

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



2023-07359

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 Julie-Kim Godin

BUREAU DU CORONER		
2023-10-03 Date de l'avis	2023-07359 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
39 ans Âge	Masculin Sexe	
Laval Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2023-10-03 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Boisé Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par ses collègues de travail sur le lieu de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 3 octobre 2023, vers 18 h 2, un proche a signalé la disparition de M. ██████████ au Service de police de Laval.

De plus, un sergent du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), où travaillait M. ██████████ a été avisé de la situation. Il a rapidement constaté que l'arme de service de M. ██████████ n'était plus dans sa case.

Des démarches d'enquête ont été entamées par les deux corps policiers pour le retrouver. Les recherches ont rapidement été dirigées vers le parc-nature du Cap-Saint-Jacques, un vaste espace vert sur le bord du lac des Deux-Montagnes où il avait l'habitude de se rendre. De plus, son cellulaire a éventuellement été géolocalisé à cet endroit.

Vers 19 h 27, des policiers ont retrouvé le véhicule de M. ██████████ au parc-nature. Un plan de mobilisation a été déclenché et le soutien d'équipes spécialisées, dont l'escouade canine, a été demandé. Des recherches terrestres et aériennes (par drone) ont été effectuées.

Vers 20 h 45, une équipe cynophile (maître-chien et chien) a retrouvé M. ██████████ inerte, étendu au sol, dans une zone boisée près de l'eau. Il n'avait aucun signe vital, présentait une blessure au niveau de la tête et des rigidités au niveau de sa mâchoire et des membres supérieures. Son arme de service, son cellulaire et un sac étaient à ses côtés.

Des ambulanciers ont été appelés sur la scène, mais n'ont pu que constater le décès de M. ██████████. Suivant le protocole en vigueur, un constat de décès à distance a été complété par un médecin d'Urgences-santé.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été faite le 9 octobre 2023 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal. Dans son rapport, le pathologiste a décrit une plaie d'entrée du côté droit de la tête et une plaie de sortie du côté gauche, compatible avec l'automanipulation de l'arme par M. [REDACTED]

Lors de l'autopsie, le pathologiste a procédé à une analyse approfondie du tube digestif. L'examen histologique a permis de mettre en lumière la présence d'une inflammation œsophagienne à éosinophiles. L'examen de l'estomac, de l'intestin et du colon n'a pas révélé de pathologie. Aucune évidence d'une pathologie secondaire à un parasite n'a été observée.

Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Ces observations permettent de conclure à un diagnostic probable d'œsophagite à éosinophiles, soit une maladie inflammatoire chronique de l'œsophage.

Des liquides biologiques ont été prélevés et analysés au LSJML. La présence de diphenhydramine et des métabolites de médicaments prescrits a été détectée. Aucune autre substance (alcool ou drogue) n'a été détectée.

ANALYSE

a) *Portrait de M. [REDACTED]*

M. [REDACTED] travaillait comme policier au SPVM depuis de nombreuses années. Il avait d'ailleurs le privilège de travailler au sein du même corps de police que d'autres membres de sa famille.

Il entretenait des liens très étroits avec ses proches, dont son frère et ses parents. Il pouvait compter sur leur soutien et leur amour inconditionnel. Il pouvait également compter sur l'amitié, le soutien et l'écoute de ses amis et ses collègues de travail.

Selon son entourage, M. [REDACTED] était un homme sportif qui aimait l'aventure et les voyages. Il était connu comme quelqu'un qui vivait chaque moment avec intensité. Il pouvait parfois avoir des comportements impulsifs. À ses dossiers médicaux, un médecin a d'ailleurs rapporté qu'il vivait à « 150 km/h ».

Il était aussi de nature généreuse. Il voulait plaire à tous, était de nature fière et n'aimait pas déranger. Il n'avait vraisemblablement peur de rien, sauf de décevoir ses proches ou d'être un poids pour eux. Par conséquent, il montrait rarement ses faiblesses ou ses échecs.

b) *Parcours de vie et de soins de M. [REDACTED]*

- *À partir de 2004-2005*

Au cours de la vingtaine, M. [REDACTED] a commencé à souffrir d'anxiété et de problème de sommeil.

Selon ses écrits et ses proches, il a développé un trouble de l'usage de substances, des problèmes de jeux et des symptômes dépressifs.

- **Vers 2013-2014**

Vers la fin de la vingtaine et le début de la trentaine, il a commencé à présenter de nombreux symptômes, dont des troubles gastro-intestinaux et des douleurs au niveau de la bouche, qui l'incommodait grandement et exacerbait son anxiété et son insomnie. Il se disait triste et fatigué presque tous les jours et manquait d'intérêt et de concentration plus de la moitié du temps. Il se sentait incapable de contrôler ses inquiétudes et son anxiété. Il a éventuellement développé des symptômes dépressifs.

Comme il n'avait pas de médecin de famille, il a sollicité l'aide de différents médecins dans des cliniques sans rendez-vous et a obtenu des plans de traitement pharmacologique. Il a également consulté des dentistes. Comme certains attribuaient ses symptômes à des troubles somatiques, on lui a aussi conseillé de consulter un psychologue au privé.

M. [REDACTED] a rapporté à ses proches que les professionnels de la santé ne l'aidaient pas à trouver des solutions. Au surplus, il ne se sentait pas pris au sérieux. On lui répétait que ses problèmes étaient dans sa tête, ce qui pouvait être très stigmatisant.

Son état a continué à se détériorer jusqu'au point où il adoptait des comportements inquiétants, voire suicidaires. Son arme de service lui a conséquemment été retirée. Cette situation l'a profondément bouleversé et il a ressenti beaucoup de colère.

- **En 2014**

En janvier 2014, il a ultimement obtenu un arrêt de travail en raison de son état psychologique. Durant cette période et selon ses écrits, il a eu des idées et comportements suicidaires.

Puis, en février 2014, il a fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. Dans ce contexte, il a été hospitalisé pour une période de deux semaines à l'unité de psychiatrie de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Un diagnostic de trouble dépressif majeur avec symptômes somatiques avait alors été posé.

À titre de précision, des symptômes somatiques sont des douleurs ou des symptômes physiques réels qui apparaissent, mais qui ne sont pas nécessairement liés ou expliqués par une maladie clairement identifiable. Ils peuvent parfois être causés ou amplifiés par des facteurs psychologiques, tel le stress ou l'anxiété. Ces symptômes peuvent générer une forte préoccupation et avoir un impact significatif sur le quotidien de la personne.

M. [REDACTED] a été profondément bouleversé et a ressenti beaucoup de sentiments intenses, dont de la honte, en lien avec cette hospitalisation et sa tentative de suicide. Il ne voulait pas que son entourage soit au courant de son geste et de son état.

À la suite de son hospitalisation, il a été suivi par une équipe multidisciplinaire à l'hôpital de jour, en psychiatrie, jusqu'en avril 2014. Il a également participé à une thérapie de groupe. M. [REDACTED] s'est alors confié qu'il ruminait beaucoup et était affecté par la perception que les autres avaient de lui.

Au terme du suivi, les professionnels qui le suivaient ont noté que, malgré la participation de M. [REDACTED] au programme, ses symptômes dépressifs persistaient et ce dernier demeurait très découragé.

Ils ont posé un diagnostic de trouble de somatisation secondaire à une dépression somatique. Je comprends donc que l'opinion de l'équipe traitante avait évolué. M. [REDACTED] pensait de manière disproportionnée à ses symptômes et bien qu'une maladie pût être présente, elle n'expliquait pas l'ampleur de ses symptômes. Ces symptômes et ses pensées quant à ses conditions prenaient ainsi une très grande place dans sa vie, affectaient son fonctionnement et le bouleversaient profondément.

Il a donc été référé en clinique externe pour un suivi en psychiatrie. On lui a aussi recommandé une thérapie en psychologie en privé.

Ultimement, sous l'insistance de ses proches, il a participé à une thérapie fermée de six semaines au centre spécialisé La Vigile à Québec, qui offre entre autres une thérapie dédiée aux intervenants en uniforme de la première ligne (tels les policiers, pompiers, ambulanciers, médecins, etc.) confrontés à divers problèmes, dont des troubles liés au stress post-traumatique, aux dépendances et à l'épuisement professionnel.

M. [REDACTED] a toutefois caché les raisons de sa visite à ses amis et à ses collègues de travail.

Il n'a pas été possible de prendre connaissance des notes en lien avec sa thérapie, son dossier auprès de La Vigile ayant été détruit en respect des règles de conservation des dossiers.

À sa sortie de La Vigile, il a bénéficié d'un suivi en clinique externe en psychiatrie.

En août 2014, il semblait se sentir mieux. Il a recommencé à travailler de façon progressive. Il a ainsi été en arrêt de travail pendant un peu plus de six mois et a repris le travail à temps complet à compter de septembre 2014.

Il a continué à être suivi en clinique externe en psychiatrie et a également reçu des services du programme d'aide au personnel policier du SPVM. Il n'a pas été possible de réviser les notes de son suivi auprès du programme d'aide de son employeur puisque le dossier a été détruit en respect des règles de conservation des dossiers.

Selon ses proches, M. [REDACTED] n'avait pas trouvé de bénéfices au programme d'aide au personnel policier, n'ayant pas réussi à établir un lien ou ne se sentant pas compris par le thérapeute.

Soulignons qu'en vertu des règles applicables, notamment en matière de droit à la confidentialité et à la vie privée, ses supérieurs immédiats et ses collègues de travail n'avaient pas à être avisés de sa tentative de suicide et des détails de ses conditions médicales, tant physiques que psychologiques.

M. [REDACTED] a ainsi repris son quotidien. Il fréquentait ses proches et continuait à s'adonner aux activités qu'il aimait, dont le sport et les voyages.

- **En 2016**

M. [REDACTED] s'est finalement trouvé un médecin de famille à la Polyclinique médicale Pierre-Le Gardeur. Selon les notes consignées au dossier, le suivi portait essentiellement sur ses problèmes de santé physique sporadiques. On ne retrouve peu ou pas de note quant à ses antécédents psychiatriques, sa tentative de suicide, son trouble somatique fonctionnel et sur l'évolution de son état mental.

Peu d'information est donc disponible sur l'évolution de son état de santé mentale dans les années qui ont suivi. Était-il remis de son trouble de somatisation secondaire à sa dépression somatique ou vivait-il en secret avec sa détresse?

- **En 2020**

Au retour d'un voyage en Tanzanie fait en janvier 2020, M. [REDACTED] a présenté des problèmes intestinaux qu'il décrivait comme étant persistants et fort incommodants. Il a également perdu beaucoup de poids.

Il a consulté à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur de même que plusieurs professionnels de la santé. Il s'est soumis à de nombreux examens, dont des tests de microbiologie, une échographie abdominale, une gastroscopie, une oeso-gastro-duodénoscopie et biopsie, qui se sont avérés normaux.

En juin 2020, la gastro-entérologue vue à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur a retenu une impression diagnostique de symptômes d'allure fonctionnelle et à un possible côlon irritable. Selon les notes au dossier, le diagnostic lui a été expliqué et il a reçu son congé. Le détail des explications données n'est toutefois pas précisé au dossier.

Ce diagnostic de problème d'allure fonctionnelle, soit des douleurs et symptômes physiques réels qui ne sont pas causés ou entièrement expliqués par une maladie ou une cause organique identifiable, n'est pas sans rappeler le diagnostic de trouble somatique qui a été posé en 2014. Peut-on penser à une récurrence du problème de 2014 ou à une certaine vulnérabilité ?

Encore une fois, aucun lien n'a été fait avec des services spécialisés dans les problèmes fonctionnels ou somatiques. Au surplus, la gastro-entérologue n'a pas proposé d'approche multidisciplinaire (avec un psychiatre, un travailleur social ou un ergothérapeute par exemple) pour aider son patient à mieux comprendre et gérer ses symptômes. Le suivi a tout simplement été arrêté.

Au cours de la même période, M. [REDACTED] a continué à chercher des solutions par lui-même et a consulté à l'Hôpital général du Lakeshore, qui se situait à proximité de son lieu de travail. Il a ainsi été vu par plusieurs professionnels, dont en microbiologie et en gastro-entérologie, et s'est soumis à plusieurs examens.

Puis, une impression diagnostique de giardiase, soit une infection intestinale provoquée par un parasite, a été posée. Cette infection peut par ailleurs provoquer des symptômes digestifs et se soigne facilement avec des médicaments.

M. [REDACTED] a reçu les traitements requis par sa condition et obtenu un arrêt de travail à partir du 22 juin 2020. Son médecin lui a également prescrit du clonazépam pour une semaine. Ce médicament permet notamment de traiter certains troubles neurologiques,

anxieux et du sommeil. Comme la note du médecin ne permet pas de comprendre les raisons d'une telle prescription, on peut penser qu'il présentait de l'anxiété et de l'insomnie.

Le 9 juillet 2020, M. [REDACTED] a consulté un médecin pratiquant dans sa polyclinique qui a noté que M. [REDACTED] souffrait d'attaque de panique depuis quelque temps, d'anxiété et d'insomnie. Il lui a demandé d'obtenir d'autres clonazépam jusqu'à son prochain rendez-vous médical, ce qui lui a été prescrit.

Le 14 septembre 2020, il a revu son médecin de famille et lui a rapporté, entre autres, une détérioration de son état psychologique. En plus de ses symptômes intestinaux, il souffrait d'anxiété accrue, d'attaques de panique, d'éléments obsessifs, d'une diminution de son moral, d'une perte d'intérêt et d'irritabilité.

Son médecin a conclu à un trouble d'adaptation anxiodépressif à prédominance anxieuse. Il a prolongé son arrêt de travail jusqu'au 3 septembre 2020 et lui a recommandé une psychothérapie cognitivo-comportementale. Il lui a également prescrit du Paxil® et du Seroquel®, qu'il a ensuite modifié pour du Cipralex® et du Rivotril®.

Le 3 septembre 2020, il a revu son médecin qui a noté une nette amélioration de ses symptômes à la suite de la prise du Cipralex®. M. [REDACTED] a ainsi repris le travail à partir du 7 septembre 2020.

Son employeur n'a alors vraisemblablement pas été avisé de ses symptômes psychologiques.

- **En 2021**

M. [REDACTED] a recommencé à se plaindre de symptômes variés, dont des douleurs abdominales persistantes et des symptômes au niveau de la bouche, telles une sécheresse buccale et une soif excessive.

Il a consulté différents médecins spécialistes et dentistes en plus de tenter plusieurs méthodes pour augmenter sa salivation, mais sans succès prolongé. Il s'est aussi soumis à des tests supplémentaires, dont des biopsies œsophagiennes gastriques et duodénales, qui ont mis en lumière une œsophagite de reflux avec éosinophiles.

Les stratégies et traitements proposés ne semblaient toutefois pas lui procurer de soulagement.

- **En 2022**

Il a continué à se soumettre à de nombreux autres examens, dont des résonances magnétiques abdomino-pelviennes, une coloscopie et des biopsies, qui ont révélé la présence d'atteintes inflammatoires au niveau gastro-intestinal. Plus particulièrement, une iléite chronique active légère (inflammation de l'iléon) et une colite chronique active légère (inflammation du cæcum, du colon et du rectum) ont été observées.

Des diètes et des traitements lui ont été proposés en conséquence.

- **En 2023**

Au début l'année, il a traversé une période difficile et une séparation amoureuse. Dans ce contexte, il a dû déménager chez un ami.

Au cours du printemps, il a commencé à fréquenter une nouvelle personne.

À l'été 2023, ses douleurs gastro-intestinales sont revenues et le faisaient souffrir. Il décrivait ses douleurs comme un poing dans les intestins. Il a aussi mentionné souffrir de fatigue, des douleurs à la mâchoire et des douleurs pharyngées, en raison desquelles il a consulté un médecin.

Son état et ses symptômes ont continué à évoluer au cours de l'été. De plus, il était anxieux, très fatigué et dormait mal. Il annulait des sorties sociales et sportives, ce qui était contraire à ses habitudes. Il avait également perdu plus d'une quinzaine de livres.

Il se confiait à une personne, mais cachait ses symptômes au reste de son entourage.

Au cours de cette période, il a revu son gastro-entérologue et son médecin de famille et s'est soumis à plusieurs examens.

Selon le gastro-entérologue qui le suivait, il n'y avait aucun indice de la présence d'un parasite ni d'hyperéosinophilie.

Ses symptômes physiques et l'absence de pathologie pour expliquer ses symptômes lui causaient énormément d'anxiété. Il continuait également à souffrir de trouble du sommeil et de fatigue. Une proche lui avait recommandé de consulter un psychologue, mais il refusait.

En septembre 2023, M. [REDACTED] s'est soumis à une coloscopie et des biopsies, qui n'ont révélé aucune anomalie significative. Des diagnostics différentiels de syndrome de côlon irritable et de maladie inflammatoire chronique de l'intestin ont été posés.

Toutefois, ces diagnostics différentiels n'expliquaient pas l'ensemble de ses symptômes.

Le diagnostic de trouble somatique ou fonctionnel n'a pas été soulevé à ce moment.

À partir du 18 septembre 2023, M. [REDACTED] a obtenu un congé de maladie. Comme motifs à son congé, son médecin avait inscrit qu'il présentait des symptômes intestinaux persistants et était en attente de subir un examen. Il n'y avait aucune notion de problème de santé mentale ou somatique. Son retour au travail était prévu le 2 octobre 2023.

En conformité avec les procédures du SPVM, l'arme à feu de M. [REDACTED] ne lui a pas été retirée compte tenu du motif et de la durée du congé. Celle-ci est ainsi demeurée dans son casier personnel, au poste de quartier où il travaillait.

Du 27 au 29 septembre 2023, M. [REDACTED] s'est déplacé à l'extérieur et a passé du temps avec ses parents. Il semblait bien et a joué au golf avec son père, quoiqu'il présentât toujours des douleurs et une grande fatigue.

À son retour à Laval, il a vu d'autres proches et ses collègues de travail. Il a toutefois manqué un tournoi sportif, ce qui était contraire à ses habitudes.

Le 2 octobre 2023, il a exprimé à une confidente qu'il continuait à vivre une grande fatigue. Elle percevait également qu'il souffrait d'une grande souffrance, d'anxiété et de difficultés à dormir.

Il a passé la nuit du 2 au 3 octobre chez une personne. Le matin du 3 octobre 2023, M. [REDACTED] semblait dans un état différent selon cette dernière. Il paraissait plus fatigué et anxieux. Il a tout de même insisté pour la conduire à la station de métro vers 8 h 45.

Il a ensuite échangé des messages avec cette dernière et des proches.

Vers 9 h, il s'est rendu au poste de quartier où il travaillait. Il est fort possible qu'il ait passé un certain temps à l'extérieur du poste, attendant le meilleur moment pour y entrer discrètement. Il avait par ailleurs écrit à un collègue afin de vérifier à quel endroit il se trouvait dans le poste.

Des collègues l'ont éventuellement aperçu et ont brièvement échangé avec lui. Ils sont ensuite entrés à l'intérieur du poste. M. [REDACTED] a utilisé sa carte d'employé pour accéder aux locaux. Il était alors 9 h 35. Il a déverrouillé sa case et a pris son arme de service et des munitions qui s'y trouvaient.

Selon les caméras de surveillance, il a quitté le poste à 9 h 42.

En après-midi, il devait voir son médecin afin de discuter de ses problèmes de sommeil et de son anxiété. Selon son entourage, ce rendez-vous le rendait anxieux, surtout qu'il se sentait généralement peu soutenu par le réseau de la santé.

Il a manqué ce rendez-vous médical et a cessé de répondre à ses messages.

Il s'est ultimement rendu au parc-nature du Cap-Saint-Jacques et y a complété son suicide. Il s'agissait d'un endroit qu'il fréquentait régulièrement et il s'y était par ailleurs rendu la veille.

Il y avait aussi donné rendez-vous à un ami le 3 octobre 2023, pour finalement l'annuler. Pour des motifs qu'il a gardés pour lui-même, il a plutôt décidé de s'enlever la vie au moyen de son arme de service.

Un témoin travaillant sur les lieux a rapporté avoir entendu vers 18 h un bruit inattendu et fort provenant du lieu où M. [REDACTED] a été retrouvé. Il est possible que ce soit le bruit de la détonation, mais rien ne permet malheureusement de confirmer l'heure exacte de son décès.

Sur les lieux, deux douilles ont été retrouvées. Cependant, l'autopsie a révélé qu'une seule lésion par balle. Ceci nous indique que M. [REDACTED] a probablement tiré dans le vide avant de diriger le canon de son arme vers lui-même.

Aucune lettre d'adieu ou expliquant son geste n'a été retrouvée.

c) Facteurs contributifs au décès de M. ██████████

Le suicide est généralement le résultat d'une combinaison complexe de plusieurs facteurs, par exemple, biologiques, développementaux, psychologiques, sociaux et environnementaux. Il est rarement déclenché par un seul événement isolé.

Voyons les principaux facteurs de risque ou prédisposant M. ██████████ au suicide.

Premièrement, il présentait plusieurs antécédents médicaux significatifs, dont des symptômes anxieux persistants à travers les années, des épisodes dépressifs, un trouble lié à l'usage de substances, des douleurs variées, des symptômes gastro-entérologiques persistants, un trouble fonctionnel (non expliqué par une pathologie claire) et un trouble somatique.

Deuxièmement, la panoplie de symptômes et conditions présentée par M. ██████████ l'obsédait par période et l'a amené à consulter un nombre significatif de professionnels de la santé à travers les années. Il a ainsi été confronté à des années d'errance médicale, où la principale constante était qu'il se sentait incompris.

En aucun temps, il n'a pu bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire, permettant de traiter de manière intègre ses symptômes physiques et psychologiques.

Troisièmement, il avait des antécédents d'idées et de tentative de suicide, ce qui est un facteur de risque important au suicide.

Quatrièmement, en lien avec les événements ayant mené à sa tentative de suicide de 2014, son arme de service lui avait été retirée. Il s'est senti honteux et humilié. Ce fut probablement un grand échec pour lui. Il trouvait le tout vraisemblablement très stigmatisant et ne voulait possiblement plus avoir à revivre une pareille situation. Par la suite, il semblait très peu enclin à demander et recevoir de l'aide psychologique. Il semblait aussi minimiser, voire cacher, ses symptômes et sa détresse à ses proches et ses collègues.

Cinquièmement, sa profession l'a amené à travailler dans l'urgence, la détresse et le danger. Par exemple, il a été exposé fréquemment à des événements potentiellement traumatiques. Il s'était d'ailleurs confié qu'il avait dû intervenir dans un contexte de suicide exceptionnel qui l'avait particulièrement bouleversé. Il est reconnu dans la littérature que ce contexte peut le mettre plus à risque de développer de la détresse psychologique ou des problèmes de santé mentale.

La pression sociale et la culture policière peuvent également renforcer l'image de masculinité traditionnelle ou d'homme alpha invincible, qui n'a jamais besoin d'aide. Les policiers sont par ailleurs formés à prendre des décisions rapidement sans demander d'aide, ce qui peut teinter leur vision et leurs comportements au quotidien.

Sixièmement, il avait facilement accès à une arme à feu en raison de sa profession.

Septièmement, M. ██████████ avait traversé des changements significatifs au cours de l'année de son décès, dont une séparation et un déménagement. Il avait exprimé une certaine déception quant à son parcours et sa situation familiale. Il aurait aimé posséder une maison, être dans une relation bien établie et avoir des enfants. Il avait toutefois l'impression que le train l'avait dépassé.

Finalement, il semblait vivre un grand désespoir face à sa condition de santé et s'isolait. Il entretenait l'impression que ses symptômes l'empêcheraient d'avoir une vie normale et de continuer à travailler comme policier.

d) Pistes de réflexion

- Limiter l'accès au moyen

Les stratégies en prévention du suicide se basent sur de nombreuses approches pour réduire les risques chez les personnes vulnérables. L'une des méthodes couramment valorisées est la limitation de l'accès aux moyens utilisés dans les tentatives de suicide. Cette stratégie repose sur le principe que plusieurs tentatives de suicide sont effectuées de manière impulsive, dans un instant de crise ou de profond désespoir. En mettant en place un obstacle physique ou temporel aux moyens d'action, on peut offrir une fenêtre de temps pour que la personne puisse trouver une lueur d'espoir, demander de l'aide et traverser la crise.

Ainsi, j'ai longuement réfléchi aux actions possibles pour limiter l'accès aux moyens, en l'occurrence les armes à feu de service. J'ai consulté le SPVM, des policiers, le Directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, des intervenants spécialisés de même que des experts du domaine de la santé mentale et de la prévention du suicide.

Plusieurs propositions m'ont été soumises, dont le retrait systématique de l'arme à feu lors d'un congé, le retrait de l'arme à feu sans examen de qualification d'un arrêt de travail, le retrait informel ou simplifié de l'arme à feu lorsque le policier n'est pas en service, l'entreposage informatisé systématique des armes à feu, un examen médical annuel...

Toutes ces options ont des avantages indéniables, mais selon les organismes visés dont le SPVM, elles ont aussi le défaut d'être potentiellement stigmatisantes, coûteuses et complexes à implanter.

Avec le SPVM, j'ai discuté de l'option de limiter efficacement l'accès au lieu de travail lorsqu'un policier est en congé ou en arrêt de travail. En d'autres termes, le policier qui en congé ne devrait pas avoir accès à son poste, à ses outils de travail et inéluctablement à son arme. Cette action a le bénéfice d'être simple, facilement implantable et moins stigmatisante.

Par conséquent, le SPVM s'est engagé à réviser ses procédures en ce qui concerne :

- o La carte d'identité personnelle civile, des policiers et des fournisseurs afin de s'assurer que la carte d'accès à puce soit désactivée dès que l'information d'un congé est reçue par le chef d'unité de la part du bureau de santé.
- o La collaboration avec le bureau de santé et le SPVM afin d'assurer une meilleure communication lors des arrêts de travail d'un policier ;
- o L'entreposage et le retrait de l'arme.

De plus, le SPVM s'est engagé à faire des rappels périodiques de vérification pour le retrait des armes lors des arrêts de travail ou des départs (ex. pour la retraite) et à bonifier la formation des lieutenants quant à l'importance de faire un suivi pour le retrait des armes.

Afin d'assurer le rayonnement de leurs engagements, il faut que le personnel soit informé et sensibilisé à l'importance et les raisons de ces changements. En effet, il faut à tout prix éviter qu'un employé à l'entrée ou entrant dans les locaux donne, en toute bonne foi et informellement, accès au milieu de travail à un employé en congé.

Afin d'assurer l'aboutissement de ces engagements, je m'attends à ce que toutes les actions et procédures pertinentes soient révisées et déployées dans un délai d'un an. Des mesures devront également être prises afin de faire connaître ces directives et sensibiliser le personnel à l'importance de bien les appliquer.

- **Rehausser la demande d'aide et l'aide offerte**

Finalement, je me suis questionnée sur les soins et services offerts et disponibles.

Le parcours de M. [REDACTED] à travers le réseau de la santé a mis en relief qu'il n'a pas bénéficié de soins spécialisés ni multidisciplinaires pour ses troubles fonctionnels et somatiques à partir de 2020.

Bien qu'il s'agisse de troubles parfois méconnus, ils sont fréquents, traitables et réversibles.

Au surplus, étant donné que chaque établissement et professionnel de la santé ne partagent pas systématiquement le contenu de son dossier et qu'il n'y a pas encore de dossier santé numérique global, les diagnostics de trouble fonctionnel et somatique se sont perdus à travers le temps.

Il est donc préoccupant de constater que M. [REDACTED] n'a pu obtenir l'aide dont il avait besoin à des moments déterminants de sa vie.

Il existe des professionnels et des cliniques qui se spécialisent dans ce domaine. Tous les psychiatres ont par ailleurs les compétences pour traiter les troubles somatiques.

À titre comparatif, mentionnons la Clinique des troubles neurologiques fonctionnels du Centre hospitalier de l'Université de Montréal qui se spécialise dans la réadaptation des personnes aux prises avec un trouble neurologique fonctionnel. Elle est composée de médecins spécialistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et d'une neuropsychologue, qui adhèrent à une approche interdisciplinaire. Cette clinique offre un programme de réadaptation à visée curative, qui peut amener une acceptation et une compréhension du diagnostic, une réadaptation fonctionnelle et ultimement un retour à l'autonomie.

Les équipes et les traitements pour les troubles fonctionnels et somatiques méritent d'être mieux connus des professionnels de la santé afin que les patients qui en souffrent bénéficient de l'aide nécessaire pour se rétablir promptement. Sans en faire une recommandation formelle, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière (dont fait partie l'Hôpital Pierre-Le Gardeur) a été sensibilisé en ce sens. Une copie du présent rapport leur sera par ailleurs acheminée.

Pour conclure, parlons de la demande d'aide et des services offerts à la clientèle policière en matière de santé mentale et de prévention du suicide.

Rappelons d'abord que tous les suicides de policiers ou d'employés de la sécurité publique (par exemple, des militaires, des pompiers, des surintendants) ont fait l'objet d'une investigation. Au cours des dernières années, plusieurs recommandations ont été formulées afin de sensibiliser ces clientèles aux difficultés auxquelles elles seront exposées, favoriser la demande d'aide, augmenter les programmes de soutien par les pairs et de réseaux sentinelles, rehausser l'offre de soutien psychologique et psychosocial spécialisé et limiter

l'accès à des armes à feu (voir entre autres dossiers coroner : 2023-08541, 2023-06703, 2021-07977, 2021-03305, 2019-06802, 2017-04386, 2017-03960).

Concernant plus spécifiquement la situation de M. [REDACTED] mentionnons qu'il semblait très bien cacher sa détresse et la plupart de ses proches et collègues de travail ne l'avait d'ailleurs pas perçue.

M. [REDACTED] travaillait au SPVM. Celui-ci dispose depuis plus d'une vingtaine d'années d'un programme d'aide aux employés spécialisé et unique en son genre, qui est largement reconnu et sert de modèle à travers le Québec. Le programme est composé de psychologues et d'intervenants spécialisés et dédiés aux policiers du SPVM. Leur structure et leur approche sont adaptées à la réalité policière et tendent à favoriser la demande d'aide.

Malgré tout, M. [REDACTED] n'a pas sollicité le soutien de son programme d'aide en 2023.

Mentionnons aussi que selon ses proches, ses dossiers médicaux, la Vigile, le Centre de prévention du suicide de Montréal et son PAE, M. [REDACTED] n'avait pas demandé d'aide en santé mentale ou en prévention du suicide, et ce, alors qu'il connaissait plusieurs services en place et qu'on lui avait recommandé à plusieurs reprises de consulter.

Il semblait peu intéressé par les soins en santé mentale et semblait avoir plusieurs préjugés, ayant déjà mentionné que la thérapie était pour les faibles. Demander de l'aide était difficile pour lui et le rendait anxieux.

Dans tous les cas, le parcours de M. [REDACTED] réitère la nécessité d'accroître les actions pour défaire les préjugés et favoriser la demande d'aide. Il faut multiplier les occasions de parler de santé mentale et de faire connaître les services pertinents.

Pour répondre à ces besoins, le ministère de la Sécurité publique (MSP) a développé en collaboration avec le Centre d'étude sur le trauma du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal une campagne de communication sur la prévention du suicide chez le personnel de la sécurité publique. Le lancement est prévu pour l'hiver 2025.

Elle se déclinera en deux volets :

Volet 1 : Diffusion d'affiches et d'outils sous l'axe de communication « Ça va ? Si la réponse est non, c'est important d'en parler. Demander de l'aide est un signe de force. » :

- Les principaux messages de ce volet seront :
 - o Suivez les formations offertes (c.-à-d. : le volet 2) afin de bien comprendre les facteurs de risques, les signes et indicateurs à surveiller et comment agir et interagir en prévention du suicide ;
 - o Soyez l'écoute de vos collègues qui ont vécu de proche ou eux-mêmes des situations difficiles ;
 - o Découvrez les ressources disponibles pour de l'écoute ou pour surmonter des difficultés. Tout le monde est concerné par le sujet.
- Divers moyens de communication seront préconisés pour rejoindre les clientèles cibles via les différents partenaires (ex. : trousse d'outils, manchette Intranet, médias sociaux, etc.).

Volet 2 : Déploiement d'une plateforme Web de formation et de sensibilisation :

- Une plateforme interactive d'E-learning, comprenant notamment des témoignages de membres du personnel de la sécurité publique et des activités de transfert des apprentissages, proposera les cinq modules suivants :
 1. La prévention du suicide (définitions, concepts et développement d'un langage commun) ;
 2. Les facteurs de risque ;
 3. Signes et indicateurs à surveiller (chez soi et chez les autres) ;
 4. Comment agir (envers soi-même, les autres et si vous êtes un(e) gestionnaire avec un(e) employé(e)) ;
 5. Veille attentive (ex. : comment gérer le « après » d'une intervention auprès d'un(e) employé(e)).

Parallèlement, le MSP a octroyé un soutien financier à l'organisme La Vigile afin de bonifier leur offre de services et d'offrir leur ligne d'écoute 24/7 à l'ensemble des policiers. Depuis 2022, tous les policiers du Québec peuvent contacter gratuitement 24/7 la ligne d'écoute 1-888-315-007.

De plus, pour améliorer l'accessibilité des services spécialisés en matière d'aide psychologique chez le personnel de la sécurité publique, le MSP a octroyé une subvention afin d'offrir un programme de psychothérapie en ligne conçue pour les membres du personnel de la sécurité publique, soit le PSPNET.

Finalement, j'ai eu l'opportunité d'échanger avec un des psychologues fondateurs du programme d'aide du SPVM et de le sensibiliser aux éléments entourant le décès de M. [REDACTED]. Il m'a mentionné que plusieurs actions sont en place afin de mieux faire connaître les services, favoriser la demande d'aide et prévenir des décès. De plus, il m'a expliqué que le SPVM dispose d'un programme sentinelle et de pairs-aidants.

La mise en œuvre de ces projets est une avancée et son succès réside aussi sur la sensibilisation et l'accessibilité. Il sera crucial d'informer l'ensemble des policiers du Québec de l'existence de ces services, tout en mettant l'accent sur l'importance de prendre soin de leur bien-être. À travers cette démarche, nous pouvons non seulement soutenir nos policiers, mais aussi insuffler un véritable changement de culture afin que chaque policier sache qu'il n'est jamais seul et qu'il a accès, à tout moment et de manière confidentielle, à un soutien indispensable.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un traumatisme craniocérébral secondaire au passage d'un projectile d'arme à feu.

Il s'agit d'un suicide.

SOURCES D'INFORMATION

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

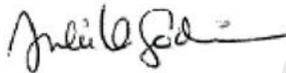
- Les dossiers médicaux de M. [REDACTED]
- Les rapports d'expertises de M. [REDACTED]
- Les rapports d'interventions et d'enquête des policiers, incluant les déclarations obtenues ;
- Mes échanges avec les proches et l'entourage de M. [REDACTED]

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Service de police de la Ville de Montréal**, de :

- [R-1]** Mettre en place dans un délai d'un an, toutes les actions et procédures requises pour qu'un employé n'ait pas accès à son lieu de travail et à son équipement dès qu'il est en congé de maladie ou en arrêt de travail;
- [R-2]** Informer et sensibiliser régulièrement ses employés aux procédures qui visent à restreindre l'accès au lieu de travail et à l'équipement pour les employés en congé de maladie ou en arrêt de travail.

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 2 décembre 2024.



Me Julie-Kim Godin, coroner