

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-01538

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

M^e Isabelle East-Richard
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-02-17 Date de l'avis	2025-01538 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
25 ans Âge	Masculin Sexe	
Québec Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-02-17 Date du décès	Québec Municipalité du décès	
Domicile Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ a été identifié visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Âgé de 25 ans, M. ██████████ demeurait avec un proche dans une résidence. Le 17 février 2025, vers 11 h 20, le proche a transmis à M. ██████████ un message instantané et ce dernier lui a répondu. Par la suite, le proche lui a envoyé de nouveaux messages entre 11 h 49 et 12 h 09, mais ceux-ci sont demeurés sans réponse.

Puis, vers 16 h 05, le proche est retourné à leur domicile et a constaté la présence de gouttes de sang sur le plancher de la cuisine ainsi que vers l'escalier menant au sous-sol. Après s'être rendu au sous-sol, il a ouvert la porte de la chambre de M. ██████████ et il l'a aperçu couché sur le sol en position ventrale. Il était en arrêt cardiorespiratoire et du sang séché se trouvait autour de lui. Un couteau de cuisine (couteau de chef) se trouvait également à proximité de sa main gauche. Il a tenté de le retourner, mais sans succès. Il a donc rapidement composé le 911.

Une fois arrivés sur les lieux, les premiers répondants n'ont effectué aucune manœuvre compte tenu de l'état du corps de M. ██████████. Son décès a été constaté à distance par un médecin de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), le même jour à 17 h 02.

Aucune lettre d'adieu ni trace d'effraction ou d'implication d'un tiers n'ont été constatées sur les lieux.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été pratiqué le 18 février 2025 chez un partenaire du Bureau du coroner. Il a permis de constater la présence, à gauche du sternum, d'une plaie profonde et franche mesurant 5,5 cm. Aucune autre lésion traumatique ou suspecte contributive au décès n'a été observée.

Dans ces circonstances, il n'a pas été jugé nécessaire d'ordonner une autopsie.

Des prélèvements effectués lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses ont démontré la présence de traces de fluoxétine (antidépresseur) dans le sang. Aucun éthanol (alcool) n'a été détecté dans le sang.

ANALYSE

Suivant la consultation des dossiers cliniques de M. [REDACTED], je retiens, à titre d'antécédents médicaux pertinents, qu'il présentait un trouble de personnalité mixte, un trouble du spectre de l'autisme léger, une intelligence limitée, un trouble d'usage de substances ainsi que de l'anxiété. Des propos de nature suicidaire ainsi que des tentatives de suicide antérieures, la dernière remontant à 2022, y sont également notés.

En lien avec ces conditions, M. [REDACTED] bénéficiait d'un suivi régulier avec une intervenante du Centre de réadaptation en dépendance depuis le printemps 2024 ainsi que d'un suivi auprès du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale depuis le 8 janvier 2025. Il bénéficiait également d'un suivi régulier avec une travailleuse sociale du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre d'un programme adapté aux personnes qui ont un problème de santé mentale et qui ont commis un délit (Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale – Programme tribunal à trajectoire spécifique (IMPAC- PTTS)).

Dans le cadre de ce programme, M. [REDACTED] bénéficiait d'un suivi sporadique avec un psychiatre de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. La dernière consultation a d'ailleurs eu lieu le 18 décembre 2024. Il ressort des notes de cette consultation que M. [REDACTED] disait alors ressentir une anxiété envahissante qui le paralysait. Selon le psychiatre, M. [REDACTED] présentait, de manière récurrente et chronique, des idées noires et hétéroagressives, mais sans intention de passage à l'acte. Dans ces circonstances, le psychiatre lui a prescrit de la fluoxétine, un antidépresseur que M. [REDACTED] avait déjà bien toléré par le passé. Un rendez-vous de suivi avait été fixé au 10 mars 2025, mais le psychiatre demeurait disponible au besoin. Or, malgré cette prescription en date du 18 décembre 2024, ce n'est que le 8 février 2025 que M. [REDACTED] est allé chercher sa médication.

De plus, au courant de la dernière année, il est arrivé à quelques reprises que M. [REDACTED] confie à ses intervenantes du programme IMPAC - PTTS et du Centre de réadaptation en dépendance avoir eu des idées suicidaires, le plus récent épisode remontant à décembre 2024. Différentes actions visant à évaluer quotidiennement son risque suicidaire ainsi qu'à assurer un filet de sécurité avaient alors été mises en place et M. [REDACTED] avait été invité à communiquer avec le centre de prévention du suicide ou le centre de crise en cas d'urgence. Or, suivant les vérifications effectuées auprès de ces centres, aucune démarche n'avait été faite par M. [REDACTED] dans les derniers mois.

Il ressort d'ailleurs des notes des différents suivis que M. [REDACTED] était anxieux et insatisfait quant à sa sphère occupationnelle, en ce qu'il n'avait pas d'emploi ni d'activités, et par conséquent, il disait ressentir beaucoup d'ennui dans son quotidien. Or, malgré les démarches tentées par les divers intervenants, la mobilisation de M. [REDACTED] aux différents suivis était minimale, notamment en raison de son absence de motivation et l'augmentation de sa consommation de substances. Le suivi auprès du Centre de réadaptation en dépendance avait

d'ailleurs été fermé le 12 février 2025 en raison de son absence de mobilisation et son omission de se présenter à plusieurs rendez-vous.

M. [REDACTED] a toutefois continué de bénéficier des suivis réguliers auprès de l'intervenante sociale du programme IMPAC - PTTS ainsi que de l'intervenante du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une rencontre téléphonique a d'ailleurs eu lieu le 12 février 2025 entre M. [REDACTED] et ces intervenantes. Rien de particulier dans l'état de M. [REDACTED] n'a été noté par les intervenantes. Un plan d'intervention visant à augmenter son niveau d'autonomie avait d'ailleurs été discuté et il est noté que M. [REDACTED] semblait démontrer une motivation au changement. Le prochain rendez-vous avait été fixé au 21 février 2025.

Puis, le 14 février 2025, soit 3 jours avant son décès, il appert que M. [REDACTED] s'est présenté à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus afin d'obtenir de l'aide en lien avec l'anxiété envahissante qu'il ressentait. Selon le formulaire de triage, il est indiqué «*anxiété/crise situationnelle*» comme raison de la consultation. Selon ce qui est consigné aux notes du triage, M. [REDACTED] a mentionné ressentir cette anxiété depuis environ deux (2) semaines et que cela lui occasionnait de l'insomnie, une diminution de son alimentation, une perturbation dans ses activités de la vie quotidienne ainsi que des idées passives de mort. Plusieurs facteurs de risque y sont notés, et ce, tout comme ses antécédents de tentatives suicidaires multiples.

Malgré ces éléments, l'urgence suicidaire a été évaluée comme étant négative et l'infirmière lui a assigné un niveau de priorité P4, signifiant qu'il devait être vu de manière moins urgente. Toutefois, il appert que malgré ce dépistage négatif, M. [REDACTED] a été dirigé non pas vers la salle d'attente usuelle, mais plutôt vers l'aire de surveillance, laquelle est réservée aux personnes présentant des signes de perturbation ou de rupture du fonctionnement (psychose, crise suicidaire, détresse extrême, agitation incontrôlable, intoxication, sevrage, etc.)¹. Comment expliquer que M. [REDACTED] soit orienté vers cette aire de surveillance s'il ne présentait pas d'urgence suicidaire et que sa situation n'était pas jugée prioritaire ? Il est difficile de concilier l'évaluation faite au triage de la situation de M. [REDACTED] et l'orientation vers cette aire de surveillance.

Puis, après avoir patienté pendant plus de six (6) heures, M. [REDACTED] a décidé de quitter l'hôpital, et ce, avant d'avoir été pris en charge par un médecin. Il en a avisé l'infirmière du triage. Or, contrairement à ce qui est attendu², aucune réévaluation de son état n'a été faite pendant l'attente ni préalablement à son départ. Aucune mesure de surveillance ou filet de sécurité n'a été mis en place. Aucune référence vers l'une ou l'autre des intervenantes impliquées dans la situation de M. [REDACTED] ou vers une ressource d'aide (centre de prévention du suicide ou le centre de crise de Québec) n'a été faite. Considérant tout ce qui précède, la prise en charge de M. [REDACTED] lors de sa consultation à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus suscite certaines préoccupations. J'y reviendrai ultérieurement.

Suivant sa consultation à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, il appert qu'aucune autre démarche visant à obtenir de l'aide n'a été faite de la part de M. [REDACTED]. En effet, aucune tentative pour joindre les intervenantes qui l'accompagnaient ou encore une ressource du réseau de la santé pouvant lui apporter de l'aide n'a été faite le jour du décès ni les jours précédant celui-ci.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Santé mentale, Gestion clinique de l'épisode de soins », *Guide de gestion des urgences*, 16 juin 2025, en ligne : [Gestion clinique de l'épisode de soins - Santé mentale - Professionnels de la santé - MSSS](#).

² ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC, *L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence (ETG)*, 1998, p. 10 ; ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Triage à l'urgence – Lignes directrices*, 2^e édition, 2019, p. 26, en ligne : [Triage à l'urgence | OIIQ](#).

Suivant l'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la présente investigation, je conclus que M. [REDACTED] a décidé de mettre fin à ses jours afin de mettre un terme à un état émotionnel qu'il considérait trop difficile.

Mesures en place et recommandations

Afin de m'assurer que les procédures et les protocoles ont été adéquatement suivis lors de la consultation de M. [REDACTED] à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, je me suis entretenue avec un conseiller-cadre de la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec.

Suivant l'analyse de la situation effectuée par cette direction, il s'avère que l'évaluation du risque suicidaire de M. [REDACTED] par l'infirmière du triage n'était pas adéquate. Si elle l'avait été, M. [REDACTED] aurait pu bénéficier d'une prise en charge plus rapide. De plus, lorsqu'il a exprimé son intention de quitter avant d'être pris en charge, il aurait effectivement dû faire l'objet d'une réévaluation par une infirmière, ce qui n'a pas été le cas.

Cela étant dit, la présente investigation n'a pas pour objet de remettre en cause la compétence des professionnels impliqués ni même d'établir une quelconque responsabilité civile ou criminelle. L'objectif est plutôt d'améliorer les pratiques dans une perspective de prévention et de protection de la vie humaine. Ainsi, dans ce contexte, je me suis intéressée aux mesures mises en place afin de prévenir une situation similaire.

Lors de ma discussion avec le conseiller-cadre à la qualité et à la gestion des risques, celui-ci m'a informé du fait que tous les postes de triage comprenaient une affiche comportant les trois (3) questions devant être posées à tout patient se présentant à l'urgence, et ce, afin de repérer le risque suicide. Des rappels ont été effectués auprès de l'ensemble du personnel du triage quant à l'obligation de poser ces trois (3) questions ainsi que de réévaluer, chaque heure, les patients en attente aux urgences. Une sensibilisation auprès du personnel a également été faite en utilisant la situation de M. [REDACTED].

De plus, dans une perspective plus globale, il appert que le CHU de Québec participe activement à la mise en place, dans les urgences de ses centres hospitaliers, des procédures organisationnelles d'Agrément Canada portant sur le dépistage, l'évaluation, l'intervention, le plan de sécurité et le suivi approprié de l'utilisateur afin de prévenir le suicide. Dans ces circonstances, tous les travailleurs en contact avec la clientèle sont requis de suivre, selon l'emploi occupé, au moins l'une des trois (3) formations offertes par l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) en matière de prévention du suicide. L'objectif est que ces formations soient complétées d'ici un ou deux (2) ans.

En ce qui concerne plus particulièrement les infirmières du triage, celles-ci doivent suivre les formations intitulées « *Détection de la personne à risque suicidaire* » et « *Dépistage de la personne à risque suicidaire* », pour une durée totale d'une heure. Toujours selon les informations reçues du conseiller-cadre, environ 80 % des infirmières ont déjà commencé à suivre ces formations. De plus, un minimum de deux (2) infirmières par secteur et par quart de travail a été désigné pour agir à titre de ressources expertes. À cet égard, elles doivent suivre la formation intitulée « *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – Repérer et appliquer les mesures de protection requises* », laquelle englobe la détection ainsi que le repérage et est d'une durée de 3,5 heures.

Il s'agit des formations recommandées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « MSSS ») à l'intention des infirmières du triage³. Comme le souligne le MSSS dans son guide destiné à la gestion des urgences, l'urgence peut représenter, pour les personnes présentant une crise associée à des troubles de santé mentale, le dernier recours lorsque toutes les autres ressources ont été épuisées ou sont inaccessibles⁴. Il est donc essentiel que le personnel de l'urgence soit formé au repérage des personnes qui pensent au suicide, et ce, afin de pouvoir appliquer les mesures de protection qui s'imposent au triage⁵.

Comme mentionné dans le guide pratique pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux en matière de prévention du suicide, il est recommandé qu'un calendrier de formation soit prévu ainsi que des mises à jour régulières⁶. Dans le cas présent, un calendrier de formation a été établi afin d'effectuer un suivi des formations effectuées en matière de prévention du suicide. Plus particulièrement, la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique du CHU de Québec effectue mensuellement ce suivi, lequel est ensuite présenté au comité de direction de l'établissement afin de favoriser la mise en place d'action pour promouvoir le suivi de ces formations. Dans ces circonstances, aucune recommandation ne sera émise à cet égard.

Cependant, comme mentionné précédemment, M. [REDACTED] a attendu plus de six (6) heures et n'a pas été réévalué pendant l'attente ni préalablement à son départ, ce qui ne respecte pas ce qui est prévu à l'échelle canadienne de triage et de gravité. Considérant les recommandations formulées récemment à l'intention de Santé Québec afin qu'elle s'assure que les délais de prise en charge à l'urgence soient respectés⁷, aucune recommandation ne sera formulée à ce sujet. Une copie du présent rapport lui sera toutefois transmise.

En ce qui concerne l'absence de réévaluation, le conseiller-cadre à la qualité et à la gestion des risques m'a indiqué qu'un rappel avait été fait à ce sujet auprès du personnel de l'urgence de l'hôpital. Or, outre l'omission de réévaluer M. [REDACTED], il importe de réitérer qu'aucune mesure de surveillance, filet de sécurité ou référence vers une autre ressource n'a été effectué lors de son départ. Considérant les propos tenus par M. [REDACTED], ses antécédents bien connus ainsi que les symptômes qu'il présentait et qui affectaient son fonctionnement quotidien, il aurait été opportun de le faire. Il aurait également été opportun de tenter d'obtenir le consentement de M. [REDACTED] afin d'impliquer sa famille ainsi qu'un intervenant de crise afin d'accompagner celle-ci en attendant qu'il soit pris en charge par un professionnel du réseau, et ce, comme le prévoit le *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale*⁸. Des recommandations seront donc formulées en ce sens.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Santé mentale, personne qui pense au suicide », *Guide de gestion des urgences*, 16 juin 2025, en ligne : [Personne qui pense au suicide - Santé mentale - Professionnels de la santé - MSSS](#)

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Santé mentale, Gestion clinique de l'épisode de soins », *précitée*, note 1.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Santé mentale, personne qui pense au suicide », *précitée*, note 3.

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide pratique pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires : Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide*, 2024, p. 26, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-01W.pdf>.

⁷ Dossier 2024-06694, en ligne : [Détail](#).

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : Considérer, intégrer, outiller*, 2024, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé des conséquences du traumatisme cardiothoracique qu'il s'est infligé au moyen d'un couteau de cuisine.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre hospitalier Universitaire (CHU) de Québec – Université Laval** :

- [R-1]** S'assure qu'un filet de sécurité est mis en place à l'égard de toute personne qui se présente à l'urgence de l'un de ses centres hospitaliers dans un contexte de crise situationnelle et qui avise de son départ avant d'avoir été prise en charge par un médecin ou un autre professionnel de la santé ;
- [R-2]** Forme son personnel quant aux pratiques énoncées dans le *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale* afin que les proches d'une personne présentant une crise situationnelle puissent être impliqués dans les trajectoires de soins et de services en santé mentale, lorsque le consentement est obtenu.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information, dont notamment les suivantes :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les rapports d'expertises (examen externe et rapport d'analyse toxicologique) ;
- Le rapport d'intervention policière du Service de police de la Ville de Québec.

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 Lévis, ce 9 octobre 2025.

Me Isabelle East-Richard, coroner