

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,  
des proches et des organismes  
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

██████████ ██████████

2023-08261

Le présent document constitue  
une version dénominalisée du  
rapport (sans le nom du défunt).  
Celui-ci peut être obtenu dans  
sa version originale, incluant le  
nom du défunt, sur demande  
adressée au Bureau du coroner.

Me Géhane Kamel

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <b>BUREAU DU CORONER</b>                                      |                                   |
| 2023-11-04<br>Date de l'avis                                  | 2023-08261<br>N° de dossier       |
| <b>IDENTITÉ</b>   |                                   |
| ██████████<br>Prénom à la naissance                           | ██████████<br>Nom à la naissance  |
| 76 ans<br>Âge   | Masculin<br>Sexe                  |
| Montréal<br>Municipalité de résidence                         | Québec<br>Province                |
|   | Canada<br>Pays                    |
| <b>DÉCÈS</b>  |                                   |
| 2023-11-04<br>Date du décès                                   | Montréal<br>Municipalité du décès |
| Hébergement Armée du Salut<br>(Centre Booth)<br>Lieu du décès |                                   |

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un membre du personnel du refuge de l'Armée du Salut.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 4 novembre 2023, une intervenante du refuge de l'Armée du Salut où réside M. ██████████ communique avec le 911, car celui-ci manque au décompte des usagers. M. ██████████ aurait été vu par une intervenante la veille, vers 15 h 30.

Les policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) arrivent sur les lieux vers 15 h 40. Ils effectuent des recherches auprès des hôpitaux de proximité et créent une fiche d'alerte aux quatre centres opérationnel du SPVM.

Les policiers communiquent également avec le fils de M. ██████████. Ils apprennent que M. ██████████ sort à peine de sa chambre, qu'il est dépressif et qu'il serait étonnant que, de sa propre volonté, il ait quitté les lieux.

Les policiers demandent à l'intervenante de visionner les caméras de surveillance. M. ██████████ est capté à 19 h 1, le 3 novembre 2023, au 3<sup>e</sup> étage prenant sa médication. L'ensemble du périmètre est dès lors fouillé scrupuleusement et, malheureusement, M. ██████████ sera trouvé sans vie, dans la cage d'escalier extérieure, trois étages plus bas.

Le décès a été constaté à distance à 16 h 2, le 4 novembre 2023, par un médecin d'Urgences-santé.

### EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 5 novembre 2023 à la morgue de Montréal. Il a mis en évidence la présence d'un traumatisme contondant au bassin et d'une blessure au coude droit. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Une autopsie virtuelle (tomodensitométrie) a été faite le 7 novembre 2023 à l'Institut de cardiologie de Montréal. Dans son rapport, la radiologiste, spécialiste en imagerie post-mortem, note un minime saignement intracrânien, un traumatisme sévère à l'étage thoracique et abdomino-pelvien ainsi que les antécédents de procédures de Bentall avec valve aortique mécanique sous anticoagulothérapie.

Des analyses toxicologiques ont été pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'alcoolémie était négative. La présence de fluoxétine (760 ng/mL), d'olanzapine (44 ng/mL) et de lévétiracétam a été détectée à un dosage thérapeutique.

## ANALYSE

Selon les informations recueillies lors de l'investigation, M. [REDACTÉ] vit au Centre Booth, un refuge de l'Armée du Salut. Il avait des antécédents de fibrillation auriculaire, d'hypertension artérielle, de troubles bipolaires et un trouble de personnalité limite. Il a également une valve aortique.

Son dossier à l'Hôpital général juif indique que le 25 octobre 2023, il s'est présenté à l'urgence pour des problèmes gastriques. Il sera opéré le 27 octobre 2023 pour une occlusion intestinale. Son niveau de soins est également validé et le formulaire indique un niveau de soins A, ce qui veut dire de prolonger la vie par tous les soins nécessaires. Le 30 octobre 2023, il est rencontré par une travailleuse sociale. Cette dernière note qu'il est confus. Il est également inscrit que les vêtements de M. [REDACTÉ] ont été perdus. Le 31 octobre 2023, le fils de M. [REDACTÉ] est rejoint par un membre du personnel. On lui demande s'il peut trouver des chaussures pour son père et que l'hôpital lui a trouvé des vêtements.

M. [REDACTÉ] aura son congé le 3 novembre 2023. Il quitte l'hôpital avec un billet de taxi fourni par le centre hospitalier et se rend directement au Centre Booth. L'hôpital n'a pas informé le fils de son congé malgré le fait que son nom est au dossier comme personne-contact pour M. [REDACTÉ]. Cette information ne sera également pas communiquée à un intervenant du Centre Booth alors que cela aurait été important pour une prise en charge optimale de sa condition médicale. Afin de mieux protéger la vie humaine, je formulerai une recommandation.

À son arrivée au Centre Booth, l'intervenante n'informe pas sa cheffe de service de son retour, ce qui est pourtant la norme lors d'un retour d'hospitalisation. Cette pratique permet notamment un suivi adéquat quant à la prise en charge post-hospitalière et la prise de médication, le cas échéant.

Le soir du 3 novembre 2023, M. [REDACTÉ] est vu sur les caméras de surveillance à l'intérieur de l'établissement. Il est également aperçu visuellement vers 18 h 30 par l'intervenante de soir.

Le 4 novembre 2023, vers 9 h 15, l'intervenante de jour se rend compte qu'il manque à l'appel et qu'il n'est pas venu chercher sa médication. Elle se rend à sa chambre. La porte est ouverte, mais M. [REDACTÉ] n'y est pas. Accompagnée de collègues, ils font une ronde dans la bâtisse, mais en vain. Par ailleurs, aucun employé ne fait le tour extérieur de la bâtisse. L'intervenante communique avec le 911 vers 11 h 50, mais ne rejoint pas le fils qui est pourtant impliqué dans la vie de son père.

Ce sont les policiers qui communiquent avec le fils et lui apprennent que M. [REDACTÉ] manque à l'appel. Le fils les informe qu'il n'est pas possible qu'il ait quitté le refuge de son propre chef étant plutôt refermé sur lui-même. Les policiers entreprennent donc des recherches dans le refuge et autour du refuge. C'est ainsi que vers 15 h 40, M. [REDACTÉ] sera découvert, habillé d'un t-shirt, au bas du 3<sup>e</sup> étage. Les caméras de surveillance confirment qu'à 7 h 45, il marche dans le corridor le menant à la sortie de secours. À 7 h 47, la caméra extérieure confirme qu'il est tombé du 3<sup>e</sup> étage. Entre 7 h 47 et 8 h 57, on voit malheureusement M. [REDACTÉ] qui bouge et tente même de s'asseoir. À 9 h 1, il ne bouge plus du tout.

La thèse du suicide est tout à fait improbable. Malgré un suivi en santé mentale depuis 2004, les risques associés à une atteinte à sa vie ont toujours démontré un faible risque. De plus, dans l'optique où M. [REDACTÉ] aurait eu des idéations suicidaires, il est peu probable qu'il ait alors requis un niveau de soins A lors de sa dernière hospitalisation. Il est beaucoup plus probable que M. [REDACTÉ] ait été confus post-chirurgie et qu'il se soit retrouvé coincé à l'extérieur de la bâtisse. A-t-il perçu la rampe de l'escalier extérieur comme un obstacle pour continuer sa route ? C'est malheureusement tout à fait plausible.

Le 13 novembre 2023, j'ai visité les lieux. Le 3<sup>e</sup> étage est dédié à des gens ayant des problèmes de santé mentale qui y vivent à long terme. Il y a environ une trentaine de résidents qui ont une chambre individuelle, mais qui partagent les aires communes comme le salon et les douches. J'ai également appris qu'un an auparavant, un résident s'était suicidé dans cette même cage d'escalier (réf. rapport 2022-07570). La porte qui ouvre vers cette cage d'escalier est munie d'une alarme sonore qui se déclenche dès l'ouverture et qui s'arrête une fois le code d'alarme réactivé par la réceptionniste. Un voyant lumineux est également déclenché à la réception pour indiquer l'ouverture d'une porte. Il est donc étonnant qu'aucun intervenant, avant de réarmer la porte, n'ait songé à regarder dehors pour voir si un résident s'y trouvait. Une fois dans la cage d'escalier extérieur, lorsque la porte se referme, il n'est plus possible d'entrer dans le bâtiment. L'ouverture de la porte d'urgence n'est pas reliée au panneau central d'alarme de l'établissement et ce n'est d'ailleurs pas une norme<sup>1</sup> de le faire. Cependant, puisque la porte déclenche une alarme sonore distincte, qui est reliée à un panneau indicateur indépendant du panneau d'incendie pour indiquer une anomalie, on aurait dû réagir beaucoup plus vite pour lui porter secours.

Le 24 novembre 2023, j'ai fait une seconde visite avec des représentants du Service de sécurité incendie de Montréal. Plusieurs lacunes ont été observées, dont :

- La réceptionniste qui n'arrive pas à capter les images du corridor alors que nous faisons un test avec un employé ;
- La porte de secours a été ouverte, mais le voyant lumineux à la réception ne fonctionne pas ;
- Le panneau pour réarmer la porte est défectueux ;
- D'autres anomalies ont été observées, mais qui ne sont pas en lien avec mon enquête, et seront adressés directement aux responsables, dont des portes coupe-feu dysfonctionnelles.

---

<sup>1</sup> Code de construction du Québec, chapitre 1, Bâtiment et code national du bâtiment, Canada 2010.

Cet évènement, bien qu'accidentel, aurait pu être évité :

- Si au moment où l'employé a réarmé la porte d'urgence, il avait fait une inspection visuelle à l'extérieur ;
- Si la réceptionniste, au moment du déclenchement de l'alarme, avait vérifié les caméras de surveillance qui sont à ses côtés ;
- Si une inspection visuelle à l'extérieur avait été effectuée et qu'on avait porté assistance à M. [REDACTED] ;
- Si la cage d'escalier avait eu un grillage pour éviter que l'on puisse l'enjamber, surtout à un étage où il y a une clientèle plus vulnérable.

Le 7 février 2024, j'ai partagé mes inquiétudes auprès des responsables du Centre Booth, notamment en ce qui concerne le retour des résidents à la suite d'une hospitalisation et à la sécurité des lieux, soit :

- Faire une tournée visuelle obligatoire dans les cages d'escalier et à l'extérieur des bâtiments à chaque déclenchement d'une alarme de porte de secours ;
- Faire le pont avec l'hôpital lors du retour d'un résident post-opératoire ;
- Installer un grillage, notamment pour l'escalier extérieur du 3<sup>e</sup> étage ;
- Former l'ensemble des employés qui œuvrent à la réception quant au déclenchement des alarmes et des caméras de surveillance.

À la suite de cette rencontre, les représentants de l'Armée du Salut avaient déjà débuté des modifications à leur plan de mesure d'urgence et ont accueilli favorablement l'ensemble de mes recommandations, s'engageant à court terme, à les mettre en place.

## **CONCLUSION**

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé des suites d'un traumatisme contondant à la suite d'une chute de plusieurs étages.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATION

**Au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal :**

- S'assurer que les proches ainsi que les organismes désignés prenant en charge une personne vulnérable soient informés lors d'un congé post-opératoire.

---

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 15 avril 2024.



Me Géhane Kamel, coroner