	Notes d'évolution (Dre Annie Marceau)
GR-16 *	Consultation médicale Hôpital Enfant-Jésus (retirée le 16-12-2019)
CR-17	Caméras de surveillance (résumé de l'enquêteur)
CR-18	Caméra de surveillance Canadian Tire (1)
CR-19	Caméra de surveillance Canadian Tire (2)
CR-20	Caméras de surveillance Hôtel Classique
CR-21	Caméra de surveillance du Shell
CR-22 *	Album de photos Hôtel Classique (SPVQ)
CR-23 *	Album de photos matériel (SPVQ)
CR-24	Croquis de la chambre Hôtel Classique
CR-25	Lettre trouvée sur les lieux du décès
CR-26	Résumé des séjours 1 et 2 de M. Mikhaël Ryan (centre Le Rucher)
CR-27	Notes évolutives de M. Benoît Picard concernant l'arrivée M. Mikhaël Ryan – 10 février 2017 (centre Le Rucher)
CR-28	Travaux personnels de la troisième étape (3 ^e séjour au centre Le Rucher) (1)
CR-29	Travaux personnels de la troisième étape (3 ^e séjour au centre Le Rucher) (2)
CR - 30	Notes de Mme Alyson Robinson (7 et 8 mai 2017)
CR-31	Notes évolutives de M. Daniel Gagnon (avril 2017)
CR-32	Dossier Pavillon L'Entre-Temps (RÉHAB) (2016)
CR-33	Rapport Dre France Proulx
CR-33.1	Curriculum vitae Dre France Proulx
CR-33.2	Rapport amendé Dre France Proulx
CR-34	Dépliant relatif au consentement à la communication des renseigne-

Cote	Description
	ments personnels
CR-35	Formulaire de consentement à la communication des renseignements personnels
CR-36	Protocole d'entente concernant la communication des renseignements personnels
CR-37	En liasse, actifs informationnels du ministère de la Santé
CR-38	Témoignage de M. Jean-François Beaulieu dans le dossier de Mme Suzie Aubé du 30 octobre 2020
CR-39	Courriel de M. Jean-François Beaulieu du 14 janvier 2020 concernant les précisions en lien avec le SIU et l'accès du dossier des usagers du Centre Le Rucher par le CRDQ

* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.

**LISTE DES PIÈCES
DOSSIER DE MME JOCELINE LAMOTHE**

Cote	Description
CL-1	Ordonnance d'enquête Mme Joceline Lamothe
CL-2 *	Rapport médico-légal
CL-3 *	Rapport d'expertise en toxicologie
CL-4 *	Rapport d'expertise en biologie ADN
CL-5 *	Album de photos (SPVQ)
CL-6	Croquis de la maison (SPVQ)
CL-7 *	Rapport d'expertise en biologie ADN (2)
CL-8	Photo du couteau (1)
CL-9	Photo du couteau (2)
CL-10	Test dimensions couteau et étui (1)
CL-11	Test dimensions couteau et étui (2)
CL-12	Test dimensions couteau et étui (3)
CL-13	Test dimensions couteau et étui (4)
CL-14	Test dimensions couteau et étui (5)
CL-15	Test dimensions couteau et étui (6)
CL-16	Déclaration de M. Jean-François Ryan
CL-17	Déclaration de Mme Marie-Chantal Gagnon

* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.

**LISTE DES PIÈCES
DOSSIER DE MME SUZIE AUBÉ**

Cote	Description
CA-1	En liasse, ordonnances d'enquêtes publiques du Bureau du coroner
CA-2 *	Constat de décès
CA-2B *	Rapports d'intervention préhospitalière
CA-3 *	Examen externe
CA-4 *	Résultats des analyses toxicologiques
CA-5	En liasse, enregistrement audio et transcription de l'appel logé au 911 le 18 janvier 2019 et carte d'appel
CA-6	Déclaration assermentée M. Marcel Duchesne
CA-7 *	Profil pharmacologique
CA-8 *	Dossier de l'Hôpital Chicoutimi (octobre 2014 - mai 2018)
CA-9 *	Dossier de la Clinique médicale Des 21 et transcription des notes de consultation Dr S. Potvin (janvier 2015 - mai 2018)
CA-9A *	Dossier de la Clinique médicale Des 21 (février 2013 à décembre 2014) et transcription des notes de consultation Dr S. Potvin
CA-10 *	Dossier de l'Hôpital La Baie (juin 2015 - octobre 2018)
CA-11 *	Dossier de la Villa Ignatia (mars - avril 2016, mars - avril 2018 et mai 2018)
CA-11A *	(Suite dossier Villa Ignatia) L'indicateur de types psychologiques Myers-Briggs
CA-12 *	Dossier du CRD Jonquière (août 2015 – juin 2018)
CA-13 *	Dossier du CLSC La Source (septembre - octobre 2018)
CA-14 *	Dossier du CRD Québec (juillet 2016 - novembre 2018)
CA-15 *	Dossier du Centre de crise de Québec (décembre 2018)
CA-16 *	Dossier de l'Hôpital Enfant-Jésus (juillet 2016 - janvier 2019)
CA-17 *	Dossier de l'IUSMQ (décembre 2018 - janvier 2019)
CA-18 *	Dossier de Le Faubourg (janvier 2019)
CA-19	Attestation La Boussole
CA-20	Présentation PowerPoint 30 octobre 2020 CIUSSS

Cote	Description
CA-21 *	Dossier de PECH (octobre 2016)

* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.

**LISTE DES PIÈCES
DOSSIER DE M. MARC BOUDREAU**

Cote	Description
CB-1	Ordonnance d'enquête M. Marc Boudreau
CB-1.1	Ordonnance d'enquête du 15 octobre 2020
CB-2 *	Rapport d'intervention préhospitalière
CB-3 *	Examen externe
CB-4 *	Rapport de laboratoire
CB-5 *	Renseignements concernant les services médicaux assurés (2016-01-01 au 2018-09-21)
CB-6 *	Renseignements concernant les services pharmaceutiques assurés (2018-04-01 au 2021-05-21)
CB-7 *	Profil pharmacologique
CB-8 *	Dossier médical CHUL
CB-9 *	Dossier médical Hôpital de Maria (Gaspésie)
CB-9.1*	Transcription notes Dre Rancourt
CB-9.2*	Notes infirmières hospitalisation juin 2018
CB-9.3*	Notes infirmières hospitalisation août 2018
CB-10 *	Dossier centre Le Rucher
CB-11 *	Rapport d'évaluation de fin d'étape (centre Le Rucher)
CB-12 *	Travail d'intervention « Ma réalité » (centre Le Rucher)
CB-13	Lettre trouvée sur les lieux du décès
CB-14	Déclaration M. Daniel Garneau
CB-15	Album de photos (SPVQ)

Cote	Description
CB-16	Travaux réalisés par M. Marc Boudreau
CB-17	CV Dr Didier Jutras-Aswad
CB-18	Protocole national – Sevrage d'alcool
CB-19	Protocole médical national – Prévention des rechutes liées à l'usage de l'alcool
CB-20	Protocole médical national – Bilan sanguin pour l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool
CB-21	Annexes – Sevrage d'alcool et prévention des rechutes (https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Sevrage/INESSS_Sevrage_rechutes_Annexes.pdf)
CB-22	Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (https://ruisss.umontreal.ca/cectc/)
CB-23	Organigramme du centre Le Rucher
CB-23.1	Rapport annuel du centre Le Rucher (2018-2019)

* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.

**LISTE DES PIÈCES
DOSSIER DE M. JEAN-FRANÇOIS LUSSIER**

Cote	Description
CL-1	En liasse, ordonnances d'enquêtes publiques du Bureau du coroner
CL-2 *	Constat de décès
CL-3 *	Rapport d'intervention préhospitalière
CL-4	En liasse, extrait photos S.I.J. (Identité judiciaire)
CL-4.1	En liasse, photos extraites du cellulaire de M. Jean-François Lussier
CL-5	Liste des biens retrouvés sur les lieux du décès (formulaire gestion des biens saisis)
CL-6	Déclaration Clément Poulin prise par le Service de police de Laval
CL-7 *	Rapport d'autopsie
CL-7.1 *	Complément au rapport d'autopsie (contenu gastrique)
CL-8 *	Résultats des analyses toxicologiques
CL-9 *	Dossier patient Pharmacie Jean Coutu (2006 à 2018)
CL-10 *	Rapport Dr Martin Laliberté, toxicologue
CL-10.1	Curriculum vitae Dr Martin Laliberté, toxicologue
CL-11 *	Dossier patient psychologue Dr Yves Bujold (2017 à 2018)
CL-12 *	Dossier médical Dr Michel A. Mathieu et transcription des notes cliniques (2010 à 2018)
CL-12.1	Déclaration assermentée Dr Michel A. Mathieu
CL-12.2 *	Transcription de la page 39 de la pièce CL-12
CL-13 *	Dossier médical Polyclinique Saint-Eustache et transcription des notes cliniques Dre Johanne Francis (2018)
CL-13.1 *	Transcription de la section antécédents manuels de la page 18 de la pièce CL-13
CL-14 *	Dossier médical Hôpital de la Cité-de-la-Santé (2018)
CL-15 *	Dossier CLSC de Laval (2006 à 2018)
CL-16 *	Dossier L'îlot - Centre de crise et de prévention du suicide de Laval (2018)
CL-17	En liasse, courriels de l'organisme Déclic Action

Cote	Description
CL-18	En liasse, courriels de l'organisme La Ressource Anxiété et Trouble Panique de Laval
CL-19	Déclaration assermentée Johanne Beauvais
CL-20	Déclaration assermentée Mme Micheline Cyr (Équipement SMS inc.)
CL-21	En liasse, biographie et curriculum vitae Dr Gustavo Turecki
CL-22	Déclaration assermentée Clément Poulin (Industries Toromont Ltée)
CL-23	L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG)
CL-24	Première déclaration sous serment de Mme Marie-Claude Laflamme (MCL-1)
CL-24.1	Formulaire de référence vers L'îlot (CISSS de Laval)
CL-24.2	Deuxième déclaration sous serment de Mme Marie-Claude Laflamme et autres documents reliés

* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.

LISTE DES PIÈCES
DOSSIER DE M. DAVE MURRAY

Cote	Description
CM-1	Ordonnances d'enquête M. Dave Murray
CM-2 *	Renseignements concernant les services médicaux assurés du 01-01-2010 au 14-12-2020
CM-3 *	Renseignements concernant les services pharmaceutiques assurés du 01-01-2017 au 01-01-2020
CM-4 *	Rapport d'examen externe
CM-5 *	Rapport d'expertise en toxico
CM-6	Déclaration de madame Denise Longtin
CM-7	Déclaration de madame Céline Bermingham
CM-8	Carte d'appel 03-11-2019
CM-8A	Complément à la carte d'appel 03-11-2019
CM-9	Carte d'appel 05-11-2019
CM-10	Carte d'appel 16-10-2019 au 19-10-2019
CM-10A	Complément à la carte d'appel 16-10-2019 au 19-10-2019
CM-11 *	Photos de la scène
CM-12 *	Dossier médical Hôpital de Saint-Eustache
CM-12A *	Complément au dossier médical Hôpital de Saint-Eustache
CM-12B *	Formulaire de liaison du SIM 2019-06-20
CM-13 *	Dossier médical Hôtel-Dieu d'Arthabaska
CM-14 *	Dossier médical CLSC Lafontaine (Saint-Jérôme)
CM-15 *	Dossier médical Hôpital de la Cité-de-la-Santé (Laval)
CM-16 *	Dossier médical Hôpital de Saint-Jérôme
CM-16A *	Complément au dossier médical Hôpital de Saint-Jérôme
CM-17	Notes – Séjour Domaine Orford

CM-18	Notes – Séjour Centre Dianova
CM-19	Notes – Séjour La Hutte
CM-20	Notes – Séjour Les Centres Bonséjour
CM-21	Enregistrement de l'appel 911 du 03-11-2019
CM-22	Enregistrement de l'appel 911 du 05-11-2019
CM-23	Lettre de Dave Murray re : changement de psychiatre
CM-24	Carte d'appel du 04-11-2019
CM-25	Notes de Mme Murray
CM-26	Dossier du CIUSSS de l'Estrie
CM-27	Échanges entre Mme Murray et M. Vincent Larose (engagement 3)
CM-28	Formulaire complété lors de l'évaluation téléphonique – Centre de dépendance Bonséjour

* Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.

**LISTE DES PIÈCES
VOLET RECOMMANDATIONS**

Cote	Description
CRR-1	Ordonnance pour désigner un autre coroner – transfert de procureur
CRR-2	Plan d'action en santé mentale (2022-2026)
*CRR-3	Résumés factuels des six (6) cas sous enquête – let recommandations
CRR-3.1	Thèmes d'intérêt pour la coroner
CRR-3.2	Rapport d'investigation de Mme Suzie Aubé
CRR-3.3	Rapport d'investigation de Mme Joceline Lamothe
CRR-3.4	Rapport d'investigation de M. Mikhaël Ryan
CRR-4	Présentation de Dre Suzanne Lamarre
CRR-4.1	Article des auteurs Lesage et al. intitulé « Implementing a Suicide Audit in Montreal: Taking Suicide Review Further to Make Concrete Recommendations for Suicide Prevention » (1 ^{er} septembre 2021)
CRR-4.2	Rapport SécUrgence (mars 2022)
CRR-4.3	Article de recherche des auteurs Ligier et al. intitulé « Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: results from a systematic audit in Montréal » (10 octobre 2020)
CRR-4.4	Article des auteurs Rassy et al. intitulé « Measuring Quality of Care Received by Suicide Attempters in the Emergency Department » (26 juillet 2020)
CRR-5	Présentation de Dr Alain D. Lesage
CRR-5.1	Article du Dr Alain D. Lesage dans Le Devoir intitulé « Carey Price et un accès équitable à la psychothérapie » (13 octobre 2021)

Cote	Description
CRR-5.2	Article des Dres Francine Lemire et Marie-Hélène Chomienne intitulé « Commentaire : Le temps est venu d'améliorer l'accès aux psychothérapies – point de vue de la médecine familiale » (2021)
CRR-5.3	Article des auteurs Johanne Renaud et Claude Marquette intitulé « Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires » (mai 2002)
CRR-5.4	Article des auteurs Lesage et al. intitulé « Canadian ADHD blackbox Warnings » (décembre 2015)
CRR-5.5	Article des auteurs Lesage et al. intitulé « Solidaires pour la vie : Un programme scolaire canadien de littératie ¹ en santé mentale pour prévenir le suicide chez les adolescents » (avril-juin 2020)
CRR-5.6	Article du Dr Alain Lesage intitulé « Les troubles anxiodépressifs : la collaboration interprofessionnelle pour favoriser l'accès à la psychothérapie en première ligne » (2022)
CRR-5.7	Rapport de l'INSPQ intitulé « Le suicide au Québec : 1981 à 2018 – Mise à jour 2021 »
CRR-5.8	Rapport de l'INSPQ intitulé « Le suicide au Québec : 1981 à 2019 – Mise à jour 2022 »
CRR-5.9	Cadre financier du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026
CRR-5.10	Tableau synoptique du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026
CRR-5.11	Article intitulé « Le traitement intensif – Face à la survenue d'un état de crise aiguë chez un patient qui souffre de psychose, une équipe québécoise assure un programme de soins intensifs brefs à domicile, offrant une véritable alternative à l'hospitalisation intégrant la philosophie du rétablissement » (janvier 2016)

Cote	Description
CRR-5.12	Article des auteurs Herba et al. intitulé « Maternal Depressive Symptoms and Children's Emotional Problems - Can Early Child Care Help Children of Depressed Mothers? » (2013)
CRR-5.13	Article des auteurs Rached-d'Astous et al. intitulé « Les enjeux d'implantation des équipes de résolution de crise à domicile : une revue rapide » (2021)
CRR-5.14	Note informative du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal intitulée « Enjeux d'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise » (mai 2019)
CRR-5.15	Article des auteurs Vasiliadis et al. intitulé « Financement public de la psychothérapie fondée sur les données probantes pour les troubles mentaux courants : appels à l'action croissants dans les provinces canadiennes » (2021)
CRR-5.16	Article des auteurs Fleury et al. intitulé « Deployment of the consultation-liaison model in adult and child-adolescent psychiatry and its impact on improving mental health treatment » (2021)
CRR-6	« Rallumer l'espoir », la Stratégie nationale de prévention du suicide (2022-2026)
CRR-6.1	Tableau synoptique de « Rallumer l'espoir », la Stratégie nationale de prévention du suicide (2022-2026)
CRR-7	Présentation du Curateur public du Québec
CRR-8	Présentation de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)
CRR-8.1	Recommandations de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)
CRR-9	Présentation du Service de police de l'agglomération de Longueuil

Cote	Description
CRR-9.1	Bref aperçu de la perspective du Service de police de l'agglomération de Longueuil
CRR-9.2	Rapport du Service de police de l'agglomération de Longueuil
CRR-10	Présentation de l'École nationale de police du Québec
CRR-10.1	Rapport de l'École nationale de police du Québec
CRR-10.2	Recommandations de l'École nationale de police du Québec
CRR-11	Correspondance entre Me Dave Kimpton et M. Marc-André Thivierge (25 mai 2022)
CRR-12	Présentation de Mme Julie Rousseau (MSSS)
CRR-12.1	Complément de la présentation de Mme Julie Rousseau (MSSS)
CRR-13	Présentation de M. Alexandre Ratté (AQCID)
CRR-13.1	Recommandations de l'AQCID
CRR-14	Présentation du Dr Didier Jutras-Aswad (CHUM-MED)
CRR-15	Présentation du Dr André Luyet (Collège des médecins du Québec)
CRR-16	Présentation de M. Samuel Loubier-Demers (ministère de la Sécurité publique)
CRR-17	Présentation de Mme Julie Marcotte (SPVQ)
CRR-17.1	Complément de la présentation de Mme Julie Marcotte (SPVQ)
CRR-17.2	Document sur le suivi des interventions de l'unité de la coordination en santé mentale du Service de police de la Ville de Québec (12 avril 2022)
CRR-18	Présentation du Dr Benoît Croteau

Cote	Description
CRR-18.1	Aperçu de la présentation du Dr Benoît Croteau
CRR-18.2	Informations pertinentes pour le volet recommandations de l'enquête publique sur la thématique suicides (Dr Benoît Croteau)
CRR-18.3	Document informatif du Dr Benoît Croteau sur l'état de situation concernant la psychiatrie et le suicide
CRR-18.4	Document informatif du Dr Benoît Croteau intitulé « Aspects théoriques et pratiques de l'eskétamine : bases d'information pour l'utilisation de l'eskétamine en clinique hospitalière ou communautaire » (2022)
CRR-19	Présentation de Mme Lynda Poirier (Centre de prévention du suicide de Québec)
CRR-20	Présentation de M. Jean-François Beaulieu (CIUSSS de la Capitale-Nationale)
CRR-21	Présentation de M. Jean-François Ryan
CRR-21.1	Lettre de M. Jean-François Ryan adressée au coroner Jean-Marc Picard (30 juillet 2017)
CRR-22	Présentation de Dre Isabelle Perreault
CRR-22.1	Complément à la présentation de Dre Isabelle Perreault
CRR-23	Présentation de M. Daniel Lepage
CRR-23.1	Allocution de M. Daniel Lepage
CRR-24	Présentation de Mme Kathy Murray
CRR-25	Présentation de Mme Josée Bilodeau
CRR-26	Présentation de L'Îlot – Centre de crise et de prévention du suicide de Laval

Cote	Description
CRR-27	Présentation de Mme Sandra Cormier
CRR-28	Présentation du Dr Pierre Bleau
CRR-28.1	Curriculum vitae du Dr Pierre Bleau
CRR-28.2	Plan d'action interministériel en dépendance (2018-2028)
CRR-28.3	Articles en liasse en lien avec la présentation du Dr Pierre Bleau
CRR-29	Présentation de Dre Claire Gamache (AMPQ)
CRR-30	Représentations écrites du CISSS de Laval
CRR-31	Représentations écrites du CIUSSS de la Capitale-Nationale
CRR-32	Représentations écrites du CISSS des Laurentides
CRR-32.1	Représentations écrites du CISSS des Laurentides et notes de bas de page
CRR-33	Représentations écrites de Mme Josée Bilodeau (sœur de feu Suzie Aubé)
CRR-34	Représentations écrites de Mme Kathy Murray (sœur de feu Dave Murray)
CRR-35	Représentations écrites des Drs Rosca, Suhani Bélair et Patenaude
CRR-36	Réplique du CISSS des Laurentides
CRR-37	Réplique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

** Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.*