

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2024-03157

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

Me Yvon Garneau

BUREAU DU CORONER	
2024-04-25 Date de l'avis	2024-03157 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
43 ans Âge	Féminin Sexe
Windsor Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2024-01-13 (présumée) Date du décès	Ulverton Municipalité du décès
Rivière Saint-François Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ ██████████ est identifiée, en ma présence, par l'observation de particularités physiques (tatouages) et de renseignements médicaux (cicatrice à un pied) en plus d'autres indices précis et concordants avec la description dont elle a été l'objet dans le cadre d'un autre dossier¹ (disparition). L'identification a été confirmée par le soussigné sur les lieux de la découverte de son corps.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 25 avril 2024, peu avant 8 h, un résidant du chemin La Petite Bourgade qui longe la rivière Saint-François à Drummondville, trouve Mme ██████████ inanimée, face contre le sol et son corps en état de putréfaction avancée. Il communique immédiatement avec les policiers via le 911.

À la suite de recherches spécifiques² faites sur place par les policiers, la découverte du corps mettait un terme à une enquête de disparition survenue le 13 janvier 2024 menée par la Sûreté du Québec du Val-Saint-François. Une investigation du coroner est ouverte sur les causes et circonstances du décès.

Les ambulanciers et les policiers qui se présentent sur place réalisent qu'aucune manœuvre de réanimation n'est possible en raison de l'état dans lequel le corps se trouve. Par conséquent, comme la mort est évidente, un constat de décès est dressé sur place par deux policiers.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été pratiqué le 26 avril 2024, au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal et a permis de constater l'absence de toute lésion traumatique ou suspecte.

Une autopsie, limitée par l'état de conservation du corps, a été pratiquée à la même date et au même endroit. Cet examen interne a permis de constater une absence de lésion

¹ 118-240113-008 Sûreté du Québec, Val-Saint-François (Richmond).

² Entre autres, pas de traces de pas dans la boue sur les berges de la rivière aux alentours du corps

anatomique préexistante significative. Par ailleurs, le pathologiste n'a trouvé aucune autre lésion traumatique ou anatomique préexistante pouvant expliquer le décès ou y ayant contribué. Il n'a notamment noté aucun indice de l'intervention d'une tierce personne.

Des liquides biologiques prélevés lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses ont démontré l'absence de médicament ou de drogue d'abus en concentration toxique ou létale. L'éthanol (l'alcool) sanguin était non concluant en raison de la présence de substances formées lors des phénomènes de putréfaction invalidant tout résultat concernant l'éthanol dans l'échantillon analysé.

ANALYSE

Mme [REDACTÉ] avait un antécédent de haute tension artérielle de même qu'un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, dans un contexte de multiples facteurs de stress sociaux. Des médicaments lui étaient prescrits concernant cette dernière condition.

L'enquête effectuée par la Sûreté du Québec, poste de la MRC de Drummond, révèle que Mme [REDACTÉ] habitait avec son conjoint et ses deux enfants.

Selon les informations contenues à son dossier clinique, elle souffrait de dépression caractérisée depuis au moins la dernière année. Elle a été hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke au cours des mois de décembre 2023 et janvier 2024 à la suite de diverses consultations en externe et en interne avec un médecin psychiatre. Elle avait tenu auprès des urgentologues des propos suicidaires. Également, une proche de Mme [REDACTÉ] l'a accompagnée dans tous ses démarches et suivis médicaux dans les premières semaines des évaluations à faire.

Un premier congé d'hôpital lui a été accordé pour une durée de 4 heures, le 2 janvier 2024, puis un deuxième pour la même durée le 7 janvier, sous condition d'être en tout temps avec une proche désignée. Cette démarche a été respectée et elle est revenue à l'hôpital aux heures convenues. Cependant, un autre congé de 48 heures lui a été permis le 12 janvier 2024, mais, cette fois, un échec à bien des points de vue a été constaté.

Le rapport de l'enquêteur au dossier de la disparition révèle entre autres que le signalement de la disparition de Mme [REDACTÉ] n'a été fait qu'en fin d'après-midi (début de soirée) alors qu'un proche avait remarqué son absence en tout début de l'après-midi (14 h 30). En effet, Mme [REDACTÉ] avait passé un avant-midi somme tout correct avec sa famille à la maison. Plus tard, elle manifeste l'envie d'aller prendre de l'air et demande les clés de voiture à son conjoint, qui acquiesce à sa demande. Elle laisse à la maison son téléphone cellulaire et quitte vers un endroit inconnu (non divulgué au conjoint).

C'est donc le lendemain, 14 janvier, en fin d'après-midi, que les policiers retrouvent le véhicule du conjoint au bord de la rivière Saint-François avec sac à main et manteau laissés à l'intérieur tandis que les bottes que portait Mme [REDACTÉ] sont retrouvées sur les berges. Des recherches intensives, coordonnées et spécialisées ont eu lieu, mais en vain.

À la suite de la disparition de Mme [REDACTÉ] le 13 janvier 2024, une équipe de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et du partenariat (DQEPP) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a analysé les soins et services qui ont été dispensés à Mme [REDACTÉ]

lors de son hospitalisation dans le courant du mois de décembre 2023 et du mois de janvier 2024. J'ai repris les discussions avec la responsable de cette équipe le plus tôt possible au début de mon investigation. Il me fallait découvrir avec elle tous les facteurs contributifs à un tel drame. Entre autres, lors de mes discussions avec la famille, j'ai appris qu'elle déplorait ne pas avoir été suffisamment impliquée dans la trajectoire de soins donnés à Mme [REDACTED]

Les constats suivants ont été faits : (je les résume pour une meilleure compréhension au texte)

-Le 22 décembre, le médecin psychiatre, lors de son évaluation avant l'hospitalisation, inscrit dans ses notes de surveiller et questionner davantage sur la quiétude intra-familiale et appeler la sœur de la patiente si cette dernière le permet afin qu'elle puisse assister aux prochaines rencontres. Dans les faits, elle n'a pas été appelée alors qu'on savait son implication d'aide auprès des enfants et du conjoint de Mme [REDACTED]

-Le 28 décembre, Mme [REDACTED] autorise verbalement les infirmières à parler de son dossier au conjoint et le même jour, lors d'une rencontre médicale elle change d'avis et ne veut plus qu'on contacte son conjoint. Mme [REDACTED] n'a jamais été relancée à ce sujet.

-Le 30 décembre, une infirmière lui suggère une rencontre avec son conjoint et l'équipe médicale mais Mme [REDACTED] préfère en parler d'abord à son psychiatre. Selon le dossier médical, il n'y a pas eu de suivi à cet égard.

-Le 13 janvier, le conjoint appelle au poste des infirmières pendant le congé temporaire de Mme [REDACTED] pour dire qu'il n'est pas au courant du plan et des objectifs de ce congé. Une note indique que le conjoint a dit se sentir abandonné par l'équipe médicale et exprime sa frustration. Il répète vouloir participer lors des rencontres avec sa conjointe.

Un commentaire est fait au dossier de la DQEPP à l'effet que l'implication des proches aurait permis d'avoir une meilleure compréhension de la situation de Mme [REDACTED]. Notamment, au sujet de sa dynamique familiale et de couple ainsi que l'évolution de son état pendant son hospitalisation.

Parmi les autres constats, on note ce qui suit :

Le risque suicidaire

Il a été évalué à de nombreuses reprises, mais jamais avec la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS). Cette grille a pour but de permettre une meilleure prise en charge du risque et identifier des facteurs de vulnérabilité et a adapté les stratégies à utiliser. On se rend compte en révisant la situation de Mme [REDACTED] que le personnel de l'unité où elle se trouvait, c'est-à-dire l'Unité de stabilisation rapide en santé mentale (USR), n'était pas formé pour utiliser cette grille.

Depuis l'évènement, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a déployé une nouvelle procédure en prévention du suicide pour les usagers vulnérables (DPSMD) à cette unité et à faire en sorte que soit réalisé des audits pour s'assurer du respect des bonnes pratiques attendues en lien avec l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte. La DPSMD entend s'occuper du

transfert des résultats au reste de l'équipe multidisciplinaire (incluant le psychiatre traitant), la consignation des résultats et des stratégies adoptées au dossier de l'utilisateur.

Plan de sécurité lors du congé temporaire

Il a été constaté qu'il n'y avait eu aucune implication de la part du conjoint ou de la sœur de Mme [REDACTED] dans la préparation du congé temporaire. De plus, il n'y avait pas de plan de sécurité autre qu'une mention que Mme [REDACTED] pouvait appeler à l'USR ou revenir en tout temps au besoin.

Implication des proches, partage du plan de congé, etc...

L'investigation et les discussions avec la famille ont démontré qu'un bon plan de sécurité aurait pu permettre à Mme [REDACTED] de se préparer à ce qui l'attendait à la maison (avec le conjoint et les enfants) comme par exemple, quoi faire si une difficulté survient.

Vu qu'elle devait retourner à la maison pour plus de 48 heures, dans les circonstances que rien n'est réglé au niveau des problèmes de fond vécus par Mme [REDACTED] on partage l'avis de la DQEPP que cela a dû être un choc pour elle de retourner dans cet environnement.

Transfert d'informations entre les divers intervenants au dossier

Dans les notes au dossier on ne voit pas les changements d'idées manifestés par Mme [REDACTED] comme celle de l'assistance de son conjoint aux rencontres et les opinions verbalisées par ce dernier au sujet qu'elle voit ou non ses enfants ainsi que sur d'autres sujets comme la gestion des médicaments. Les propos suicidaires, apparemment tenus quelques jours avant son congé temporaire, ne sont pas partagés de façon très claire et cela fait en sorte qu'une meilleure prise en charge du risque suicidaire était loin d'être optimale.

C'est la raison pour laquelle il est de l'intention pour le CIUSSS de l'Estrie de développer un outil aide-mémoire visant à baliser les informations à communiquer lors de rencontres inter et multidisciplinaires entre les médecins et divers intervenants auprès de la clientèle de l'USR.

De l'avis de la DQEPP il y a eu un congé trop ambitieux ou hâtif dans la situation bien précise de Mme [REDACTED]

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas compétence pour juger de la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat.

Des recommandations sont en place, mais non encore activées (non débutées) à la suite de l'analyse des faits entourant la disparition puis le décès de Mme [REDACTED]. Elles sont les suivantes et je les endosse d'emblée :

-Faire un rappel des standards de pratique ainsi que les rôles et responsabilités de l'infirmière à l'USR quant à la documentation et à l'évaluation en lien avec le risque suicidaire.

-À la suite du déploiement de la nouvelle Procédure en prévention du suicide pour les usagers vulnérables (DPSMD) à l'Unité de stabilisation rapide (USR), réaliser des audits pour s'assurer du respect des bonnes pratiques attendues en lien avec :

-L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte ;

-L'implication des proches de l'usager dans sa trajectoire de soins ;

-La mise en place d'un plan de sécurité lors d'un congé temporaire pour la clientèle à risque suicidaire ;

-Informers l'ensemble des équipes médicales intrahospitalières en santé mentale de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke des attentes à leur égard notamment en ce qui concerne l'implication des proches de la personne hospitalisée ;

-La mise en place de sécurité lors d'un congé temporaire et le transfert d'information entre les divers intervenants d'un usager.

Il semble donc, selon l'analyse du dossier fait par la DQEPP, que le congé donné à Mme [REDACTED] soit une durée de 48 heures alors qu'elle venait d'en avoir un de 4 heures, aurait pu être accordé de façon plus graduelle, comme par exemple, en permettre un de 24 heures avec des directives accrues de surveillance constante. Mais, ici, il s'agit d'une décision d'ordre médical qui pourrait être révisée par le Comité désigné à cet effet à l'intérieur même du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Malgré la mise en place prochaine de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

Un retour préalable sur les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès de la DQEPP du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Hôtel-Dieu de Sherbrooke) m'a permis d'aborder le sujet des recommandations possibles.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès par suite d'un geste volontaire de la part de Mme [REDACTED]

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée par noyade dans un contexte d'hypothermie.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande au **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) dont l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke fait partie**, de :

- [R-1] Réviser le dossier de la personne décédée, notamment au niveau de la qualité de l'acte médical, dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués au cours des mois de décembre 2023 et janvier 2024 respectaient les plus hauts standards de qualité et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées afin d'améliorer la qualité des services aux usagers en pareilles circonstances;
- [R-2] Mettre en place, dans les plus brefs délais, les recommandations de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et du partenariat (DQEPP) visant à faciliter l'accès aux échanges d'informations et aux observations contenues dans les différents dossiers cliniques d'un usager de l'Unité de stabilisation rapide en santé mentale (USR).

Je soussigné, 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 Drummondville, ce 21 octobre 2024.



Me Yvon Garneau, coroner