

Rapport d'enquête

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Thomas Audet

2022-00277

Me Géhane Kamel

Table des matières

INTRODUCTION	3
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	3
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	3
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	3
ANALYSE	5
LA TRAME FACTUELLE	5
L'enquête de la Sûreté du Québec.....	5
L'histoire de vie de Thomas	5
La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).....	6
La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse	8
MES CONSTATS	11
Le soir précédant le décès de Thomas.....	11
La famille et les proches.....	12
La Direction de la protection de la jeunesse	13
L'opinion d'une experte et du pathologiste judiciaire	16
CONCLUSION	17
RECOMMANDATIONS	18
LA PROCÉDURE	20
LISTE DES PIÈCES	21

INTRODUCTION

Le 1^{er} février 2022, la coroner en chef du Québec, Me Pascale Descary, ordonnait la tenue d'une enquête publique relativement au décès de Thomas Audet, survenu à Alma, le 18 juin 2016. J'ai été désignée afin de présider cette enquête, dans le but de faire la lumière sur les circonstances entourant ce décès, de déterminer les facteurs contributifs et de formuler, le cas échéant, des recommandations.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

L'enfant Thomas Audet a été identifié visuellement par un proche à son domicile.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Selon le rapport d'enquête de la division des enquêtes sur les crimes contre la personne de la Sûreté du Québec, le 18 juin 2016, vers 9 h, au domicile de la mère, le beau-père de Thomas (conjoint de la mère) aurait constaté que l'enfant semblait avoir de la difficulté à respirer. Thomas était couché sur le ventre, dans son lit de bébé. Les deux pompes de l'enfant, soit du Flovent® et du salbutamol, lui auraient été administrées par le beau-père et il lui aurait également donné du Tempra®, un biberon de lait et sa couverture et l'aurait laissé dans son lit. Une demi-heure plus tard, il serait revenu voir Thomas et ce dernier était inconscient. Il l'aurait pris dans ses bras et Thomas aurait vomi sur son épaule. Le voyant toujours inconscient, il aurait alors débuté les manœuvres de réanimation avant d'aller réveiller la mère de l'enfant.

Cette dernière a fait un appel au 911 afin d'obtenir de l'aide. Dès leur arrivée, les policiers et les ambulanciers sont intervenus auprès de l'enfant pour tenter de lui sauver la vie. Thomas était en asystolie. Il a été transporté à l'Hôpital d'Alma où les manœuvres se sont poursuivies et qui, malheureusement, se sont avérées vaines. Elles ont été cessées à 10 h 14, heure à laquelle son décès a été constaté par un médecin du centre hospitalier.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie¹ a été faite le 22 juin 2016 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Le pathologiste note à son rapport que l'enfant a subi des traumatismes récents et anciens impliquant différentes parties du corps.

« À la tête, 4 contusions sont retrouvées, l'une au front du côté droit, l'une au coin externe du sourcil droit, l'une à la joue gauche et la dernière au côté gauche du cuir chevelu, région frontopariétale. Bien qu'il n'y ait aucune fracture du crâne, la surface

¹ Pièce C-10.

du cerveau, qui est enflé, montre une discrète hémorragie. Ces blessures sont insuffisantes pour expliquer le décès. Certaines d'entre elles peuvent s'expliquer par une chute, telle la chute à vélo rapportée la veille du décès de l'enfant. Par contre, une seule chute ne peut pas expliquer la bilatéralité des blessures à la tête. D'autre part, la cicatrice retrouvée au pavillon de l'oreille droite témoigne d'un traumatisme dans le passé.

Au thorax, des fractures anciennes, en voie de guérison (cal osseuse), sont retrouvées sur les 7^e côtes antérieures, bilatéralement, et sur la 8^e côte antérieure gauche. Un doute persiste sur la possible présence de cal osseux sur les 8^e côte antérieure droite et 9^e côte antérieure gauche. Elles ne sont pas contemporaines au décès et datent d'au moins plusieurs jours, si ce n'est quelques semaines. Elles n'expliquent évidemment pas le décès.

À l'abdomen, différentes blessures sont retrouvées. Certaines sont récentes, contemporaines au décès, à savoir l'hémopéritoine de 350 mL, l'hémorragie retrouvée autour du côlon et du duodénum et la lacération du mésocôlon transverse. Ce sont ces blessures qui expliquent le décès. Elles sont probablement survenues quelques minutes à quelques heures avant le décès, mais on ne peut être plus précis. Elles ne font pas suite aux manœuvres de réanimation pratiquées sur le corps de l'enfant. Cependant, sur ces blessures récentes se juxtaposent des lésions anciennes, non contemporaines au décès, comme en font foi l'hémosidérine (signe d'un saignement ancien) et la fibrose retrouvées à l'examen microscopique de différentes structures abdominales. Ainsi, cet enfant a subi au moins 2 impacts à l'abdomen : l'un récent, qui l'a tué, et l'autre ancien, qui a eu le temps de guérir. Bien entendu, il peut également y avoir eu plus d'un impact, récent comme ancien, pour produire les lésions constatées.

Enfin, quelques contusions de petite taille sont retrouvées sur les coudes et la face antérieure des membres inférieurs. Elles sont communes chez les enfants en âge de déambuler. De plus, une fracture ancienne, en voie de guérison, fut radiologiquement retrouvée au tibia gauche, en accord avec l'histoire clinique rapportée.

L'autopsie n'a démontré ni malformation ni dysmorphisme autant à l'examen externe qu'à la dissection des organes et structures internes. Les paramètres de croissance sont autour de la moyenne pour la taille et le poids, et au-dessus de la moyenne pour le périmètre crânien. La victime apparaissait bien hydratée et adéquatement nourrie.

Aucune lésion naturelle ne fut retrouvée chez cet enfant. »

La toxicologie² est par ailleurs sans particularité sauf pour la présence d'acétaminophène dans le sang, correspondant au Tempra® donné par le beau-père.

ANALYSE

En raison de la très grande charge émotive associée à des tragédies impliquant des enfants, il est primordial de mentionner que mon analyse n'a aucunement pour objectif de déterminer la responsabilité criminelle ou civile. L'ensemble de ce processus a pour objectif de faire la lumière et de rechercher la vérité sur les circonstances entourant le décès de Thomas et sur les facteurs qui y ont contribué. Ce processus vise également à émettre des recommandations pour la protection de la vie humaine et la prévention pour éviter qu'un tel drame ne se reproduise.

L'analyse des événements ayant conduit au décès peut être divisée en quatre segments factuels, soit : l'enquête de la Sûreté du Québec, l'histoire de vie de Thomas, la prise en charge par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et l'enquête de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ).

LA TRAME FACTUELLE

L'enquête de la Sûreté du Québec

Le décès de Thomas a fait l'objet d'une enquête par les enquêteurs des crimes contre la personne de la Sûreté du Québec. Dans le cadre des procédures judiciaires, dans le dossier de Thomas, le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) a déposé, le 29 septembre 2021, un *nolle prosequi* (arrêt des procédures) visant un sujet d'intérêt.

Les enquêteurs de la Sûreté du Québec ont par la suite traité ce dossier en assistance au coroner.

L'histoire de vie de Thomas

Thomas est âgé de 20 mois au moment des événements. Il est décrit comme un enfant joueur, joyeux et il ne fait aucun doute qu'il est aimé par sa famille. Thomas vit avec sa mère et le conjoint de cette dernière. Il voit son père une fin de semaine sur deux. Les grands-parents paternels et maternels sont présents dans la vie de Thomas.

Le nouveau conjoint de la mère vit avec elle depuis décembre 2015. Il est présent dans la vie de Thomas et c'est lui qui le prend en charge quand la mère de Thomas se rend au travail.

² Pièce C-11.

Au plan médical, Thomas est en bonne santé. Il avait une prescription de pompes depuis le 31 mai 2016 pour des problèmes bronchiques. Entre janvier et juin 2016, Thomas a eu quelques blessures décrites comme accidentelles, dont une blessure à la main, une chute d'un étage dans une maison résidentielle, une blessure au tibia nécessitant un plâtre et une lacération à l'oreille. En plus de ces blessures, on nous a relaté que le soir précédent son décès, Thomas serait tombé d'un vélo d'enfant qui était en position stationnaire. Il n'aurait pas manifesté de douleur et serait allé jouer au parc après le souper. Les heures de son coucher sont vagues. Au lever, il aurait réclamé son biberon de lait. Le conjoint de la mère lui aurait donné et l'aurait retrouvé mal en point plus ou moins une demi-heure plus tard. J'y reviendrai plus en détail lors de mon analyse.

La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Le 17 mai 2016, un signalement est fait à la DPJ. Le déclarant mentionne notamment (...) *que l'enfant aurait eu plusieurs blessures inquiétantes depuis sa naissance et on se questionne quant aux versions données par les parents ainsi que sur leur surveillance (...)*³

Le 26 mai 2016, la DPJ retient le signalement en ce qui a trait à l'article 38 b) 1 iii de la Loi sur la protection de la jeunesse, soit une situation de négligence sur le plan éducatif (problème de surveillance de l'enfant dans le milieu paternel ainsi que dans le milieu maternel). Au moment de cette analyse, les éléments suivants sont pris en compte :

- la nature, la gravité, la durée et la fréquence des faits signalés;
- l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;
- la capacité des parents et leur volonté de corriger la situation;
- les ressources du milieu qui peuvent venir en aide.

Dans les jours précédents la rétention du signalement, soit le 19 mai 2016, une rencontre avec une intervenante de l'équipe de vérification complémentaire a lieu au bureau de la DPJ. La mère s'y présente seule. Elle est mise au courant des allégations au signalement et cette dernière nie toute consommation de drogue et d'alcool. L'intervenante convient avec la mère qu'elle doit se présenter avec Thomas le même jour à la clinique pédiatrique pour une évaluation de l'enfant.

Une communication téléphonique a lieu le même jour par la DPJ au centre hospitalier, lors de laquelle le contexte de référence est expliqué au médecin de garde, soit Dr Parizeault. Ce dernier organise un rendez-vous en clinique le même jour. La référence médicale⁴ du Dr Parizeault à ses collègues relate les suspicions de la DPJ et il indique à des fins de suivi : *possible abus*. Le 19 mai 2016, Dr Desmeules prend alors en charge le dossier et fait un examen médical de l'enfant. Il note une fracture ancienne au fémur (qui, après vérification, s'avéra être au tibia), une déchirure au

³ Pièce C-15.

⁴ Pièce C-3.

pavillon de l'oreille droite, qui a nécessité des points de suture, une enflure à la main droite et une ecchymose sur la face dorsale du pénis. Dr Desmeules hospitalise l'enfant.

Dr Parizeault revoit l'enfant en début de soirée et objective les informations de son collègue. Une demande d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et une scintigraphie osseuse sont requises. Il indique comme diagnostic principal « suspicion de maltraitance » et informe l'équipe de soir d'être vigilante quant aux contacts mère-enfant. Le 20 mai 2016, les Drs Desmeules et Parizeault ne sont pas au travail et c'est leur collègue, Dre Cliche, qui prend le relais. L'IRM cérébrale et la scintigraphie osseuse sont négatives. Elle indique à la consultation une note au dossier de Thomas à l'effet que ses blessures sont de nature accidentelle et donc auto-infligées par ce qui est communément appelé le *trottineur*⁵, et ce, malgré la suspicion de maltraitance initiale. L'enfant reçoit donc son congé de l'hôpital le même jour. Dre Cliche n'en informe pas la DPJ.

Le 24 mai 2016, une intervenante de la DPJ communique par téléphone avec Dr Desmeules. Ce dernier fait état de l'évaluation médicale. Il mentionne notamment à l'intervenante que Thomas est à suspicion de violence corporelle jusqu'à preuve du contraire⁶.

Le 26 mai 2016, le signalement étant retenu, il a été codé en priorité 3, ce qui indique, dans les standards des meilleures pratiques, une prise en charge au service d'évaluation du signalement dans les 4 jours de la rétention de celui-ci. Le protocole⁷ sur la réception et le traitement des signalements établit les normes suivantes :

- Code 1 : Intervention immédiate
- Code 2 : Intervention à l'intérieur d'une période de 24 heures
- Code 3 : Intervention à l'intérieur d'une période de 4 jours⁸ (les indicateurs de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux sont à 12 jours).

L'évaluation de la situation d'un enfant doit débuter le plus rapidement possible. Dans les faits, une priorité est donnée aux situations les plus graves, c'est-à-dire celles où l'intégrité physique d'un enfant est menacée. Lors du témoignage de M. Boissonneault⁹, nous apprenions que, en réalité, les codes 3 étaient plutôt traités dans un délai de plus ou moins 30 jours.

Le dossier de Thomas ne sera pas attribué et sera mis sur une liste d'attente. La personne responsable de gérer la liste d'attente a plusieurs dossiers à assigner. Elle doit donc, faute de ressources, créer une catégorisation « maison » pour répondre aux besoins les plus urgents. Les

⁵ Celui qui trottine, qui marche à petits pas pressés et qui peut s'infliger des blessures de sa propre hauteur. Généralement, chez les enfants de 18 à 24 mois.

⁶ Pièce C-3, page 1.

⁷ Manuel de référence sur la protection de la jeunesse (2010).

⁸ Le standard de 4 jours est établi en fonction des meilleures pratiques.

⁹ Témoignage de M. Boissonneault, spécialiste en activités cliniques, le 15 septembre 2022.

enfants qui fréquentent le milieu scolaire sont dans cette catégorisation. Ils sont dès lors avancés dans l'échelle des priorités pour pouvoir pallier le manque de ressources. Nous sommes en mai. Les classes vont bientôt prendre fin pour la période estivale et des enfants pourraient passer sous le radar pendant cette période.

Le chef de service de l'époque est mis au courant de tous les codes 1 et 2. Il explique qu'avant la réforme de 2015¹⁰, il voyait également les codes 3, mais que la structure organisationnelle est devenue très lourde et la régionalisation de son poste a fait en sorte qu'il devait faire des choix structurels. Le ou vers le 16 juin 2016, il a pris connaissance de la liste d'attente. Quand il a réalisé qu'un enfant de deux ans s'y trouvait et qu'il a pris connaissance de la nature du signalement, il a requis de son spécialiste en activités cliniques qu'il fasse le pont avec son homologue de Chicoutimi pour l'évaluation de la situation de Thomas. Malheureusement, Thomas décède la veille de l'assignation à un intervenant.

À la suite de son décès, soit à compter du 22 juin 2016, des mesures exceptionnelles sont mises en place par le directeur général adjoint (DGA)¹¹ :

- Mesure d'exception exigée par la DPJ : tous les enfants de 5 ans et moins qui font l'objet d'un signalement doivent faire l'objet d'une évaluation sans délai;
- Il assure, à titre de DGA, un suivi journalier de la situation des enfants de 5 ans et moins;
- Le DGA autorise l'ajout de ressources humaines pour combler tous les besoins de service, sans considération budgétaire;
- Le DGA demande de diriger tous les nouveaux intervenants sociaux embauchés vers le programme jeunesse.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Le 13 juillet 2016, Mme Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie, demandait à la CDPDJ de procéder à une enquête à la suite des événements médiatisés concernant un enfant du Saguenay–Lac-Saint-Jean décédé alors qu'il attendait que sa situation soit évaluée.

La CDPDJ a déposé son rapport le 12 septembre 2017 et a soulevé plusieurs problèmes, notamment sur le plan de la rétention des signalements¹². La CDPDJ est d'avis que le signalement du 17 mai 2016, retenu en négligence sur le plan éducatif, aurait dû l'être en abus physique, ce

¹⁰ Le projet de loi 10, qui vise la réforme du réseau de la santé, a été adopté le 3 février 2015 et est entré en vigueur le 1^{er} avril 2015. Le nombre d'établissements dans le réseau est passé de 182 à 34. Les hôpitaux, centres jeunesse, centres d'hébergement et autres établissements de santé sont maintenant regroupés dans 13 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

¹¹ Pièce C-40.

¹² Pièce C-19.

qui aurait permis de déployer l'Entente multisectorielle¹³. Ce rapport exhaustif a conclu à 23 recommandations importantes. Le mandat de la CDPDJ ne concernait pas uniquement la situation de Thomas, mais il a pu mettre en lumière des lacunes également observées lors de notre enquête.

De ces 23 recommandations, 10 concernent directement le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Pour les fins de la présente enquête, je crois utile de reproduire les recommandations spécifiques à la Direction du CIUSSS et à la DPJ et dont la présente enquête souscrit entièrement.

Recommandation n° 7 :

« La Commission RECOMMANDE à la PDG du CIUSSS SLSJ de poursuivre les travaux entrepris, en vue de s'assurer de l'harmonisation de l'offre de services dans la région, particulièrement en ce qui a trait au continuum de services, des références personnalisées de la DPJ et de la priorisation des dossiers des enfants dont la situation a été signalée à la DPJ. »

Recommandation n° 8 :

« La Commission RECOMMANDE à la PDG du CIUSSS SLSJ de s'assurer que dans l'organisation des services de l'établissement, la DPJ relève directement de son autorité. »

Recommandation n° 9 :

« La Commission RECOMMANDE à la PDG du CIUSSS SLSJ de s'assurer que dans l'organisation des services de l'établissement, le personnel, incluant les spécialistes en activités cliniques, exerçant une ou des responsabilités exclusives prévues à l'article 32 de la LPJ relève directement de l'autorité de la DPJ. »

Recommandation n° 10 :

« La Commission RECOMMANDE à la PDG du CIUSSS SLSJ d'émettre des directives quant à la tenue de dossiers et la rédaction des notes évolutives, en respect des normes et standards en la matière. »

Recommandation n° 11 :

¹³ L'Entente multisectorielle vise à garantir une meilleure protection aux enfants et à leur apporter l'aide dont ils ont besoin en prévoyant une concertation étroite entre le Directeur de la protection de la jeunesse, le Directeur des poursuites criminelles et pénales, les services policiers et, le cas échéant, les autres acteurs visés, notamment ceux des établissements et organismes scolaires, du ministère de la Famille, des services de garde éducatifs à l'enfance, des établissements et organismes de santé et de services sociaux, des organismes d'aide aux personnes victimes ainsi que des organismes de loisir et de sport.

« La Commission RECOMMANDE à la PDG du CIUSSS SLSJ de s'assurer que le personnel de l'établissement reçoive de la formation continue, et que celle-ci inclu[e] prioritairement les notions relatives au concept en matière de protection (choix des alinéas, codes de priorisation), des outils cliniques [Système de soutien à la pratique (SSP)] et aux problématiques suicidaires. »

Recommandation n° 12 :

« La Commission RECOMMANDE à la PDG du CIUSSS SLSJ de doter la DPJ de ressources suffisantes pour répondre aux besoins en matière de protection de la jeunesse des enfants du SLSJ. »

Recommandation n° 15 :

« La Commission RECOMMANDE à la DPJ d'ajuster ses orientations en respect de l'article 38.2 de la LPJ en lien avec la réalisation de ses responsabilités en matière de RTS [réception et traitement des signalements] et d'évaluation et d'orientation.

[...] La Commission RECOMMANDE à la DPJ de transmettre ces orientations dans le cadre de formations par un spécialiste approuvé par la Commission auprès de son personnel et de PRÉVOIR par la suite un processus de suivi et d'encadrement en vue de s'assurer de l'application de celles-ci. »

Recommandation n° 16 :

« La Commission RECOMMANDE à la DPJ de réorganiser les services de la RTS et de l'E/O [évaluation et orientation] en conformité avec la LPJ et ce en fonction des normes et standards de pratique. »

Recommandation n° 21 :

« La Commission RECOMMANDE à la DPJ de :

- (1) rappeler aux intervenants les orientations à suivre lorsqu'ils complètent le SSP;
- (2) Clarifier la signification de ce que consiste la contemporanéité des faits et;
- (3) S'assurer qu'ils soient formés et qu'il y ait un suivi quant à l'utilisation de celui-ci. »

Recommandation n° 22 :

Conformément aux directives données par l'opératrice au 911, dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés a sollicité la Table sectorielle mère-enfant (TSME) afin de mettre en place le volet médical de ces mécanismes de concertation. Le

rapport du Comité sur l'organisation des soins médicaux en pédiatrie de la maltraitance au Québec¹⁴ nous a été partagé en cours d'audience et je souscris également à ses recommandations.

MES CONSTATS

J'ai écouté attentivement l'ensemble des témoignages et, bien que mon enquête doive tendre à détailler les causes du décès et à en établir les circonstances, je ne peux faire fi du contexte dans lequel ce décès s'est produit. Chaque partie a eu l'occasion de me soumettre ses commentaires à la fin des audiences publiques.

Le soir précédent le décès de Thomas

Selon les témoignages entendus, dans la soirée du 17 juin 2016, Thomas a grimpé sur un petit vélo avec roues stationnaires. Une discussion entre la mère et son conjoint a lieu sur le fait qu'il est trop petit pour monter sur ce vélo, mais on le laisse jouer malgré tout. Thomas fait une chute de sa propre hauteur et serait directement tombé sur le côté droit de sa tête. La mère l'aurait vu tomber et explique qu'il se serait cogné sur le coin de la porte lors de sa chute. Il y aurait eu uniquement l'enfant qui a chuté, le vélo est demeuré debout, probablement à cause de la présence de roues stationnaires. Thomas n'aurait pas perdu conscience et a repris ses activités après avoir été consolé. Vers 20 h, ils seraient allés (Thomas, la mère, son conjoint, un ami du couple et le fils du conjoint) se promener sur la piste cyclable et au parc. Thomas était très actif comme à son habitude. Il courait, utilisait la glissoire et les autres jeux du parc sans signe de douleur. Ils sont tous revenus vers 21 h 30. La mère de Thomas lui aurait fait prendre un bain et lui aurait donné son biberon. Il n'est pas clair qui du conjoint ou de la mère l'a mis au lit. Vers 22 h 30, Thomas semblait dormir. Dans la nuit, soit vers plus ou moins 3 h, la mère et le conjoint entendent un bruit, mais ne pourraient pas dire si c'est le pleur d'un enfant ou le miaulement d'un chat. Aucun des deux ne se lève pour vérifier. Vers 8 h 45, le conjoint se lève pour faire déjeuner les enfants. Thomas a été trouvé en position ventrale et semblait avoir de la difficulté à respirer. L'enfant est un peu chaud au toucher, mais est éveillé. Le conjoint lui aurait administré des pompes et du Tempra®, puis lui aurait donné du lait et l'aurait laissé au lit. Le conjoint serait venu voir dans la chambre une trentaine de minutes plus tard et Thomas avait une coloration de peau blanche/bleutée. Thomas aurait également régurgité son lait. Le conjoint aurait débuté les manœuvres de réanimation, mais malheureusement, sans succès.

Lors de l'enquête, j'ai formulé une demande d'expertise sur une couverture qui a été trouvée dans le lit de Thomas. Les résultats ont révélé que la couverture était tachée de sang. Ce sang

¹⁴ Pièce C-62.

correspond à l'ADN de Thomas. Bien que cela n'aurait pas changé l'issue quant à la cause du décès, une investigation plus minutieuse de la Sûreté du Québec en 2016 aurait eu le mérite, si on avait questionné les parents, d'en comprendre la provenance.

La famille et les proches

Le récit des témoignages que j'ai entendus est à tout le moins difficile à suivre. S'il y a une constance sur la trame de fond, c'est que chacun a sa propre histoire sur les événements qui ont contribué au décès de Thomas. Par ailleurs, et je l'ai mentionné en cours d'audience, cette enquête publique ne pourra pas élucider l'ensemble de la trame de fond puisque le temps a fait son œuvre, que certains témoins ont eu des versions contradictoires et que, au bout de l'histoire, seulement deux personnes sont réellement au fait de ce qui s'est passé le matin du décès de Thomas.

Thomas gravitait dans un milieu certainement aimant, mais malheureusement inadéquat. Il n'y a pas de livres pour apprendre à être un parent. C'est sans doute le rôle le plus complexe que de pouvoir éduquer un enfant et lui enseigner. Mon rôle n'est donc certainement pas de juger. La mère de Thomas et son conjoint étaient tous deux aux prises avec une consommation de stimulants (*speeds*). En ce sens, ils n'ont sans doute pas pris la pleine mesure de ce que représentait l'éducation et la surveillance d'un enfant. À titre d'exemple, une note médicale¹⁵ de Jonquière Médic, datant de mai 2016, a été trouvée à l'appartement de la mère et indique : *pas de fumée secondaire autour de Thomas pour sa santé dont je suis certaine que vous vous préoccupez*. Pourtant, cela n'a pas eu l'effet escompté. Les adultes fument dans l'appartement malgré les difficultés respiratoires du bambin.

Questionnés sur les différentes blessures que Thomas a subies entre janvier 2016 et son décès, les témoins qui se sont succédé devant moi ont des versions divergentes. Rappelons que pendant cette courte période, Thomas a eu une blessure à la main, pour laquelle la mère a précisé lui avoir accidentellement marché sur la main, une fracture au tibia qui aurait été causée par une chute d'un coffre à jouets et une lacération sévère à l'oreille qui serait attribuable à une chute dans le bain. Un autre accident de Thomas m'a particulièrement questionnée. Il aurait échappé à la surveillance des adultes (mère et conjoint) qui, selon toute vraisemblance, dormaient tous les deux et se trouvaient au domicile de la sœur du conjoint de madame. Thomas serait tombé entre les barreaux de la rambarde du premier étage et aurait fait une chute de plus ou moins 10 pieds. On n'a pas amené l'enfant consulter un médecin et le 811 (Info-Santé) n'a pas été joint. Selon le témoignage du conjoint de la mère, il aurait joint sa sœur pour des conseils, cette dernière étant infirmière auxiliaire. Pourtant, ce n'est pas une chute anodine et cet événement en lui seul aurait recommandé que Thomas soit vu par un professionnel de la santé.

¹⁵ Pièce C-14, p. 3.

J'ai également entendu des témoins affirmer le peu de réactions émotives chez la mère à la suite du décès de son enfant. La prise de méthamphétamines peut causer des effets collatéraux, tels que l'agitation et l'anxiété, et peut parfois produire une altération du jugement et des affects. Je ne prends donc pas sa réaction comme un soulagement d'avoir perdu son enfant, mais bien comme une personne qui n'avait plus de repères. Quant au père de Thomas, ses contacts avec son fils étaient d'une fin de semaine sur deux et, de son propre aveu, il ne craignait pas pour la sécurité de son fils.

Les grands-parents auraient sans doute souhaité être plus contributifs si on les avait impliqués davantage, mais encore faut-il qu'on leur ait demandé de l'aide. Cette demande d'aide n'est pas venue des parents ni de la DPJ.

La Direction de la protection de la jeunesse

D'emblée, il m'apparaît utile de préciser dans quel contexte le traitement des signalements est pris en charge de manière générale par l'ensemble des DPJ. En effet, lorsque la DPJ reçoit un signalement, elle analyse d'abord le sommaire de la situation. Elle se base sur les informations qu'elle connaît à ce moment pour décider si elle retiendra ou non le signalement et sur ces mêmes renseignements pour déterminer le degré d'urgence de l'intervention.

Un signalement non retenu

La DPJ peut juger, dès le départ, qu'il n'y a pas lieu de retenir le signalement. C'est le cas, par exemple, lorsque les faits signalés ne permettent pas à la DPJ d'intervenir. La DPJ met alors fin à l'intervention. Même si un signalement n'est pas retenu, l'enfant ou ses parents peuvent avoir besoin d'aide. La DPJ a alors la responsabilité de les informer des ressources d'aide disponibles dans leur milieu. Si les parents et l'enfant sont d'accord, la DPJ doit aussi les mettre en relation avec ces ressources d'aide.

Un signalement retenu

Lorsqu'elle décide de retenir un signalement, la DPJ fait une évaluation plus approfondie de la situation.

Les distinctions entre négligence et abus physiques :

1. Négligence : « Lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux sur les plans physiques, de la santé et éducatif. » (Art. 38 b)
2. Abus physiques : Toutes les situations d'abus physiques doivent être signalées à la DPJ, peu importe l'auteur des abus et les moyens pris par les parents pour y mettre fin.

« Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. » (Art. 38 e)

La notion de « risque sérieux » fait référence à une forte probabilité que l'enfant soit victime d'abus physiques.

Ces distinctions sont importantes dans le contexte de la prise de décision par la DPJ.

Dans la situation de Thomas, lors du traitement du signalement, il a été noté que l'un des motifs de rétention du signalement est un problème de surveillance chez le père. Par ailleurs, le père n'a pas été joint pendant cette période. De plus, lors de la première rencontre avec la DPJ, la mère est mise au courant des allégations au signalement et cette dernière nie toute consommation de drogue et d'alcool. Pourtant, le conjoint de la mère est déjà connu de leurs services pour son propre enfant et les problèmes de consommation sont également connus. Ce fait a été corroboré lors du témoignage du conjoint. Cet élément a-t-il été pris en compte? Les témoignages entendus me convainquent que non. Les blessures de l'enfant ne sont pas non plus expliquées sinon que partiellement. La récurrence de ces mêmes blessures dans un si court laps de temps n'a pas suscité d'urgence à la situation de Thomas. Et, en rétrospective, les intervenants maintiennent qu'avec les éléments qu'ils avaient entre les mains à l'époque, ils n'auraient pas agi différemment.

Le Système de soutien à la pratique (SSP) est un outil informatisé et normatif appliqué à l'échelle provinciale. Bien que cet outil soit un soutien pour les intervenants, les conclusions obtenues lors de son utilisation ne doivent pas se substituer au jugement professionnel des intervenants de la DPJ en matière de réception et traitement des signalements (RTS) et d'évaluation/orientation (E/O). Le 26 mai 2016, l'intervenante de l'équipe RTS complète le SSP. Elle y inscrit que Thomas a subi de légères blessures et a presque subi des blessures graves et que ces événements sont susceptibles de se reproduire étant donné qu'ils sont encore contemporains. On ajoute que la vulnérabilité de Thomas doit être estimée à « extrême ».¹⁶ Malgré cela, et malgré la communication avec Dr Desmeules en date du 24 mai 2016, la cote de priorisation ne sera pas modifiée.

¹⁶ Conclusion d'enquête avec mandat (Thomas Audet) du CDPDJ, juin 2017.

Bien que la DPJ ait répondu à l'ensemble des recommandations de la CDPDJ, à ce jour, des enfants sont toujours sur des listes d'attente. Est-ce le propre de la DPJ du Saguenay? Malheureusement pas. Cette situation touche l'ensemble du réseau de protection à l'enfance. Qu'aurait-on pu faire de plus? En tout respect pour cette mission importante qu'est la protection de l'enfance, on aurait certainement pu déceler un milieu en grande difficulté, ne serait-ce que par les nombreuses blessures qu'avait Thomas en si peu de temps. Si le dossier de Thomas avait été attribué à l'équipe d'évaluation avec une cote de priorisation différente et dans les délais impartis, serait-il toujours en vie? Je n'ai pas de réponse à cette question, mais il aurait assurément eu plus de chance d'être pris en charge par des membres de la famille élargie, le temps que les parents reprennent pied dans leurs difficultés respectives.

Je conçois que trois médecins ont vu Thomas et que les diagnostics sont différents. Pour deux, il y a suspicion de négligence et, pour l'autre, nous sommes devant des blessures auto-infligées par le *trottineur*. Les trois médecins se sont parlé que de manière sommaire et les informations seront communiquées à l'intervenante, après une relance de sa part, par Dr Desmeules, et ce, quelques jours après que Thomas a eu son congé de l'hôpital. Nous n'avons pas pu avoir accès au rapport du comité de morbidité et de mortalité, ce document étant protégé par le secret professionnel. Bien que je comprenne ce privilège, n'aurait-il pas été utile de se partager cette information, notamment pour éviter la récurrence d'un tel drame? Dans le cadre de la présente enquête, invoquer le principe de confidentialité entre en complète contradiction avec celui de l'intérêt de l'enfant. Dans le contexte, les médecins qui observent des opinions divergentes devraient à tout le moins se parler avant d'émettre une orientation qui pourrait entraîner des conséquences dramatiques. Devant une suspicion de négligence ou d'abus, le mot d'ordre devrait toujours être : prudence. Finalement, il est sans doute utile de rappeler que l'article 39¹⁷ de la LPJ prévoit que :

« Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions. »

¹⁷ Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1.

L'opinion d'une experte et du pathologiste judiciaire

J'ai mandaté Dre Suzanne Leclerc, chirurgienne pédiatrique, afin qu'elle analyse le dossier médical de Thomas et me donne son opinion sur les causes probables de son décès.

J'ai également entendu le témoignage du Dr Yann Dazé¹⁸ quant aux explications des trouvailles faites à l'autopsie. Les explications des deux médecins vont dans le même sens : les lésions à la tête sont suspectes, car bilatérales.

Selon le témoignage du Dr Dazé, il est en fait plutôt rare qu'une chute puisse causer des lésions des deux côtés de la tête. Les cals osseux sont le signe de traumatismes importants anciens, mais qui n'ont pas contribué au décès de l'enfant. L'enfant a eu un traumatisme abdominal. Pour expliquer ces lésions abdominales particulières retrouvées chez l'enfant, ce dernier doit avoir reçu un coup directement à l'épigastre de façon à éviter le foie et la rate. De façon caractéristique, cette lésion est associée à un coup direct (coup de pied, coup de poing) ou indirectement par contact lors d'une chute sur un objet contondant, telle l'extrémité de la poignée d'une bicyclette ou tout autre objet. Lors des audiences, la chute du vélo, la veille du décès de Thomas, a été soulevée comme l'une des hypothèses pour expliquer les blessures de l'enfant. Pour les Drs Dazé et Leclerc, l'histoire de la chute n'est pas compatible avec les lésions mortelles objectivées à l'autopsie. Pour pouvoir objectiver cette hypothèse, il aurait fallu que Thomas soit tombé à la suite d'une décélération rapide et qu'il ait été en contact direct avec l'extrémité de la poignée pour subir un traumatisme abdominal significatif. De plus, aucune trace de la poignée de la bicyclette imprimée sur le corps de Thomas n'a été constatée à l'autopsie.

Sans doute aurait-il été souhaitable que la Sûreté du Québec procède à une simulation quant à une potentielle blessure due à la poignée de la bicyclette. Cela n'aurait peut-être pas changé le cours de la présente enquête, mais aurait eu le mérite de fermer toutes les portes. Pour le coroner, la cause de décès doit être celle qui est la plus probable. Les explications des experts me convainquent que Thomas n'est pas décédé des suites des blessures causées par le vélo. Cependant, la preuve recueillie lors de l'enquête ne permet hélas pas de déterminer la cause probable des traumatismes subis par l'enfant.

¹⁸ Témoignage du Dr Yann Dazé, le 14 septembre 2022.

CONCLUSION

Les décès d'enfants au Québec depuis les dernières années ont touché le cœur de la société. Le décès de Thomas fait malheureusement partie des décès qui ont amené une commission d'enquête à se pencher sur le sort que nous réservons aux enfants du Québec. La commission Laurent¹⁹, par ses travaux, nous a obligés à nous questionner sur cet avenir et sur la primauté des droits de l'enfant. Je souscris entièrement aux recommandations qui ont été déposées en avril 2021. Les témoignages entendus lors de cette audience ont révélé des situations qui auraient dû, à mon humble avis, être perçues comme des *drapeaux rouges*. Des blessures fréquentes en si peu de temps, le fait que l'enfant ne soit pas présent lors de la rencontre d'évaluation de la DPJ, le fait que le père n'ait pas été joint par les intervenants lors de l'évaluation, le fait que le dossier de prise en charge de l'enfant du conjoint n'a pas été pris en compte à sa juste valeur lors de l'évaluation du signalement, le fait que des incohérences ont été observées dans le rapport issu du système de soutien à la pratique qui qualifie la vulnérabilité de l'enfant comme extrême, mais qui sera qualifié de très faible par les intervenants²⁰, sont autant de facteurs qui auraient dû créer une suspicion favorable pour la protection de l'enfant. Les témoignages recueillis me convainquent que les critères d'évaluation auraient dû tendre vers une cote de priorité 1 et qu'à cet égard, le délai pour l'attribution du dossier n'aurait pas été un enjeu et Thomas aurait pu bénéficier d'une évaluation dans les temps requis.

La situation de pénurie de main-d'œuvre et l'attraction des intervenants vers un milieu comme la DPJ demeurent un défi de taille. En 2016, c'était un budget famélique avec lequel les directions devaient manœuvrer. Aujourd'hui, c'est l'exode des intervenants.

Il est urgent à mon avis d'améliorer l'offre de services en protection de la jeunesse. Les intervenants étaient débordés en 2016, ils le sont toujours à ce jour. Devant la lourdeur et l'intensité, certains intervenants quittent le milieu des services à la jeunesse, ce qui accentue la pénurie de main-d'œuvre et nuit à la qualité des services offerts aux familles vulnérables. Pour remédier à la situation, la commission Laurent avait demandé au gouvernement d'ajuster la charge de travail en fonction des besoins réels des enfants et des familles, d'ajouter des intervenants pour répondre au volume de la demande et de les délester de certaines tâches administratives. Ces besoins sont toujours aussi criants en 2022.

En étant fusionnée aux autres missions, la DPJ a également perdu son identité propre. L'ensemble des services destinés aux enfants en protection sont dilués dans les CISSS et CIUSSS. Un intervenant qui a le choix de jouer un rôle auprès d'un enfant dans une direction malmenée dans son image choisira peut-être d'aller vers une mission moins polarisante. Il ne suffit plus d'avoir le

¹⁹ Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, avril 2021.

²⁰ Rapport du CDPDJ — conclusion d'enquête avec mandat, 22 juin 2017 (Thomas Audet).

feu sacré, il est primordial de leur offrir tant une identité propre pour créer ce sentiment d'appartenance nécessaire et les outils pour mettre en œuvre leur mission. De plus, lorsqu'une rupture de services au niveau des services d'évaluation de la DPJ fait en sorte que les délais peuvent nuire à la sécurité d'un enfant, un plan de contingence devrait être réfléchi et mis en application dans les meilleurs délais. Parmi ce plan de contingence, qui pourrait être compris comme un plan d'urgence, le déplacement temporaire d'intervenants d'autres services pourrait être envisagé pour venir prêter main-forte et éviter une rupture de services ou des délais exagérément longs sur des listes d'attente.

D'emblée, lors du début de ces audiences, j'ai rappelé qu'il faut un village pour prendre soin d'un enfant. La responsabilité des enfants au Québec n'incombe pas uniquement aux institutions, c'est une responsabilité collective pour laquelle chacun de nous, comme citoyen, devrions avoir une préoccupation et un intérêt d'agir en leur nom.

Finalement, le décès d'un enfant est une épreuve insoutenable pour une famille. Il est déplorable que cette même famille ait dû attendre 6 ans avant d'obtenir des réponses quant au décès du petit Thomas. La transparence et l'accompagnement demeurent les meilleurs remèdes pour mettre un baume à un deuil si grand. Les organismes publics auraient tout intérêt à adopter une approche plus sensible à ce passage difficile, mais nécessaire pour les familles. En ce sens, il serait plus que souhaitable que les organisations qui prennent en charge ces drames puissent humaniser leurs pratiques et ne pas attendre une enquête publique du coroner pour offrir du soutien et des condoléances à des familles dans le deuil.

Thomas est malheureusement décédé d'un traumatisme abdominal contondant.

Afin de mieux protéger la vie humaine, je formulerai des recommandations.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

- De mettre en place, au niveau des Directions de la protection de la jeunesse (DPJ) de son réseau, une mesure d'exception indiquant que tous les enfants âgés de 5 ans et moins qui font l'objet d'un signalement doivent faire l'objet d'une évaluation sans délai et d'un suivi journalier de la situation;
- De valoriser la pratique professionnelle au sein des Directions de la protection de la jeunesse (DPJ) par le biais du recrutement et de la rétention du personnel, notamment en s'assurant de ratios adaptés aux besoins des clientèles visées;

- De définir de façon précise le « point de rupture » pour lequel le nombre de signalements reçus est considéré comme étant excessif et déterminant pour le début des mesures de contingence.

Je recommande au Collège des médecins du Québec :

- De rappeler à ses membres l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse qui prévoit que : « Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse ».

Montréal, le 12 février 2023.



Me Géhane Kamel, coroner

ANNEXE I

LA PROCÉDURE

Le 1^{er} février 2022, la coroner en chef du Québec, M^e Pascale Descary, a ordonné une enquête publique et m'a mandatée afin de présider ladite enquête concernant le décès de Thomas Audet. Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande, soit :

- M. André Simard pour la famille (M. Sylvain Audet, M. André Simard, Mme Henriette Bouchard, M. Robin Larouche et Mme Carole Gauthier);
- Me Chantal Lavallée pour la Direction de la protection de la jeunesse — Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS-SLSJ);
- Me Jean-Marc Fradette pour M. Maxime Patry;
- Me Julie Lajoie pour le DPCP.

J'ai été assistée tout au long de la préparation et de la tenue de l'enquête publique par Me Dave Kimpton, procureur aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.

Les audiences publiques se sont déroulées du 12 au 16 septembre 2022 ainsi que le 13 octobre 2022, au palais de justice de Chicoutimi.

J'ai entendu 26 témoins et 72 pièces ont été produites. Les pièces sont publiques, sauf celles qui sont interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (précédées d'un astérisque dans la liste des pièces à l'Annexe II).

Finalement, à titre de rappel, j'ai émis les ordonnances suivantes :

- Pour toutes les pièces visées par un astérisque, j'ai émis une ordonnance de non-publication et de non-divulgence, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans.
- J'ai émis une ordonnance visant l'interdiction de prendre des photographies, des captures d'écran, de procéder à un enregistrement audio et/ou vidéo et de diffuser en direct ou en différé les audiences, à l'exception des déclarations d'ouverture.
- J'ai aussi émis une ordonnance de non-publication et de non-diffusion des noms et des prénoms des intervenants du centre jeunesse qui ont témoigné et qui n'exercent aucune fonction de gestion, à l'exception des médecins, laquelle ordonnance sera valide pour une durée de 100 ans.

ANNEXE II
LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C-1	Ordonnance d'enquête
C-2 *	Dossier médical – Clinique de médecine familiale de Jonquière
C-3 *	Dossier médical – Clinique de pédiatrie du Saguenay
C-4 *	Dossier médical – Jonquière-Médecin
C-5 *	Dossier médical – Hôpital d'Alma
C-6 *	Dossier médical – Hôpital de Chicoutimi
C-6.1 *	Extrait du dossier médical – Notes évolutives Dr Guy Parizeault
C-7 *	Dossier médical – Hôpital de La Baie
C-8 *	Rapport d'attestation de décès
C-9 *	Rapport d'intervention préhospitalière - Ambulance Médilac inc. (2016-06-18)
C-10 *	Rapport d'autopsie (2016-09-20 Dr Yann Dazé)
C-11 *	Rapport d'expertise en toxicologie (2016-08-25 Mme Véronique Gosselin)
C-12 *	Appel 911 et carte d'appel (2016-06-18)
C-13	Rapport d'événement – Sûreté du Québec
C-14	Rapport d'expertise Scènes de crimes – Sûreté du Québec
C-14.1	Photographies de la scène – Sûreté du Québec
C-14.2	Croquis de la scène – Sûreté du Québec
C-14.3	Items saisis sur la scène – Sûreté du Québec
C-14.4	Engagement 1 – Heure exacte de la prise des photographies par M. Michel Gagnon, technicien en scène de crime
C-15 *	Contenu du signalement – Direction de la protection de la jeunesse (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean)
C-16	Rapport d'expertise concernant le décès de l'enfant – Dre Suzanne Leclerc (chirurgienne pédiatrique)
C-16.1	Curriculum vitae du Dre Suzanne Leclerc

Cote	Description
C-17	Manuel de référence sur la protection de la jeunesse – Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2010
C-18	Documentation en liasse sur les différentes anomalies corrigées dans les modules du SSP
C-19	Conclusions de l'enquête (J1147_16) sur les enfants signalés à la DPJ Saguenay–Lac-Saint-Jean – Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CE-380.1 2017-09-12)
C-19.1	Communiqué de presse concernant les conclusions de l'enquête systémique sur les services de protection de la jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2017-10-04)
C-20	Déclaration écrite – Mme Sarah-Ève Larouche
C-20.1	Résumé de la rencontre du 18 juin 2016 avec Mme Sarah-Ève Larouche
C-20.2	Résumé de la rencontre du 28 avril 2017 avec Mme Sarah-Ève Larouche
C-20.3	Résumé de la rencontre du 9 juillet 2019 avec Mme Sarah-Ève Larouche
C-20.4	Résumé de la rencontre du 21 février 2020 avec Mme Sarah-Ève Larouche
C-21	Résumé de la rencontre du 18 juin 2016 avec M. Sylvain Audet
C-22	Déclaration écrite de M. Robin Larouche
C-22.1	Résumé de la rencontre du 28 juin 2016 avec M. Robin Larouche
C-23	Déclaration écrite de Mme Henriette Bouchard
C-23.1	Résumé de la rencontre du 28 juin 2016 avec Mme Henriette Bouchard
C-24	Interrogatoire hors cour de M. Sylvain Audet (3 octobre 2019)
C-25	Interrogatoire au préalable de M. André Simard (3 octobre 2019)
C-26	Interrogatoire hors cour de Mme Henriette Bouchard (3 octobre 2019)
C-27	Interrogatoire hors cour de M. Robin Larouche (3 octobre 2019)
C-28	Interrogatoire hors cour de Mme Gina Gaudreault (27 avril 2021)
C-29	Interrogatoire hors cour de Mme Sabrina Boivin (27 avril 2021)
C-30	Interrogatoire hors cour de Mme Christine Baron (27 avril 2021)
C-31	Déclaration écrite de Mme Karine Patry

Cote	Description
C-31.1	Résumé de la rencontre du 28 juin 2016 avec Mme Karine Patry
C-32	Déclaration écrite de M. Maxime Patry
C-32.1	Résumé de la rencontre du 18 juin avec M. Maxime Patry
C-33	Déclaration écrite de M. Patrice Dionne
C-33.1	Résumé de la rencontre du 20 juin 2016 avec M. Patrice Dionne
C-33.2	Résumé de la rencontre du 9 juin 2017 avec M. Patrice Dionne
C-33.3	Résumé de la rencontre du 8 juillet 2019 avec M. Patrice Dionne
C-33.4	Résumé de la rencontre du 25 février 2020 avec M. Patrice Dionne
C-33.5	Déclaration par courriel de M. Patrice Dionne (2022-08-15)
C-33.6	Contre-interrogatoire M. Patrice Dionne – Enquête préliminaire
C-34	Déclaration écrite de M. Marc Briand
C-34.1	Résumé de la rencontre du 15 septembre 2016 avec M. Marc Briand
C-35	Déclaration écrite de M. Nicolas Côté
C-35.1	Résumé de la rencontre du 18 juin 2016 avec M. Nicolas Côté
C-36	Mémoire du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean déposé à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ), 2021 (commission Laurent)
C-37	Déclaration assermentée de Mme Amélie Brasslet-St-Gelais
C-38	Déclaration assermentée de M. Éric Villeneuve
C-39	Déclaration assermentée de M. Claude Boissonneault
C-40	Résumé de témoignage anticipé – M. Marc Thibeault
C-41	Résumé de témoignage anticipé – Mme Nancy Poulin
C-42	Résumé de témoignage anticipé – Mme Caroline Gaudreault
C-43	Résumé de témoignage anticipé – Mme Martine Couture
C-44	Résumé de témoignage anticipé – Mme Julie Labbé
C-45	Contre-interrogatoire Dre Suzanne Leclerc – Enquête préliminaire
C-46	Interrogatoire hors cour de Mme Carole Gauthier (3 octobre 2019)

Cote	Description
C47	Déclaration écrite de Mme Sonia Goulet
C-48	Déclaration écrite de Mme Sophie Boivin
C-48.1	Déclaration complémentaire de Mme Sophie Boivin
C-49 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (18 juin 2016)
C-49.1 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 1 de 7)
C-49.2 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 2 de 7)
C-49.3 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 3 de 7)
C-49.4 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 4 de 7)
C-49.5 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 5 de 7)
C-49.6 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 6 de 7)
C-49.7 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (29 juin 2016, 7 de 7)
C-49.8 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (9 juillet 2019)
C-49.9 *	Entrevue vidéo – Mme Sarah-Ève Larouche (2 février 2020)
C-50 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (18 juin 2016)
C-50.1 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 1 de 7)
C-50.2 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 2 de 7)
C-50.3 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 3 de 7)
C-50.4 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 4 de 7)
C-50.5 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 5 de 7)
C-50.6 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 6 de 7)
C-50.7 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (29 juin 2016, 7 de 7)
C-50.8 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (23 juin 2020, 1 de 6)

Cote	Description
C-58.9 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (23 juin 2020, 2 de 6)
C-58.10 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (23 juin 2020, 3 de 6)
C-58.11 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (23 juin 2020, 4 de 6)
C-58.12 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (23 juin 2020, 5 de 6)
C-58.13 *	Entrevue vidéo – M. Maxime Patry (23 juin 2020, 6 de 6)
C-59	Engagement 6 – Réponse à la demande d’obtention du rapport du comité de révision de mortalité et morbidité (CIUSSS SLSJ)
C-60	Lettre-réponse aux engagements 3 à 11 (CIUSSS SLSJ)
C-60.1	Engagement 4 – Liste de formations des ressources humaines que Mme Boivin a reçues
C-60.2*	Engagement 5 – Priorités établies par un spécialiste en activités cliniques en juin 2016
C-60.3*	Engagement 7 – Formulaire SSP d’aide à la prise de décision de l’enfant Thomas Audet
C-60.4	Engagement 8 – Rapport intitulé cueillette d’informations, rapport d’analyse, suite à l’événement de juin 2016 au CPEJ
C-60.5	Engagement 9 – Aide-mémoires pour la tenue de dossier
C-60.6	Engagement 10 – Déclaration de la DPJ du 27 juin 2017
C-61	Engagement 2 - Demande d’expertise concernant une tache sur la couverture bleue et pilule retrouvée dans le gobelet (SQ)
C-61.1*	Engagement 2 – Rapport d’analyse des prélèvements faits sur diverses taches présentes sur la couverture de l’enfant (2022-11-28)
C-62*	Organisation des soins médicaux en pédiatrie de la maltraitance au Québec – Document de travail présenté à la table sectorielle mère-enfant le 13 septembre 2022 (MSSS)
C-63	Extraits du rapport de la commission Laurent – Représentations du CIUSSS-SLSJ

Cote	Description
C-64	Suivi des recommandations de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPJ) – Fiche de livrable (en liasse) (CIUSSS SLSJ)
C-65	Tenue de dossier DPJ – mars 2018 (CIUSSS SLSJ) (en liasse)
C-66	Recommandations de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse – septembre 2018 (en liasse) (CIUSSS SLSJ)
C-67	Conclusions de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (en liasse)
C-68	Engagement 12 — Déclaration assermentée — Mme Andrée-Anne Blackburn
C-69	Déclaration écrite – Dre Catherine Grenier-Cliche
C-70	Représentations écrites par M. André Simard pour M. Sylvain Audet, Mme Henriette Bouchard, Mme Carole Gauthier, M. Robin Larouche et M. André Simard
C-71	Mémoire représentations (CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean-Direction de la protection de la jeunesse)
C-72	Mémoire représentations (M. Maxime Patry)

Les parties intéressées recevront dans les meilleurs délais les mises à jour, le cas échéant, concernant tous ajouts et/ou modifications relativement aux pièces.

** Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners et/ou d'une ordonnance.*