

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-05551

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.

Me Geneviève Thériault

BUREAU DU CORONER 2024-07-22 Date de l'avis			2024-05551 N° de dossier		
IDENTITÉ Prénom à la naissance 80 ans Âge Val-d'Or Municipalité de résidence			Nom à la naissance Masculin Sexe Québec Province Canada Pays		
DÉCÈS 2024-07-21 (présumée) Date du décès Domicile Lieu du décès			Val-d'Or Municipalité du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. est identifié visuellement par un proche sur les lieux du décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 22 juillet 2024, un proche se rend chez M. après avoir tenté de le joindre sans succès et le trouve inerte dans la pièce de débarras. Le corps est sur le plancher. Du sang est visible à l'abdomen. Une arme à feu de calibre .12 se trouve près de lui. Le proche communique avec le 9-1-1.

Policiers et ambulanciers se présentent sur les lieux. Le corps présente un état de rigidité cadavérique rendant futile toute manœuvre de réanimation. On le transporte au Centre hospitalier de Val-d'Or où son décès est constaté.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

L'autopsie pratiquée les 24 et 25 juillet 2024 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal permet de constater une plaie d'entrée à la région périombilicale supérieure gauche avec indice de proximité de tir et aucune plaie de sortie. La trajectoire du tir est de l'avant vers l'arrière, du haut vers le bas et de la droite vers la gauche. Sur leur trajectoire, les projectiles lacèrent de nombreuses structures causant des blessures mortelles. Le rapport d'autopsie mentionne que la localisation de la plaie d'entrée à l'abdomen, la trajectoire des projectiles et la présence d'indices de proximité de tir sont compatibles avec l'auto-manipulation de l'arme à feu par le défunt.

L'autopsie a également révélé une masse mesurant 5,2 cm en partie ulcérée à la base de la langue côté gauche correspondant à un processus néoplasique peu différencié. Il y a absence de lésion néoplasique au niveau du larynx et d'évidence macroscopique de métastases aux organes examinés.

L'analyse effectuée au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal des liquides biologiques prélevés à l'autopsie démontre des concentrations thérapeutiques de

divers médicaments prescrits à M. [REDACTED] et n'ayant pas contribué au décès. L'éthanol (l'alcool) sanguin était non décelable.

ANALYSE

L'arme à feu

L'arme utilisée est de marque Winchester, modèle 120, calibre .12, à pompe. Elle appartient à M. [REDACTED].

Lors de la sécurisation de l'arme par un policier, la cartouche utilisée est éjectée de la chambre de l'arme. Deux cartouches non utilisées se trouvent toujours dans le magasin de l'arme.

Une expertise balistique de l'arme effectuée au Laboratoire des sciences judiciaires et de médecine légale confirme que l'arme est en condition de tir. Les tests de chute libre ne démontrent pas que l'arme peut se décharger de façon accidentelle. De plus, sa sûreté est fonctionnelle. Le calibre des bourres est compatible avec celui du fusil et les caractéristiques physiques des grenailles sont compatibles avec le nombre d'impressions au fond d'une des bourres.

Antécédents médicaux

M. [REDACTED] a plusieurs conditions médicales dont un trouble de déglutition (dysphagie) qui génère une perte de poids rapide et importante et de l'anxiété face à la possibilité d'étouffement. Il est vu pour la première fois en oto-rhino-laryngologie le 28 juin 2024. Il reçoit un diagnostic de possible néoplasie de l'oropharynx. Un scan du cou et du thorax doit être planifié.

Le 8 juillet 2024, un proche appelle l'ambulance après avoir trouvé M. [REDACTED] à l'arrière de la maison avec une arme à feu et une intention suicidaire. M. [REDACTED] mentionne aux paramédics qu'il ne supporte plus la douleur, qu'il veut l'aide médicale à mourir et que si elle est refusée il va se suicider à son retour à la maison. M. [REDACTED] est admis à l'hôpital de Val-d'Or.

On effectue un examen d'imagerie le 9 juillet 2024 et on prévoit une biopsie le 19 juillet. Le plan de soins comprend également une évaluation en déglutition, une évaluation en nutrition, une consultation en gestion de la douleur.

M. [REDACTED] mentionne au médecin de l'urgence que s'il y a possibilité d'une intervention, il est d'accord sinon il veut l'aide médicale à mourir. Le médecin lui explique qu'il y a une procédure à suivre pour demander l'aide médicale à mourir qui comprend une requête et une évaluation par une équipe médicale et que l'aide médicale à mourir n'est pas offerte en urgence.

Après quelques jours d'hospitalisation, M. [REDACTED] va mieux avec l'administration de médication pour traiter sa douleur et son anxiété. Il envisage désormais la possibilité de traitements, mais désire attendre les résultats de la biopsie et le plan de traitement.

Les résultats de l'imagerie du 9 juillet sont reçus le 15 juillet et confirment une volumineuse masse tissulaire présumée néoplasique de 44 x 43 x 57 mm centrée sur la base de la langue côté gauche et comblant inférieurement l'espace sublingual jusqu'à abuter l'os hyoïde sans

évidence de métastases. On informe M. [REDACTED] et ses proches le jour même des résultats de l'imagerie et on explique que selon les résultats de la biopsie à être organisée au plus tard le 6 août, un traitement sera discuté en oncologie/radiooncologie. Les procédures sont expliquées et comprises par M. [REDACTED] et ses proches.

Le 17 juillet, il désire quitter disant qu'il est mieux chez lui. Lorsque le médecin le confronte au geste qu'il voulait poser en raison de la douleur avant son arrivée, M. [REDACTED] minimise la situation affirmant qu'il ne voulait pas vraiment se tuer, mais plutôt attirer l'attention.

Il obtient son congé le 18 juillet. Il accepte un suivi nutritionnel en externe et la biopsie est prévue pour le mardi suivant - 23 juillet.

Selon une déclaration, après sa sortie de l'hôpital, M. [REDACTED] est très positif et son humeur change pour le mieux.

Notes d'intention

Des écrits datés du 21 juillet laissés par M. [REDACTED] sont trouvés sur un bureau dans la résidence. Il est clair que son geste est lié à la souffrance causée par son cancer.

Date du décès

M. [REDACTED] est vu vivant le 21 juillet en après-midi et il répond au téléphone vers 16 h. En considérant ce fait et l'état du corps lors de sa découverte, je présume que le décès est survenu le 21 juillet.

Circonstances du décès

L'enquête policière et l'ensemble de l'investigation écartent l'intervention d'un tiers dans le présent décès. M. [REDACTED] vient de recevoir une mauvaise nouvelle au sujet de sa santé et ne semble pas avoir la force de se faire traiter. Il parle d'obtenir l'aide médicale à mourir, mais la demande officielle n'est pas faite. Il est clairement découragé par cette condition médicale qui diminue sa qualité de vie et le fait souffrir. Quelques jours après une hospitalisation secondaire à un geste suicidaire, il s'inflige des blessures mortelles abdominales au moyen d'une arme à feu.

Questionnements

Je m'explique mal pourquoi M. [REDACTED] a toujours accès à son arme à sa sortie de l'hôpital, alors qu'il y a été conduit en raison de son intention de l'utiliser pour mettre fin à ses jours. Il aurait sans doute été prudent de retirer l'arme de la résidence, à tout le moins pendant quelque temps. Cela étant dit, son entourage ne s'inquiétait pas, car M. [REDACTED] semble mieux se porter à la sortie de l'hôpital.

Je me questionne également sur le fait qu'il ne semble pas y avoir eu d'évaluation du risque suicidaire ni à l'arrivée ni au départ de l'hôpital. Malgré ce que M. [REDACTED] verbalise aux paramédics qui le transportent à l'hôpital ainsi qu'au médecin de l'urgence, aucun plan de suivi psychologique ne semble avoir été proposé à M. [REDACTED] pendant son séjour. Pourtant, il est connu que les problèmes de santé et la perte d'autonomie fonctionnelle sont des éléments rendant une personne plus vulnérable au suicide. Il est vrai qu'évaluer le risque suicidaire est une tâche très difficile et potentiellement incertaine et que l'évaluation à un moment donné peut ne plus être exacte par la suite, il n'en demeure pas moins qu'elle doit être faite.

Les notes médicales ne me permettent pas non plus de savoir si on a expliqué en détail à M. [REDACTED] le processus en place concernant l'aide médicale à mourir et les conditions à remplir pour y avoir accès.

Il n'est pas dans le mandat du coroner d'examiner la qualité des soins reçus dans le réseau de la santé. Des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres. Je peux toutefois recommander qu'un tel examen soit effectué pour une meilleure protection de la vie humaine, ce que je ferai en l'instance.

J'ai eu l'occasion de discuter de mes recommandations avec la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

À la lumière de l'investigation, je conclus que M. [REDACTED] est décédé de blessures abdominales auto-infligées par arme à feu.

CONCLUSION

M. [REDACTED] est décédé d'un traumatisme abdominal auto-infligé par arme à feu.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi Témiscamingue, dont fait partie l'hôpital de Val-d'Or** :

- [R-1]** Procède à la révision du dossier de la personne décédée afin de s'assurer de la qualité de l'acte professionnel et des soins qui lui ont été prodigués lors de son hospitalisation du 8 au 18 juillet 2024 et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances ;
- [R-2]** Établisse une procédure claire afin que les personnes exprimant le désir de bénéficier de l'aide médicale à mourir reçoivent les informations nécessaires sur le processus, les délais et les modalités d'admissibilité ainsi que le soutien et le suivi psychologique requis en pareilles circonstances ;
- [R-3]** S'assure que les professionnels de la santé effectuent ou fassent effectuer une évaluation du risque suicidaire d'un usager lorsque celui-ci verbalise des pensées suicidaires dans le contexte d'une demande d'aide médicale à mourir.

SOURCES D'INFORMATION

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

- les dossiers médicaux de M. [REDACTED] ;
- les rapports d'expertises ;
- le rapport d'intervention policière de la Sûreté du 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 Gatineau, ce 7 novembre 2025.

Geneviève Thériault, coroner

Version anonymisée