

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

 

2024-06678

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 Monique Tremblay
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2024-09-01 Date de l'avis	2024-06678 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
76 ans Âge	Masculin Sexe	
Québec Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-09-01 Date du décès	Québec Municipalité du décès	
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié à l'aide d'une pièce d'identité comportant une photographie.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 1^{er} septembre 2024, vers 11 h 48 un agent préposé à la sécurité du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) a communiqué avec les services d'urgence pour demander de l'aide, car M. ██████████ qui était hospitalisé à ce centre hospitalier venait d'être trouvé inanimé près de l'entrée principale, au nord du bâtiment. Il a mentionné que M. ██████████ s'était pendu avec un fil électrique.

Dès que M. ██████████ a été trouvé, des manœuvres de réanimation ont été entreprises par le personnel médical. M. ██████████ a été transporté à l'intérieur de l'établissement et les manœuvres de réanimation se sont poursuivies jusqu'à 12 h 4, mais M. ██████████ n'a pas repris conscience.

Le décès de M. ██████████ a été constaté, le 1^{er} septembre 2024, par un médecin du CHUL.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe effectué le 2 septembre 2024 à la morgue de Québec a permis de constater la présence d'un sillon rougeâtre autour du cou, correspondant au lien de pendaison trouvé sur les lieux (fil électrique). Aucune autre lésion traumatique ou suspecte n'a été observée.

Des prélèvements effectués lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Ces analyses ont démontré la présence dans le sang de substances non contributives au décès. L'éthanol (l'alcool) sanguin n'a pas été détecté.

ANALYSE

Selon les notes au dossier clinique, M. [REDACTED] avait des antécédents de maladie affective bipolaire avec état dépressif, de trouble neurocognitif non spécifique, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de diabète de type 2, de maladie cardiaque athérosclérotique, d'hypothyroïdie, de trouble d'usage d'alcool sévère et de tabagisme. Des médicaments lui avaient été prescrits pour ces conditions et M. [REDACTED] était suivi par un psychiatre depuis 2023.

Son dossier du CHUL indique que M. [REDACTED] avait été hospitalisé dans l'unité psychiatrique du 11 février au 29 août 2024 pour dépression caractérisée et idées suicidaires. Lors de sa sortie le 29 août 2024, M. [REDACTED] aurait consommé une bonne quantité d'alcool et avait été réadmis au CHUL le même jour, car ses proches s'inquiétaient pour lui.

M. [REDACTED] était calme à son arrivée, mais très déçu d'être revenu et ne comprenait pas pourquoi on le gardait à l'hôpital. Il n'ait toute idée suicidaire et n'avait pas tenu de propos délirants. Son humeur était stable, son attitude calme. Il aurait fait une demande pour avoir des droits de sortie pour fumer et selon les notes au dossier, il avait droit à six sorties de 20 minutes par jour. Cependant, lors de la première sortie, le personnel médical avait souhaité que M. [REDACTED] soit accompagné afin de s'assurer que sa démarche était sécuritaire et qu'il n'y avait pas de risque de chute puisque M. [REDACTED] avait parfois des pertes d'équilibre et qu'il lui était déjà arrivé de faire des chutes. Par la suite, M. [REDACTED] était sorti seul.

Le 1^{er} septembre 2024, M. [REDACTED] était d'humeur dépressive, mais n'ait toute idée suicidaire. Il était sorti fumer vers 8 h 30 et était revenu sur l'unité. Vers 9 h 5, M. [REDACTED] s'est présenté au poste des infirmière, il se disait bien, il ne tenait pas de propos suicidaires et il est sorti pour fumer une nouvelle fois, vers 9 h 35. Vers 11 h 20, une préposée aux bénéficiaires a constaté que M. [REDACTED] n'était pas revenu de sa sortie. Un membre du personnel a tenté de le joindre sur son cellulaire et comme il n'a pas obtenu de réponse, il a communiqué avec la sécurité pour tenter de localiser M. [REDACTED]. Quelques minutes plus tard, l'agent de sécurité a retrouvé M. [REDACTED] pendu avec un fil électrique.

Selon le rapport d'enquête du Service de police de la Ville de Québec, les images de la caméra de surveillance montrent M. [REDACTED] lorsqu'il quitte son unité de soins pour se diriger vers l'extérieur où il fume une cigarette, à l'avant du CHUL. Par la suite, il se dirige vers le boulevard Laurier où il est caché par un conteneur. C'est à cet endroit qu'il a été retrouvé, pendu au garde métallique installé sur le rebord de béton.

Il n'y avait aucune trace de violence sur le corps de M. [REDACTED] par conséquent, l'enquête policière et l'ensemble de l'investigation écartent l'intervention d'un tiers dans le présent décès, il s'agit d'un geste volontaire de la part de M. [REDACTED].

Lors de la rédaction de ce rapport d'investigation, deux questions se sont posées :

Premièrement, compte tenu de l'état de santé de M. [REDACTED] et des raisons ayant amené son hospitalisation à l'unité de soins psychiatriques, quels étaient les éléments qui ont soutenu la décision d'autoriser M. [REDACTED] à sortir seul, 20 minutes, six fois par jour pour fumer et surtout si cette décision a bien tenu compte de l'état de M. [REDACTED].

Deuxièmement, comment peut-on expliquer le délai écoulé (presque deux heures) entre le départ de M. [REDACTED] de l'unité de soin à 9 h 35 et le moment où le personnel a réalisé que M. [REDACTED] n'était pas revenu sur l'unité soit vers 11 h 20.

Pour la première question, j'ai eu l'opportunité de communiquer avec la Directrice médicale et des services professionnels du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et nous avons convenu qu'une recommandation serait pertinente afin de demander qu'une analyse de la qualité de l'acte posé soit faite.

En ce qui concerne la deuxième question, j'ai eu l'occasion de discuter avec différentes personnes et notamment avec le conseiller-cadre à la gestion des risques et de la qualité du CIUSSS de la Capitale-Nationale dont relève le CHUL.

Il m'a confirmé que relativement à cet événement tragique, les conclusions faites suite à l'analyse des événements et aux discussions avec l'équipe de gestion de l'unité où était hospitalisé M. [REDACTED] ont permis de conclure que ce matin-là, l'absence et la durée de la sortie de M. [REDACTED] auraient dû être constatées par le personnel en place, puisque les modalités de contrôle des sorties sont établies et connues.

Dans les jours qui ont suivi le décès de M. [REDACTED] la gestionnaire de l'unité a rappelé au personnel l'importance de respecter ces modalités de contrôle et a également rappelé que la surveillance des usagers était la responsabilité de tous les intervenants.

À la lumière de ces précisions, il n'y a pas lieu de faire une recommandation.

Par ailleurs, la Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, le coroner n'a pas compétence pour juger de la qualité des actes posés par les professionnels de la santé.

Par conséquent, je formulerai une recommandation à la Directrice médicale et des services professionnels du CIUSSS de la Capitale-Nationale de procéder à la révision du dossier de M. [REDACTED] et de s'assurer de la qualité de l'acte posé.

CONCLUSION

M. [REDACTED] [REDACTED] est décédé d'asphyxie consécutivement à une pendaison.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, dont fait partie le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)** :

- [R-1] Révise la qualité des soins prodigués et les décisions prises pendant l'hospitalisation de la personne décédée, notamment en lien avec les permissions de sortie et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances.

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 Saint-Joachim, ce 19 juillet 2025.



Me Monique Tremblay, coroner