

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2025-08065

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 Nancy Bouchard
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-10-18 Date de l'avis	2025-08065 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
52 ans Âge	Masculin Sexe	
Trois-Rivières Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-10-18 Date du décès	Trois-Rivières Municipalité du décès	
Pavillon Sainte-Marie Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

M. ██████████ est identifié visuellement par le personnel médical.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 14 octobre 2025, M. ██████████ tente de mettre fin à ses jours en attachant une corde à son cou reliée à son vélo qu'il lance de l'autre côté de la rampe du pont Duplessis à Trois-Rivières. Un passant lui porte secours pendant qu'un autre contacte les services d'urgence. Il débute les manœuvres de réanimation qui sont poursuivies par les ambulanciers quelques minutes plus tard. M. ██████████ est admis au Pavillon Sainte-Marie où il est stabilisé. Toutefois, il demeure dans un état précaire ; il est intubé et dans le coma. Dans les jours suivants, les examens démontrent une anoxie cérébrale, donc il est convenu de cesser les soins actifs et de lui offrir des soins de confort. Le décès de M. ██████████ est constaté aux soins intensifs du Pavillon Sainte-Marie, le 18 octobre 2025.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de M. ██████████ sont suffisamment documentées dans son dossier clinique du Pavillon Sainte-Marie, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonnée aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Selon son dossier clinique, M. ██████████ avait notamment des antécédents de schizophrénie paranoïde avec trouble de personnalité antisociale, une déficience intellectuelle, un trouble lié à l'usage de substances, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et des idées suicidaires chroniques avec tentatives dans le passé. Il prenait des médicaments entre autres pour son TDAH, mais il refusait toute médication en lien avec sa schizophrénie qu'il n'admettait pas.

D'après le rapport d'enquête du Service de police de Trois-Rivières et les déclarations recueillies, M. ██████████ était connu du milieu policier notamment en lien avec des tentatives de suicide et des accusations criminelles. En raison de ses problèmes de santé, M. ██████████ avait des difficultés financières et il avait l'habitude de consommer ce qui avait pour effet d'exacerber ses idées paranoïdes qui le conduisaient à faire des gestes impulsifs, parfois

agressifs et d'entraîner des idées noires, le tout ayant souvent mené à des problèmes avec la justice. Entre 2022 et 2025, il aurait fait huit tentatives de suicide, toutes dans un contexte de désorganisation en lien avec sa santé mentale souvent accentuée par une consommation.

Il a reçu beaucoup d'accompagnement dans les dernières années du milieu hospitalier et communautaire (point de rue, tandem, refuge, bon citoyen), mais entre autres dans les deux dernières années il a eu des comportements inappropriés envers des intervenants ou des proches ce qui rendait l'aide plus difficile. M. [REDACTED] avait une santé mentale fragile avec des épisodes de détresse fréquents depuis plusieurs années en plus d'un passé criminel et des comportements autodestructeurs. Ainsi, il recevait du soutien notamment pour son hébergement, mais il se retrouvait régulièrement sans domicile fixe en raison de ses comportements. Sa mobilisation était difficile. Il ne possédait pas de téléphone, donc il était ardu de le rejoindre et régulièrement il ne se présentait pas à ses rendez-vous.

Sa dernière hospitalisation a eu lieu le 15 février 2025 en lien avec une désorganisation, il semblait intoxiqué. Toutefois, il a quitté sans avoir vu le médecin et, à sa sortie, il a tenté de se jeter devant un véhicule près de l'hôpital. Il a donc été hospitalisé contre son gré (P38). À ce moment il a mentionné qu'il préférerait mourir plutôt que de vivre dehors. Il refusait toujours de prendre de la médication en lien avec sa santé mentale ; il niait ses problèmes en ce sens. Au moment de quitter, il est devenu très agressif, donc il a été convenu de le mettre en garde préventive et de lui offrir de la médication pour le calmer.

Le 1^{er} octobre 2025, une demande de service a été faite par une responsable de l'immeuble où habitait M. [REDACTED] en lien avec des délires psychotiques devant conduire à une éviction du logement. L'accompagnement était difficile en raison de l'agressivité de M. [REDACTED]. De plus, il était non compliant aux traitements et il refusait les rencontres médicales. Un suivi intensif de milieu (SIM) était en cours pour lequel il recevait de l'accompagnement pour l'achat de son épicerie.

Dans ce dossier, j'ai interpellé la gestion des risques. Toutefois, le décès de M. [REDACTED] n'a pas fait l'objet d'un événement sentinelle puisque selon les lignes directrices, les décès survenus dans la communauté ne sont pas assujettis à une déclaration obligatoire. Néanmoins, l'établissement procède généralement à une révision des dossiers liés à des suicides d'usagers suivis dans la communauté afin d'améliorer ses processus, ce que je félicite.

Dans ce cas-ci, suite à une demande de ma part, une conseillère cadre au service Qualité et prestation sécuritaire des soins et services (QPSSS) de la direction des affaires stratégiques, institutionnelles et de la qualité (DASIQ) du CIUSSS (maintenant Santé Québec) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), Shawinigan a consulté le dossier. Celle-ci m'a confirmé qu'il n'y a pas eu de période d'hospitalisation en psychiatrie à proprement parler en 2025 (hormis au moment du décès en octobre 2025). Toutefois, plusieurs consultations à l'urgence y figurent. À plusieurs reprises, M. [REDACTED] a quitté sans avoir vu le médecin, refusant l'attente ou les soins proposés. Les 14, 15 et 16 février 2025, M. [REDACTED] est demeuré à l'urgence du CHAUR, dans la section dédiée à la prise en charge des usagers présentant des problèmes de santé mentale. À ces occasions, M. [REDACTED] refusait toute aide. Par la suite, un suivi intensif dans le milieu (SIM) a été mis en place auprès de M. [REDACTED] à compter du 25 septembre 2025. Des suivis rapprochés à domicile ont été tentés jusqu'au moment de son décès ; toutefois, celui-ci était régulièrement absent de son domicile. Au dossier figurent également des notes en date du 1^{er} et du 10 octobre 2025 indiquant que M. [REDACTED] refusait alors les rencontres médicales.

Ainsi, le 14 octobre 2025, M. [REDACTED] a tenté de mettre fin à ses jours dans un contexte où son état psychologique n'était assurément pas stable et à un moment où il avait également des problèmes avec la justice et des difficultés avec son logement, le tout semblant trop pour lui.

Puisqu'à mon avis, l'état psychologique de M. [REDACTED] a vraisemblablement conduit à son décès et qu'aucun événement sentinelle n'a été réalisé, je ferai une recommandation à cet effet.

De plus, je tiens à ajouter que des travaux sont actuellement en cours en ce qui concerne la P38 (projet de loi 23) afin de mieux accompagner les personnes dont l'état mental peut représenter un risque pour elles-mêmes ou pour autrui. D'ailleurs à ce sujet, mon collègue Me [REDACTED] Lépine, recommande dans son rapport 2023-08818 au ministère de la Santé et des Services sociaux de prioriser les travaux requis pour la mise en œuvre des dispositions du projet de Loi 23. Ainsi, comme un autre coroner a déjà fait des recommandations à cet effet et que le ministère de la Santé et des Services sociaux est conscient de cette problématique, je ne ferai pas de recommandation à cet effet. Par contre, je désire qu'une copie du présent rapport soit transmise au ministère de la Santé et des Services sociaux à des fins d'information.

CONCLUSION

Le décès de M. [REDACTED] est attribuable aux complications neurologiques irréversibles consécutives à une pendaison réanimée.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATION

Je recommande que Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec - Universitaire, dont le Pavillon Sainte-Marie fait partie de :

[R-1] évalue la qualité des soins médicaux posés auprès de la personne décédée au cours de son hospitalisation du 15 février 2025 et le cas échéant, de mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients 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 Saguenay, ce 23 juin 2026.

Me Nancy Bouchard, coroner