

Rapport d'enquête

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Amélie Champagne

2022-06671

Me Julie-Kim Godin

Table des matières

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE.....	5
2. CIRCONSTANCES DU DÉCÈS.....	5
3. EXAMEN EXTERNE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES	5
4. AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE	6
5. ANALYSE	6
5.1. INTRODUCTION À LA MALADIE DE LYME ET SES CO-INFECTIONS	6
5.1.1. <i>La maladie de Lyme</i>	6
5.1.2. <i>Les co-infections</i>	8
5.2. PORTRAIT DE MME CHAMPAGNE	9
5.3. TRAJECTOIRE DE SANTÉ ET DE SOINS DE MME CHAMPAGNE	10
5.3.1. <i>En 2020</i>	11
5.3.2. <i>En 2021</i>	11
5.3.3. <i>En 2022</i>	14
a) <i>Dre Lyne Desautels</i>	14
b) <i>Dre Sophie Michaud</i>	16
c) <i>Fin de l'été 2022</i>	18
d) <i>Institut universitaire en santé mentale Douglas</i>	19
e) <i>Tentative de suicide</i>	21
f) <i>Hôtel-Dieu de Sherbrooke</i>	22
g) <i>Retour à domicile</i>	26
6. CONCLUSIONS ET PISTES DE SOLUTION	27
6.1. VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE LYME ET DES CO-INFECTIONS	28
6.2. VERS UNE MEILLEURE SENSIBILISATION AU BIEN-ÊTRE ET À LA PRÉVENTION DU SUICIDE	34
6.3. VERS DES MILIEUX PLUS BIENVEILLANTS, HUMAINS ET ADÉQUATS EN PSYCHIATRIE	37
6.4. VERS DE MEILLEURES PRATIQUES EN PSYCHIATRIE	40
6.4.1. <i>Chantiers à venir ou complétés par les établissements concernés</i>	40
6.4.2. <i>Trajectoire de soins et transfert interhospitalier</i>	42
6.4.3. <i>Congé sécuritaire</i>	45
6.4.4. <i>Collaboration et communication</i>	47
7. CAUSE DU DÉCÈS	48
8. RECOMMANDATIONS	49
ANNEXE I - LA PROCÉDURE	52
ANNEXE II- LISTE DES PIÈCES.....	53

MISE EN GARDE

Le présent rapport abordera l'enjeu du suicide sous une multitude de facettes. Il est possible que son contenu remue des émotions plus difficiles. Il est essentiel de rappeler que des ressources existent :

- Que vous ayez perdu un proche par suicide récemment ou il y a plusieurs années;
- Si vous côtoyez une personne qui a ou a eu des comportements suicidaires et que vous ne savez pas comment lui offrir votre soutien;
- Que vous viviez vous-même de la détresse.

Des intervenants spécialisés en prévention du suicide sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, où que vous soyez au Québec, en français ou en anglais, pour vous aider à traverser une période plus difficile.

Vous pouvez communiquer avec eux gratuitement et de façon confidentielle :

- Par téléphone au 1 866 APPELLE (277-3553)
- Par texto au 1 855 957-5353 (ou au 535353)
- Par clavardage sur le site Web suicide.ca

Le site suicide.ca offre aussi une multitude d'informations pour répondre à vos questions sur le sujet et une application mobile pour vous aider à prendre soin de votre santé mentale.

N'hésitez pas à en parler, à aller chercher de l'aide, c'est le premier pas pour aller mieux

INTRODUCTION

Le 11 septembre 2022, Mme Amélie Champagne est décédée consécutivement à un saut du haut d'un immeuble de plusieurs étages. Compte tenu des circonstances, la coroner Me Stéphanie Gamache a alors été avisée du décès et a amorcé une investigation.

Le 27 septembre 2022, la précédente coroner en chef du Québec a ordonné la tenue d'une enquête publique considérant la nécessité de recourir à l'audition de témoins afin de mettre en lumière les circonstances entourant le décès de Mme Champagne, d'analyser les facteurs contributifs et d'émettre des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine. J'ai alors été désignée pour présider cette enquête.

Le présent rapport donne suite aux audiences d'enquête publique qui se sont tenues du 11 au 15 décembre 2023 et du 22 au 26 janvier 2024 au palais de justice de Montréal. Un total de 49 témoins ont participé à la présente enquête et ont alimenté mes réflexions.

Je tiens à souligner le courage de la famille de Mme Champagne qui a assisté et contribué activement aux audiences de même qu'à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à la présente enquête.

Finalement, je tiens à exprimer à nouveau mes plus sincères condoléances aux proches de Mme Champagne, à qui je souhaite témoigner toute ma compassion.

PRÉCISIONS ET LIMITES DU RAPPORT

Le présent rapport repose sur l'information recueillie en lien avec le décès de Mme Champagne, les témoignages entendus et l'ensemble de la preuve déposée au cours de l'investigation et de l'enquête publique.

Il importe de souligner qu'il n'est pas dans mon mandat d'évaluer la conduite des professionnels impliqués, la qualité des tests diagnostiques utilisés ou les diagnostics médicaux posés. La présente enquête n'a pas pour objectif de trancher des débats ou controverses scientifiques.

Au surplus, en vertu de la *Loi sur les coroners*, je ne peux me prononcer sur la responsabilité civile, professionnelle, déontologique et criminelle d'une personne ou d'une entité. Il existe des mécanismes prévus à cet effet de même que des organismes dont le mandat est spécifiquement d'évaluer la qualité de l'exercice des professionnels de la santé et d'assurer la protection du public.

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme Amélie Champagne a été identifiée sur les lieux de son décès par les policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) au moyen de deux cartes d'identité avec photo.

2. CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 11 septembre 2022, vers 7 h 50, Mme Champagne s'est rendue à l'insu de sa famille sur le balcon de leur condo, situé au 16^e étage d'un immeuble à Montréal, et s'est projetée dans le vide.

Des témoins qui circulaient sur la rue ont immédiatement avisé la centrale 9-1-1 qu'une jeune femme était inerte sur la voie publique.

Vers 7 h 55, des policiers du SPVM sont arrivés sur les lieux. Comme Mme Champagne ne respirait plus, ils ont rapidement entrepris des manœuvres de réanimation.

Des techniciens ambulanciers paramédics sont ensuite arrivés. Ils ont constaté que Mme Champagne était en arrêt cardiorespiratoire et présentait plusieurs blessures sérieuses et mortelles. Compte tenu de leur évaluation et du protocole applicable, les manœuvres de réanimation ont été cessées.

Le décès de Mme Champagne a ainsi été constaté à distance par un médecin d'Urgences--santé, selon les protocoles en vigueur.

3. EXAMEN EXTERNE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été fait le 11 septembre 2022 à la morgue de Montréal. Il a mis en évidence la présence de multiples lésions traumatiques, dont :

1. Un traumatisme craniocérébral important;
2. Des fractures accompagnées d'une déformation au niveau du bras et du genou droits;
3. De multiples abrasions.

Des échantillons de liquides biologiques ont été prélevés et analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal.

Selon le rapport d'expertise en toxicologie du LSJML, de la fluoxétine (un antidépresseur) a été détectée en concentration thérapeutique dans les prélèvements de sang et d'urine. De plus, de la quétiapine (un antipsychotique) a été détectée dans les prélèvements d'urine, mais pas dans le sang.

Aucune autre substance (alcool, drogue usuelle, médicament) n'a été retrouvée.

4. AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE

Une autopsie psychologique *post mortem* a été réalisée par le Groupe McGill d'études sur le suicide (sous la direction scientifique du Dr Gustavo Turecki) dans le but de faire un portrait du profil psychologique de Mme Champagne et de mieux comprendre les circonstances entourant son décès. Cette autopsie psychologique repose essentiellement sur les renseignements qu'ils ont recensés dans le cadre d'une entrevue avec les parents de Mme Champagne et de leur investigation clinique.

Selon l'information recueillie, Mme Champagne souffrait des symptômes suivants dans la période précédant son décès :

- Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans toutes, ou presque, les activités habituelles, presque toute la journée, presque chaque jour;
- Une perte d'appétit et de poids significative (entre 12 et 15 lbs dans les dernières semaines);
- De l'insomnie, presque chaque jour;
- Une fatigue et une perte d'énergie, presque chaque jour;
- Un sentiment d'indignité, d'auto-accusation ou de culpabilité excessive, presque chaque jour;
- Une diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer chaque jour;
- Des pensées récurrentes sur la mort (incluant une tentative de suicide récente et un suicide complété).

Selon le rapport d'autopsie psychologique, ces symptômes sont compatibles avec un diagnostic de dépression majeure.

De plus, certains éléments d'anxiété généralisée ont été observés de même qu'une obsession portant sur la maladie de Lyme. Mme Champagne s'était entre autres appropriée les symptômes associés à cette maladie et s'imaginait les pires scénarios.

Dans le cadre de leur mandat, le groupe de recherche ne s'est pas penché sur une possible corrélation entre le diagnostic de dépression majeure et la maladie de Lyme.

5. ANALYSE

À titre de mise en contexte, je présenterai un aperçu de la maladie de Lyme.

Puis, je retracerai le parcours de vie et de soins de Mme Champagne.

Et, finalement, j'analyserai les facteurs contributifs à son décès et proposerai des pistes de solution pour une meilleure protection de la vie humaine.

5.1. Introduction à la maladie de Lyme et ses co-infections

5.1.1. La maladie de Lyme

La maladie de Lyme tire son nom de la Ville de Lyme, située dans l'état du Connecticut aux États-Unis. Vers 1975, des enfants y résidant ont commencé à souffrir de symptômes inhabituels d'arthrite. D'autres citoyens ont également présenté des symptômes similaires. Plusieurs chercheurs, dont le Dr Willy Burgdorfer, ont mené des investigations en lien avec ces éclosions et ont découvert qu'une bactérie spirochète, soit une bactérie en forme de

tire-bouchon, était à l'origine de leurs symptômes¹. Le Dr Burgdorfer a ainsi donné son nom à la bactérie causale de la maladie de Lyme : la *Borrelia burgdorferi*.

La maladie de Lyme est une zoonose. En d'autres termes, elle est transmise à l'humain par un animal, en l'occurrence par une piqûre de tique porteuse de la *Borrelia burgdorferi*.

Pour diverses raisons, dont les changements climatiques et environnementaux, la maladie de Lyme a migré et s'est progressivement retrouvée dans de nouvelles régions, dont au Québec.

La maladie de Lyme est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) au Québec depuis 2003. Ce système permet notamment de suivre l'évolution de la maladie. Selon les données recensées, le premier cas acquis au Québec a été déclaré en 2006².

Depuis 2011, le Québec a observé une forte progression du nombre de cas déclarés. En 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc mis en place un système intégré de surveillance. Une surveillance acarologique active et passive de la maladie de Lyme est menée chaque année au Québec. Cette surveillance active implique la collecte de tiques dans divers environnements, déterminés en fonction de l'épidémiologie, entre mai et août. Parallèlement, la surveillance passive consiste en la soumission volontaire de tiques ayant piqué des individus ou des animaux.

Le MSSS semble bien conscient que le nombre de cas réels est probablement plus élevé que le nombre de cas déclarés.

Au surplus, il est ressorti que même des cliniciens en apparence bien informés pouvaient parfois avoir une compréhension inexacte des critères de déclaration pour la maladie de Lyme.

Face à l'émergence de la maladie de Lyme et le besoin de rehausser les connaissances, le MSSS a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour se pencher sur le sujet en 2017. L'INESSS a ainsi démarré un vaste chantier sur la maladie de Lyme afin de favoriser un diagnostic et une prise en charge précoces de même que réduire le risque d'évolution vers des complications.

L'INESSS a ainsi produit une première série de publications en 2019, dont des guides, des outils et des recommandations, portant sur la prévention, le processus diagnostique, le traitement et le suivi de la maladie de Lyme. Un protocole médical national assorti d'un modèle d'ordonnance collective et des activités de transfert des connaissances ont également été développés³.

Ensuite, l'INESSS s'est penché sur l'hypothèse que la maladie de Lyme existe sous une forme chronique (symptômes persistants) et a mené des recherches sur la démarche diagnostique (soit la contribution des approches et des analyses de laboratoire), les analyses de laboratoire, les différentes options thérapeutiques et l'expérience de soins chez les personnes chez qui la maladie de Lyme est suspectée ou avérée. Des documents de références, des outils et des recommandations ont ainsi été publiés en 2021⁴.

¹ Burgdorfer W, *How the discovery of Borrelia burgdorferi came about*, Journal of Clinical Dermatology, Jul-Sep 1993 : 11(3) : 335-8.

² Voir la présentation du Dr Luc Boileau, Directeur national de santé publique (pièce C-73).

³ Voir la présentation de l'INESSS (pièce C-67).

⁴ Voir la présentation de l'INESSS (pièce C-67) et l'avis produit par l'INESSS sur la maladie de Lyme et les symptômes persistants (C-67.2).

Dans le cadre de mon mandat, je ne me pencherai pas sur tous les détails scientifiques de la démarche diagnostique ainsi que du traitement de la maladie de Lyme et de ses co-infections. Je me limiterai donc à résumer brièvement les éléments que je considère essentiels et faisant généralement consensus afin de favoriser une meilleure compréhension de mon rapport et de mes recommandations⁵ :

- La maladie de Lyme peut causer une gamme de symptômes parfois non spécifiques, dont des atteintes cutanées, neurologiques, cardiaques et musculosquelettiques.
- Le diagnostic de la maladie de Lyme repose sur plusieurs éléments, dont le tableau clinique, l'examen physique et l'évaluation du risque d'exposition aux tiques. Il n'est pas essentiel d'objectiver une piqûre de tique pour établir le diagnostic.
- Des tests sérologiques sont généralement faits et permettent de compléter la démarche diagnostique. La valeur des tests sérologiques est variable notamment selon le stade de la maladie.
- Une fois le diagnostic posé, le traitement est choisi en fonction des manifestations observées. Le traitement de choix est généralement par antibiothérapie. Un usage optimal des antibiotiques permet généralement une récupération complète.
- À la suite d'un diagnostic avéré et d'un traitement antibiotique approprié, certaines personnes peuvent présenter des symptômes pendant plusieurs mois. Ceux-ci vont généralement disparaître progressivement.
- Certaines personnes rapportent présenter des symptômes systémiques généraux et persistants. Ce phénomène demeure controversé et est souvent désigné comme étant la forme chronique ou persistante de la maladie de Lyme (ceci inclut également les situations où la personne n'a pas reçu un diagnostic formel de maladie de Lyme).
- L'état actuel des connaissances ne permet pas de confirmer ou d'infirmer qu'une infection par une bactérie causant la maladie de Lyme peut être à l'origine de symptômes systémiques généraux et persistants.
- Dans certains cas, il est recommandé de diriger le patient vers un microbiologiste-infectiologue, un interniste, un pédiatre-infectiologue ou un autre spécialiste.

La maladie de Lyme est récente et en émergence. Les connaissances sont ainsi en constante évolution et continuent de faire l'objet de débats scientifiques, plus particulièrement au niveau de la démarche diagnostique et du traitement.

Dans les circonstances, la prudence et le développement des connaissances scientifiques s'imposent.

5.1.2. Les co-infections

Parlons brièvement des co-infections. Les tiques peuvent être infectées de diverses autres bactéries et parasites, telles la *Babesia sp.* ou la *Bartonella sp.* Certaines espèces de bactéries et parasites peuvent être transmises aux humains et causer des co-infections.

⁵ Pour plus de détails, voir la présentation de l'INESSS (pièce C-67).

Par exemple, la *Babesia microti* (un protozoaire) peut causer une infection chez l'humain et est l'espèce responsable de la grande majorité des cas de babésiose humaine en Amérique du Nord⁶. Elle est également une MADO depuis 2004 au Québec.

Selon les données du MSSS, les deux premiers cas de babésiose humaine ont été déclarés en 2006 et un total de 11 cas ont été déclarés au Québec depuis (selon les données compilées en date du 28 février 2024). En 2023, un premier cas a été suspecté d'être acquis au Québec (sur la base d'une sérologie positive), les autres cas auraient été contractés à l'étranger. Pour l'interprétation de ces résultats, il importe de noter qu'une sérologie peut demeurer positive pendant des années. Il peut donc être excessivement difficile de confirmer le moment et l'endroit où la maladie a été acquise. De plus, les tests de laboratoire utilisés ne permettent pas toujours de différencier l'espèce de *Babesia* causale. Des experts du Laboratoire de santé publique du Québec ont ainsi signalé que la définition nosologique de la babésiose devra éventuellement être revue.

Parallèlement, dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie de Lyme, deux tiques ont été testées positives pour la *Babesia microti* dans la région de la Mauricie-et-Centre-du-Québec et en Estrie en 2019. En 2021 et en 2022, respectivement une et quatre tiques ont été trouvées positives et ont toutes été collectées dans la région de l'Estrie.

La présence de tiques positives pour la *Babesia odocoilei* a été rapportée chez des tiques au Canada, incluant au Québec. Toutefois, selon les données recueillies par le MSSS, aucun cas de babésiose humaine causée par la *Babesia odocoilei* n'a été confirmé au Québec. Bien qu'une étude clinique rapporte des cas, il demeure qu'il y a très peu de données probantes scientifiques sur la présence de *Babesia odocoilei* chez l'humain au Québec⁷.

5.2. Portrait de Mme Champagne

Mme Champagne était âgée de 22 ans au moment de son décès.

Elle est décrite par ses proches comme étant une jeune femme qui était autrefois rayonnante, extravertie et appréciée de tous. Elle était dévouée à aider son prochain et illuminait le parcours de celles et ceux qu'elle côtoyait.

Tout au long de sa vie, Mme Champagne a bénéficié d'une stabilité domiciliaire, financière, familiale et sociale. Elle a vécu une enfance heureuse et était entourée d'amour.

Selon la preuve recueillie, elle n'a pas subi de traumatisme durant l'enfance ni fait l'objet de négligence. Elle n'était pas connue comme ayant un trouble lié à l'usage de substances ou des dépendances.

En 2022, elle vivait avec ses parents et son frère. De plus, elle avait un amoureux avec qui elle passait beaucoup de temps. Elle entretenait des liens étroits, positifs et harmonieux avec ces derniers.

Elle étudiait à l'université et réussissait généralement bien au niveau académique. Elle occupait un emploi à temps partiel, était engagée socialement, avait une bonne hygiène de vie et pratiquait plusieurs activités sportives. Elle avait également l'opportunité de s'adonner à plusieurs loisirs et de voyager avec ses proches.

En apparence, elle semblait mener une vie parfaite.

⁶ Voir la présentation de Dre Catherine Bouchard (pièce C-55).

⁷ Voir la présentation de Dre Catherine Bouchard (pièce C-55).

Or, elle était aussi une enfant avec une tendance anxieuse. Vers l'adolescence, elle a commencé à présenter des symptômes variés, tant au point de vue physique que mental, qui ont progressé jusqu'à l'âge adulte.

Par exemple, au niveau physique, elle a présenté à travers les années des étourdissements, des symptômes similaires à un syndrome vestibulaire, des céphalées, des problèmes de vision, une sensibilité à la lumière, de l'acouphène, des infections urinaires répétées, des douleurs musculaires et des engourdissements.

Au niveau mental, elle a progressivement souffert de fatigue, de symptômes anxieux, de difficulté de concentration, de crises de panique, de phobies, de traits obsessionnels compulsifs et de découragement. À plusieurs périodes de sa vie, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte, elle s'imaginait des scénarios catastrophiques et tragiques, qui la bouleversaient.

Au départ, ses symptômes fluctuaient et ne l'empêchaient pas d'être fonctionnelle. Étant de nature persévérante, elle redoublait d'efforts à l'école et au travail pour surmonter ses symptômes et continuer à s'épanouir.

Toutefois, ses symptômes sont éventuellement devenus plus omniprésents et lourds à porter, plus particulièrement à l'âge adulte. Selon ses proches, Mme Champagne se plaignait rarement et ne voulait surtout pas être un fardeau pour son entourage.

En cherchant à comprendre la source de ses maux, Mme Champagne s'est éventuellement intéressée à la maladie de Lyme.

L'évolution de son état de santé et de sa trajectoire de soins sera abordée plus en détail dans les sections ultérieures.

5.3. Trajectoire de santé et de soins de Mme Champagne

À partir de son adolescence, Mme Champagne a cherché à comprendre la cause de ses nombreux symptômes et a tenté de trouver des solutions. À travers les années et plus particulièrement à l'âge adulte, elle a consulté un nombre particulièrement significatif de professionnels de la santé et s'est soumise à de multiples tests. Plusieurs hypothèses diagnostiques ont été soulevées, dont de sclérose en plaques, de syndrome vestibulaire et de fibromyalgie, mais sans qu'un diagnostic certain ne soit retenu ou qu'une solution ou un soulagement ne serait-ce que partiel ne soient trouvés.

Ses proches ont rapporté qu'elle a ainsi traversé des années d'errance médicale⁸ où elle rebondissait d'un médecin à l'autre dans le réseau public, sans fil conducteur. Elle se sentait particulièrement incomprise, seule et avait l'impression que sa condition était souvent banalisée.

⁸ Selon le dictionnaire de français Larousse, l'errance médicale ou diagnostique se définit par une période d'une durée significative pendant laquelle un patient ne peut obtenir un diagnostic pertinent, du fait de la rareté de sa maladie et/ou du caractère apparemment banal ou subjectif des symptômes qu'il présente.

5.3.1. En 2020

Au début de l'année 2020, la pandémie à la COVID-19 sévissait au Québec et l'état d'urgence a été décrété le 13 mars 2020. Mme Champagne s'est éventuellement installée à la résidence secondaire de sa famille située en Estrie. En raison de ses préoccupations en lien avec son état de santé, elle est entrée en contact avec un médecin de famille de la région, soit le Dr Pierre Pelletier. Ce dernier l'a prise en charge et l'a vue en présentiel à huit reprises sur une période d'un peu moins d'un an (entre juillet 2020 et mai 2021).

Au fil des rencontres, Dr Pelletier a colligé l'éventail des symptômes présentés par Mme Champagne, dont de l'anxiété, de la fatigue, des douleurs musculaires, de l'irritabilité, une diminution de sa concentration, des céphalées, des étourdissements et des palpitations cardiaques. Il a retenu que ses symptômes lui amenaient une certaine souffrance et a posé une impression diagnostique de trouble anxieux généralisé accompagné d'un possible trouble du déficit de l'attention.

Il lui a prescrit différents tests, dont un test d'Holter et des bilans sanguins et urinaires.

Il l'a référée en neurologie afin d'évaluer les symptômes rapportés et une anomalie mise en évidence dans le passé par une résonance magnétique du cerveau.

Il l'a également référée en psychiatrie dans le but de préciser, le cas échéant, un diagnostic psychiatrique. En lien avec la demande, un dossier a été ouvert au Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) de la région.

Le 11 décembre 2020, une infirmière du GASMA a contacté Mme Champagne afin de compléter une évaluation en santé mentale. Il ressort des notes de l'infirmière que Mme Champagne présentait alors des symptômes anxieux et qu'il lui arrivait de pleurer et de s'imaginer des scénarios catastrophes.

5.3.2. En 2021

Le test d'Holter prescrit par le Dr Pelletier a été complété et n'a révélé aucune arythmie ou anomalie au niveau cardiaque.

Le 5 janvier 2021, Mme Champagne a consulté un psychiatre, Dr Pierre Beauséjour. À la suite de son évaluation, ce dernier a retenu une impression diagnostique de trouble du déficit de l'attention, de trouble anxieux avec traits perfectionnistes et de trouble obsessionnel compulsif. Il n'a alors noté aucun risque suicidaire.

Ce psychiatre lui a suggéré d'essayer un médicament pour le trouble du déficit de l'attention, soit de la lisdexamfétamine (aussi connu sous le nom commercial Vyvanse®) et l'a référée au GASMA pour débuter une thérapie cognitivo-comportementale. Il devait revoir Mme Champagne dans un délai d'un mois, mais ce suivi n'a vraisemblablement pas eu lieu. Il n'a pas été possible d'en établir la raison ou d'obtenir plus de détails, le psychiatre impliqué étant décédé.

Une travailleuse sociale du GASMA a contacté Mme Champagne et l'a accompagnée dans ses démarches pour initier une thérapie cognitivo-comportementale. Après avoir discuté des services offerts en milieu scolaire, la travailleuse sociale a ultimement dirigé Mme Champagne vers le Dr Luc Lupien de la Clinique psychosomatique de l'Estrie, ce qui a mis fin à l'intervention du GASMA. Mme Champagne devait ainsi prendre rendez-vous par elle-même.

Mme Champagne n'a toutefois pas complété les démarches pour consulter le Dr Lupien et n'a vraisemblablement pas pris le Vyvanse®. Pourquoi? Il est possible que les démarches pour obtenir un rendez-vous se soient transformées en obstacle à sa demande d'aide, qu'elle pensait aller mieux ou qu'elle ne voyait plus les bénéfices de la thérapie et de la médication. Dans tous les cas, il n'a pas été possible de confirmer les raisons pour lesquelles la thérapie n'a pas eu lieu.

Le 1^{er} février 2021, toujours à la demande du Dr Pelletier, Mme Champagne a consulté un neurologue, le Dr Christian Bocti, à la Clinique Médicale Plateau Marquette à Sherbrooke. Il a procédé à un examen ciblé pour évaluer ses étourdissements et ses céphalées et a conclu qu'ils ne découlaient pas d'un problème vestibulaire, d'un trouble cérébelleux ou d'une pathologie d'ordre neurologique. Selon lui, les symptômes présentés par Mme Champagne étaient plutôt compatibles à un trouble anxieux généralisé et l'anomalie vue à la résonance magnétique antérieure était sans conséquence. Aucun suivi n'était donc requis de sa part.

Au cours de cette période, Mme Champagne et ses proches ont commencé à s'intéresser à la maladie de Lyme et à se questionner si une infection était à l'origine de ses symptômes persistants.

Le 25 mars 2021, accompagnée de sa mère, Mme Champagne a rencontré le Dr Pelletier et lui a fait part de ses préoccupations et hypothèses. Ils ont eu une longue discussion au cours de laquelle elle lui a expliqué que depuis l'âge d'environ 16 ans, elle souffrait de multiples symptômes, dont des céphalées, des douleurs musculaires, des chocs électriques dans les membres, une sensation de manquer d'air, de vertiges, de fatigue, d'étourdissements, de difficultés de concentration, de troubles de sommeil, de palpitations et d'une fluctuation de son rythme cardiaque.

Dr Pelletier était d'avis que les symptômes rapportés par Mme Champagne étaient compatibles avec un trouble anxieux généralisé et des crises de panique. Il avait la conviction que Mme Champagne allait entamer une thérapie avec le Dr Lupien, qui était par ailleurs le traitement indiqué. Cela étant, il a accepté d'approfondir l'hypothèse de maladie de Lyme soulevée par Mme Champagne et lui a prescrit différents tests sérologiques.

Les tests effectués ont été analysés par le Laboratoire de santé publique du Québec⁹ et se sont avérés négatifs pour la *Borrelia burgdorferi* (soit la bactérie responsable de la maladie de Lyme) et le cytomégalovirus IgG. Un seul test est revenu positif, soit pour une infection au virus Epstein-Barr (cette infection est plus connue sous le nom de mononucléose), qui était probablement ancienne.

Le 26 avril 2021, Mme Champagne et sa mère ont revu Dr Pelletier et lui ont rapporté qu'elle présentait toujours de nombreux symptômes. Dr Pelletier l'a alors informée des résultats des tests effectués et qu'aucune maladie de Lyme n'avait été mise en évidence. Il a ainsi maintenu son diagnostic de trouble anxieux généralisé et de crises de panique et lui a prescrit conséquemment un traitement antidépresseur, soit de l'escitalopram 10 mg (aussi connu sous le nom commercial de Cipralex®).

Comme Mme Champagne se plaignait toujours de nombreux symptômes, il a poursuivi l'investigation et lui a prescrit des tests supplémentaires (dont un examen radiologique du transit digestif et des tests de microbiologie).

Les tests en microbiologie demandés par Dr Pelletier ont été effectués et analysés par le Laboratoire de santé publique du Québec. Ils se sont avérés négatifs pour la *Borrelia burgdorferi*.

⁹ Le Laboratoire de santé publique du Québec est un centre de référence et son expertise est bien établie au Québec.

Dr Pelletier l'a aussi référée en infectiologie via le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) de l'Estrie. La demande a été traitée et Mme Champagne a été inscrite sur une longue liste d'attente. Au moment de son décès, elle n'avait toujours pas obtenu de rendez-vous.

L'errance médicale vécue jusqu'à ce moment par Mme Champagne et l'absence de prise en charge en infectiologie ont certainement contribué à ce qu'elle se tourne plus tard vers des cliniques privées pour obtenir du soutien et des réponses.

Le 27 mai 2021, Mme Champagne a revu Dr Pelletier, qui a noté que ses symptômes, plus particulièrement la fatigue et les douleurs musculaires, persistaient et continuaient à l'incommoder. Il a observé que son moral allait bien, que son humeur était stable et qu'elle entretenait une relation amoureuse positive. En revanche, Mme Champagne avait la perception que la médication prescrite (soit l'escitalopram 10 mg) avait peu de bénéfices sur son anxiété et lui causait des effets indésirables. À sa demande, il a été convenu qu'elle cesse de la prendre.

Au terme de cette visite, le Dr Pelletier a retenu un diagnostic clinique de fibromyalgie sur la base des symptômes qu'elle présentait. Il croyait légitimement que Mme Champagne serait éventuellement vue en microbiologie et infectiologie.

Ce fut la dernière fois que Mme Champagne a consulté le Dr Pelletier.

Dans la période qui a suivi, Mme Champagne a continué à se questionner quant à un possible diagnostic de maladie de Lyme.

Elle a poursuivi ses études à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et a demandé du soutien psychologique auprès des services offerts par l'université le 20 septembre 2021. Elle a alors nommé souffrir de stress, d'anxiété, de crises de panique et de problèmes de gestion des émotions. Selon son auto-évaluation, son niveau de détresse psychologique avait un impact important sur ses études.

Ainsi, Mme Champagne a consulté une psychoéducatrice de l'UQAM. Au cours de la première rencontre, elle a décrit ses symptômes et admis avoir à l'occasion des idées suicidaires pour faire cesser son mal-être et son anxiété. C'est la première fois qu'elle a verbalisé aussi clairement des propos associés au suicide.

Questionnée sur ses idées suicidaires, elle a précisé n'avoir aucun plan de mourir et n'avoir jamais fait de tentative de suicide. La psychoéducatrice a évalué que le niveau de détresse suicidaire était faible et n'a pas jugé nécessaire d'alerter les proches. Elle a conclu : « Madame se crée des scénarios catastrophiques et nourrit son anxiété. À travers son discours, elle nomme avoir très peu de contrôle sur son anxiété, et ce, sur une base quotidienne. En entrevue, elle partage beaucoup d'événements qui lui font vivre de l'anxiété, je dois l'arrêter, car elle se perd dans ses idées ».

La psychoéducatrice lui a proposé de l'éducation psychologique et des outils afin de mieux gérer son anxiété. Des rendez-vous de suivi ont été planifiés, mais Mme Champagne n'y a pas donné suite.

Avec le consentement de Mme Champagne, il aurait pu être bénéfique d'impliquer un proche. Sa mère avait d'ailleurs été identifiée comme étant la personne à contacter en cas d'urgence.

Même si son risque suicidaire était jugé faible, chaque action compte.

5.3.3. En 2022

Au début 2022, Mme Champagne continuait à présenter différents symptômes, dont des difficultés de concentration. Elle se questionnait vraisemblablement sur le diagnostic de trouble du déficit de l'attention soulevé en 2021 par le psychiatre Beauséjour, car elle a consulté un neuropsychologue afin de confirmer, ou non, le diagnostic.

Au terme de l'évaluation, le neuropsychologue consulté n'a pas retenu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention. Il a plutôt identifié la présence d'enjeux au niveau de la mémoire de travail et de symptômes anxieux significatifs qui pouvaient expliquer et contribuer à certains de ses symptômes, dont son problème de concentration. Il a recommandé une thérapie cognitivo-comportementale et un suivi médical afin d'évaluer l'indication d'un traitement pharmacologique (par antidépresseur).

À travers le temps, Mme Champagne n'a pas entrepris de thérapie ou un traitement antidépresseur. Peut-être avait-elle des préjugés profondément ancrés par rapport aux traitements proposés pour sa santé mentale ou qu'elle ne percevait pas les bénéfices possibles? Elle avait également déjà rapporté qu'elle n'avait jamais eu une bonne relation avec les psychologues consultés dans le passé et qu'elle ne sentait pas que la thérapie pouvait l'aider.

Dans tous les cas, elle a continué parallèlement ses recherches sur le sujet de la maladie de Lyme et à échanger avec plusieurs personnes sur le sujet. Il arrivait souvent que ses lectures la bouleversent et exacerbent son anxiété. Soulignons qu'elle avait une propension anxieuse et à s'imaginer les pires scénarios.

a. Dre Lyne Desautels

De fil en aiguille, l'Association québécoise de la maladie de Lyme (AQML) et son réseau l'ont référée vers des médecins qui disposaient, à leurs yeux, d'une expertise dans le domaine de la maladie de Lyme.

C'est ainsi que Mme Champagne a contacté la clinique privée de Dre Lyne Desautels¹⁰ afin de poursuivre l'investigation de son état de santé et identifier les options de traitement.

Dre Desautels est une omnipraticienne et se présente comme étant une médecin spécialisée en maladie de Lyme. L'entourage de Mme Champagne pensait d'ailleurs qu'elle était une microbiologiste et infectiologue, ce qu'elle n'est pas.

Lors des audiences, Dre Desautels a expliqué qu'elle a acquis son expertise et ses connaissances approfondies lors de formations à l'étranger, dont aux États-Unis et en Allemagne. Elle a notamment reçu des formations sur le traitement de la maladie de Lyme et des approches thérapeutiques basées sur l'alimentation et la naturopathie.

Elle offre depuis des formations aux médecins et planifie maintenant donner un cours universitaire sur la maladie de Lyme.

Elle a sa propre clinique privée où elle offre des services spécialisés pour la maladie de Lyme. Elle a développé des plans et protocoles de traitement sur cette maladie, qu'elle utilise dans le cadre de sa pratique.

Sur la base des plans et protocoles développés par Dre Desautels, Mme Champagne a rempli un questionnaire écrit en lien avec ses symptômes en prévision de son premier rendez-vous. Puis, le 27 janvier 2022, elle a eu une rencontre virtuelle avec une infirmière de la clinique

¹⁰ Dre Desautels est désaffiliée de la Régie de l'assurance maladie du Québec et pratique à l'extérieur du régime public. Mme Champagne a donc défrayé des coûts pour consulter Dre Desautels et les membres de son équipe.

privée de Dre Desautels. L'infirmière a alors procédé à une cueillette d'informations et lui a remis des prescriptions pour effectuer des tests (soit un électrocardiogramme et des tests en hématologie et en biochimie) en prévision d'une rencontre avec Dre Desautels. Aucun test de microbiologie n'a alors été prescrit.

Le 24 février 2022, toujours selon les recommandations et protocoles de Dre Desautels, Mme Champagne a rencontré une naturopathe, Mme Kadeja Lefebvre. Cette dernière et Dre Desautels font équipe et travaillent en étroite collaboration : elles partagent leurs dossiers, les informations qu'elles colligent et leurs plans de traitement.

Selon ses notes, la naturopathe a procédé à un questionnaire et à un examen physique de Mme Champagne. Puis, elle lui a proposé un plan de traitement en lien avec la maladie de Lyme, qui incluait notamment une diète alimentaire spécifique et plusieurs produits de naturopathie.

Selon le témoignage de Dre Desautels qui cautionnait ce traitement, l'objectif était de préparer le système gastro-intestinal de Mme Champagne à recevoir un traitement conventionnel pour la maladie de Lyme.

Il est étonnant d'apprendre qu'un tel traitement de naturopathie lui a été vendu pour une somme considérable, et ce, alors que Mme Champagne n'avait pas encore vu Dre Desautels et qu'aucun diagnostic de maladie de Lyme n'avait été posé.

Par leurs propos et leurs comportements, est-il possible qu'on ait laissé croire à Mme Champagne qu'elle avait la maladie de Lyme?

Dans tous les cas, Mme Champagne a entamé le traitement de naturopathie conseillé, lequel lui a causé plusieurs effets indésirables.

Le 14 mars 2022, Mme Champagne a eu une consultation virtuelle avec Dre Desautels. Celle-ci a révisé les symptômes préalablement colligés au dossier. Au niveau psychologique, il était noté que Mme Champagne présentait une grande charge mentale, une fatigue importante, des difficultés à fonctionner, de la colère, de l'anxiété, des sentiments d'incompréhension, du découragement, de la non-motivation, de la frustration, des pleurs occasionnels et un sentiment d'être toujours faible.

Au niveau physique, les symptômes neurologiques, cardiaques, digestifs, urinaires et musculosquelettiques présentés par Mme Champagne à travers les années étaient également énumérés.

Dre Desautels a ouvertement admis lors des audiences ne pas avoir procédé à un examen physique et qu'elle s'en remettait ainsi à celui effectué par sa consœur naturopathe. Pratiquant la grande majorité du temps en télémédecine, Dre Desautels a témoigné qu'elle ne fait généralement pas d'examen physique. Au besoin, elle demande à ses patients de procéder à un auto-examen (plutôt que de les examiner par elle-même).

Au terme de cette rencontre virtuelle, Dre Desautels a retenu que les symptômes présentés par Mme Champagne avaient un impact fonctionnel sur sa vie, qu'elle vivait du découragement et se sentait toujours faible. Elle a retenu un diagnostic de maladie de Lyme (infection à la *Bartonella* et *Borrelia*) et a prescrit un plan de traitement, soit une antibiothérapie (azithromycine 250 mg, deux fois par jour, et doxycycline 100 mg, deux fois par jour) avec un traitement complémentaire d'hydroxychloroquine 200 mg, une fois par jour, pour une durée de 60 jours.

En lien avec le plan de traitement, Dre Desautels a expliqué que sa collègue naturopathe l'aidait et évaluait les interactions médicamenteuses potentielles. Elle se fiait grandement sur l'expertise de la naturopathe et faisait donc un suivi conjoint avec cette dernière¹¹.

Dre Desautels a également prescrit des tests en microbiologie et a conseillé à Mme Champagne d'effectuer les tests pour la maladie de Lyme aux États-Unis, plutôt qu'au Québec. Selon elle, les tests américains sont meilleurs et elle les recommande donc à tous ses patients.

Aucun soin ou service n'a alors été proposé pour soutenir psychologiquement Mme Champagne et favoriser son rétablissement. L'approche préconisée était plutôt orientée sur le volet physique.

Le 28 mars 2022, à la demande de Dre Desautels, des échantillons ont été prélevés pour effectuer des tests de microbiologie, de biochimie et d'hématologie. Ceux-ci ont été analysés aux laboratoires cliniques du Centre universitaire de santé McGill et du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine).

Les tests sérologiques pour la *Borrelia burgdorferi* (soit la maladie de Lyme) et la *Bartonella Henselae IgG* (soit une co-infection possible à la maladie de Lyme) se sont avérés négatifs. Une analyse pour la *Bartonella IgM* a été demandée, mais celle-ci a été annulée, n'étant pas disponible dans le réseau d'analyses biomédicales du Québec.

Les 1^{er} et 29 avril 2022, Mme Champagne a revu la naturopathe et l'infirmière de la clinique de Dre Desautels. Ayant présenté de lourds effets indésirables en lien avec la prise des produits naturels prescrits, elle leur a expliqué qu'elle n'avait pas débuté l'antibiothérapie prescrite. De plus, elle n'avait pas fait les tests américains recommandés compte tenu notamment des coûts très élevés.

De manière concomitante, Mme Champagne a perçu une aggravation de ses symptômes. Elle a notamment rapporté avoir une sensation de trembler de partout, de palpitations cardiaques, de dyspnée au moindre effort, de manque d'air, de fatigue constante, malgré plusieurs heures de sommeil, de dépersonnalisation, de difficulté de concentration et de confusion.

Vivant des insatisfactions et se sentant peu écoutée, Mme Champagne a décidé de mettre un terme au suivi avec Dre Desautels et son équipe.

b. Dre Sophie Michaud¹²

Le 10 mai 2022, Mme Champagne s'est tournée vers la clinique privée de Dre Sophie Michaud, microbiologiste et infectiologue¹³. Son écoute et son approche ont vraisemblablement permis de créer rapidement un lien de confiance avec Mme Champagne.

Sur la base de l'information recueillie, des symptômes rapportés, de son examen physique et des analyses en microbiologie faites dans le passé, Dre Michaud a conclu à une présentation clinique suggestive d'une infection à la Babésiose (*Babesia odocoilei*) et à la Bartonellose (*Bartonella henselae*). Elle est la première à avoir soulevé une telle hypothèse.

Elle lui a prescrit un traitement à l'atovaquone (soit du Mepron©) à doses progressives sur plusieurs semaines. Selon Dre Michaud, une bonne réponse au traitement à l'atovaquone permettrait de valider son diagnostic de Babésiose (*Babesia odocoilei*).

¹¹ Je tiens à rappeler qu'il n'est pas de mon mandat de juger de la conduite des professionnels de la santé consultés et des diagnostics posés. J'inviterai ainsi les instances pertinentes à se pencher sur cette question dans mes recommandations.

¹² Mme Sophie Michaud a pris sa retraite de la médecine en mars 2023 et n'est plus membre du Collège des médecins du Québec. J'ai toutefois conservé son titre de médecin dans le texte du présent rapport afin de faciliter la compréhension du lecteur et considérant qu'elle l'était au moment des événements.

¹³ Elle pratiquait également à l'extérieur du réseau public et a facturé des frais pour les soins et services offerts à Mme Champagne.

Dre Michaud lui a également prescrit un bilan sanguin et des tests pour la *Babesia odocoilei* et la *Bartonella henselae*. Ainsi, Mme Champagne s'est soumise le jour même à des prélèvements qui ont été envoyés à TLab, un laboratoire américain. Les tests demandés s'inscrivaient dans un contexte de recherche et n'étaient pas homologués.

Par la suite, Mme Champagne a débuté le traitement à l'atovaquone prescrit et a vu ses symptômes empirer. Notamment, ses étourdissements, ses céphalées, son acouphène, ses engourdissements, ses douleurs articulaires, musculaires et à la nuque ont augmenté. Elle présentait une fatigue accrue, un brouillard mental augmenté, plus particulièrement en classe, et était très incommodée par la lumière. Elle se disait très émotive et hystérique. Elle pleurait fréquemment, se faisait des scénarios catastrophes et craignait le pire.

Le seul bénéfice est qu'elle percevait une diminution de ses tremblements.

Durant cette période, Mme Champagne a intensifié ses recherches sur la maladie de Lyme.

Mme Champagne a revu Dre Michaud le 31 mai 2022 et lui a fait part de l'aggravation de ses symptômes. Dre Michaud a alors conclu qu'elle présentait une réaction de Jarish-Herxheimer (aussi appelé réaction Herx), qui était causée par le traitement à l'atovaquone. La réponse au traitement lui paraissait compatible avec un diagnostic de Babésiose. Elle a donc maintenu les mêmes diagnostics et recommandé de poursuivre le traitement à l'atovaquone de même que d'ajouter un traitement pharmacologique supplémentaire (Biaxin, TMP-SMX et vitamine D).

Le 30 juin 2022, Dre Michaud a vu Mme Champagne et l'a informée que les tests faits par le laboratoire américain sont revenus positifs pour la *Babesia odocoilei*, une co-infection de la maladie de Lyme, et indéterminés pour la *Bartonella henselae*. Tel que précisé dans les documents émanant du TLab, ces résultats devaient être interprétés avec prudence et être utilisés à des fins de recherche uniquement. Rappelons aussi que le test était non homologué.

Cela étant dit, Dre Michaud a confirmé à Mme Champagne qu'elle présentait un diagnostic de Babésiose et Bartonellose et lui a recommandé de diminuer le traitement à l'atovaquone en raison de l'importance des réactions de Jarish-Herxheimer.

En effet, les symptômes de Mme Champagne continuaient à évoluer. Notamment, elle se sentait très anxieuse et faible, avait une sensation persistante de brouillard mental, avait perdu 12 lbs en quatre mois, n'avait pas un bon moral et vivait du stress et des moments dépressifs. Elle pensait également avoir des hallucinations auditives.

Bien que Mme Champagne semblât grandement soulagée d'avoir trouvé la cause de ses symptômes, elle vivait des inquiétudes face au futur et des insatisfactions quant au fait de devoir prendre des médicaments.

Face aux symptômes de plus en plus inquiétants rapportés par Mme Champagne, Dre Michaud n'a pas pris de moyens pour dépister et évaluer la présence de troubles mentaux de même que le risque suicidaire. Elle n'a pas proposé de soins ou de services pour veiller sur la santé mentale de Mme Champagne, tenter de la soulager et favoriser son rétablissement. De plus, elle n'a pas consulté ni cherché à obtenir les notes des autres médecins consultés par Mme Champagne.

Est-ce que sa conduite aurait été différente si elle l'avait questionnée davantage, avait consulté les dossiers antérieurs et su que Mme Champagne avait reçu un diagnostic de trouble anxieux généralisé et présenté des idées suicidaires à l'automne 2021?

Encore une fois, l'emphase était mise sur le traitement physique, comme si la souffrance psychologique et les symptômes dépressifs disparaîtraient miraculeusement avec le traitement des symptômes physiques.

Le 22 juillet 2022, Mme Champagne a revu Dre Michaud et lui a fait part qu'elle souffrait toujours de plusieurs symptômes qui l'envahissaient, d'épisodes d'anxiété, de déprime, de brouillard mental et d'hallucinations.

Dre Michaud a maintenu le même diagnostic de co-infection et lui a prescrit de la primaquine à doses progressives pour traiter sa condition physique.

Dre Michaud partait ensuite pour ses vacances estivales et prévoyait revoir Mme Champagne en septembre 2022. Elle n'était vraisemblablement pas inquiète de son état psychologique puisqu'aucun traitement ou service n'a alors été proposé.

Rendue à cette date, Mme Champagne, qui était une jeune femme bien articulée, avait clairement nommé à de nombreuses occasions et à divers professionnels de la santé, sa souffrance psychologique et la longue liste de ses symptômes. Elle avait au surplus cogné à plusieurs portes et demandé de l'aide. La maladie de Lyme et le volet physique ont toutefois pris toute la place. Se faisant, on a laissé sa détresse psychologique évoluer dans l'ombre.

c. Fin de l'été 2022

Vers la fin de l'été 2022, Mme Champagne souffrait toujours des mêmes symptômes physiques et mentaux, qui l'affectaient dans toutes les sphères de sa vie. De plus, elle ne parvenait plus à dormir.

Sa condition psychologique s'est particulièrement aggravée au cours d'un voyage avec son amoureux dans les Maritimes. Elle passait alors presque tout son temps à effectuer des recherches sur la maladie de Lyme, ce qui semblait exacerber ses symptômes et plus particulièrement son anxiété et son insomnie. Elle présentait en plus des idées et des symptômes obsessionnels (comme des tics nerveux) qui l'envahissaient. Elle avait l'impression que son cerveau travaillait constamment, elle entendait sans cesse une chanson ou une voix et ne parvenait plus à fonctionner ni à s'apaiser. Son amoureux ne la reconnaissait tout simplement plus.

Au cours de son voyage, Mme Champagne était habitée d'une très grande souffrance psychologique et a tenu des propos suicidaires. Son amoureux et ses proches tentaient de la soutenir au meilleur de leurs connaissances.

Elle a cherché de l'aide et a tenté de joindre Dre Michaud, mais sans succès. Des messages détaillés lui ont alors été laissés. Mme Champagne ne savait plus vers qui se tourner et paraissait convaincue que personne ne pouvait l'aider.

Elle est ultimement revenue de voyage le 5 septembre 2022. Mme Champagne était alors exténuée et méconnaissable, selon ses proches.

Lors des audiences, Dre Michaud a témoigné à l'effet qu'elle n'a pas été avisée promptement des appels de Mme Champagne, le message s'étant perdu.

Ainsi, ce n'est que le 6 septembre 2022 que Dre Michaud a parlé à Mme Champagne. Elle a alors conclu qu'elle souffrait d'une décompensation d'un trouble obsessionnel compulsif.

Lors des audiences, Dre Michaud a témoigné qu'en rétrospective, Mme Champagne ne présentait probablement pas une réaction de Jarish-Herxheimer. La détérioration de son état était probablement causée par des éléments anxieux et la présence de stressseurs.

Selon le témoignage de Dre Michaud, Mme Champagne avait besoin d'une prise en charge et de soins psychiatriques en urgence. En revanche, au moment des événements, Dre Michaud lui a simplement proposé une référence en psychiatrie et l'a avisée qu'un long délai pour une prise en charge était toutefois à prévoir.

Cette perspective d'une aide lointaine et l'absence de solution concrète n'ont clairement pas insufflé d'espoir à Mme Champagne, qui a encore une fois pu ressentir que personne ne pouvait l'aider.

Ultimement, Dre Michaud n'a pas complété ni envoyé de demande de consultation en psychiatrie. Elle n'a alors pas procédé à un dépistage ou une évaluation de la présence de troubles mentaux ni du risque suicidaire de Mme Champagne. De plus, elle n'a pas cherché à impliquer les proches ou à trouver des alternatives de soins.

d. Institut universitaire en santé mentale Douglas

À la suite de son échange avec Dre Michaud, Mme Champagne paraissait déroutée. De plus, elle a eu des comportements étranges et suicidaires. Ses proches étaient inquiets au point où son frère a sollicité l'aide de leur mère qui l'a amenée à l'urgence de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD). Ils ont sciemment choisi cet établissement en raison de sa réputation et de son expertise en santé mentale.

Mme Champagne a d'abord rencontré l'infirmière du triage de l'urgence de l'IUSMD. Elle lui a résumé ses symptômes et lui a mentionné qu'elle était envahie par des idées suicidaires.

Puis, elle est retournée attendre avec sa mère dans la salle d'attente de l'urgence pendant un peu plus d'une heure.

Vers 19 h 10, Dre Klara Meierer, une résidente en psychiatrie, a rencontré Mme Champagne, puis sa mère.

À la suite de son évaluation, la résidente a retenu que Mme Champagne avait reçu un diagnostic de maladie de Lyme en juin 2022, présentait une grande détresse, de l'insomnie et de nombreux symptômes. Elle trouvait difficile de vivre avec ses souffrances et espérait pouvoir dormir et ne plus avoir de symptômes obsessionnels et compulsifs. La résidente a noté que Mme Champagne présentait des idées suicidaires passives depuis quelques semaines et n'avait pas de plan suicidaire précis ni d'intention de passer à l'acte au moment de l'évaluation. La résidente n'a pas consigné son évaluation du risque suicidaire et n'a pu offrir de précision à ce sujet, n'ayant aucun souvenir spécifique des événements.

La résidente a ensuite validé ses constats et son opinion avec son patron psychiatre, le Dr Eduardo Chachamovich. Aux audiences, ce dernier a témoigné qu'il estimait que Mme Champagne présentait clairement une grande détresse et que le risque suicidaire était modéré¹⁴. Les Drs Meierer et Chachamovich ont ultimement conclu à une impression diagnostique de trouble anxieux généralisé versus un trouble obsessionnel compulsif.

Ils ont proposé à Mme Champagne de demeurer en observation à l'hôpital pour s'y reposer et de la transférer le lendemain matin dans un hôpital de son quartier, ce à quoi elle a refusé. Tel que présenté, elle ne voyait vraisemblablement pas de plus-value à dormir à l'IUSMD et préférerait possiblement se reposer chez elle.

Au surplus, l'environnement de l'urgence n'était probablement pas propice au repos et au sommeil.

¹⁴ Il n'y a toutefois aucune note au dossier médical quant à son évaluation du risque suicidaire.

Aux audiences, Drs Meierer et Chachamovich ont expliqué qu'ils n'ont pas insisté ou tenté de la convaincre de rester. Ils jugeaient qu'un séjour dans un hôpital psychiatrique pouvait être traumatique et qu'il n'y avait pas de motif clinique d'ordonner des mesures exceptionnelles, telle une garde préventive.

Comment prévoyaient-ils la soulager de la grande détresse et de son risque suicidaire modéré qu'ils avaient observé?

Ils ont rempli un formulaire afin de la référer vers un module de crise du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de son quartier et d'obtenir une thérapie cognitivo-comportementale. Or, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (soit le CIUSSS desservant le territoire de résidence de Mme Champagne) ne disposait pas d'un module de crise à l'époque.

Comme Mme Champagne n'habitait pas dans le secteur desservi par l'IUSMD, ils n'ont vraisemblablement pas eu le réflexe de la mettre en contact avec les services de crise ou de suivi étroit de leur établissement.

La résidente a également prescrit un médicament à Mme Champagne pour l'apaiser et l'aider à dormir (quétiapine 25 mg à prendre au besoin).

La mère de Mme Champagne a été informée du plan et a demandé un comprimé pour sa fille.

Lors des audiences, la résidente a expliqué que, selon sa pratique usuelle, elle l'a probablement référée à une pharmacie communautaire ouverte 24 h. On m'a expliqué qu'on ne pouvait lui remettre une première dose de ce médicament puisqu'elle n'était pas hospitalisée, et ce, même si la médication pouvait lui procurer un soulagement à courte échéance.

Est-il raisonnable de demander à une personne traversant une crise suicidaire et qui n'est pas hospitalisée de trouver au milieu de la nuit une pharmacie ouverte alors que la quasi-totalité des pharmacies était fermée en raison des heures d'ouverture qui avaient été restreintes lors de la pandémie? Il n'aurait pas été déraisonnable de lui prescrire la quétiapine STAT afin qu'elle lui soit remise à l'urgence. La prescription aurait aussi pu être ajustée afin que la médication lui soit remise pour quelques jours.

Aurait-on refusé de lui donner une médication si elle avait plutôt souffert de douleurs physiques?

Des règles administratives semblent avoir été privilégiées au gros bon sens. La mise en place d'une directive claire aurait certainement pour effet de faciliter et opérationnaliser le service de la médication. Une recommandation sera formulée en ce sens.

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de :

- ***Mettre en place des solutions et une procédure pour qu'un patient ayant traversé un épisode aigu de santé mentale ou une crise suicidaire puisse recevoir la médication qui lui est prescrite pour le soulager avant son départ de l'urgence (même en l'absence d'hospitalisation). [R-19]¹⁵***

En raison de l'heure tardive, Mme Champagne et sa mère ne sont pas allées faire exécuter la prescription à une pharmacie communautaire et sont rentrées au domicile familial.

À la suite de son départ de l'urgence, le processus administratif de référencement vers un module de crise s'est inutilement étalé sur une période de deux jours, alors qu'une prise en charge urgente était pourtant demandée. Regardons de plus près ce qui s'est passé : le formulaire demandant une prise en charge a été rempli le 6 septembre 2022 par la résidente, mais n'a été transmis par télécopieur que le lendemain après-midi au GASMA du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Puis, il n'a été récupéré dans le fax et traité que le 8 septembre 2022 par le personnel du GASMA.

À la lumière de l'information colligée dans le formulaire, le personnel du GASMA a interprété la requête comme étant une demande de psychothérapie.

Une demande urgente pour gérer une crise suicidaire s'est donc transformée inopinément en requête de psychothérapie. Du même coup, la crise suicidaire a été relayée aux oubliettes et la trajectoire de soins de Mme Champagne a été court-circuitée.

Comment notre réseau de la santé peut-il s'améliorer afin qu'un service aussi urgent et important ne soit pas si facilement détourné et mener à une aberration?

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

- ***D'améliorer à court terme les moyens de communication et processus de référencement (incluant le vocabulaire, l'évaluation de la priorisation, les délais et l'information à acheminer) aux guichets et mécanismes d'accès en santé mentale et de mesurer leur impact. [R-9]***

e. Tentative de suicide

Le 7 septembre 2022, vers 2 h, Mme Champagne est partie en catimini et s'est rendue en voiture au chalet familial, situé en Estrie. Elle a consommé de l'alcool fort et a effectué des recherches sur des méthodes pour se suicider.

Laissant ses effets personnels sur un quai, elle s'est rendue au milieu de la nuit sur une étendue d'eau en planche à pagaie (*paddle board*) dans un contexte de projet suicidaire.

Elle a tenté de se noyer et a ultimement regagné la rive.

Pendant ce temps, son absence a été remarquée par ses proches et un avis de disparition a été signalé à la centrale 9-1-1.

¹⁵ L'ordre des recommandations suit l'ordre de la section RECOMMANDATIONS.

Des policiers du SPVM et de la Régie de police de Memphrémagog ont été interpellés et ont entamé des démarches d'enquête. Des policiers se sont rendus au chalet familial et y ont localisé la voiture de Mme Champagne. Comme ses effets personnels ont été retrouvés sur un quai et qu'une planche à pagaie manquait, l'attention des policiers s'est rapidement dirigée vers le lac. Des recherches terrestres, nautiques et par drone ont été effectuées pour la retrouver.

Ses parents se sont aussitôt dirigés vers leur chalet.

Vers 10 h 3, des résidents ont croisé Mme Champagne qui marchait sur la rue et l'ont raccompagnée vers son chalet. Mme Champagne était complètement mouillée, grelottait et paraissait désorientée et confuse.

Quand elle a vu les policiers et sa famille qui l'attendaient au chalet, elle ne semblait pas saisir la teneur des événements ni leurs inquiétudes. Elle a mentionné qu'elle ne savait pas ce qui lui était arrivé, mais a également expliqué qu'elle souhaitait mourir et était partie sur l'eau avec une bouteille d'alcool fort dans l'espoir de s'y endormir.

f. Hôtel-Dieu de Sherbrooke

Dans les circonstances, Mme Champagne a été transportée en ambulance à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke le 7 septembre 2022. Elle y a rencontré l'infirmière du triage de l'urgence générale et a ensuite été amenée à une civière de l'urgence psychiatrique.

Ses parents se sont également rendus à l'hôpital pour y rencontrer l'équipe médicale. Ils ont alors réussi à parler à une infirmière et lui ont exprimé leurs inquiétudes quant à leur fille et son besoin de dormir. Par la suite, ils n'ont pas été autorisés à visiter et passer du temps avec leur fille durant son séjour à l'urgence.

Vers 15 h 15, Mme Champagne a été évaluée par un omnipraticien de l'urgence psychiatrique, Dr Yves Boulanger. Celui-ci a retenu qu'elle a consommé de l'alcool et s'est rendue sur l'eau dans un contexte d'idées suicidaires et de plan de noyade. Elle semblait fatiguée, habitée d'une grande tristesse et d'un trouble obsessionnel compulsif décompensé. De plus, elle avait des idées suicidaires persistantes et envahissantes. Par conséquent, le médecin a jugé qu'elle devait demeurer à l'hôpital afin de se soumettre à une évaluation en psychiatrie.

Vers 16 h 20, Mme Champagne a donc rencontré une stagiaire en psychiatrie, Dre Aurélie Taverne¹⁶, et lui a confié son histoire. Le témoignage et la teneur de la note de Dre Taverne permettent de croire que Mme Champagne collaborait et qu'une alliance thérapeutique s'était formée.

Dans sa note détaillée, Dre Taverne a entre autres inscrit que, depuis le début août, Mme Champagne présentait une altération majeure de son état et était en perte de contrôle. Tant son sommeil, son alimentation et toutes ses activités de la vie quotidienne étaient perturbés. Elle n'arrivait pas à fonctionner, à aller à l'université, ni à travailler. Elle entendait des phrases et des chansons intrusives envahissantes. Elle vivait du découragement et avait l'impression de devenir folle. Elle avait contacté des psychologues pour obtenir de l'aide, mais sans succès. Elle avait été inscrite sur des listes d'attente.

¹⁶ Dre Taverne est une médecin en psychiatrie formée en France qui est arrivée au Québec en 2022. Au moment des événements, elle était à sa première semaine de stage pour obtenir un permis de pratique au Québec. Elle était alors supervisée et évaluée par un maître de stage.

Mme Champagne lui a admis avoir des idées suicidaires depuis plusieurs semaines et avoir élaboré un plan le 6 septembre dernier, à son départ de l'IUSMD. Elle avait de plus effectué des recherches Internet sur des moyens de suicide.

Questionnée sur son geste suicidaire récent, elle a mentionné qu'elle était en perte de contrôle et vivait du découragement par rapport à son futur et son état de santé physique et mentale. Elle a raconté avoir pris de l'alcool et tenté à plusieurs reprises de se noyer au milieu du lac au cours de la nuit. Elle a exprimé être gênée de sa tentative de suicide et ressentir des remords.

Au moment de la rencontre, Dre Taverner percevait que Mme Champagne demeurait anxieuse, découragée et épuisée. Elle jugeait que Mme Champagne n'avait pas d'idées suicidaires actives et qu'elle avait un risque suicidaire grave. La tentative de suicide récente était un facteur de risque important.

Dre Taverner a ensuite résumé l'information recueillie à son patron, le Dr William Semaan, et ils sont retournés la voir.

Dr Semaan a perçu qu'elle avait posé un geste suicidaire impulsif, mais prémédité et qu'elle avait une intention suicidaire claire. Il a conclu qu'elle avait un trouble obsessionnel compulsif décompensé et lui a expliqué qu'elle avait un bon pronostic si elle adhérait à un plan de traitement pharmacologique.

Un transfert vers l'Hôpital Notre-Dame a dès lors été planifié. Pourquoi? Mme Champagne n'avait pourtant pas formulé une telle demande.

En présence de Mme Champagne, Dr Semaan a ensuite discuté par téléphone avec la famille, en utilisant la fonction haut-parleur. Il leur a expliqué que leur fille était stabilisée et qu'un transfert vers un hôpital de leur secteur d'appartenance, soit à Montréal, était prévu. Les parents de Mme Champagne ont librement exprimé leurs opinions et leurs inquiétudes sans se rendre compte que leur fille les entendait. Ils ont également demandé au médecin de garder leur fille à l'hôpital.

La situation s'est alors envenimée. Mme Champagne est devenue très irritée et a demandé à quitter.

Dr Semaan a statué que Mme Champagne devait rester en observation à l'urgence psychiatrique et qu'elle serait transférée à Montréal. Il l'a avisée que, si elle s'y opposait, des procédures légales seraient enclenchées pour l'y forcer.

Dans les circonstances, Mme Champagne s'est soumise à la décision et a collaboré avec le personnel infirmier. On peut toutefois présumer que ce n'était pas de gaieté de cœur et que l'alliance thérapeutique avait été ébranlée.

Mme Champagne a reçu de la quétiapine 25 mg et a été dirigée vers une civière de l'urgence psychiatrique.

Au cours de la nuit, elle n'a aucunement été en mesure de se reposer en raison de l'environnement exigu « inhospitalier » de l'urgence de cet hôpital, du bruit constant et des comportements des autres patients qui l'entouraient où chacun empiétait sur l'intimité de l'autre. Elle a mentionné qu'elle avait l'impression d'y perdre la tête et de devenir folle.

Le lendemain matin, soit le 8 septembre 2022, Dre Taverner a revu Mme Champagne et a noté que cette dernière n'avait pas réussi à dormir et qu'elle craignait les patients qui l'entouraient à l'urgence psychiatrique. Elle paraissait très tendue et moins collaborative. Le manque de

sommeil et son expérience hospitalière devaient certainement jouer défavorablement sur son angoisse, son comportement et son humeur.

Mme Champagne a expliqué au Dre Taverne qu'elle ne voyait aucunement l'intérêt de demeurer à l'hôpital. Elle tentait de justifier son désir de quitter et expliquait conséquemment qu'elle pouvait se débrouiller et gérer ses symptômes seule.

Dre Taverne a consigné les facteurs de risque au suicide qu'elle percevait : maladie chronique, symptômes psychiatriques, tentative de suicide récente avec recherche sur moyen létal et planification du geste, scénario précis, impulsivité et désespoir très important. Elle a conclu à un risque suicidaire moyen à élevé en dehors de toute hospitalisation.

Dre Taverne a approfondi ses démarches. Elle a contacté la mère de Mme Champagne et sa médecin, Dre Michaud, pour obtenir plus d'informations et leur donner un suivi.

Puis, Dre Taverne a fait un résumé à son patron du jour, Dr Asli. Ce dernier a alors réaffirmé qu'un transfert vers Montréal serait ordonné.

Dr Asli et Dre Taverne ont ensuite rencontré Mme Champagne et ont évalué qu'elle présentait toujours un niveau de risque suicidaire inquiétant.

Lors des audiences, Dr Asli a mentionné qu'il ne croyait pas Mme Champagne lorsqu'elle lui disait qu'elle n'avait plus d'idées suicidaires. Il se disait très inquiet pour elle, la percevait comme étant très décidée et extrêmement dangereuse pour elle-même. De plus, il jugeait qu'elle avait deux grands facteurs de risque au suicide : du désespoir et de l'impulsivité.

Il a réitéré la nécessité d'un transfert vers un hôpital de Montréal. Il semblait alors hors de question de l'hospitaliser à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Mme Champagne n'avait pourtant jamais demandé d'aller dans un hôpital de Montréal (elle voulait plutôt retourner chez elle), ce qui a été par ailleurs admis par Dr Asli.

Tel que relaté par plusieurs témoins, dont le Dr Asli, ce dernier a alors adopté une approche ferme et a tenu des propos que je qualifie de disgracieux à l'égard de Mme Champagne.

L'attitude pouvant être interprétée comme arrogante et les propos tenus ont clairement pu affecter la qualité des soins, l'alliance thérapeutique, le niveau de collaboration et la perception de Mme Champagne.

Au cours de la matinée, des démarches ont été effectuées pour transférer Mme Champagne à l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal. Le psychiatre de garde, Dr Stéphane Proulx, a accepté une éventuelle prise en charge, mais il a demandé un délai en raison du taux d'occupation beaucoup trop élevé de son urgence psychiatrique. Des démarches ont aussi été faites par le personnel de l'Hôpital Notre-Dame pour aviser le GASMA d'un éventuel transfert.

Dans les circonstances, l'équipe médicale de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke a jugé qu'il était préférable de garder Mme Champagne en observation à l'urgence et de ne pas l'hospitaliser. Mme Champagne a été amenée exceptionnellement à l'unité de stabilisation rapide pour la nuit afin qu'elle bénéficie d'un milieu un peu plus calme et propice au sommeil. Bien qu'elle ait reçu de la quétiapine en soirée, Mme Champagne n'a pas réussi à dormir paisiblement. Elle était anxieuse et avait des idées suicidaires passives. De plus, l'unité de stabilisation rapide n'était vraisemblablement pas aussi sereine qu'espérée.

Elle téléphonait à ses parents à répétition pour remettre en cause sa présence à l'hôpital, dénoncer les conditions de son séjour et les supplier de venir la chercher. Ces derniers étaient déchirés par la situation. Ils étaient disponibles pour leur fille et voulaient plus que tout qu'elle se rétablisse.

Le 9 septembre 2022, Mme Champagne continuait à bien collaborer avec le personnel infirmier bien qu'elle ne se réjouissait pas de son séjour. Elle a rapporté à des infirmières qu'elle s'était réveillée aux dix minutes à partir de 2 h 30, malgré la médication, qu'elle était anxieuse et découragée. Elle avait l'impression que son sommeil et sa santé mentale empiraient en étant à l'hôpital.

Elle a revu Dre Taverne et lui a mentionné qu'elle n'arrivait toujours pas à dormir, avait constamment des idées intrusives et des comportements obsessionnels compulsifs qui l'empêchaient de fonctionner et lui a parlé plus en détail de sa maladie de Lyme. Elle s'est également confiée quant à sa honte en lien avec sa tentative de suicide. Elle pensait encore aux propos blessants du Dr Asli et ne voulait plus être traitée par ce dernier.

Dre Taverne a expliqué aux audiences qu'il était alors difficile pour elle d'évaluer le risque suicidaire, notamment, car Mme Champagne désirait ardemment quitter, négociait et se faisait très convaincante. Elle en a parlé à son superviseur du jour, Dr Nazim Nekrouf, psychiatre.

Au cours de l'après-midi, Mme Champagne a rencontré Dre Taverne et Dr Nekrouf. Ce dernier a retenu qu'un traitement pharmacologique (soit du prozac et de la quétiapine) avait été tenté, mais celui-ci n'avait pas aidé. Au surplus, Mme Champagne n'arrivait toujours pas à fonctionner. Il a conclu qu'elle présentait un trouble obsessionnel compulsif qui l'envahissait. Il lui a proposé d'ajuster sa médication et de demeurer à l'hôpital, ce à quoi elle s'opposait.

Dr Nekrouf a ultimement statué que les critères pour demander une garde préventive ou en établissement n'étaient pas remplis. Il l'a donc autorisée à quitter.

Aucun suivi n'a été fait quant au transfert vers l'Hôpital Notre-Dame ni pour mettre en place un suivi étroit rapide.

Puis, une escalade d'appels et de va-et-vient a eu lieu, en présence de Mme Champagne.

Dre Taverne a contacté les parents de Mme Champagne pour les aviser que, selon l'équipe médicale, l'état de leur fille s'était suffisamment stabilisé et qu'elle pouvait quitter. Ces derniers ne comprenaient pas qu'elle puisse être ainsi renvoyée à la maison alors qu'elle venait de faire une tentative de suicide et qu'un transfert hospitalier avait été annoncé. Ils ont exprimé leurs craintes et inconforts quant à un retour à la maison. Ils n'étaient pas du tout en accord avec cette avenue. Ils ont conséquemment demandé que leur fille soit hospitalisée et prise en charge à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Après vérification et confirmation avec Dr Nekrouf, Dre Taverne a rappelé les parents et leur a expliqué qu'il était impossible d'hospitaliser Mme Champagne à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, étant donné le code postal de leur résidence principale. En raison de pratiques visiblement internes et administratives, l'équipe de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ne pouvait pas prendre en considération leur demande ni l'adresse de leur chalet situé en Estrie. Selon leur compréhension, Mme Champagne pouvait uniquement être prise en charge à l'Hôpital Notre-Dame.

Or, il n'y avait pas de place disponible à cet établissement à ce moment et il était apparemment impossible de la transférer ailleurs, par exemple à l'IUSMD, en raison de son code postal.

Les enseignements donnés au Dre Taverne au sujet de la sectorisation en psychiatrie au Québec sont hautement questionnables.

Les parents de Mme Champagne ont alors insisté pour rencontrer le Dr Nekrouf ou un supérieur. Après avoir effectué des démarches supplémentaires, Dre Taverne les a avisés que ce ne serait pas possible.

Dr Nekrouf était trop occupé et, pour reprendre les propres termes de ce dernier, il « n'a pas jugé nécessaire de prendre le temps » de parler avec des parents qui demandaient de l'aide pour leur fille qui venait de faire une tentative de suicide. Pour lui, il aurait été « redondant de leur parler » puisqu'ils avaient déjà parlé à sa stagiaire.

Les parents de Mme Champagne ont exprimé au Dre Taverne leur besoin d'avoir du soutien et un suivi rapide pour leur fille. Ils ont réitéré leur souhait de parler à un patron. Dre Taverne a refait des vérifications et a discuté avec Dr Nekrouf. Celui-ci n'avait pas de proposition outre remplir un formulaire de demande de services.

Rendue à ce point, Mme Champagne, qui assistait à tous ces échanges, pleurait. Ses parents se sentaient vraisemblablement dépassés par les événements et rejetés par le réseau de la santé. N'en pouvant plus et ne voulant certainement pas abandonner leur fille dans cette urgence psychiatrique, ils se sont résolus à venir la chercher immédiatement.

Mme Champagne a ainsi récupéré ses effets personnels et a quitté l'hôpital avec ses parents le vendredi 9 septembre 2022, en fin de journée. Aucun médecin ou membre du personnel n'est venu leur parler à leur départ ni leur offrir un suivi, du soutien ou des conseils. Aucun organisme communautaire en prévention du suicide ou en situation de crise n'a été impliqué. Aucun filet de sécurité ne leur a été proposé ou mis en place.

Lors des audiences, Dre Taverne a convenu que les choses auraient dû se dérouler différemment et que la famille aurait dû être rencontrée au départ.

Ultimement, seul un formulaire de liaison a été très sommairement complété par Dre Taverne. Elle y a noté un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif et de crise suicidaire et y a demandé une prise en charge pour une thérapie cognitivo-comportementale, de l'accompagnement et du soutien. Il a été faxé au GASMA du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal le soir même, soit un vendredi en dehors des heures de services, et n'était pas accompagné des notes médicales ou d'un sommaire d'hospitalisation pour soutenir la demande. Aucun appel ou autre contact n'a été fait entre l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et le GASMA.

Le formulaire a bel et bien été reçu au GASMA, mais a été égaré ou mal classé. Ainsi, l'intervenante qui était responsable du dossier de Mme Champagne (en lien avec la demande faite à la suite de la visite à l'IUSMD) n'a pas été avisée et la demande n'a donc pu être traitée en temps opportun ou relayée à un centre de crise ou de prévention du suicide.

g. Retour à domicile

Le 9 septembre 2022, Mme Champagne est donc retournée avec ses parents à leur chalet sans qu'ils ne puissent compter sur un filet de sécurité ou un quelconque soutien.

Par le biais de son réseau, le 9 septembre en soirée, son père a réussi à échanger et à obtenir du soutien d'un psychiatre, le Dr Didier Jutras-Aswad¹⁷. Ce dernier a pris le temps d'écouter

¹⁷ Le Dr Jutras-Aswad est psychiatre au CHUM et détient une surspécialisation en psychiatrie des toxicomanies. Il est notamment chef du Département de psychiatrie du CHUM, professeur agrégé au Département de psychiatrie et addictologie de l'Université de Montréal et président du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal.

Mme Champagne, qui s'est confiée quant à son état et ses attentes. Elle tenait alors des propos rassurants et paraissait ouverte à recevoir des soins et des traitements.

Il a été convenu qu'elle se repose et passe la fin de semaine entourée de ses proches. Dr Jutras-Aswad allait s'assurer qu'elle soit prise en charge rapidement en début de semaine. Dans l'intervalle et au besoin, elle pouvait se présenter au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ses proches étaient encouragés et la soutenaient.

Le 10 septembre 2022, Mme Champagne paraissait triste et bouleversée d'être au chalet, soit sur les lieux de sa tentative de suicide. Elle a nommé à ses proches qu'elle n'en revenait pas de ne pas avoir eu le courage de compléter sa tentative. Elle a également mentionné qu'elle se sentait honteuse face à son geste et ne savait pas comment elle ferait face au regard de son entourage.

Mme Champagne a demandé à ses proches de retourner à leur résidence de Montréal. Elle a spécifiquement demandé que son amoureux ne vienne pas les rejoindre, ce qui était contraire à ses habitudes.

Au cours de la journée du 10 septembre 2022, Mme Champagne et ses parents sont ainsi retournés à leur maison, à Montréal.

En fin de journée, Mme Champagne, son frère et ses parents se sont réunis à la maison. Ces derniers ont perçu qu'elle était particulièrement rayonnante et drôle. Ils avaient l'impression de retrouver leur « Amélie ». Ils ont passé un magnifique moment en famille, empreint de tendresse.

Mme Champagne a pris un moment pour déclarer à sa famille tout son amour et sa reconnaissance.

En rétrospective, on peut penser qu'elle faisait alors, à sa façon, ses adieux.

À la suite de son décès, aucune lettre d'adieu n'a été retrouvée. Mme Champagne est donc partie en laissant une part de mystère sur l'évolution de son état d'esprit et le contenu de ses pensées.

6. CONCLUSIONS ET PISTES DE SOLUTION

Dans la présente section, je poserai un regard sur les facteurs contributifs au décès de Mme Champagne et mettrai en lumière les enseignements à tirer afin de prévenir des décès similaires.

Avant de poursuivre, je tiens à réitérer que je ne me prononcerai pas sur la conduite des personnes qui ont été impliquées dans la trajectoire de soins de Mme Champagne, que ce soit en lien avec la maladie de Lyme ou sa santé mentale. J'inviterai donc les entités qui ont ce mandat à se pencher sur le sujet et à intervenir au besoin.

Je recommande au Collège des médecins du Québec de :

- ***Réviser la qualité de la pratique et des gestes posés par la naturopathe qui est intervenue en 2022 auprès de la personne décédée, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection du public; [R-12]***
- ***Réviser la qualité de la conduite professionnelle et déontologique des médecins en clinique privée qui ont***

suivi en 2022 la personne décédée, plus particulièrement en lien avec leur attitude, la qualité de la communication, l'évaluation, le traitement et le suivi de l'état de santé physique et psychologique de la personne décédée, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection du public; [R-13]

- ***Réviser la qualité de la conduite professionnelle et déontologique des médecins psychiatres de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke qui sont intervenus en septembre 2022 auprès de la personne décédée, plus particulièrement en lien avec la qualité de la communication, le transfert, la mise en place d'un congé sécuritaire et l'implication des proches, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection du public. [R-14]***

6.1. Vers une meilleure prise en charge de la maladie de Lyme et des co-infections

Je tiens d'abord à rappeler que cette enquête n'avait pas pour but de déterminer si Mme Champagne avait la maladie de Lyme, une forme chronique de la maladie ou une co-infection comme la babésiose humaine. Cette question est purement scientifique et va bien au-delà de mon mandat. Ainsi, je ne me prononcerai pas sur la qualité des diagnostics posés, des tests prescrits et de l'interprétation qui en a été faite.

Le fait que Mme Champagne était atteinte de la maladie de Lyme, ou non, ne change pas la cause de son décès, mes constats, ni mes recommandations.

Ce qui importe de retenir est plutôt que, sur la base de l'information consultée et reçue, Mme Champagne avait l'intime conviction qu'elle était atteinte de symptômes persistants de la maladie de Lyme (ou d'une co-infection). Son parcours médical et ses symptômes ont affecté son bien-être émotionnel et sa santé mentale.

Soulignons aussi que ce n'est pas strictement cette conviction qui a engendré sa détresse, mais plutôt un ensemble de facteurs tant intrinsèques qu'extrinsèques à Mme Champagne. En effet, pendant plusieurs années, Mme Champagne a été incommodée par divers symptômes non spécifiques et a consulté de nombreux médecins pour comprendre et trouver des solutions. Parmi ses symptômes se cachait probablement un tableau anxieux et une souffrance émotionnelle.

À travers le temps, elle a reçu plusieurs impressions diagnostiques changeantes et a vécu de nombreuses incertitudes. Certains lui ont dit qu'elle n'avait pas la maladie de Lyme, alors que d'autres lui disaient l'inverse. Elle a été référée à un spécialiste en microbiologie et infectiologie du réseau public de la santé, mais n'a jamais réussi à obtenir de rendez-vous en raison des délais d'attente.

Parallèlement, Mme Champagne a échangé avec des membres de AQML, a participé à des forums de discussion en ligne et fait d'innombrables recherches pour tenter de mieux comprendre son état et trouver des solutions.

Elle a ainsi traversé une période d'errance médicale qui a certainement alimenté sa détresse. Il est ressorti de plusieurs témoignages que son parcours n'est malheureusement pas un cas isolé et présente plusieurs similitudes avec celui de plusieurs usagers présentant un diagnostic possible ou avéré de maladie de Lyme ou des symptômes persistants¹⁸.

À la lumière des témoignages entendus, je retiens que plusieurs éléments contribuent à cette situation préoccupante, dont :

- Le diagnostic de la maladie de Lyme et de ses co-infections est complexe;
- Le niveau varié de connaissances, d'intérêt et d'expérience des professionnels de la santé au regard de la reconnaissance, du diagnostic et du traitement de la maladie de Lyme (incluant les symptômes persistants) et de ses co-infections;
- L'existence de conflits d'écoles¹⁹ et de controverses scientifiques entourant la maladie de Lyme (incluant l'existence d'une forme chronique) et ses co-infections peut notamment entraîner :
 - Une incertitude et une confusion auprès des professionnels de la santé et des usagers;
 - Une grande variété d'informations disponibles qui sont trop souvent contradictoires, peu fiables et peu cohérentes avec les données scientifiques (par exemple sur Internet et les réseaux sociaux);
 - Un risque accru d'exploitation et de dérive.
- Les pratiques hétérogènes et non uniformes quant à l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la maladie de Lyme (incluant les symptômes persistants) et des co-infections;
- Des pratiques et une offre de services souvent en silo, fragmentées et sous optimales;
- Les symptômes persistants attribués à la maladie de Lyme ou d'une co-infection peuvent avoir des effets indésirables sur la qualité de vie, le bien-être émotionnel et la santé mentale.

Selon un sondage réalisé par l'AQML, plus de la moitié (60 %) des répondants envisagent ou ont envisagé le suicide pour mettre fin à leurs souffrances. De plus, six membres de leur groupe de soutien sont décédés par suicide. Ainsi, sur la base de leur expérience, il existe une grande prévalence entre la maladie de Lyme et le suicide²⁰.

L'INESSS a également cerné et résumé les enjeux dans l'une de ses publications :

La communauté médicale est à la base divisée quant à la possibilité que la maladie de Lyme puisse être à l'origine de symptômes systémiques généraux

¹⁸ Pour plus de détails sur les enjeux rencontrés par les usagers, voir notamment : la présentation de l'INESSS (pièce C-67), l'avis produit par l'INESSS sur la maladie de Lyme et les symptômes persistants (C-67.2), la présentation du Dr Amir Khadir (pièce C-63) et la présentation de l'AQML (pièce C-62).

¹⁹ Au cours des audiences, une absence de consensus entre deux écoles de pensée ont été présentées, soit entre l'*Infectious Diseases Society of America* (IDSA) et l'*International Lyme and Associated Diseases Society* (ILADS). Je tiens à souligner qu'il n'est pas de mon ressort de trancher un conflit d'écoles de pensée. Je laisserai ce débat aux sociétés savantes et institutions qui formulent les règles de l'art.

²⁰ Voir la présentation de l'AQML (pièce C-62).

et persistants. De nombreuses préoccupations et incertitudes persistent également au regard de la fiabilité des analyses de laboratoire et de l'efficacité des traitements antibiotiques. Malgré ces incertitudes, la présence de tels symptômes persistants, souvent importants, est une réalité pour de nombreuses personnes et elle est à l'origine de plusieurs consultations médicales et requêtes d'analyses de laboratoire ou d'examens spécialisés. De plus, certaines personnes qui sont aux prises avec ces symptômes et qui en recherchent la cause prennent leurs distances avec le système de santé québécois conventionnel. Elles se tournent alors vers des cliniciens qui se spécialisent notamment dans la prise en charge d'une telle clientèle ou ont recours à des analyses effectuées par certains laboratoires privés ainsi qu'à différents traitements, pharmacologiques ou non. [...]

L'ensemble de l'information recueillie à partir de la littérature scientifique, mais aussi auprès de patients et de proches aidants en contexte québécois démontre que, indépendamment de la cause de leurs symptômes persistants, la qualité de vie des personnes qui présentent des symptômes systémiques généraux et persistants attribués à la maladie de Lyme, qu'elles aient ou non un antécédent de maladie de Lyme avérée, semble fortement affectée »²¹

Voyons maintenant les dernières recommandations formulées par l'INESSS concernant les enjeux entourant la maladie de Lyme :

Recommandations au regard de l'amélioration générale des connaissances et de l'expertise relatives à la maladie de Lyme aux stades localisés et disséminés

1. *Afin de poursuivre les efforts pour sensibiliser les professionnels de la santé aux manifestations cliniques de la maladie de Lyme aux stades localisés et disséminés et de s'assurer que les traitements dont l'efficacité a été démontrée puissent être offerts le plus tôt possible dans le décours de la maladie :*
 - *les ordres professionnels, fédérations et associations concernées devraient développer et offrir à leurs membres des activités de formation ciblées sur ces sujets;*
 - *les établissements d'enseignement, notamment les facultés de médecine, de pharmacie et de soins infirmiers des différentes universités québécoises, devraient s'assurer qu'une formation mise à jour est à la disposition de leurs étudiants.*

²¹ INESSS. Maladie de Lyme et les symptômes persistants : regard sur les connaissances actuelles et recommandations pour l'amélioration de la prise en charge. Avis rédigé par Geneviève Morrow, Geneviève Robitaille et Hélène Guay. Québec, Qc : INESSS, 2021. 124 p. (C-67.2).

2. *Dans l'optique de renforcer l'expertise en deuxième ligne puis de soutenir les services de première ligne en ce qui a trait à la maladie de Lyme aux stades localisés et disséminés, des modalités structurantes devraient être établies. Convenues entre le MSSS et les organisations médicales et ordres professionnels concernés, ces modalités pourraient notamment inclure la promotion d'activités de réseautage et de soutien par les pairs par l'entremise d'une plateforme collaborative interprofessionnelle et multidisciplinaire (p. ex. communauté de pratique)*

Recommandation au regard de l'amélioration des connaissances relatives à la maladie de Lyme aux stades localisés et disséminés ainsi qu'aux symptômes systémiques généraux et persistants attribués à cette maladie

3. *Compte tenu de l'état actuel des connaissances scientifiques, tous les efforts devraient être consentis par les instances de gouvernance de la recherche pour soutenir la communauté scientifique, y compris les cliniciens, dans le développement et la mise en œuvre de protocoles de recherche respectant les normes d'excellence et de qualité afin :*
 - *De permettre le développement de tests diagnostiques plus sensibles et spécifiques pour la maladie de Lyme aux stades localisés et disséminés et de produire des données probantes sur des traitements offerts dans ce contexte;*
 - *De documenter le profil des Québécois atteints de la maladie de Lyme, que leur cas réponde ou non à la définition nosologique du registre MADO;*
 - *De mieux comprendre la physiopathologie des personnes qui présentent des symptômes systémiques généraux et persistants attribués à la maladie de Lyme et l'implication clinique potentielle d'infections concomitantes (transmises par les tiques et opportunistes) ou d'autres étiologies non infectieuses (p. ex. toxicologie, auto-inflammation, auto-immunité);*
 - *De développer des outils diagnostiques et d'élaborer des approches diagnostiques appropriées à l'état de santé des personnes concernées;*
 - *D'identifier des schémas thérapeutiques efficaces et sécuritaires, notamment en développant des données probantes en appui aux thérapies qui sont parfois proposées sur une base empirique.*

Recommandation au regard de l'offre de soins et services pour les personnes qui présentent des symptômes systémiques généraux et persistants attribués à la maladie de Lyme

4. *Afin d'améliorer l'expérience de soins et de diminuer l'errance médicale des personnes qui présentent des symptômes systémiques généraux et persistants attribués à la maladie de Lyme tout en soutenant l'intégration de la recherche et de la pratique clinique, le MSSS devrait favoriser la mise en place d'une offre de soins et de services au sein d'un ou de certains centres de référence désignés, lesquels présenteraient certaines caractéristiques importantes, notamment :*

- Assurer une investigation clinique approfondie axée sur une approche diagnostique globale et des évaluations complémentaires multidisciplinaires concertées lorsque cela est indiqué;
- Être développés au sein d'un établissement exerçant une mission universitaire, qui est en mesure de mener des travaux de recherche et de collecter des données cliniques en contexte réel de soins;
- Travailler en étroite collaboration avec les équipes de recherche au Québec, ailleurs au Canada et à l'international, qui mènent des travaux sur les symptômes systémiques généraux et persistants attribués à la maladie de Lyme, avec ou sans antécédent de maladie de Lyme avérée;
- Être accessible à la clientèle adulte et pédiatrique ciblée par les présents travaux (c.-à-d. symptômes systémiques généraux et persistants attribués à la maladie de Lyme avec ou sans antécédent de maladie de Lyme avérée);
- Valoriser le travail en interprofessionnalité et en multidisciplinarité et le faciliter par les moyens technologiques disponibles;
- Favoriser le recours à des schémas thérapeutiques sécuritaires et soutenus par des données probantes, lorsque cela est possible, et sinon s'assurer que toute thérapie expérimentale est balisée dans un cadre de recherche;
- Assurer la continuité avec les services médicaux, psychosociaux et de réadaptation en fonction des symptômes, des incapacités et des besoins compromis des patients;
- Soutenir la première et la deuxième lignes de services partout au Québec en établissant un réseau d'échanges bidirectionnel et en développant des outils appropriés (p. ex. services de téléexpertise).²²

L'INESSS a effectué un travail colossal et je ne peux que souscrire à leurs recommandations, car celles-ci répondent à de nombreux enjeux et pistes de solution proposés par plusieurs témoins et les proches de Mme Champagne. D'ailleurs, des efforts ont été déployés pour mettre en place leurs recommandations et faire connaître leurs productions sur la maladie de Lyme. Des outils ont aussi développé afin d'améliorer la pratique clinique des professionnels de la santé.

De plus, leurs recommandations ont mené au développement d'un réseau de cliniques spécialisées pour la maladie de Lyme. Celui-ci pourra contribuer à la recherche et aux développements des connaissances.

En revanche et tel qu'il a été illustré au cours des audiences de même que par une récente évaluation de la portée des publications de l'INESSS²³, leurs travaux ne sont pas systématiquement bien connus des cliniciens, leurs recommandations ne sont pas appliquées de manière uniforme et leurs publications ne sont pas facilement accessibles. Certains flous

²² INESSS. Maladie de Lyme et les symptômes persistants : regard sur les connaissances actuelles et recommandations pour l'amélioration de la prise en charge. Avis rédigé par Mmes Geneviève Morrow, Geneviève Robitaille et Hélène Guay. Québec, Qc : INESSS, 2021. 124 p. (C-67.2).

²³ INESSS. Évaluation de la portée, de l'appréciation et des effets des productions sur la maladie de Lyme. Document institutionnel rédigé par Mme Esther McSween-Cadieux. Québec, Qc : INESSS; 2024. 68 p. (C-67.1).

et points de controverse demeurent. Il reste donc du travail à faire et l'INESSS a déjà pris des actions en ce sens²⁴.

Il m'apparaît donc peu utile de répéter formellement chacune des recommandations déjà formulées par l'INESSS. Afin d'aller plus loin, je ciblerai un élément qui m'apparaît particulièrement prioritaire et, surtout, qui fait partie des circonstances entourant le décès de Mme Champagne.

En effet, près d'un an et demi s'est écoulé à la suite de la demande de consultation en infectiologie au CRDS et Mme Champagne n'avait toujours pas obtenu de rendez-vous au sein du CIUSSS de l'Estrie-CHUS en raison des délais d'attente.

Un usager est en droit de recevoir en temps opportun des services de qualité par le réseau de la santé pour approfondir l'évaluation de sa condition médicale et assurer une continuité dans sa trajectoire de soins. Il ne devrait pas être laissé sans soutien ni être contraint de chercher lui-même un médecin spécialiste.

Malgré l'ouverture d'une clinique spécialisée en Estrie en janvier 2022, les listes d'attente demeurent toujours significativement longues. Il va de soi que des actions devront être prises pour réduire les délais et répondre avec diligence aux besoins des usagers.

Notamment, on m'a nommé que le nombre d'infectiologues dans le réseau de santé publique demeure insuffisant pour répondre à la demande et qu'il y aurait conséquemment lieu de former de plus grandes cohortes de médecins spécialisés en microbiologie et infectiologie.

De plus, le MSSS nous a indiqué que des actions sont prévues pour améliorer l'offre de soins et la prise en charge des usagers souffrant de la maladie de Lyme ou de symptômes persistants. Plus particulièrement et en cohérence avec les recommandations de l'INESSS, un réseau de cliniques spécialisées en syndrome post-infectieux pour la COVID-19 longue et la maladie de Lyme chronique est en cours de déploiement. Ce réseau doit permettre aux professionnels de la santé de travailler en collaboration et contribuer à la recherche clinique de même qu'au développement de projets expérimentaux.

Au moment des audiences, 5 des 14 cliniques du réseau de cliniques spécialisées étaient en mesure de recevoir des patients touchés par la maladie de Lyme (les autres cliniques desservant uniquement une clientèle souffrant de la COVID-19 longue). On m'a précisé que des défis de recrutement ont été rencontrés et que des délais sont à prévoir pour le déploiement complet du projet. Il semble aussi que la structure du réseau de cliniques soit plus adaptée à accueillir des usagers avec la COVID-19 longue que ceux avec la maladie de Lyme.

Les représentants du MSSS m'ont assuré que des actions étaient en cours pour pallier aux enjeux rencontrés.

Le temps nous dira si le MSSS parviendra efficacement à concrétiser son projet de réseau de cliniques spécialisées et si celui-ci répondra aux besoins des usagers touchés par la maladie de Lyme tout en contribuant à la recherche. Il faudra aussi éventuellement évaluer si le mandat de ce réseau de cliniques doit être revu ou élargi.

²⁴ Je ne formulerai pas de recommandation à l'INESSS puisqu'il a déjà complété une étude sur la portée, l'appréciation et les effets potentiels de ses productions. Il a aussi identifié des moyens pour améliorer les retombées des outils sur la maladie de Lyme. Voir : INESSS. Évaluation de la portée, de l'appréciation et des effets des productions sur la maladie de Lyme. Document institutionnel rédigé par Mme Esther McSween-Cadieux. Québec, Qc : INESSS; 2024. 68 p. (C-67.1).

Dans l'intervalle, certains ajustements sont essentiels afin de s'assurer que le réseau de cliniques spécialisées réponde de manière optimale aux besoins des patients, aux recommandations de l'INESSS et aux orientations du MSSS.

Par exemple, il appert que ce ne sont pas toutes les cliniques spécialisées qui accueillent les enfants et que d'autres n'acceptent que les patients qui ont reçu un diagnostic confirmé de maladie de Lyme. Or, les enfants et les adultes qui n'ont pu avoir accès à une évaluation ou des traitements adaptés au sein de la première ligne du système public québécois doivent pouvoir se tourner vers ce réseau de cliniques spécialisées en cas de besoin (plutôt que de devoir consulter à l'étranger) et y recevoir des soins intégrés, répondant à leurs symptômes physiques et mentaux.

Finalement, il importe de déployer des actions supplémentaires et en parallèle puisque tous les usagers ne seront vraisemblablement pas pris en charge par ce réseau.

Il importe de s'assurer que les usagers de tout âge qui se questionnent quant à des symptômes non spécifiques, un diagnostic potentiel de maladie infectieuse ou une problématique de symptômes persistants aient facilement et rapidement accès à une prise en charge adaptée et à des traitements pertinents. Les patients doivent pouvoir cogner à une porte et avoir accès au bon service, au bon moment et au bon endroit.

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

- ***Développer des trajectoires de soins performantes afin de permettre aux usagers ayant un diagnostic soupçonné ou avéré de maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) d'avoir accès en temps opportun à une prise en charge diagnostique et thérapeutique; [R-1]***
- ***Élargir et harmoniser le mandat et les critères d'admission au réseau de cliniques spécialisées afin que les patients (enfants et adultes) pour qui un diagnostic de maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) est soupçonné ou avéré puissent être facilement et promptement pris en charge; [R-2]***
- ***Mettre en place un système permettant d'évaluer périodiquement les performances (incluant les délais) de ses trajectoires de soins pour la maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) afin d'adapter utilement les services. [R-3]***

6.2. Vers une meilleure sensibilisation au bien-être et à la prévention du suicide

Grâce à de nombreux intervenants et à des organisations (gouvernementales, paragouvernementales et communautaires) d'une multitude d'horizons, des actions pour promouvoir une bonne santé mentale et la prévention du suicide ont vu le jour plus particulièrement à partir de la fin des années 90. Depuis le début des années 2000, le nombre de décès et le taux de mortalité par suicide ont diminué au Québec, puis ont atteint un plateau au cours des dernières années.

Des actions supplémentaires ont été proposées pour faire face aux nouvelles réalités et favoriser une diminution du taux de décès par suicide. Par exemple, le Québec s'est doté d'un Plan d'action interministériel en santé mentale²⁵ et d'une Stratégie nationale en prévention du suicide²⁶ pour la période de 2022 à 2026 afin de faire diminuer au minimum de 10 % le nombre de décès par suicide d'ici 2026. De plus, une campagne de communication nationale en prévention du suicide a été déployée à l'automne 2022²⁷.

Néanmoins, un nombre trop important de personnes continuent à mettre fin à leur jour. On dénombre environ trois suicides par jour au Québec, soit :

- 1 055 suicides en 2020;
- 1 031 en 2021;
- Minimale, 1 102 suicides en 2022 (le Bureau du coroner n'a pas terminé de comptabiliser les données pour 2022)²⁸.

Les plus récentes statistiques révèlent également à quel point les personnes présentant des idées suicidaires ou ayant effectué une tentative de suicide utilisent fréquemment les urgences du Québec.

Il est préoccupant de constater qu'en 2022 :

- 34 674 personnes ont visité une urgence en raison d'idées suicidaires;
- 4 617 personnes s'y sont rendues en raison d'une tentative de suicide et, de ce nombre, 3 627 ont été hospitalisées.

En 2023 :

- 35 560 personnes ont été à l'urgence en raison d'idées suicidaires;
- 4 854 personnes s'y sont rendues en raison d'une tentative de suicide.

Ces statistiques ont également mis en lumière une augmentation significative des idées et des comportements suicidaires chez les jeunes filles (10 à 14 ans), les adolescentes (15 à 19 ans) et les jeunes femmes (20 à 34 ans). Ces groupes présentent un nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations pour des idées et des comportements suicidaires nettement en hausse.

Les statistiques chez les filles de 10 à 19 ans indiquent « une vulnérabilité particulière et un besoin urgent d'interventions préventives ciblées. Ces constats soulignent l'importance d'une sensibilisation accrue et d'une accessibilité renforcée aux services de santé mentale pour ces groupes d'âge spécifiques. Cela implique non seulement de reconnaître les signes précurseurs de détresse, mais aussi de fournir des ressources adéquates et accessibles pour aider ces jeunes à faire face à leurs difficultés »²⁹.

²⁵ MSSS. (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - *S'unir pour un mieux-être collectif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.

²⁶ MSSS. (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 - *Rallumer l'espoir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>.

²⁷ Cette campagne de communication lancée le 31 octobre 2022 vise, d'une part, à normaliser la demande d'aide et, d'autre part, à faire connaître à la population les ressources disponibles pour les personnes qui pensent au suicide, leurs proches et toute autre personne touchée par le sujet. Différents moyens de communication sont utilisés et invitent la population à contacter les ressources d'aide en prévention du suicide.

²⁸ Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 71 pages.

²⁹ Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ. 71 pages.

Il faut comprendre et répondre aux besoins spécifiques des femmes en matière de santé mentale et de prévention du suicide, en mettant en place des interventions adaptées à leurs réalités et à leurs préoccupations.

Lors des audiences, le MSSS a convenu qu'il s'agissait d'enjeux importants qui méritent d'être approfondis.

En 2023, j'ai formulé plusieurs recommandations pour une meilleure prévention du suicide dans le cadre de l'enquête publique sur la thématique du suicide (N/D : 2019-00257)³⁰. Celles-ci ont été transmises aux organismes concernés. J'estime qu'il serait donc inutile de reprendre ici ce que j'ai écrit et recommandé il y a quelques mois.

En lien avec les circonstances entourant le décès de Mme Champagne, je formulerai des recommandations plus spécifiques afin de favoriser le bien-être psychologique, la demande d'aide et l'intervention auprès des jeunes filles, des adolescentes et des jeunes femmes de même que prévenir les comportements suicidaires. Le but est d'obtenir des actions additionnelles à celles qui sont déjà en cours ou qui sont prévues au Plan d'action interministériel en santé mentale³¹ et à la Stratégie nationale en prévention du suicide³².

Par exemple, il pourrait être utile de mandater l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ou l'INESSS pour se pencher sur les causes de l'augmentation des idées et des comportements suicidaires chez les filles et les jeunes femmes et cibler les meilleures stratégies pour faire diminuer ces statistiques.

Afin de mieux comprendre et apprendre des tentatives et des suicides qui surviennent à la suite de soins ou services, il serait fort utile de demander aux établissements de santé de procéder à des audits des événements qui surviennent d'une manière harmonisée et structurée. Une telle approche permettrait de prendre le pouls du terrain, d'identifier les stratégies les plus porteuses notamment pour les jeunes filles, les adolescentes et les jeunes femmes et d'ajuster conséquemment les actions.

³⁰ Notamment, j'ai recommandé au MSSS et à ses collaborateurs : de compléter sans délai un plan d'action pour mettre en œuvre la Stratégie nationale de prévention du suicide (dont la mesure 1.2) et nommer des personnes responsables afin de s'assurer de l'imputabilité des actions et d'atteindre les cibles fixées (R55.), de mettre en place des campagnes de sensibilisation et de prévention du suicide d'envergure qui sont continues et soutenues dans le temps afin de rejoindre un plus grand nombre de Québécois (R56.), de développer sans délai des outils pour mieux repérer les enfants ayant subi des traumatismes négatifs et présentant un risque de développer des comportements suicidaires dans le futur et pour mieux intervenir auprès d'eux (R57.), de développer une formation provinciale portant sur le repérage des enfants ayant subi des traumatismes négatifs et à risque de développer des comportements suicidaires dans le futur et l'intervention auprès d'eux. Cette formation doit être offerte au personnel des équipes-écoles, au milieu de la santé, des services sociaux et communautaires (R58.), de développer des activités et campagnes de prévention du suicide spécifiques pour mieux rejoindre et sensibiliser les groupes plus à risque ou qui sont moins portés à consulter (R59.), de sensibiliser les milieux de travail à l'importance de s'investir en prévention du suicide et de soutenir les milieux qui souhaitent avoir accès à de la formation en prévention du suicide. Pour ce faire, il doit soutenir les milieux de travail en s'assurant que la formation pertinente soit facilement accessible et que les formateurs, comme ceux de l'AQPS, disposent des ressources nécessaires pour répondre à la demande (R60.), de déployer de manière plus soutenue et en continu les ressources nécessaires afin que tous les professionnels de la santé et les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux (incluant ceux qui œuvrent dans les secteurs communautaires et parapublics) aient accès à une variété de formations continues de qualité sur les bonnes pratiques en matière de prévention du suicide afin qu'ils maintiennent le plus haut niveau de compétence en prévention du suicide (R61.), de demander à tous ses établissements de mettre en place un mécanisme d'audit systématique pour recenser et analyser les événements de suicide survenus sur leur territoire respectif afin d'identifier des défaillances réelles ou potentielles dans les programmes et services offerts et de formuler des pistes d'amélioration et des recommandations afin de prévenir des suicides. Ce mécanisme d'audits devrait prévoir et offrir des services de postvention aux proches endeuillés (R63.).

³¹ MSSS. (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - *S'unir pour un mieux-être collectif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.

³² MSSS. (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 - *Rallumer l'espoir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>.

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

- **Déployer de nouvelles actions adaptées aux jeunes filles, aux adolescentes et aux jeunes femmes afin de soulager leur détresse et prévenir les idées et comportements suicidaires; [R-4]**
- **Mettre en place un cadre de référence pour étudier de manière structurée, par exemple sous forme d'audit, les tentatives et suicides des usagers ayant demandé ou reçu des soins ou services du réseau de la santé; [R-5]**

J'estime également qu'il est essentiel d'agir en amont et de sensibiliser davantage les professionnels de la santé que la promotion de la santé mentale, la prise en charge des enjeux de santé mentale, l'accès à des ressources adéquates pour faire face aux difficultés et la prévention du suicide est l'affaire de tous. On doit également les sensibiliser à la réalité et la charge mentale des patients vivants avec la maladie de Lyme ou avec des symptômes chroniques ou persistants afin qu'ils adaptent leurs interventions en conséquence.

Tout au long de sa trajectoire de soins, Mme Champagne a parlé à plusieurs professionnels de la santé de ses préoccupations, de ses inquiétudes et éventuellement de sa détresse. Les professionnels de la santé préconisant souvent une approche orientée vers sa santé physique, plusieurs occasions de la soutenir et de prendre en charge son bien-être mental ont conséquemment été manquées.

Même des professionnels bien intentionnés et se disant sensibles à la détresse vécue par leurs patients peuvent ne pas avoir développé le réflexe d'offrir du soutien psychologique et une approche intégrée, répondant aux enjeux physiques et mentaux.

Tant les microbiologistes que les médecins de famille doivent demeurer alertes à dépister la souffrance vécue par leurs patients et être en mesure d'intervenir adéquatement. L'Association des médecins psychiatres du Québec qui a participé aux audiences s'est montrée ouverte à offrir un soutien à ce niveau.

Je recommande au Collège des médecins du Québec, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et à l'Association des médecins microbiologistes et infectiologues du Québec de :

- **Sensibiliser et former davantage leurs membres aux enjeux psychologiques rencontrés par les patients ayant un diagnostic soupçonné ou avéré de diagnostic de maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) afin d'intervenir utilement et de prévenir des comportements suicidaires. [R-10]**

6. 3. Vers des milieux plus bienveillants, humains et adéquats en psychiatrie

Tout au long des audiences, j'ai entendu plusieurs témoins et des professionnels de la santé dévoués au bien-être des patients qui nommaient le besoin de rehausser l'approche et l'environnement des urgences québécoises, plus particulièrement pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale ou des manifestations suicidaires. Tous ont

reconnu que le simple fait de se présenter dans une urgence psychiatrique peut être effrayant, stressant et stigmatisant.

Ainsi, au niveau humain, j'ai perçu un besoin de sensibiliser et de rappeler aux professionnels œuvrant principalement en psychiatrie la nécessité de faire preuve d'écoute, de respect, de souplesse et d'empathie dans leurs interventions. Par exemple, un médecin doit avoir le temps de parler à ses patients et aux proches, même à l'urgence. L'arrogance, le manque de respect et des propos houleux n'ont jamais leur place en milieu de soins.

De plus, il faut favoriser une continuité et une stabilité dans le cadre d'un épisode de soins. En effet, face à un usager instable ou en situation de crise, il y a certainement de nombreux bienfaits à limiter autant que possible les transferts et le nombre de médecins différents lors d'un épisode de soins.

Sur ces enjeux, le Collège des médecins du Québec et les associations professionnelles (comme l'Association des médecins psychiatres du Québec) ont le pouvoir de jouer un rôle positif.

Je recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux, au Collège des médecins du Québec et à l'Association des médecins psychiatres du Québec de :

- ***Mettre en place des nouvelles actions afin de s'assurer que les médecins œuvrant plus particulièrement auprès de patients présentant des problèmes de santé mentale ou des manifestations suicidaires communiquent et traitent leurs patients avec dignité, compassion, courtoisie et bienveillance, quelles que soient les circonstances. [R-11]***

Au niveau de l'environnement de l'urgence, on m'a souvent parlé de bureaucratie, de débordement perpétuel, de milieux bruyants, inhospitaliers et inconfortables, où il y a très peu de place à l'intimité et à la dignité. Il a également été reconnu que l'environnement de soins peut aggraver l'état d'une personne et lui causer des traumatismes hospitaliers, plutôt que de l'apaiser.

Les témoignages entendus et le plan de l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (plus particulièrement la pièce C-79 qui montre une des salles où Mme Champagne a été placée) ont bien illustré cette situation préoccupante, soit des unités où beaucoup trop de patients vulnérables et en crise sont entassés beaucoup trop longtemps.

Selon le Directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, on ne devrait pas demeurer sur une civière de l'urgence plus de 24 heures. On doit amener aussitôt que possible le patient dans l'unité adaptée à son état, dans le respect de ses droits et de sa dignité.

Les enjeux humains et environnementaux qui m'ont été détaillés et la durée du séjour de Mme Champagne à l'urgence ont certainement eu des effets indésirables directs sur la qualité des soins et la sécurité de Mme Champagne. De plus, ces enjeux peuvent renforcer les préjugés et la stigmatisation liés à la santé de même que faire obstacle à la demande d'aide et à l'accès à des services de haute qualité, personnalisés et bienveillants.

Est-ce vraiment le milieu que nous souhaitons offrir à notre population, jeune et moins jeune, en situation de crise et de grande vulnérabilité de même qu'aux générations futures?

Une réflexion et des actions s'imposent afin d'offrir réellement des services et un milieu accueillants, bienveillants, humains, adéquats tant sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire³³.

Les établissements de santé de notre province doivent sans cesse continuer à s'améliorer et disposer de suffisamment d'espaces dédiés aux usagers traversant un épisode aigu en lien avec une problématique de santé mentale ou présentant des comportements suicidaires afin de permettre un séjour adapté à leurs besoins et la mise en place d'un plan de soins et de sortie. À défaut de disposer des ressources pour l'hospitaliser, il faut trouver des solutions pour éviter qu'un patient avec une condition psychiatrique, présentant des manifestations suicidaires ou traversant une crise demeure dans des conditions inadéquates et de manière prolongée à l'urgence.

Le MSSS nous a expliqué qu'il a précisé ses orientations et ses attentes notamment quant à l'implantation des unités d'hospitalisation brève et la gestion des débordements. Par exemple, des aires d'observation et d'hospitalisation dédiées, telles des unités d'intervention brève en psychiatrie (UIB) sont en processus de création dans plusieurs secteurs de la province. L'USMD, l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'Hôpital Notre-Dame disposent dorénavant d'UIB. Malgré tout, j'ai compris qu'elles continuent de déborder et que celle de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ne répond toujours pas aux orientations et standards du MSSS.

Ainsi, je crois qu'il faut en faire plus pour sensibiliser les établissements, améliorer l'expérience de soins et prévenir des décès évitables.

Lors des audiences, il a été proposé que chaque établissement révise ses procédures d'accueil à l'urgence et son environnement afin de s'adapter aux besoins des personnes vivants avec un problème de santé mentale ou ayant présenté des manifestations suicidaires, et ce, afin de mieux les accueillir, assurer un suivi approprié et mettre à profit les ressources utiles.

On nous a également mentionné que des sondages de satisfaction ont été lancés au sein de certains établissements de soins de santé afin d'identifier des pistes d'amélioration continues.

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a annoncé qu'il ferait une réflexion écrite sur les possibilités d'amélioration des lieux physiques de l'urgence en santé mentale afin que les espaces soient plus accueillants et adaptés aux besoins des usagers.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est également engagé à réfléchir aux moyens pour améliorer l'environnement de leur urgence.

Plusieurs seront certainement intéressés à connaître les retombées de ces réflexions. J'estime aussi que des actions concrètes doivent absolument en découler afin d'améliorer l'expérience de soins et protéger la vie.

³³ L'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, prévoit que « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire ».

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

- **Sensibiliser les dirigeants de ses installations de santé à l'importance d'améliorer constamment l'aménagement des urgences et unités psychiatriques afin de répondre aux besoins des usagers et veiller au respect de ses orientations. [R-6]**

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS de :

- **Réaliser, dans un délai d'un an, un bilan de leurs réflexions et des actions à mettre en place en lien avec l'amélioration de l'aménagement de leurs urgences psychiatriques afin de les rendre plus accueillantes et adaptées aux besoins des usagers. [R-15]**

6. 4. Vers de meilleures pratiques en psychiatrie

En l'espace d'une fin de semaine, Mme Champagne s'est rendue à deux urgences psychiatriques dans un contexte de comportements suicidaires et d'une tentative de suicide. Elle a obtenu son congé avec des promesses de suivi qui ont tardé à venir. Son parcours illustre tristement le phénomène des portes tournantes dans les urgences psychiatriques du Québec et les effets indésirables qui en découlent.

Bien qu'elle ait consulté des médecins d'expérience, Mme Champagne et ses proches ne se sont pas sentis soutenus et, comme nous le savons, elle s'est enlevé la vie dans les jours suivant son départ de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

On n'a visiblement pas su l'apaiser, maintenir un lien avec elle ni assurer la continuité des soins pour lui permettre de retrouver un peu d'espoir, réduire le risque de récurrence et prévenir son décès.

Quelles leçons peut-on en tirer?

6.4.1. Chantiers à venir ou complétés par les établissements concernés

À la suite du décès de Mme Champagne, des enquêtes ont été effectuées par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Celles-ci portaient sur leur processus et les protocoles au sein de leur établissement (et non pas sur la conduite professionnelle des médecins et résidents).

Des représentants de ces établissements sont venus présenter les recommandations et chantiers qui en ont résulté pour améliorer les pratiques.

En résumé, pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (dont fait partie l'IUSMD) :

- Un rappel et un suivi ont été faits auprès des infirmières quant à l'importance d'effectuer et de documenter l'évaluation du risque suicidaire à l'urgence de l'IUSMD pour tous les patients suicidaires.

- Le chef de l'urgence a entamé un processus d'audit des dossiers des usagers de l'urgence pour évaluer la documentation du risque de suicide. Ce mécanisme d'audit sera continu dans le temps.
- Un comité qualité sera créé dans plusieurs directions pour assurer la qualité de la pratique. Le projet est en cours d'élaboration et la mission n'a pas encore été déterminée.

Pourquoi ne pas confier au comité le mandat de veiller à la mise en place d'un congé sécuritaire?

- Un rappel et un suivi seront faits auprès des médecins quant à l'importance d'effectuer et de documenter l'évaluation du risque suicidaire à l'urgence de l'IUSMD pour tous les patients suicidaires.
- Un aide-mémoire pour la prévention du suicide et la mise en place d'un congé sécuritaire à l'urgence et à l'UIB ont été élaborés³⁴.
- Ils travailleront à harmoniser la façon de documenter l'évaluation du risque suicidaire et veilleront à mieux faire connaître leur protocole en prévention du suicide aux employés et au personnel infirmier (mais pas aux médecins). Ainsi, ils espèrent clarifier avec l'ensemble des employés de l'urgence de l'IUSMD le mécanisme de communication des résultats de l'évaluation du risque suicidaire entre les intervenants, tout au long de l'épisode de soins.
- Ils feront des suivis pour s'assurer qu'un rappel et un suivi soient faits auprès des médecins quant à l'importance de documenter l'ensemble des filets de sécurité transmis aux patients qui pourraient présenter un risque suicidaire.
- Ils ont un bottin des organismes présents dans leur secteur qui peut être transmis au besoin aux patients à risque suicidaire et veilleront à s'assurer que les médecins disposent également d'informations à jour sur les ressources disponibles.
- Ils sont à revoir les mécanismes d'accès et à accroître l'offre de suivi étroit pour les patients qui pourraient présenter un risque suicidaire au congé de l'urgence de l'IUSMD. Ils ont un module d'intervention rapide (MIR) qui travaille du lundi au vendredi (de jour) et un service d'hospitalisation à domicile. Au printemps 2024, ils prévoient mettre en place une équipe d'accompagnement bref en santé mentale dans la communauté (ABC) et bonifier leur service de relance. Ils prévoient également avoir un agent de liaison.

De plus, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est aussi engagé à mettre à contribution les organismes communautaires, à créer un corridor de services avec ces derniers de même qu'à améliorer leur mécanisme de communication et leur protocole de non-réponse.

Quant au CIUSSS de l'Estrie-CHUS (dont fait partie l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke), citons notamment que :

- Un outil a été mis en place afin de formaliser et documenter au dossier les informations remises à l'utilisateur et ses proches lors de la mise en place d'un plan de sécurité lorsque l'utilisateur obtient son congé. L'outil s'adresse plus particulièrement au personnel infirmier.

³⁴ Pièce C-82 – Liste de vérifications pour la prévention du suicide utilisée à l'urgence et l'UIB de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

- Ils feront des audits aux six mois.
- Ils numériseront systématiquement la fiche de transfert vers un autre établissement et la consigneront au dossier de l'usager.
- Ils inscriront clairement les demandes de suivi étroit, avec un suivi dans les 24-48h, dans la fiche de suivi avec une étampe prévue à cet effet afin de s'assurer qu'un rendez-vous est fixé ou un premier contact soit fait avec la personne suicidaire avant sa sortie de l'hôpital.

Ils ont également attesté qu'une entente de suivi étroit avait été formalisée avec un centre de prévention de suicide.

- Ils ont créé des liens avec des organismes communautaires et se sont engagés à leur référer les proches, en cas de besoin.
- Ils ont complété la rédaction d'une procédure en prévention du suicide pour les usagers vulnérables³⁵ et doivent maintenant la déployer au sein de leurs établissements, dès que possible.
- Ils ont entamé des travaux afin d'améliorer la fluidité hospitalière, de l'arrivée au congé.
- Ils ont obtenu des civières supplémentaires et procéderont au réaménagement de l'urgence. Ils réfléchissent aux possibilités d'amélioration des lieux physiques de l'urgence psychiatrique afin que les espaces soient plus accueillants et adaptés aux besoins des usagers. Ils se sont engagés à porter une attention particulière au confort.
- Ils prévoient mettre en place une équipe ABC, rendre leur UIB conforme et déployer des services d'hospitalisation à domicile en 2025-2026. Ils n'ont pas prévu d'avoir un gestionnaire de cas ou d'agent de liaison, mais pourraient étudier la faisabilité.

6.4.2. Trajectoire de soins et transfert interhospitalier

En santé mentale, il n'y a généralement pas de solution universelle et adaptée à toutes les situations. Il faut ainsi prendre le temps de mettre en place un parcours de soins qui a du sens et qui a une plus-value pour chaque patient.

Lors de l'enquête, il a été suggéré qu'un suivi dans la communauté, tel un suivi par une équipe de crise ou une hospitalisation à domicile, n'aurait probablement pas été une solution optimale pour Mme Champagne lorsqu'elle a quitté les urgences en septembre 2022. Il a été proposé qu'il aurait été préférable de miser sur une hospitalisation apaisante pour valider sa détresse, évaluer de manière plus approfondie son état et ses besoins, stabiliser sa charge émotionnelle et mettre en place un plan de soins et de sécurité. Une telle option aurait permis de gérer différemment, voire de minimiser, le risque de récurrence et de suicide.

Il faut aussi dire que la mission, la gestion et l'approche des équipes médicales d'une urgence diffèrent grandement d'une unité d'hospitalisation. Par exemple, je vois fréquemment qu'à l'urgence, les équipes seront plus portées à laisser partir un patient dès qu'il n'y a plus de risque immédiat, et ce, même s'il ne va pas très bien. À l'urgence, on cherche généralement à réduire autant que possible la durée du séjour. Tandis que sur une unité de psychiatrie, on a de meilleures conditions pour prendre davantage de temps pour évaluer, traiter et stabiliser

³⁵ Voir la pièce C-89.

la personne. On aura le loisir d'attendre que l'utilisateur atteigne un niveau plus élevé de rétablissement avant de lui donner son congé.

On peut donc se questionner sur le niveau de rétablissement et le potentiel de récurrence des personnes qui obtiennent un congé à la suite d'une courte visite à l'urgence dans un contexte de crise suicidaire ou de tentative de suicide. Une prise en charge inappropriée peut certes favoriser le phénomène des portes tournantes dans nos urgences surtout si on ne met pas en place les services et soins requis.

Plusieurs éléments ont fait obstacle à une hospitalisation dans le cas de Mme Champagne, dont l'approche des équipes de soins qui préconisait très rapidement un transfert interhospitalier.

Il est rapidement apparu que les professionnels en santé mentale ont souvent tendance à présumer qu'il est dans l'intérêt immédiat et ultime de l'utilisateur de retourner dans son secteur au détriment de l'épisode de soins en cours. Ils agissent ainsi souvent systématiquement en fonction de cette présomption. On peut aussi facilement confondre le concept de transferts vers des services de proximité avec celui de sectorisation en santé mentale.

Les services de proximité visent à offrir à une personne les services requis par son état dans sa communauté et donc à proximité de chez elle. L'utilisateur peut ainsi compter sur le soutien de son entourage et réduire ses déplacements.

La sectorisation est le principe de refuser d'offrir des soins et services requis et non urgents sur la base du code postal ou de la région d'appartenance d'une personne. Ce concept vise à ce qu'une personne obtienne des soins uniquement dans l'établissement desservant son secteur de résidence. Il s'agit d'une pratique interdite.

Il peut arriver que l'application d'un principe soit justifiée par l'autre. L'un étant encouragé et l'autre étant une pratique interdite au Québec. En effet, quiconque demande des soins à un établissement spécifique a le droit d'en recevoir, sous réserve de la disponibilité des ressources³⁶. L'article 6 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule également que :

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

*Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.*³⁷

À la lumière des témoignages entendus et de l'ensemble de la preuve, je dois convenir que les psychiatres n'ont pas catégoriquement refusé des soins à Mme Champagne ou l'accès à l'urgence.

À l'IUSMD, on l'a reçue, on a évalué l'urgence et on lui a proposé de la garder en observation pour la nuit tout en l'avisant qu'elle serait transférée dans son secteur (qui est dans les faits situés à quelques kilomètres de l'IUSMD) dès le lendemain pour y recevoir éventuellement des services. Mme Champagne s'est ainsi vue référée aux services en santé mentale et de crise de son secteur de résidence. On a présumé que cela était la meilleure option pour elle et on ne lui a pas donné de choix ni expliqué qu'elle pouvait choisir de recevoir des services à l'IUSMD.

³⁶ Voir l'article 13 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2.

³⁷ RLRQ c S-4.2.

Une situation similaire est survenue à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Un transfert vers un centre hospitalier de Montréal a été envisagé par les psychiatres de Sherbrooke dès son arrivée vraisemblablement en raison de son lieu de résidence principale. Ils ont géré le risque immédiat à l'urgence. Puis, ils ont rapidement parlé de code postal et déterminé qu'elle retournerait dans un hôpital de Montréal, et ce, alors qu'elle acceptait initialement de demeurer à Sherbrooke et qu'elle n'avait aucunement exprimé la volonté d'être traitée à Montréal. Une hospitalisation et une prise en charge locales pour l'épisode de soins ne semblent donc pas avoir été sérieusement envisagées, surtout qu'une hospitalisation aurait pu retarder le transfert selon plusieurs témoins.

Est-ce une forme de sectorisation?

Dans tous les cas, le phénomène de la sectorisation, des transferts systématiques inter urgences pour les usagers en crise suicidaire ou des transferts strictement pour des raisons géographiques n'ont pas lieu d'être. En se concentrant strictement sur un transfert, un professionnel de la santé peut en plus favoriser une vision en silo et limiter son investissement dans l'épisode de soins en cours. Le filet de sécurité devient alors le transfert, s'il a lieu évidemment.

Pour l'utilisateur, un transfert systématique peut miner le lien de confiance et son expérience de soins. On peut aisément comprendre qu'il puisse se sentir incompris, rejeté, *persona non grata*. On fait fi du fait que ça lui a peut-être tout pris pour venir demander de l'aide à l'urgence. Cette pratique peut ainsi contribuer à son désespoir et son sentiment qu'il est impossible d'obtenir de l'aide.

Il s'agit d'enjeux qui préoccupent le MSSS, qui a d'ailleurs rappelé à plusieurs reprises à travers les années que les pratiques de sectorisation sont interdites. Il m'est également apparu que le MSSS est déterminé à prévenir les transferts inter urgences, plus particulièrement lors d'un épisode de soins aigus en santé mentale.

Ainsi, à Montréal, une directive du MSSS a été transmise aux établissements de santé comme quoi il est interdit de procéder à un transfert lors d'un épisode de soins en santé mentale ou d'un processus de garde en établissement (envisagé ou en cours). Cette directive mérite d'être élargie à l'échelle de la province et les médecins doivent être sensibilisés en ce sens.

Il a été proposé d'élaborer, en collaboration avec les groupes de défense des droits des usagers et les commissaires aux plaintes et à la qualité des services, un plan d'action pour éliminer à brève échéance la sectorisation et d'exiger une reddition de comptes ou des indicateurs de performance. Il a aussi été suggéré de signaler ces pratiques par le biais du processus de déclaration des incidents et accidents et de faire des rappels aux différents chefs de département des établissements de services de santé et de services sociaux. Un gestionnaire pourrait également avoir la responsabilité de veiller au respect des bonnes pratiques. Tous ces moyens m'apparaissent comme étant d'excellentes propositions. J'inviterai ainsi le MSSS et les établissements à mettre en place les moyens les plus adaptés à leur réalité.

J'estime qu'il serait également utile d'effectuer une vigie et de documenter les motifs de transferts interhospitaliers (et inter urgences) dans un contexte de manifestations suicidaires ou de problèmes de santé mentale. Les résultats devraient permettre une amélioration en continu des pratiques.

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS de :

- ***Mettre en place des actions afin de prévenir toute forme de sectorisation et les transferts interhospitaliers (et inter urgences) pour des motifs géographiques qui s'inscrivent dans un contexte de manifestations suicidaires ou de problèmes aigus en santé mentale. [R-16]***

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

- ***Mettre en place un plan d'action afin de prévenir toute forme de sectorisation et les transferts interhospitaliers (et inter urgences) pour des motifs géographiques qui s'inscrivent dans un contexte de manifestations suicidaires ou de problèmes aigus en santé mentale; [R-7]***
- ***Documenter les circonstances et motifs de transferts interhospitaliers (et inter urgences) pour les usagers présentant des problématiques de santé mentale ou des manifestations suicidaires et d'adapter ses orientations et directives conséquemment. [R-8]***

6.4.3. Congé sécuritaire

La période suivant un départ de l'hôpital (que ce soit à la suite d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation) est un moment où l'utilisateur ayant un potentiel suicidaire est particulièrement vulnérable et plus à risque.

Par conséquent, la mise en place d'un congé sécuritaire est un maillon essentiel de la trajectoire de soins et du filet de sécurité. Comme l'expression le dit si bien, une chaîne n'est pas plus solide que son maillon le plus faible!

Nous avons vu au cours des audiences qu'il existe plusieurs guides, cadres de référence, politiques, procédures, fiches de liaison en santé mentale et aide-mémoire abordant la planification et la mise en place d'un congé sécuritaire, d'un filet de sécurité et d'un suivi étroit pour les personnes à risque d'un passage à l'acte suicidaire. Ceux-ci font généralement consensus. À la demande du MSSS, des travaux sont aussi en cours pour élaborer un guide concernant le suivi étroit et un autre pour mieux impliquer les proches en santé mentale.

Il est certainement utile de développer et mettre à jour les connaissances, mais il faut également s'assurer que les bonnes pratiques, qui sont reconnues depuis plusieurs années, soient comprises et appliquées par les professionnels et médecins intervenants auprès des usagers vulnérables au suicide ou ayant présenté des manifestations suicidaires afin qu'un congé leur soit donné en toute sécurité. On doit veiller à ce que les équipes de soins soient mobilisées et investies à contribuer au rétablissement des patients vulnérables au suicide et au déploiement d'un congé sécuritaire. Il faut aussi offrir aux équipes de soins les ressources et conditions nécessaires pour mettre en place les filets de sécurité pertinents avant le départ de l'utilisateur. Ceci peut inclure d'impliquer l'utilisateur et ses proches dans l'élaboration du plan de

sécurité, de les informer des ressources disponibles, d'impliquer des organismes communautaires, d'informer les intervenants et professionnels offrant déjà des services à l'utilisateur.

On doit pouvoir mesurer l'application des bonnes pratiques et l'impact des actions déployées pour pouvoir intervenir efficacement, au besoin. Par exemple, est-ce que tous les patients vulnérables au suicide bénéficient d'un filet de sécurité à leur départ et sont accompagnés vers le bon service? Est-ce qu'un lien est créé entre le patient et un employé du service avant le congé? Si ce n'est pas le cas, comment les établissements et les médecins peuvent s'améliorer?

Au niveau des services et équipes spécialisés pouvant assurer un suivi et offrir un filet de sécurité, des projets-pilotes sont en cours. Le MSSS nous a présenté les équipes ABC, les UIB et le traitement intensif bref à domicile qu'il est en train de déployer à travers au moins six établissements du Québec. Ces services seront en lien avec les urgences.

Le MSSS nous a également indiqué qu'il envisage d'inclure les organismes communautaires à la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendance et itinérance et de créer des ententes de collaboration. Cette initiative sera certainement la bienvenue.

Dans le cadre de l'enquête publique sur la thématique du suicide (N/D : 2019-00257), j'ai déjà recommandé au MSSS de demander à tous les établissements qu'ils aient un protocole clair assurant la mise en place d'un congé hospitalier sécuritaire pour les personnes vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise et de les soutenir au besoin.

À cet égard, l'IUSMD nous a indiqué qu'elle a développé un aide-mémoire pour la prévention du suicide³⁸. Pour sa part, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a diffusé en septembre 2023 un aide-mémoire, un dépliant et un guide concernant la planification du congé (ceux-ci ont été élaborés par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM))³⁹. Tous ces documents ont vraisemblablement été diffusés au personnel, mais pas aux médecins.

Dans les circonstances, il faut continuer les travaux afin de mobiliser plus que jamais les médecins et résidents, qui sont généralement les chefs d'orchestre de l'élaboration d'un filet de sécurité solide.

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS de :

- ***Déployer des nouvelles mesures afin de s'assurer qu'un congé sécuritaire soit mis en place par leurs médecins et leurs résidents pour tous les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé un épisode aigu en lien avec une problématique de santé mentale; [R-17]***

³⁸ Pièce C-82.

³⁹ Pièces C-88, C-88.1 et C-88.2.

- ***Accroître la création de liens entre leurs médecins et les organismes communautaires afin que les services de crise et en prévention du suicide soient utilisés de manière optimale, plus particulièrement dans l'élaboration d'un plan de sécurité lors d'un congé de l'hôpital. [R-18]***

6.4.4. Collaboration et communication

Mme Champagne a été référée aux services en santé mentale de son secteur par sa médecin, Dre Michaud, et par les équipes de psychiatrie de l'IUSMD et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Or, aucun service n'a été offert ou mis en place.

Pour sa part, Dre Michaud n'a envoyé aucun formulaire ni formulé de demande écrite en lien avec sa référence donc, évidemment, aucune prise en charge n'a eu lieu.

Quant aux deux établissements, ils ont transmis par télécopieur des demandes urgentes sans réellement s'interroger au quand et comment celles-ci allaient être traitées.

Ainsi, deux jours se sont indûment écoulés avant que la demande de services complétée par la résidente de l'IUSMD ne soit reçue et traitée par le GASMA du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, et ce, alors qu'une prise en charge urgente par un module de crise était demandée. Le formulaire qui avait été rempli de manière succincte n'a pas clairement été compris.

Quant au formulaire de liaison transmis par fax par l'équipe de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke au GASMA, il contenait également très peu d'informations et « est tombé entre deux chaises ».

Les équipes de psychiatrie devaient (ou auraient dû) savoir qu'il était irréaliste d'espérer une prise en charge rapide ou urgente pour une situation aiguë ou de crise en n'envoyant qu'un formulaire par fax à un GASMA, en plus, à l'extérieur des heures ouvrables.

La majorité des parties intéressées et le MSSS ont convenu que l'utilisation du télécopieur est totalement désuète. Le MSSS est d'ailleurs en voie de mettre en place trois projets pour améliorer la circulation de l'information et enrayer l'utilisation du télécopieur : la création de Santé Québec, la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*⁴⁰ et la mise en place du dossier Santé numérique. Je dois saluer que des projets soient prévus, mais je dois aussi souligner que de très longs délais sont à prévoir pour leur réalisation.

Dans l'intervalle, des actions simples et efficaces doivent être déployées pour améliorer les communications. Il a été proposé que le MSSS confirme formellement que l'utilisation des différents outils de communication (comme les courriels et les messages textes) soit autorisée pour renforcer la qualité des services et des communications. Il a aussi été suggéré de créer un endroit de référence avec une adresse courriel centralisée au sein des services clés des établissements pour faciliter les échanges et centraliser les demandes. Il a aussi été proposé d'uniformiser et de formaliser les processus de transferts interhospitaliers, par exemple en créant un dossier patient pour la personne à transférer et de bonifier le système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles.

⁴⁰ RLRQ c. R -22.1.

Il serait également essentiel de trouver des moyens pour que les gens des différentes organisations se parlent de vive voix lorsque requis.

Allons maintenant au-delà du moyen de communication et abordons son contenu.

Il m'apparaît difficilement compréhensible que les équipes de soins ne se soient pas assurées que leur message soit bien reçu, compris et traité. Il semble qu'on se soit peu soucié de la continuité des soins et qu'un réel filet de sécurité soit mis en place par le GASMA ou un autre service. Une fois le formulaire envoyé, on semble s'être déresponsabilisé de ce qui allait advenir de Mme Champagne.

C'est comme si lors d'une course à relais, un coureur déposait le témoin (le bâton) au sol sans se soucier de le transmettre utilement à son coéquipier et du succès de la course.

Si tout le monde avait coopéré utilement, plus particulièrement avant la fin de leur intervention ou du départ de Mme Champagne des urgences, on aurait certainement pu lui offrir des services plus pertinents et mettre en place un congé plus sécuritaire.

On doit donc s'assurer que les moyens de référencement soient optimaux et qu'il y ait des agents dont le rôle est précisément de faciliter les communications et les liaisons.

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

- ***D'améliorer à court terme les moyens de communication et processus de référencement (incluant le vocabulaire, l'évaluation de la priorisation, les délais et l'information à acheminer) aux guichets et mécanismes d'accès en santé mentale et de mesurer leur impact. [R-9]***

La présente enquête a permis de faire la lumière sur les causes et les circonstances entourant le décès de Mme Champagne.

Pour que sa mémoire inspire des actions concrètes, j'ai formulé dix-neuf recommandations visant à mieux protéger chaque vie. En mettant en œuvre ces recommandations, nous rendrons hommage à sa vie et contribuerons à la prévention du suicide.

7. CAUSE DU DÉCÈS

Mme Amélie Champagne est décédée d'un polytraumatisme contondant consécutif à une précipitation dans le vide.

Il s'agit d'un suicide.

8. RECOMMANDATIONS

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

- [R-1] Développer des trajectoires de soins performantes afin de permettre aux usagers ayant un diagnostic soupçonné ou avéré de maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) d'avoir accès en temps opportun à une prise en charge diagnostique et thérapeutique;
- [R-2] Élargir et harmoniser le mandat et les critères d'admission au réseau de cliniques spécialisées afin que les patients (enfants et adultes) pour qui un diagnostic de maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) est soupçonné ou avéré puissent être facilement et promptement pris en charge;
- [R-3] Mettre en place un système permettant d'évaluer périodiquement les performances (incluant les délais) de ses trajectoires de soins pour la maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) afin d'adapter utilement les services;
- [R-4] Déployer de nouvelles actions adaptées aux jeunes filles, aux adolescentes et aux jeunes femmes afin de soulager leur détresse et prévenir les idées et comportements suicidaires;
- [R-5] Mettre en place un cadre de référence pour étudier de manière structurée, par exemple sous forme d'audit, les tentatives et suicides des usagers ayant demandé ou reçu des soins ou services du réseau de la santé;
- [R-6] Sensibiliser les dirigeants de ses installations de santé à l'importance d'améliorer constamment l'aménagement des urgences et unités psychiatriques afin de répondre aux besoins des usagers et veiller au respect de ses orientations;
- [R-7] Mettre en place un plan d'action afin de prévenir toute forme de sectorisation et les transferts interhospitaliers (et inter urgences) pour des motifs géographiques qui s'inscrivent dans un contexte de manifestations suicidaires ou de problèmes aigus en santé mentale;
- [R-8] Documenter les circonstances et motifs de transferts interhospitaliers (et inter urgences) pour les usagers présentant des problématiques de santé mentale ou des manifestations suicidaires et d'adapter ses orientations et directives conséquemment;
- [R-9] Améliorer à court terme les moyens de communication et processus de référencement (incluant le vocabulaire, l'évaluation de la priorisation, les délais et l'information à acheminer) aux guichets et mécanismes d'accès en santé mentale et de mesurer leur impact.

Je recommande au Collège des médecins du Québec, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et à l'Association des médecins microbiologistes et infectiologues du Québec de :

- [R-10] Sensibiliser et former davantage leurs membres aux enjeux psychologiques rencontrés par les patients ayant un diagnostic soupçonné ou avéré de diagnostic de maladie de Lyme (incluant les co-infections ou les symptômes persistants) afin d'intervenir utilement et de prévenir des comportements suicidaires.

Je recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux, au Collège des médecins du Québec et à l'Association des médecins psychiatres du Québec de :

[R-11] Mettre en place des nouvelles actions afin de s'assurer que les médecins œuvrant plus particulièrement auprès de patients présentant des problèmes de santé mentale ou des manifestations suicidaires communiquent et traitent leurs patients avec dignité, compassion, courtoisie et bienveillance, quelles que soient les circonstances.

Je recommande au Collège des médecins du Québec de :

[R-12] Réviser la qualité de la pratique et des gestes posés par la naturopathe qui est intervenue en 2022 auprès de la personne décédée, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection du public;

[R-13] Réviser la qualité de la conduite professionnelle et déontologique des médecins en clinique privée qui ont suivi en 2022 la personne décédée, plus particulièrement en lien avec leur attitude, la qualité de la communication, l'évaluation, le traitement et le suivi de l'état de santé physique et psychologique de la personne décédée, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection du public;

[R-14] Réviser la qualité de la conduite professionnelle et déontologique des médecins psychiatres de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke qui sont intervenus en septembre 2022 auprès de la personne décédée, plus particulièrement en lien avec la qualité de la communication, le transfert, la mise en place d'un congé sécuritaire et l'implication des proches, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection du public.

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS de :

[R-15] Réaliser, dans un délai d'un an, un bilan de leurs réflexions et des actions à mettre en place en lien avec l'amélioration de l'aménagement de leurs urgences psychiatriques afin de les rendre plus accueillantes et adaptées aux besoins des usagers ;

[R-16] Mettre en place des actions afin de prévenir toute forme de sectorisation et les transferts interhospitaliers (et inter urgences) pour des motifs géographiques qui s'inscrivent dans un contexte de manifestations suicidaires ou de problèmes aigus en santé mentale;

[R-17] Déployer des nouvelles mesures afin de s'assurer qu'un congé sécuritaire soit mis en place par leurs médecins et leurs résidents pour tous les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé un épisode aigu en lien avec une problématique de santé mentale;

[R-18] Accroître la création de liens entre leurs médecins et les organismes communautaires afin que les services de crise et en prévention du suicide soient utilisés de manière optimale, plus particulièrement dans l'élaboration d'un plan de sécurité lors d'un congé de l'hôpital.

Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de :

[R-19] Mettre en place des solutions et une procédure pour qu'un patient ayant traversé un épisode aigu de santé mentale ou une crise suicidaire puisse recevoir la médication qui lui est prescrite pour le soulager avant son départ de l'urgence (même en l'absence d'hospitalisation).

Montréal, le 10 septembre 2024.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Julie-Kim Godin". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Me Julie-Kim Godin, coroner

ANNEXE I - LA PROCÉDURE

Les audiences publiques se sont déroulées au palais de justice de Montréal du 11 au 15 décembre 2023 et du 22 au 26 janvier 2024 inclusivement.

Voici les personnes à qui j'ai accordé le statut de personne intéressée lors des audiences :

- M. Alain Champagne et Mme Joanne Bossé, parents d'Amélie Champagne;
- Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, représenté par Me Luc de la Sablonnière et Me Rosalie Jalbert (Morency Société d'avocats);
- Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, représenté par Me Luc de la Sablonnière et Me Rosalie Jalbert (Morency Société d'avocats);
- Le CHUM, représenté par Me Luc de la Sablonnière et Me Rosalie Jalbert (Morency Société d'avocats);
- Le CHU Sainte-Justine, représenté par Me Luc de la Sablonnière et Me Rosalie Jalbert (Morency Société d'avocats);
- Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, représenté par Me Andréa Ruel et Me Pierre Bélanger (Bélanger Longtin);
- Les Drs Eduardo Chachamovich, Aurélie Taverne, Nazim Nekrouf, William Semaan, Khashayar Asli, Christian Bocti et Didier Jutras-Aswad, représentés par Me Julie Chenette (Chenette boutique de litige);
- La Dre Sophie Michaud, représentée par Me Emmy Serikawa et Me Marie-Ève Dufresne (McCarthy Tétrault);
- L'AQML et sa directrice, Mme Caren Leblanc (pour le volet recommandations).

J'ai été assistée, tout au long de ces journées d'audition, par Me Pierre-Olivier Bilodeau, procureur au Bureau du coroner.

La preuve documentaire a été déposée sous les cotes C-1 à C-91 et 49 témoins ont participé à la présente enquête. Les pièces marquées d'un astérisque sont frappées d'une ordonnance de non-publication et de non-divulgateion.

ANNEXE II- LISTE DES PIÈCES

C-1	Ordonnances d'enquête
C-2	Ordonnance pour désigner un procureur
C-3*	Attestation de décès du Dr V. T. Nguyen datée du 11 septembre 2022
C-4*	Rapport d'examen externe daté du 11 septembre 2022
C-5*	Rapport d'expertise en toxicologie daté du 21 novembre 2022
C-6*	Rapport d'autopsie psychologique rédigé par le Groupe McGill d'études sur le suicide
C-7*	Renseignements concernant les services médicaux assurés du 1 ^{er} janvier 2017 au 1 ^{er} décembre 2022 (RAMQ)
C-8*	Bande audio de l'appel du 7 septembre 2022 à la centrale 9-1-1
C-9	Déclaration de Joanne Bossé datée du 7 septembre 2022
C-10	Déclaration de Nicolas Payer datée du 7 septembre 2022
C-10.1	Déclaration de M. Abraham Rodriguez datée du 7 septembre 2022
C-11*	Bande audio de l'appel du 11 septembre 2022 à la centrale 9-1-1
C-12*	Extraits de l'album photo de la scène
C-13	Rapport description photos
C-14	Déclaration Mouad Azzouza datée du 11 septembre 2022
C-15	Déclaration Catherine Tapin datée du 11 septembre 2022
C-16*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du CHU Sainte-Justine
C-17*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique santé jeunesse
C-18*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique Medistat (Pierrefonds)
C-19*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique médicale des Trois-Lacs
C-20*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique Artmedic
C-21*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique médicale Mediplex
C-22*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de l'Hôpital général du Lakeshore

C-23*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
C-24*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de Dr Marc Perreault, neuropsychologue, Clinique Symbiose
C-25*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique médicale Memphré
C-26*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la Clinique médicale Ima Santé
C-27*	Lettre du docteur Luc Lupien datée du 26 octobre 2023
C-27.1*	Lettre du docteur Luc Lupien datée du 12 décembre 2023
C-28*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du Centre de médecine intégrative et évolutive (CMIE)
C-29*	Formulaire du CMIE – Recueil des symptômes multisystémiques – complété par Mme Champagne
C-30*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du Centre médical Pauzé Ferdais
C-30.1*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du Centre médical Pauzé Ferdais - Complément (2 ^e envoi)
C-30.1A*	Transcription - Notes de consultation – Dre Sophie Michaud
C-31*	Résultat d'analyse du T Lab Inc – Molecular Confocal Tissue Imaging Report
C-32*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du Centre de crise Le Transit
C-33*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
C-34*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du CLSC et GMF des Faubourgs
C-35*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du CLSC Sainte-Catherine
C-36*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du CHUS (incluant l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'Hôpital Fleurimont)
C-36.1*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du CHUS - Complément (2 ^e envoi)
C-36.2*	Pages manquantes du dossier du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
C-37*	Lettre des archives médicales de l'Hôpital Notre-Dame datée du 11 septembre 2023
C-38*	Dossier médical de Mme Champagne auprès du CHUM
C-39*	Dossier médical de Mme Champagne auprès d'Urgences-santé (intervention du 11 septembre 2022)

C-40*	Dossier médical de Mme Champagne auprès de la clinique médicale Plateau Marquette
C-41	MSSS (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - <i>S'unir pour un mieux-être collectif.</i> (en ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf)
C-42	MSSS (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – <i>Rallumer l'espoir.</i> (en ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf)
C-43	Lettre - Centre de prévention du suicide de Montréal
C-44*	Lettre - Association québécoise de prévention du suicide
C-45*	Dossier pharmaceutique de Mme Champagne auprès de la pharmacie J. Bibeau et K. Létourneau (Uniprix Magog)
C-46	Déclaration du Dr Yves Boulanger datée du 7 décembre 2023
C-47	Déclaration de Mathieu Champagne datée du 8 décembre 2023
C-48*	Dossier pharmaceutique de Mme Champagne auprès de la pharmacie M-A Bertrand, D-M Lazaroe et N. Chicoyne (Jean Coutu Magog)
C-49*	Dossier pharmaceutique de Mme Champagne auprès de la pharmacie M. Bitar, V. Savoie-Rosay et L. Minotti (Jean Coutu Place Dupuis)
C-50*	Dossier de Mme Champagne auprès du centre intégratif de santé
C-51	Politique - Prévention du suicide - CIUSSS de l'Estrie-CHUS
C-52	Politique - Prévention du suicide - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-52.1	Procédure - Prévention du suicide - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-53	Déclaration de Dre Ariane Piché-Jutras datée du 11 décembre 2023
C-53.1*	Notes manuscrites de Dre Ariane Piché-Jutras et carton de facturation datés du 7 septembre 2022
C-54	Présentation de Dre Mirabelle Kelly
C-55	Présentation de Dre Catherine Bouchard
C-56	Présentation de Dre Arline-Aude Bérubé
C-57*	En liasse, correspondance de l'UQAM, résumé de leurs services de soutien psychologique et dossier médical de Mme Champagne auprès de l'UQAM (soutien psychologique)
C-58	Engagement 1 - Bottin des ressources utilisé par le GASMA du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

C-59	Lettre du Dr Christian Renaud, directeur médical, microbiologie et épidémiologie, Héma-Québec, concernant la surveillance des infections à <i>Babesia sp.</i> au Québec
C-59.1	Drews, S. J., Kjemtrup, A. M., Krause, P. J., Lambert, G., Leiby, D. A., Lewin, A., O'Brien, S. F., Renaud, C., Tonnetti, L., & Bloch, E. M. (2023). Transfusion-transmitted <i>Babesia</i> spp.: a changing landscape of epidemiology, regulation, and risk mitigation. <i>Journal of clinical microbiology</i> , 61(10)
C-59.2	Tonnetti, L., O'Brien, S. F., Grégoire, Y., Proctor, M. C., Drews, S. J., Delage, G., Fearon, M. A., Brès, V., Linnen, J. M., & Stramer, S. L. (2019). Prevalence of <i>Babesia</i> in Canadian blood donors: June–October 2018. <i>Transfusion</i> , 59(10), 3171–3176.
C-60	Engagement 5 - Taux d'occupation et débordement - Hôpital Notre-Dame - 8 au 10 septembre 2022
C-60.1	Engagement 5 - Taux d'occupation et débordement - Hôpital Notre-Dame - 8 au 10 septembre 2022 (tableau Excel)
C-61	Engagement 4 - Courriels concernant le désengorgement de l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (en liasse)
C-62	Présentation de l'AQML
C-63	Présentation du Dr Amir Khadir
C-64	Engagement 7 - Communiqué de la Direction des programmes santé mentale et dépendance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS intitulé Déploiement Fiche de liaison en santé mentale et dépendance daté du 7 septembre 2021
C-64.1	Engagement 7 - Fiche de liaison en santé mentale et dépendance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
C-65	Engagement 3 - Données concernant les taux d'occupation des différents étages en psychiatrie du 7 au 9 septembre 2022 à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke
C-66	Engagement 6 - Courriel concernant les démarches du DSP du CIUSSS de l'Estrie-CHUS en vue d'une demande de garde pour Amélie Champagne (registre ou entrée)
C-67	Présentation de l'INESSS
C-67.1	INESSS. Évaluation de la portée, de l'appréciation et des effets des productions sur la maladie de Lyme. Document institutionnel rédigé par Esther McSween-Cadieux. Québec, Qc : INESSS; 2024. 68 p.
C-67.2	INESSS. Maladie de Lyme et symptômes persistants : regard sur les connaissances actuelles et recommandations pour l'amélioration de la prise en charge. Avis rédigé par Geneviève Morrow, Geneviève Robitaille et Hélène Guay. Québec, Qc : INESSS; 2021. 124 p.
C-68	Présentation de Dre Claire Gamache - Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ)

C-69	Lettre du Dr Alex Carignan datée du 22 janvier 2024
C-69.1	Musonera JB, Valiquette L, Baron G, Milord F, Marcoux D, Thivierge K, Bedard-Dallaire S, Pelletier AA, Lachance R, Bourget J, Simard C, Cantin E, Abbasi F, Haraoui LP, Carignan A. Management and clinical outcomes of Lyme disease in acute care facilities in 2 endemic regions of Quebec, Canada: a multicentre retrospective cohort study. CMAJ Open. 2022 Jun 28;10(2) : E570-E576.
C-69.2	Campeau L, Roy V, Petit G, Baron G, Blouin J, Carignan A. Identification of an unusual cluster of human granulocytic anaplasmosis in the Estrie region, Québec, Canada in 2021. Can Commun Dis Rep 2022;48(5):188–95
C-70	Présentation de l'Ordre des psychologues du Québec - La santé mentale : au-delà des constats
C-71	Présentation du Dr Stéphane Bergeron, sous-ministre adjoint à la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS
C-72	Présentation du Dr Pierre Bleau, Directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, MSSS
C-73	Présentation du Dr Luc Boileau, Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint, MSSS
C-74	Présentation du Dr Lionel Carmant, ministre responsable des Services sociaux, MSSS
C-75	Présentation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-76	Engagement R2 – CIUSSS de l'Estrie (2021). Cadre de référence - Suivi étroit auprès des personnes en danger grave d'un passage à l'acte suicidaire – pour la clientèle de 14 ans et plus
C-76.1	Engagement R2 – MSSS (2010). Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux du Québec (en ligne : Prévention du suicide-Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [gouv.qc.ca])
C-76.2	MSSS (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (en ligne : Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [gouv.qc.ca])
C-77	Présentation de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)
C-78	Présentation de l'Association québécoise de prévention du suicide
C-79	Engagement 2 – Plan de l'urgence psychiatrique et l'USR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, où se trouvait Amélie Champagne

C-80	Engagement R1 – Courriel de Dre Michèle de Guise, INESSS, daté du 29 janvier 2024 concernant le suivi étroit
C-81	Engagement R3 – Résumé des obligations de formation continue des médecins (document préparé par le Collège des médecins du Québec en janvier 2024)
C-82	Engagement R4 – Liste de vérification pour la prévention du suicide utilisé à l'urgence et l'UIB de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
C-83	Engagement R5 – Grille d'évaluation du potentiel suicidaire utilisée à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
C-83.1	Engagement R5 – Politique en prévention du suicide du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-83.2	Engagement R5 – Procédure en prévention du suicide du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
C-84	Représentations écrites de M. Alain Champagne et Mme Joanne Bossé
C-85	Représentations écrites de Dre Sophie Michaud
C-86	Représentations écrites du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
C-87	Représentations écrites du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, du CHUM et du CHU Sainte-Justine
C-88	Engagement R6 – AQIISM Aide-mémoire pour la planification du congé
C-88.1	Engagement R6 –AQIISM (2018-04-29) Dépliant prendre congé en toute sécurité
C-88.2	Engagement R6 – AQIISM Guide d'élaboration du plan de sécurité
C-89	Engagement R7 – Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) (2024-01-26) Procédure en prévention du suicide pour les usagers vulnérables
C-90	Engagement R8 – Date de création et/ou de déploiement opérationnel de la clinique de covid longue et maladie de Lyme sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
C-91	Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2024. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ. 71 pages

** Pièces interdites de publication ou de diffusion en vertu de la Loi sur les coroners*