

Rapport d'enquête publique

2023-00297

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

Pasha Ekoomiak

2023-01118

Me Stéphanie Gamache

Table des matières

INTRODUCTION	3
PRÉCISIONS ET LIMITES DU RAPPORT	3
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	4
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS	4
EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES.....	6
CAUSE DU DÉCÈS	7
ANALYSE ET CONSTATS.....	7
1. PORTRAIT DE MME EKOOMIAK	7
<i>i. Contexte de son arrivée à Val-d'Or</i>	<i>7</i>
<i>ii. Sa situation d'hébergement et sa précarité résidentielle</i>	<i>8</i>
2. TRAJECTOIRE DE SERVICES ENTRE 2021 ET 2023.....	9
<i>i. Le rôle du PPCMA.....</i>	<i>9</i>
<i>ii. La ressource Chez Willie et le CAAVD</i>	<i>10</i>
<i>iii. La Piaule et le lit de convalescence.....</i>	<i>10</i>
<i>iv. Les intervenants sociaux du PPCMA.....</i>	<i>11</i>
<i>v. Le Comité clinique en rupture sociale et itinérance</i>	<i>11</i>
3. LA TRAJECTOIRE DE SOINS ENTRE 2021 ET 2023	12
<i>i. Le séjour du 17 au 24 août 2022</i>	<i>13</i>
<i>ii. Hospitalisation du 3 au 10 octobre 2022</i>	<i>15</i>
<i>iii. Épisodes de soins brefs entre octobre et décembre 2022.....</i>	<i>16</i>
<i>iv. Hospitalisations et visites à l'urgence en janvier 2023</i>	<i>17</i>
<i>v. Séjour à l'urgence les 7 et 8 février 2023.....</i>	<i>19</i>
4. LES CAUSES POSSIBLES DU DÉCÈS DE MME EKOOMIAK.....	20
<i>i. Les anomalies possibles du système pulmonaire</i>	<i>21</i>
<i>ii. Les anomalies possibles du système digestif</i>	<i>22</i>
<i>iii. Anomalies possibles du système cardiaque</i>	<i>22</i>
<i>iv. Pourquoi la cause de décès reste-t-elle indéterminée ?</i>	<i>24</i>
5. LA SÉCURISATION CULTURELLE DANS LE PARCOURS DE SOINS ET DE SERVICES DE MME EKOOMIAK	25
6. LA CONCERTATION INTERSECTORIELLE ET LES ACTIONS DU CISSSAT	27
7. LES CONSTATS, LES AVANCÉES SYSTÉMIQUES EN PLACE ET CELLES SOUHAITÉES.....	29
<i>i. L'importance d'un suivi médical et psychosocial dans la continuité.....</i>	<i>29</i>
<i>ii. L'importance du respect de la langue des usagers.....</i>	<i>30</i>
<i>iii. Le rôle essentiel du Comité clinique en itinérance dans la trajectoire des usagers aux problématiques complexes</i>	<i>31</i>
<i>iv. L'importance des liens entre la clinique de santé autochtone de Val-d'Or et le CISSSAT.....</i>	<i>32</i>
CONCLUSION	34
RECOMMANDATIONS	35
ANNEXE I - LA PROCÉDURE.....	36
ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES.....	37
ANNEXE III - LISTE DES ACRONYMES	40
ANNEXE IV	41

INTRODUCTION

Le 8 février 2023, la coroner Marilynn Morin prend avis lorsqu'elle est informée du décès de Mme Pasha Ekoomiak. Selon les informations communiquées par un policier de la MRC de La Vallée-de-l'Or, elle juge pertinent de faire la lumière sur les causes probables et les circonstances du décès de Mme Ekoomiak, survenu le même jour au département d'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT).

Le 1^{er} juin 2023, la coroner en chef de l'époque, Me Pascale Descary, ordonne la tenue d'une enquête publique thématique concernant les décès de trois personnes vulnérables qui ont reçu des soins et des services de l'Hôpital de Val-d'Or, M. Gilles Gaouette, M. Rayden Anichinapeo-Pien et Mme Pasha Ekoomiak. J'ai été désignée par la coroner en chef afin de présider cette enquête publique thématique le 1^{er} juillet 2023.

Durant la préparation de l'enquête et l'analyse des différents dossiers, il m'est apparu important et essentiel de les scinder pour traiter individuellement chaque événement, et ce, afin de bien faire la lumière sur les causes probables et les circonstances propres à chaque décès. L'enquête concernant le décès de M. Gaouette s'est tenue au palais de justice de Val-d'Or du 4 au 8 novembre 2024. Le rapport d'enquête et les recommandations qu'il contient ont été rendus publics le 24 juillet 2025. Pour des considérations humanitaires et par respect pour la vie privée des proches de M. Anichinapeo-Pien, il n'y aura aucune enquête publique concernant son décès, mais un rapport d'investigation sera rendu public dans la prochaine année.

Quant à l'enquête publique concernant le décès de Mme Ekoomiak, les audiences se sont tenues du 17 au 21 novembre 2025 au palais de justice de Val-d'Or.

Mme Ekoomiak avait été admise à l'Hôpital de Val-d'Or dans la soirée du 7 février 2023 puisqu'elle avait le souffle court et une toux sanglante (hémoptysie). Elle avait reçu récemment un diagnostic de pneumonie, mais elle était non compliantes concernant la médication prescrite pour cette affection. De plus, Mme Ekoomiak avait reconnu avoir consommé une substance psychoactive dans la journée du 7 février 2023, soit de la méthamphétamine.

Je tiens d'abord à réitérer mes plus sincères condoléances à toute la famille de Mme Ekoomiak ainsi qu'à sa communauté et je tiens aussi à mentionner que je leur témoigne toute ma compassion. Je désire également remercier toutes les personnes qui ont contribué à la présente enquête.

Précisions et limites du rapport

Le présent rapport repose sur l'information recueillie en lien avec le décès de Mme Ekoomiak, les témoignages entendus et l'ensemble de la preuve déposée au cours de l'enquête publique afin de mettre en lumière les enjeux susceptibles de protéger la vie humaine.

Il importe de souligner que mon mandat n'est pas d'évaluer la conduite ni la compétence des différents professionnels impliqués dans la trajectoire de soins et de services de Mme Ekoomiak ni de questionner les différents diagnostics médicaux posés durant sa trajectoire de soins.

Au surplus, selon 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 à cet effet et des organismes dont le mandat est spécifiquement d'assurer la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres et la protection du public.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme Pasha Ekoomiak est identifiée visuellement par des membres du personnel de l'Hôpital de Val-d'Or qui la connaissaient.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 7 février 2023, Mme Ekoomiak se trouve chez son copain. Durant la journée, elle consomme quelques comprimés de méthamphétamine (un psychostimulant aussi connu sous le nom de « speed »), elle passe un peu de temps sur son téléphone cellulaire, et le couple regarde aussi des films et joue à des jeux vidéo. En soirée, vers 21 h, Mme Ekoomiak et son copain circulent sur la voie publique et c'est alors qu'elle exprime qu'elle ne se sent pas bien depuis le début de la journée. À ce moment précis, elle indique aussi qu'elle ne peut faire plus de quelques pas sans être essouffée.

Le couple se trouve à proximité d'un dépanneur et, vu son état, Mme Ekoomiak demande à son copain d'appeler une ambulance. Celui-ci amène Mme Ekoomiak à l'intérieur du dépanneur et demande au commis de contacter la centrale 911. Des ambulanciers sont dépêchés sur les lieux peu après, soit vers 21 h 07.¹

Mme Ekoomiak confirme aux ambulanciers avoir consommé de la méthamphétamine durant la journée. Ses signes vitaux sont normaux, mais les ambulanciers² notent que son niveau d'oxygène dans le sang (saturation) et sa pression sont un peu bas. De plus, connaissant bien Mme Ekoomiak, ils constatent qu'elle semble plus mal en point que d'habitude. Pour toutes ces raisons, et avec son accord, les ambulanciers l'installent sur une civière et ils la transportent à l'Hôpital de Val-d'Or.

Mme Ekoomiak arrive au département d'urgence vers 21 h 27 et elle est évaluée au triage par une infirmière à 21 h 34.³ Les notes de l'infirmière du triage indiquent que Mme Ekoomiak a le souffle court depuis ce jour, qu'elle crache du sang, qu'elle a eu récemment un diagnostic de pneumonie, mais qu'elle ne prend pas la médication prescrite.⁴ Elle confirme avoir consommé de la méthamphétamine durant la journée. Un niveau de priorité 4 lui est alors accordé, selon l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence.⁵ En raison de son niveau d'agitation, en lien avec sa consommation, Mme Ekoomiak est dirigée vers la salle d'examen 2 plutôt que vers la salle d'attente, où sont normalement dirigés les patients avec un niveau de priorité 4.

Vu les symptômes de Mme Ekoomiak, une radiographie pulmonaire est demandée par l'infirmière au triage en raison de ses pouvoirs d'émettre une telle ordonnance et afin que le

¹ Pièce C-5*, p. 60.

² Pièces C-8.3* et C-8.4*.

³ Pièce C-5*, p. 57.

⁴ Pièce C-5*, p. 55.

⁵ La prise en charge devrait idéalement être effectuée dans un délai de 60 minutes pour une condition jugée moins urgente; ce délai pouvant varier selon l'âge, le degré de détresse du patient et les risques de détérioration ou de complications – Triage à l'urgence : lignes directrices www.oiiq.org.

médecin de garde puisse avoir en main les images radiologiques lors de sa consultation avec la patiente.⁶ Après cet examen effectué vers 23 h 52, Mme Ekoomiak est souriante et ne présente aucun essoufflement. Elle passe une partie de la nuit dans la salle d'examen, mais il lui arrive aussi de sortir de la pièce pour se rendre à la salle de bain, pour aller fumer ou encore pour passer un peu de temps dans la salle d'attente.

Le médecin de garde à l'urgence tente de voir Mme Ekoomiak une première fois vers 4 h 50, mais elle désire aller fumer et lui demande de revenir plus tard. C'est donc vers 6 h 10 que la consultation médicale a lieu.⁷ À ce moment, Mme Ekoomiak indique avoir consommé de la méthamphétamine à l'hôpital durant la nuit. Elle n'a toutefois pas de douleurs pleurétiques, sa saturation est à 100 %, elle n'a pas de fièvre et ne présente aucune difficulté respiratoire. Cependant, lors de son auscultation des poumons, le médecin note des crépitants au poumon droit (bruits respiratoires anormaux). De plus, la radiographie obtenue montre un infiltrat à la base du poumon droit. Aussi, son impression diagnostique est que Mme Ekoomiak souffre encore d'une pneumonie au poumon droit diagnostiquée il y a quelques semaines, en raison de sa non-compliance aux médicaments antibiotiques qui lui ont été prescrits précédemment. Dans les circonstances, une nouvelle prescription lui est remise avec une posologie précise pour améliorer la tolérance digestive ainsi qu'un médicament pour réduire la production d'acide dans l'estomac.

Le médecin mentionne à Mme Ekoomiak de consulter de nouveau si ses symptômes persistent, si de nouveaux symptômes apparaissent ou si elle note une diminution marquée de son état général. C'est alors que son congé est signé.

Par la suite, Mme Ekoomiak mange une collation dans la salle 2, elle prend les médicaments prescrits et reçoit des informations sur l'importance de prendre ses antibiotiques pour la période complète. L'infirmière présente, qui la connaît bien, note que Mme Ekoomiak est agitée et grince des dents, soit les signes usuels perçus lorsqu'elle consomme.⁸

Vers 7 h 30, Mme Ekoomiak est toujours dans la salle d'examen 2 et, étant donné son état d'intoxication, les policiers du Poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA) sont appelés en renfort afin d'assister Mme Ekoomiak et lui assurer un départ sécuritaire.

Les policiers arrivent sur les lieux vers 8 h 11⁹ et Mme Ekoomiak est alors dans la salle de bain, près de la salle d'attente de l'urgence. La porte de ce local est verrouillée. Après quelques minutes, elle ouvre la porte et un des policiers remarque alors des crachats salivaires légèrement teintés de sang dans l'évier. Mme Ekoomiak suit les policiers pour retourner vers la salle d'examen 2 et ces derniers observent qu'elle a une démarche ralentie, qu'elle est crispée et qu'elle a le dos arqué. Les policiers notent aussi qu'elle fait des mouvements de la mâchoire de droite à gauche et qu'elle gesticule. Puisqu'ils connaissent bien Mme Ekoomiak en raison de leurs interventions et contacts antérieurs fréquents, ils relèvent aussi qu'il s'agit de signes usuels d'intoxication chez elle.

Mme Ekoomiak mentionne alors avoir consommé deux comprimés de « speed » et accepte de remettre les six autres comprimés en sa possession aux policiers. Ces derniers concluent qu'elle ne peut quitter l'hôpital de façon sécuritaire dans cet état d'intoxication puisqu'elle n'a aucun endroit où aller par ce froid matin d'hiver. Toutes les ressources communautaires qu'elle fréquente habituellement sont alors fermées.

⁶ Pièce C-5.3*.

⁷ Pièce C-5*, p. 50.

⁸ Pièce C-5*, p. 32.

⁹ Pièce C-5*, p. 32.

Dans les circonstances, l'assistante-chef infirmière de l'urgence indique aux policiers que Mme Ekoomiak peut rester sur les lieux, dans un endroit de repos attendant à la salle d'attente de l'urgence, jusqu'en début d'après-midi. Mme Ekoomiak est installée dans un fauteuil de type La-Z-Boy dans cette salle de repos adjacente au triage, ce qui permet à l'assistante-chef infirmière de jeter un œil sur elle régulièrement. Les policiers quittent vers 8 h 43 avec l'entente de revenir chercher Mme Ekoomiak vers 13 h pour l'amener dans une ressource (centre de jour) qui sera alors ouverte pour l'accueillir.¹⁰

Vers 9 h 29, Mme Ekoomiak montre des signes d'agitation en augmentation et elle se couche au sol. À deux reprises, l'assistante-chef infirmière et une autre infirmière réinstallent Mme Ekoomiak au fauteuil. Elle refuse une couverture et de l'eau et ses grincements de dents sont encore plus présents.

Vers 9 h 53, Mme Ekoomiak semble vouloir aller à la salle de bain et les deux mêmes personnes l'y amènent en fauteuil roulant, mais elle n'a aucune miction ni selle. Au retour, il est impossible de rasseoir Mme Ekoomiak au fauteuil puisqu'elle n'a plus de tonus musculaire. Elle est alors installée sur la civière 3A, dans la section d'observation de l'urgence. Dans les minutes qui suivent, elle est non réactive et des membres du personnel notent qu'elle est en arrêt cardiorespiratoire. Un massage cardiaque est débuté vers 10 h et Mme Ekoomiak est transférée dans une salle de choc. Les manœuvres de réanimation se poursuivent jusqu'à 10 h 24, mais il n'y a aucun retour de pouls.¹¹ Devant le potentiel de récupération faible et les risques significatifs de séquelles, les manœuvres sont cessées et le décès de Mme Ekoomiak est alors constaté par le médecin de garde de l'urgence.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

À la demande du coroner investigateur, Me Morin, un examen externe est effectué le 14 février 2023 à l'Hôpital de Val-d'Or par un médecin examinateur. Cet examen montre un bon état de conservation du corps. Il n'y a pas de lésion traumatique et aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

L'autopsie n'a pas été ordonnée par Me Morin à ce moment.

Des échantillons biologiques prélevés au moment de l'examen externe sont analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'éthanol sanguin (alcool) est non détecté. Il y a présence d'acétaminophène en concentration thérapeutique dans le sang ainsi que des traces d'un autre médicament prescrit à Mme Ekoomiak. De plus, une concentration de méthamphétamine, dite thérapeutique (compatible avec un usage récréatif), est aussi détectée dans le sang.

¹⁰ Pièce C-5*, p. 32.

¹¹ Pièce C-5*, p. 26.

CAUSE DU DÉCÈS

À la lumière des expertises effectuées, du dossier clinique obtenu, des témoignages des médecins entendus durant l'enquête ainsi que du rapport et du témoignage du médecin expert, Dr Alain Vadeboncoeur, spécialiste en médecine d'urgence, plusieurs hypothèses sont soulevées et expliquées dans le cadre de ce rapport concernant la cause probable du décès de Mme Ekoomiak. Devant cette pluralité d'hypothèses et en l'absence d'une autopsie, je conclus que le décès de Mme Ekoomiak est secondaire à un choc (défaillance des organes dans un contexte d'hypotension), dont l'étiologie reste indéterminée, dans le contexte d'une cardiomyopathie (CMP) toxique sous-jacente et d'un trouble chronique d'usage de psychostimulants.

ANALYSE ET CONSTATS

Le travail du coroner est de déterminer les causes et les circonstances du décès d'une personne en vertu du mandat qui lui est confié par la *Loi sur les coroners*.¹² Par ailleurs, en vertu de l'article 3 de cette même loi, le coroner peut faire, à l'occasion d'une investigation ou d'une enquête publique, toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Il est important de mentionner qu'une recommandation doit avoir un lien avec les causes et les circonstances du décès. Afin de déterminer si des recommandations sont pertinentes, le coroner doit d'abord procéder à une analyse de la situation et faire des constats pour identifier des éléments qui peuvent justifier des recommandations.

1. Portrait de Mme Ekoomiak

Mme Ekoomiak est une femme autochtone de 32 ans, anglophone, Eeyou et Inuit ayant demeurée à Chisasibi un certain temps. Elle vit à Val-d'Or depuis quelques années et elle s'est éloignée de sa famille ainsi que de sa communauté. De plus, elle n'a pas de domicile fixe. D'apparence frêle, Mme Ekoomiak peut passer pour une enfant. Elle présente des problèmes de santé importants, plus précisément des troubles cardiaques, ainsi que des antécédents de consommation d'alcool et de substances psychostimulantes. Elle consulte régulièrement à l'Hôpital de Val-d'Or.

Pour les fins de cette enquête, c'est la période entre août 2022 et février 2023 qui est analysée, puisqu'elle correspond au moment où l'état de santé de Mme Ekoomiak se détériore grandement. Il est important de mentionner que le volumineux dossier clinique de Mme Ekoomiak de l'Hôpital de Val-d'Or, pour cette courte période, compte plus de 1500 pages.¹³

i. Contexte de son arrivée à Val-d'Or

Mme Ekoomiak arrive à Val-d'Or en 2020 avec son copain de l'époque. Auparavant, elle a habité dans la communauté crie de Chisasibi et y a obtenu des services de santé de 2008 à 2020, selon le témoignage de Mme Carenne Fortier, coordonnatrice des services cliniques Wiichihiituwin pour les patients cris.

Peu de temps après l'arrivée de Mme Ekoomiak à Val-d'Or, son copain est victime d'un homicide selon différents témoins entendus durant l'enquête. Ce drame la plonge dans un état

¹² RLRQ c C-68.01.

¹³ Pièces C-5*, C-5.1*, C-5.2*, C-5.3* et C-5.4*.

de désarroi selon le témoignage de l'agent Emmanuel Fraser de la Sûreté du Québec (SQ) travaillant au moment des événements au PPCMA.

C'est pourquoi il crée rapidement des contacts avec Mme Ekoomiak lorsqu'il la croise au centre-ville, alors qu'elle est en compagnie d'autres personnes en situation d'itinérance. Ces liens ont pour objectif de permettre à Mme Ekoomiak de faire appel à lui et à ses autres collègues du PPCMA, selon ses besoins.

Malgré l'épreuve terrible que Mme Ekoomiak vit en lien avec le décès de son copain, elle demeure à Val-d'Or par la suite. En fait, selon le témoignage d'une des infirmières qui a eu des échanges avec Mme Ekoomiak entre 2020 et 2023, Chisasibi n'est pas un endroit où elle souhaite retourner vivre.

ii. Sa situation d'hébergement et sa précarité résidentielle

Mme Ekoomiak vit une insécurité résidentielle depuis son arrivée à Val-d'Or en 2020. Le drame de l'assassinat de son copain a possiblement contribué à cette problématique vu le désarroi dans lequel cet acte de violence l'a plongée.

Selon les témoignages entendus, dont celui d'une ancienne intervenante de La Piaule entre 2019 et 2023 et celui de Mme Anna Dagenais, la directrice adjointe actuelle, Mme Ekoomiak fréquente sporadiquement cette ressource communautaire, qui offre des services variés aux personnes en situation de précarité résidentielle. Depuis qu'elle habite à Val-d'Or, Mme Ekoomiak s'y présente principalement pour y prendre des repas et pour dormir, refusant les autres services offerts visant une réinsertion sociale. À la sortie d'un séjour hospitalier en août 2022, un lit de convalescence à La Piaule a aussi été mis à sa disposition. Je reviendrai plus en détail sur cette période et sur les services disponibles à ce moment dans la section suivante de mon analyse.

Mme Ekoomiak fréquente également la ressource Chez Willie, un centre de répit de jour mis sur pied en 2014 par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) pour les personnes en situation d'itinérance, selon le témoignage de Mme Édith Cloutier, directrice générale du CAAVD. La section suivante de mon analyse apportera un peu plus d'informations concernant la ressource Chez Willie, qui offre des interventions de proximité pour les personnes autochtones en situation d'itinérance.

Selon des échanges de courriel entre des intervenants du CAAVD¹⁴ et une des déclarations produites en preuve¹⁵, Mme Ekoomiak est parfois hébergée chez un nouveau copain durant l'année 2022. Par ailleurs, peu avant l'été 2022, une intervenante du CAAVD lui propose d'effectuer des démarches pour obtenir une place dans une maison d'hébergement pour femmes de la région¹⁶, mais, après réflexion, cette option ne l'intéresse pas.

Il est donc difficile d'établir une trajectoire d'hébergement précise pour Mme Ekoomiak alors qu'elle se trouve à Val-d'Or. Il est cependant clair que cette trajectoire ne lui apporte aucune stabilité, comme c'est malheureusement le cas pour de nombreuses femmes en situation d'itinérance. Malgré les différentes stratégies que Mme Ekoomiak a utilisées pour survivre au jour le jour, cette instabilité résidentielle accentue encore plus sa vulnérabilité.

¹⁴ Pièce C-11.6*.

¹⁵ Pièce C-8.1*.

¹⁶ Pièce C-11.1*, p. 1.

2. Trajectoire de services entre 2021 et 2023

La preuve présentée montre que les différents services et possibles filets de sécurité autour de Mme Ekoomiak alors qu'elle est à Val-d'Or sont à l'image de sa situation d'hébergement : les interventions sont ponctuelles et superficielles. Ce constat contribue à expliquer sa grande vulnérabilité. Il importe toutefois de souligner que cela ne remet aucunement en doute la compétence ni la bienveillance de tous les intervenants qui ont gravité, personnellement et individuellement, autour de Mme Ekoomiak.

Ce constat reste cependant important pour déterminer si des enjeux spécifiques et systémiques sont en cause dans cette trajectoire de services sporadiques et si un meilleur arrimage des différents services aurait pu prévenir le décès de Mme Ekoomiak.

i. Le rôle du PPCMA

Comme indiqué précédemment, le PPCMA est intervenu auprès de Mme Ekoomiak alors qu'elle habite à Val-d'Or. Selon le témoignage de l'agent Emmanuel Fraser, l'équipe mixte d'intervention qu'est le PPCMA est composée de deux patrouilleurs de la SQ et d'un intervenant social du CISSSAT sur chaque quart de travail. Le PPCMA compte en tout dix policiers et cinq intervenants sociaux qui ont comme mandat, lors de leurs interventions, de bien encadrer les personnes vulnérables et de les diriger vers les ressources appropriées selon leurs besoins. Les interventions concernent surtout les situations d'itinérance ainsi que les appels récurrents à la SQ, alors que la judiciarisation n'est pas la solution. Le but pour chaque intervention demeure une prise en charge efficace et efficiente afin de maximiser le potentiel de chaque contact avec le PPCMA.

Aussi, rapidement après l'arrivée de Mme Ekoomiak à Val-d'Or, les équipes du PPCMA créent des liens avec elle. À certaines occasions, elles interviennent lorsque Mme Ekoomiak est intoxiquée sur la place publique afin d'assurer sa sécurité et la transporter à l'Hôpital de Val-d'Or pour une prise en charge de son état, lorsque sa situation le requiert. Par ailleurs, selon le témoignage de l'agent Fraser, Mme Ekoomiak n'est pas toujours intoxiquée lorsqu'il la croise entre 2020 et 2023. Elle demeure toutefois très vulnérable et semble toujours en mode survie. Selon lui, Mme Ekoomiak ne manifeste aucune méfiance envers lui et ses collègues lors de leurs échanges et elle le salue spontanément lorsqu'ils se croisent. Pour lui, l'approche préconisée a toujours été la résolution de conflit et l'agent Fraser n'a jamais donné de constat d'infraction à Mme Ekoomiak.

Il mentionne aussi que, dans ses interventions avec Mme Ekoomiak, il n'a jamais parlé de sa consommation de substances, même lorsqu'elle était intoxiquée, laissant ce travail aux intervenants sociaux du PPCMA. Quoiqu'il ait des liens ponctuels avec le CAAVD concernant différentes personnes, il n'en a jamais eu concernant Mme Ekoomiak. Pour l'aider lors de ses interventions, il la réfère plutôt aux partenaires communautaires que sont La Piaule et Chez Willie.

Le matin du 8 février 2023, lorsque Mme Ekoomiak obtient son congé du département d'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or, c'est le PPCMA qui est appelé afin de lui venir en assistance puisqu'elle demeure sur les lieux. M. Fraser s'y présente avec un collègue policier et explique que l'intervention n'a pas pour but d'assurer un transport de l'hôpital vers un autre endroit, mais d'établir un lien de confiance avec Mme Ekoomiak et de déterminer la meilleure finalité pour cette intervention dans l'intérêt de cette personne vulnérable selon sa situation. À ce moment, Mme Ekoomiak est en état d'intoxication et mentionne même à l'agent Fraser avoir consommé du « speed ». L'absence de ressource ouverte à ce moment de la journée amène

les agents du PPCMA à discuter avec l'assistance-chef infirmière de l'urgence afin que Mme Ekoomiak puisse demeurer en sécurité à cet endroit dans l'attente de l'ouverture d'une ressource pouvant la recevoir, en l'occurrence Chez Willie.

ii. La ressource Chez Willie et le CAAVD

Le lieu de répit Chez Willie est effectivement un endroit que Mme Ekoomiak fréquente depuis qu'elle est à Val-d'Or. Toutefois, la preuve présentée ne permet pas de savoir si sa fréquentation est régulière ou épisodique. Comme il a été expliqué par Mme Cloutier, cette ressource est ouverte 7 jours sur 7 entre 13 h et 21 h. C'est un endroit de répit qui offre des soins de base, de l'aide alimentaire, une approche de réduction des méfaits et de l'accès ou du maintien au logement. Les intervenants sur place peuvent aussi répondre aux demandes ponctuelles des usagers. Ces derniers sont majoritairement des personnes autochtones (69 %), selon Mme Cloutier.

Une des intervenantes du CAAVD venue témoigner a mentionné avoir rencontré Mme Ekoomiak à quelques reprises à la ressource Chez Willie alors qu'elle y était à l'accueil des usagers. Lorsqu'elle la voit à cet endroit, Mme Ekoomiak est souvent en état de grande consommation. En raison de ses fonctions, ce témoin a tenté de combler les besoins de base de Mme Ekoomiak lors de leurs contacts et a également tenté d'effectuer du référencement pour lui apporter une certaine stabilité. Mme Ekoomiak nomme alors surtout vouloir sortir de sa précarité d'hébergement. Toutefois, leurs rencontres demeurent superficielles, Mme Ekoomiak ne donnant pas suite à ses propositions, tant pour son hébergement que pour ses autres problématiques, selon la preuve au dossier.¹⁷ Ce témoin mentionne également que Mme Ekoomiak ne lui a jamais demandé de l'aide précisément pour son problème de consommation d'alcool et de psychostimulants.

Une deuxième intervenante du CAAVD a également eu des contacts avec Mme Ekoomiak afin de l'accompagner dans ses différentes problématiques.¹⁸ Tant les notes évolutives du témoin déposées en preuve que son témoignage indiquent que ses interventions ont uniquement été ponctuelles pour des demandes spécifiques en lien avec ses besoins de base. Mme Ekoomiak assiste à des rencontres de groupe de sobriété à quelques reprises en juin 2022, mais n'y retourne pas par la suite. Cette intervenante nomme aussi certains enjeux de cohérence dans les interventions du CAAVD auprès de Mme Ekoomiak à ce moment. C'est également ce qui ressort des échanges courriel entre les intervenantes du CAAVD en juin, août et décembre 2022, selon la preuve déposée.¹⁹

iii. La Piaule et le lit de convalescence

Au-delà de la fréquentation sporadique de Mme Ekoomiak à la ressource communautaire La Piaule pour des repas ou pour y dormir, un lit de convalescence est également mis à sa disposition lors de sa sortie de l'hôpital le 24 août 2022.²⁰ Selon l'entente établie par l'intermédiaire de l'intervenante du CAAVD²¹ et selon les témoignages entendus, ce lit lui est réservé pour une semaine et par la suite, elle peut y demeurer pour un mois afin de lui assurer du repos et lui apporter un début de stabilité.

¹⁷ Pièce C-11.1*.

¹⁸ Pièces C-11.1* et C-11.2*.

¹⁹ Pièces C-11.4*, C-11.5* et C-11.6*.

²⁰ Pièces C-5*, p. 1196, et C-15.2*.

²¹ Pièce C-11.5*, pp. 4-5.

Mme Ekoomiak préfère toutefois aller dormir chez un nouveau copain et elle utilise le lit mis à sa disposition uniquement à quelques reprises. Ainsi, la démarche, qui se voulait une façon de créer une certaine stabilité chez Mme Ekoomiak et lui permettre d'être en contact avec des intervenants sur une base quotidienne, ne se concrétise pas à ce moment. Il importe de mentionner que les témoignages entendus ont établi que La Piaule n'offre aucun service de distribution de la médication des usagers, mais peut fournir des rappels ou laisser une dosette à la vue des usagers qui fréquentent la ressource sur une base régulière.

Or, selon le témoignage de Mme Dagenais, les contacts de Mme Ekoomiak avec La Piaule se poursuivent à l'automne 2022, sur une base périodique uniquement. Mme Ekoomiak se présente souvent pour les repas, mais ne reste jamais sur les lieux bien longtemps. Selon son souvenir et son témoignage, le plus long séjour de Mme Ekoomiak à La Piaule a duré 4 ou 5 jours, vers la fin de 2022.

iv. Les intervenants sociaux du PPCMA

Outre les policiers du PPCMA, Mme Ekoomiak établit des liens avec un intervenant social également du PPCMA, spécialiste en activité clinique régionale en itinérance, qui travaille auprès de la clientèle itinérante depuis 2017. Ses interventions auprès de Mme Ekoomiak commencent en début d'année 2022 et, comme pour tous les intervenants qui sont venus témoigner, le but premier de ses contacts avec elle est d'établir un lien de confiance afin de lui venir en aide et de lui offrir différents services lorsque la fenêtre d'opportunité se présente. Ce témoin mentionne avoir eu des discussions avec Mme Ekoomiak concernant sa consommation, dans une approche de réduction des méfaits uniquement, afin de ne pas brûler les étapes et éviter de porter un jugement sur sa consommation.

Plus spécifiquement, et en raison du lien de confiance établi, cet intervenant accompagne Mme Ekoomiak, à sa demande, à un de ses rendez-vous médicaux chez un cardiologue en septembre 2022²², après l'avoir croisé dans la rue. Selon le témoignage de l'intervenant, cette rencontre très humaine se tient pour que le médecin puisse expliquer à Mme Ekoomiak l'importance pour elle de modifier ses habitudes de vie afin de prévenir une détérioration additionnelle de sa condition cardiaque, qui est déjà grandement affectée en raison de sa consommation d'alcool et de psychostimulants. Lors de ce rendez-vous, Mme Ekoomiak est réceptive aux explications fournies par le médecin, mais l'intervenant témoigne qu'elle manifeste également de la passivité, comme si elle encaisse alors le choc de la nouvelle que le maintien de ses habitudes de vie pourrait ultimement entraîner son décès.

À la suite de cette rencontre, l'intervenant discute avec Mme Ekoomiak et lui offre de l'aide pour tenter de modifier ses habitudes de vie afin de suivre les recommandations du médecin. Toutefois, Mme Ekoomiak verbalise qu'elle refuse d'arrêter de consommer. Il maintient donc une approche de réduction des méfaits pour pouvoir conserver un lien de confiance avec elle.

v. Le Comité clinique en rupture sociale et itinérance

L'intervenant du PPCMA est préoccupé par ce qu'il apprend concernant la condition médicale précaire de Mme Ekoomiak et sa passivité face à l'issue fatale possible. Pour cette raison et avec l'autorisation de Mme Ekoomiak, il soumet alors son dossier au Comité clinique en rupture sociale et itinérance²³ (Comité clinique en itinérance). Il s'agit d'un nouvel acteur dans la trajectoire des services offerts à Mme Ekoomiak. Mis sur pied autour de 2014, ce comité a pour mandat de réunir différentes ressources du milieu afin de discuter des cas complexes

²² Pièce C-14.8*.

²³ Pièces C-14.4 et C-14.5.

pour apporter le meilleur soutien aux personnes en situation de vulnérabilité, prévenir le travail en silo et assurer le meilleur suivi ainsi que l'élaboration de plans d'intervention concertés pour ces personnes. Sur une base hebdomadaire, les rencontres du comité permettent des échanges cliniques qui visent le développement d'une philosophie d'intervention commune pour la complémentarité des services et permettent aux intervenants d'avoir une plateforme pour aborder les enjeux ainsi que recevoir du soutien clinique et de la formation.

Les discussions des membres du comité concernant Mme Ekoomiak et sa décision de ne pas vouloir modifier ses habitudes de consommation les amènent à tenter de trouver des moyens pour lui faire reprendre espoir en la vie, l'amener à voir sa condition sous un autre jour et éliminer la notion de fatalité qui semble l'habiter. Pour tenter d'apporter de la stabilité dans son quotidien et l'éloigner de son milieu de consommation, le lit de convalescence à La Piaule est de nouveau mis à sa disposition. De plus, une activité de son choix lui est proposée pour lui permettre de se créer de nouveaux souvenirs. Parmi les suggestions proposées, il lui est nommé de retourner voir les gens de sa communauté, mais Mme Ekoomiak verbalise plutôt vouloir aller magasiner dans une boutique de vêtements et d'accessoires tendance pour femmes. Ce désir de Mme Ekoomiak rejoint l'importance de l'estime de soi et c'est avec enthousiasme qu'il est reçu.

Plusieurs tentatives sont donc effectuées pour concrétiser le souhait de Mme Ekoomiak, le tout en vain. Selon le témoignage de l'intervenant du PPCMA, il y voit un certain blocage chez Mme Ekoomiak, une mesure de protection pour prévenir des émotions nouvelles qui auraient pu l'habiter. Quant au lit de convalescence mis à sa disposition à La Piaule, comme indiqué précédemment, Mme Ekoomiak en fait un usage sporadique uniquement.

Au moment de l'ajout du dossier de Mme Ekoomiak parmi les cas à discuter par le Comité clinique en itinérance, les acteurs du milieu mobilisés sont le PPCMA, La Piaule ainsi qu'un intervenant de proximité du CISSSAT. Le CAAVD, qui participait au comité au moment de sa création, n'est pas présent autour de la table au moment des discussions en lien avec le dossier de Mme Ekoomiak.

Les raisons de l'absence du CAAVD au Comité clinique en itinérance à l'automne 2022 n'ont pas été clairement expliquées durant les audiences. Toutefois, selon le témoignage de sa directrice générale, Mme Cloutier, le CAAVD était en phase de développement organisationnel au niveau du déploiement de ses services psychosociaux et de sa clinique de santé autochtone à ce moment. Toujours est-il que l'absence du CAAVD au Comité clinique en itinérance m'apparaît être un des éléments importants à considérer en lien avec l'approche basée sur la sécurisation culturelle qui aurait possiblement mieux aidé Mme Ekoomiak dans sa trajectoire de soins et de services. J'y reviendrai donc.

3. La trajectoire de soins entre 2021 et 2023

Les hospitalisations détaillées dans la présente section de ce rapport font partie de la trajectoire de vie de Mme Ekoomiak depuis son arrivée à Val-d'Or. Elles constituent aussi des moments où elle peut profiter d'un toit et reprendre des forces sans être en mode survie. Il est donc intéressant de noter que Mme Ekoomiak signe très peu de refus de traitement durant sa trajectoire de soins lorsqu'elle est hospitalisée, comme il sera exposé ci-dessous. Aussi, contrairement à d'autres personnes en situation d'itinérance, et comme il a été le cas dans [l'enquête publique concernant le décès de M. Gilles Gaouette](#), le dossier clinique de Mme Ekoomiak mis en preuve ne me permet pas d'utiliser l'appellation « portes tournantes » concernant sa trajectoire de soins.

Le dossier clinique complet de Mme Ekoomiak pour la période concernée par l'enquête²⁴ révèle qu'elle souffre d'une CMP avec insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (ICFER), selon la terminologie médicale officielle. Les premières investigations ont lieu en janvier 2021 alors qu'elle est hospitalisée à l'Hôpital de Val-d'Or pour une pneumonie. Une cardiomégalie (augmentation du volume cardiaque) est alors notée sur une radiographie pulmonaire. Les investigations complémentaires en cardiologie démontrent à ce moment une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) évaluée à 28 % par échographie transthoracique (ETT) alors que la valeur normale se situe à plus de 40-50 %. Une scintigraphie myocardique²⁵, connue sous l'acronyme MIBI, est également complétée et ne révèle pas de maladie cardiaque athérosclérotique sous-jacente. Dans le contexte d'un trouble de l'usage de psychostimulants (méthamphétamine) et d'alcool chez une patiente d'à peine plus de 30 ans, le cardiologue conclut à ce moment à une CMP d'origine toxique avec ICFER.

Afin de limiter la détérioration de l'état de Mme Ekoomiak, un traitement pharmacologique à base de trois médicaments est débuté. Toutefois, le dossier clinique et les témoignages entendus à l'enquête révèlent que la compliance à ce traitement est limitée et les suivis subséquents en cardiologie sont sporadiques. Mme Ekoomiak manque d'ailleurs des suivis en avril, mai et juillet 2021.

i. Le séjour du 17 au 24 août 2022

Le 17 août 2022, peu après minuit, Mme Ekoomiak est transportée par ambulance à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or dans le contexte d'une douleur thoracique aiguë alors qu'elle est hébergée à La Piaule pour la nuit. Lors de l'évaluation par la Dre Andrea Coderre-Porras, qui est alors la médecin de garde à l'urgence et qui est aussi venue témoigner durant les audiences, Mme Ekoomiak précise avoir une douleur thoracique qui augmente à la respiration. Elle se plaint aussi d'une toux et d'essoufflements (dyspnée). Elle mentionne alors ne pas prendre sa médication et ne pas avoir consommé de psychostimulants depuis deux semaines. À son arrivée, les signes vitaux demeurent stables, mais les bilans sanguins complémentaires révèlent une augmentation légère des troponines (marqueurs qui s'élèvent lors d'une souffrance du muscle cardiaque) et des d-dimères (marqueurs qui s'élèvent lors de la formation et la résorption de caillots sanguins), ainsi qu'une élévation sévère des Pro-BNP (marqueurs qui s'élèvent lors d'une insuffisance cardiaque).

Vers 6 h, le 18 août, Mme Ekoomiak présente une décompensation respiratoire plus aiguë avec des crachats de sang (hémoptysies) et un traitement empirique est débuté dans l'attente d'investigations complémentaires. Dans ce contexte, Mme Ekoomiak est admise à l'Unité des soins intensifs. Une imagerie par tomodensitométrie (angioscan thoracique) permet d'exclure une embolie (caillot) pulmonaire, mais cet examen décrit des signes de surcharge ou d'infection pulmonaire. Un traitement combinant des antibiotiques et un diurétique est ajouté. Le même jour, elle est évaluée par le cardiologue, Dr Mohamed Mehdi Khider²⁶, qui reconduit le diagnostic de CMP toxique avec ICFER qui est actuellement décompensée.

La trithérapie usuelle en cas d'insuffisance cardiaque est reprise et un diurétique est ajouté pour éliminer la surcharge pulmonaire aiguë. Il est discuté d'implanter un défibrillateur pour prévenir le risque inhérent d'arythmies malignes chez Mme Ekoomiak, vu sa condition cardiaque, mais sa compliance variable au traitement et son trouble d'usage de substances rendent cette avenue non envisageable pour le moment. Une échographie transthoracique (ETT) de contrôle effectuée durant ce séjour démontre une détérioration de la FEVG à 18 %.²⁷

²⁴ Pièces C-5*, C-5.1*, C-5.3*, C-5.4*, C-6*, C-11*, C-11.1*, C-11.2*, C-11.3*, C-11.4*, C-11.5* et C-11.6*.

²⁵ Pièce C-5.4*.

²⁶ Pièce C-5.1*, p. 19.

²⁷ Pièce C-5*, p. 1350.

Il n'y a pas de signe d'infarctus aigu du myocarde, malgré une élévation légère, mais stable des troponines, laquelle est décrite comme secondaire à la condition cardiaque décompensée.

À partir du 19 août, Dre Catherine Nolet assure le suivi de Mme Ekoomiak durant son hospitalisation. Les traitements pharmacologiques sont ajustés considérant l'évolution favorable de la patiente. Selon le dossier clinique²⁸ et le témoignage de la Dre Nolet, des discussions régulières ont lieu entre elle et Mme Ekoomiak quant à sa condition de santé, le lien avec son problème de consommation, sa non-compliance au traitement et les motifs de son hospitalisation actuelle. Ces échanges portent également sur le risque élevé d'hospitalisations répétées, voire sur la possibilité du décès de Mme Ekoomiak. Afin d'optimiser le traitement entrepris, Mme Ekoomiak accepte de demeurer à l'hôpital, mais les notes d'évolution de la Dre Nolet et son témoignage indiquent que la patiente ne retient pas les informations transmises initialement. Lors d'un échange en date du 21 août²⁹, Mme Ekoomiak verbalise bien sa problématique cardiaque associée à son trouble de consommation et les risques de décès associés à sa condition si elle n'est pas traitée adéquatement. Elle nomme également les trois composantes du traitement de sa condition, soit la compliance au traitement pharmacologique, l'arrêt de sa consommation de psychostimulants et d'alcool, ainsi que sa restriction liquidienne étant donné son risque de surcharge pulmonaire.

Devant les défis envisagés au congé quant au suivi du plan thérapeutique, vu l'instabilité résidentielle et la vulnérabilité de Mme Ekoomiak, l'infirmière de liaison est sollicitée afin de faire le lien avec le CAAVD. Une rencontre à cet effet a lieu le 23 août³⁰ en présence de Mme Cloutier qui note un bon arrimage entre le CAAVD et l'hôpital pour le suivi de Mme Ekoomiak. De plus, comme mentionné dans la section précédente de cette analyse, une intervenante du CAAVD est impliquée et un séjour à La Piaule est organisé puisque telle est la volonté de Mme Ekoomiak. Le congé est signé le 24 août avec un suivi demandé en cardiologie d'ici un à trois mois afin de réévaluer le traitement et considérer l'introduction d'un nouveau médicament pour optimiser le tout et possiblement procéder à l'installation d'un défibrillateur. La Dre Nolet³¹ demande alors que la référence pour le suivi en cardiologie soit transmise à la clinique de santé autochtone du CAAVD pour assurer un certain filet en lien avec ce suivi, compte tenu de l'implication d'une intervenante du CAAVD au dossier de la patiente. De plus, pour aider Mme Ekoomiak avec la compliance à sa médication, une demande est aussi effectuée à la pharmacie communautaire pour la préparation de dosettes.³²

Comme expliqué précédemment, le séjour de convalescence de Mme Ekoomiak à La Piaule est de courte durée en raison de son choix d'aller souvent dormir chez son copain. Les mesures mises en place par l'intermédiaire de l'intervenante du CAAVD pour assurer un certain filet de sécurité sont donc cessées le 29 août³³ au profit d'un suivi ponctuel au besoin uniquement.

La trajectoire de services de Mme Ekoomiak, expliquée dans la section précédente de ce rapport, fait état de l'accompagnement qu'elle a requis, non pas du CAAVD, mais plutôt de l'intervenant du PPCMA pour son rendez-vous de suivi en cardiologie le 23 septembre 2022.³⁴ Le Dr Khider réitère alors la gravité de la condition cardiaque de Mme Ekoomiak. Les options

²⁸ Pièce C-5*, p. 1188.

²⁹ Pièce C-5*, p. 1191.

³⁰ Pièce C-11.5*, pp. 4 et 5.

³¹ Pièce C-5*, p. 1268.

³² Pièce C-5*, p. 1217.

³³ Pièce C-11.2*, p. 4.

³⁴ Pièce C-5.1*, p. 12.

envisagées pour optimiser le traitement ne peuvent malheureusement pas être prescrites en raison de la faible compliance de la patiente au traitement déjà en place ainsi que de sa consommation d'alcool et de psychostimulants qu'elle ne souhaite pas modifier. Un nouveau suivi avec contrôle de la fonction cardiaque par ETT est demandé par le cardiologue dans trois mois, mais cette information n'est pas transmise à la clinique de santé autochtone du CAAVD et demeure au dossier du département de cardiologie uniquement.

ii. Hospitalisation du 3 au 10 octobre 2022

Le 3 octobre 2022, peu avant midi, Mme Ekoomiak se trouve au centre-ville de Val-d'Or alors qu'elle éprouve des difficultés respiratoires ainsi que de l'agitation psychomotrice. Son copain communique avec le 911 et des ambulanciers sont dépêchés sur les lieux. Ils notent une possible consommation récente de psychostimulants ainsi qu'une accélération de sa fréquence respiratoire et de son pouls, sans hypotension. L'évaluation de la saturation (concentration d'oxygène dans le sang) est difficile à noter et, avec son accord, Mme Ekoomiak est transportée à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or.³⁵ Durant le transport, de l'oxygène à haute concentration lui est administré. Au moment de sa prise en charge médicale, sa saturation sans oxygène est de 80 % alors que la normale se situe entre 95 et 100 %. Mme Ekoomiak est immédiatement installée en salle de réanimation.

Le médecin de garde à l'urgence, Dr Joseph Kanku Tshinyama, qui est aussi venu témoigner, demande des bilans complémentaires au moment de son évaluation. Il indique dans sa note de consultation que Mme Ekoomiak présente une dyspnée depuis quatre jours, qu'elle n'a pas pris ses médicaments depuis environ une semaine et qu'elle a consommé des psychostimulants dans les heures précédant sa visite à l'urgence. Les premiers bilans révèlent une légère élévation des troponines, une acidose métabolique évoquant une souffrance des organes internes par hypotension, une anémie nouvelle profonde ainsi qu'une élévation sévère des Pro-BNP à 35 000, alors que la normale est inférieure à 300. L'état de Mme Ekoomiak est très grave et une intoxication aux psychostimulants avec décompensation de son insuffisance cardiaque est suspectée. Une hospitalisation est demandée.³⁶

Dre Anne-Michèle Bilodeau-Dubé, un autre témoin entendu durant les audiences, prend en charge Mme Ekoomiak pour son hospitalisation et assure le relais des soins vers 14 h³⁷ alors que la patiente est toujours en salle de réanimation. Dre Bilodeau-Dubé suspecte également une jaunisse dans le portrait clinique. Mme Ekoomiak demeure essoufflée en plus de verbaliser qu'elle a des épisodes de faiblesses et d'étourdissements. Elle ne rapporte pas de saignements digestifs ni d'hémoptyisie malgré la présence d'une toux grasse récemment détériorée. Le dépistage urinaire de drogues d'abus s'avère positif pour les amphétamines (psychostimulants) et corrobore la consommation récente alléguée. La tension artérielle de Mme Ekoomiak est à ce moment très instable, avec des hypotensions profondes bien documentées. Des bilans complémentaires sont ordonnés, la médication est révisée pour éviter l'hypotension. Un soluté et une transfusion sont administrés, et un traitement empirique d'antibiotiques et d'antiacides intraveineux est débuté pour traiter les causes potentielles de cet état de choc.

Dre Bilodeau-Dubé évoque à ce moment la possibilité d'un choc d'origine hémorragique ou septique, surajouté à un choc cardiogénique dans le contexte de sa CMP toxique sévère. Les bilans complémentaires révèlent en plus la présence d'une perturbation significative du bilan

³⁵ Pièce C-5*, pp. 1127 à 1145.

³⁶ Pièce C-5*, pp. 1127-1128.

³⁷ Pièce C-5*, p. 1111.

hépatique (le foie). L'état de Mme Ekoomiak est critique, le pronostic est réservé et elle est étroitement suivie par le personnel infirmier et médical durant cette journée.

Malgré la gravité de l'état de Mme Ekoomiak à son arrivée à l'urgence, son état ainsi que ses paramètres biochimiques s'améliorent progressivement durant son hospitalisation. Du mélna (selles noires) est brièvement objectivé par le personnel infirmier pouvant témoigner d'un saignement digestif haut (estomac ou œsophage) récent. Les examens effectués permettent d'éliminer la présence d'une pneumonie d'aspiration, mais les cultures d'urine révèlent la présence de la bactérie *Escherichia coli* (E. coli) laissant suspecter un possible foyer infectieux urinaire sous-jacent. L'imagerie par tomodensitométrie cérébrale effectuée ne montre aucun signe de complication intracrânienne aiguë. D'autres examens mettent en évidence la présence d'une stéatose hépatique (accumulation de tissu graisseux) sévère et d'un foie congestif qui dépend de l'insuffisance cardiaque. Mme Ekoomiak est évaluée en gastro-entérologie en lien avec une potentielle hémorragie digestive haute et la perturbation de son bilan hépatique. Une consultation plus poussée en gastro-entérologie en clinique externe est indiquée en l'absence de saignement actif. Dans les jours qui suivent, l'antibiothérapie et la médication antiacide sont poursuivies par voie orale et le traitement pharmacologique de sa CMP toxique est progressivement réintroduit. Mme Ekoomiak obtient son congé le 10 octobre 2022. À ce moment, c'est le PPCMA qui est avisé de la situation.

Suivant ce séjour en milieu hospitalier significatif, qui témoigne bien de l'instabilité médicale de Mme Ekoomiak, quelques visites ponctuelles à l'Hôpital de Val-d'Or sont documentées à son dossier clinique entre octobre et décembre 2022.

iii. Épisodes de soins brefs entre octobre et décembre 2022

Une visite à l'urgence survient le 16 octobre 2022 dans un contexte d'intoxication à l'alcool. De plus, le 31 octobre suivant, Mme Ekoomiak est évaluée au triage pour des symptômes de toux et de fièvre, mais, pour une rare fois, elle quitte avant l'évaluation médicale. Elle revient à l'urgence le lendemain en raison d'une douleur thoracique. Son évaluation médicale montre que les troponines sont normales et que ses symptômes sont en lien avec sa consommation de psychostimulants ainsi que sa non-compliance à son traitement pharmacologique.

Le 7 novembre, Mme Ekoomiak est réévaluée à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or par le Dr Kanku Tshinyama³⁸ pour des symptômes de toux avec hémoptysies et de fièvre depuis moins de 24 heures. Une élévation légère des troponines se normalisant au contrôle est notée alors que des marqueurs inflammatoires sont nettement augmentés. Un traitement par antibiothérapie intraveineuse est initié et une hospitalisation est demandée, car un examen radiologique confirme la suspicion initiale d'une pneumonie du lobe moyen. Le 10 novembre, elle obtient son congé avec un passage aux antibiotiques par voie orale. Puisque Mme Ekoomiak nomme n'avoir aucun endroit où aller, l'infirmière de liaison est impliquée³⁹ et fait le lien avec La Piaule ainsi qu'avec le PPCMA pour la gestion de son hébergement. Selon cette note, Mme Ekoomiak ne souhaite pas vouloir que les intervenantes qu'elle connaît au CAAVD soient contactées.

Deux autres visites rapprochées ont lieu à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or, soit les 20 et 29 novembre 2022. La première survient dans un contexte de douleur thoracique d'origine possiblement musculosquelettique. Quant à la seconde, elle suit une intervention policière des agents du PPCMA en lien avec une agitation psychomotrice ainsi qu'une hypoglycémie associée à la consommation de psychostimulants.

³⁸ Pièce C-5*, pp. 620-621.

³⁹ Pièce C-5*, p. 536.

Le 6 décembre, Mme Ekoomiak est évaluée par le Dr François Venne⁴⁰ à la clinique de santé autochtone du CAAVD à la suite d'une demande du personnel infirmier de la clinique l'ayant vue la veille. Dr Venne révise les informations qui lui sont accessibles au dossier clinique de l'Hôpital de Val-d'Or, mais ne dispose pas d'informations spécifiques concernant la CMP toxique du département de cardiologie. Lors de cette rencontre, Mme Ekoomiak rapporte une accentuation récente de sa dyspnée ainsi que des nausées. Lors de son témoignage à l'enquête, le Dr Venne indique que, selon les informations dont il dispose, il suspecte un début de décompensation de son insuffisance cardiaque. Des bilans sanguins et une radiographie pulmonaire sont ordonnés et un diurétique est prescrit pour diminuer les symptômes d'une possible surcharge pulmonaire en installation. Les enjeux de consommation de Mme Ekoomiak sont abordés puisque le Dr Venne se spécialise notamment dans les troubles de l'usage des substances. Un suivi est organisé pour le 13 décembre et une demande est effectuée à l'Hôpital de Val-d'Or pour obtenir une copie du dossier de cardiologie de Mme Ekoomiak, permettant au Dr Venne de mieux comprendre sa condition médicale.

Mme Ekoomiak ne se présente pas au rendez-vous du 13 décembre 2022, mais elle effectue ses bilans sanguins le 14 décembre. Le bilan hépatique montre des anomalies et une anémie est objectivée, soit des éléments à explorer par le Dr Venne lors d'un prochain contact médical, qui n'a malheureusement jamais lieu.

Le 14 décembre, Mme Ekoomiak est aussi transportée à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or par ambulance⁴¹ alors qu'elle est hébergée dans une ressource associée à La Piaule. Elle est agitée, ne coopère pas, présente des nausées et des vomissements, possiblement dans le contexte d'une consommation de psychostimulants ou d'autres drogues psychoactives. Elle obtient rapidement son congé, son état le permettant, et une fois de plus, le PPCMA est avisé de la situation.

Le 16 décembre 2022, Mme Ekoomiak revient à l'urgence par ambulance. Elle présente à ce moment une toux grasse sans hémoptysie. Elle est faible et essoufflée. Sa saturation est abaissée à 88 % lors de sa prise en charge par les ambulanciers, mais elle s'améliore rapidement avec l'administration de bronchodilatateurs après l'évaluation médicale de la Dre Coderre-Porras.⁴² Une pneumonie est suspectée à l'auscultation et confirmée par une radiographie. Mme Ekoomiak obtient son congé en raison de signes vitaux normaux et d'un état clinique rassurant avec une nouvelle antibiothérapie orale. Lors de cette visite, un dépistage nasopharyngé effectué pour la COVID-19 s'avère positif le 17 décembre 2022, et La Piaule, qui est son lieu d'hébergement à ce moment, est avisée de la situation.

iv. Hospitalisations et visites à l'urgence en janvier 2023

Le 1^{er} janvier 2023, peu avant 15 h, Mme Ekoomiak est de nouveau transportée à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or suivant une évaluation des ambulanciers. Elle présente des douleurs thoraciques et épigastriques, avec efforts de vomissements ainsi qu'une toux grasse. Le tout survient dans le contexte d'une consommation suspectée de psychostimulants et d'alcool durant les heures précédentes.

L'évaluation médicale décrit une agitation psychomotrice importante et une tachycardie. Les bilans complémentaires sanguins et radiologiques démontrent une augmentation des globules blancs avec élévation de la CRP (marqueur inflammatoire) ainsi que des anomalies déjà

⁴⁰ Pièce C-6*, pp. 17-19.

⁴¹ Pièce C-5*, pp. 402 à 407.

⁴² Pièce C-5*, pp. 388 à 395.

objectivées au bilan sanguin du 14 décembre, soit une perturbation de son bilan hépatique et une anémie. Il y a également une légère élévation des troponines, une élévation des d-dimères et une nouvelle suspicion de pneumonie. Une antibiothérapie est débutée de nouveau par voie orale, des imageries complémentaires sont ordonnées et une hospitalisation est demandée et acceptée par Mme Ekoomiak. Le médecin de l'hospitalisation, la Dre Marie-Pier Gervais-Moreau, qui est aussi venue témoigner à l'enquête, évalue Mme Ekoomiak le 2 janvier, vers 12 h 50.⁴³ La patiente ne présente plus d'agitation psychomotrice et peut verbaliser qu'elle a consommé pour la dernière fois environ 48 heures plus tôt. L'angioscan thoracique effectué⁴⁴ permet d'éliminer une embolie pulmonaire sous-jacente et confirme la présence d'une pneumonie sans surcharge pulmonaire surajoutée. En raison des séjours récurrents et de la prise d'antibiotiques récente, l'antibiothérapie est ajustée afin d'étendre le spectre de couverture devant des germes potentiellement résistants. Cette antibiothérapie par voie intraveineuse est alors débutée en combinaison avec un antibiotique oral durant ce nouveau séjour hospitalier.

Sa condition s'améliore progressivement les jours suivants, mais l'anémie significative de Mme Ekoomiak retient l'attention de la Dre Gervais-Moreau qui la requestionne afin de s'assurer de l'absence de saignement digestif ou de saignement gynécologique récents. La consultation en gastro-entérologie en externe demandée en octobre reste indiquée et un suivi en cardiologie est relancé en raison des suivis manqués dans les derniers mois.⁴⁵ Compte tenu de la situation précaire de Mme Ekoomiak, la travailleuse sociale est avisée afin d'assurer la coordination des suivis au moment du congé. Mme Ekoomiak nomme alors connaître tous les services. Elle ne désire pas d'autres interventions et indique qu'elle se rendra à La Piaule au moment de son congé qui survient le 5 janvier 2023.

Le 11 janvier, alors que Mme Ekoomiak circule sur la voie publique en direction de La Piaule, elle subit deux épisodes de vomissements, sans saignement. Au moment de l'intervention des ambulanciers, elle rapporte des douleurs thoraciques intermittentes depuis quelques jours avec une toux creuse et de la dyspnée. Une nouvelle évaluation est effectuée par le médecin de garde à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or, le Dr Kanku Tshinyama.⁴⁶ Il note alors une tension artérielle légèrement abaissée et une tachycardie légère connue, alors que le reste de l'examen est non contributoire. Un enjeu de compliance au traitement antibiotique récemment prescrit est également soulevé. Des bilans sanguins effectués démontrent une diminution des d-dimères et de la CRP par rapport à l'hospitalisation récente et une élévation plus importante qu'à l'habitude des troponines est documentée, mais l'électrocardiogramme (ECG)⁴⁷ demeure stable. Une radiographie de contrôle⁴⁸ démontre toujours de possibles phénomènes infectieux. Devant ces constats, des dosages sériés des troponines sont demandés, l'antibiothérapie orale est modifiée et Mme Ekoomiak est gardée en observation. Le matin du 12 janvier, les troponines se sont graduellement abaissées et l'état clinique s'est globalement amélioré. Mme Ekoomiak reçoit donc son congé avec un nouveau traitement antibiotique et un diagnostic de bronchopneumonie gauche possiblement non résolue et d'élévation secondaire des troponines. Une fois de plus, le PPCMA est interpellé, puisque Mme Ekoomiak n'a pas de lieu d'hébergement et elle est conduite à la ressource Chez Willie.⁴⁹

Le 18 janvier, une brève visite à l'urgence survient en lien avec une agitation psychomotrice ainsi qu'une douleur abdominale, sans fièvre et sans saignement digestif. Ces symptômes

⁴³ Pièce C-5*, pp. 194 et 328-329.

⁴⁴ Pièce C-5*, p. 304.

⁴⁵ Pièce C-5*, pp. 196 et 197.

⁴⁶ Pièce C-5*, pp. 176-177.

⁴⁷ Pièce C-5*, p. 146.

⁴⁸ Pièce C-5*, p. 153.

⁴⁹ Pièce C-5*, p. 138.

surviennent dans le contexte d'une consommation rapportée de psychostimulants et de la prise encore incomplète de son traitement antibiotique. Mme Ekoomiak est évaluée dans la nuit du 19 janvier par la Dre Coderre-Porras.⁵⁰ À ce moment, elle ne rapporte plus de douleur et l'examen physique ne permet pas d'identifier une problématique spécifique. Mme Ekoomiak souhaite alors quitter. Un rappel lui est effectué concernant l'importance de la prise complète de son traitement antibiotique pour sa bronchopneumonie gauche.

v. Séjour à l'urgence les 7 et 8 février 2023

La chronologie des événements lors du séjour à l'Hôpital de Val-d'Or les 7 et 8 février 2023 est détaillée dans la section *Circonstances* de ce rapport, mais certains éléments spécifiques de cette hospitalisation méritent que je m'y attarde pour une compréhension complète des interventions effectuées auprès de Mme Ekoomiak à ce moment.

Ainsi, avant l'évaluation médicale de la Dre Coderre-Porras qui survient à 6 h 10, le matin du 8 février, c'est une prise en charge infirmière qui se trouve au dossier clinique. L'infirmière de nuit voit donc Mme Ekoomiak pour la première fois vers 1 h, le 8 février.⁵¹ Ses signes vitaux sont alors repris et une agitation psychomotrice dite légère avec des tics moteurs faciaux est notée. La patiente rapporte toujours de la toux grasse avec hémoptysies et des douleurs thoraciques associées aux efforts de toux et à la respiration. En accord avec la Dre Coderre-Porras, de l'acétaminophène lui est administré à 2 h 15 en lien avec ses douleurs, selon une ordonnance collective, suivie par du lorazépam (hypnotique et anxiolytique) pour faciliter son sommeil. Vers 3 h 30, Mme Ekoomiak se trouve dans la salle d'attente, puis elle se dirige vers la salle de bain. Elle revient dans la salle d'examen 2 vers 4 h. Elle indique à l'infirmière de nuit avoir eu de la diarrhée et, lorsque questionnée à ce sujet, elle nie avoir consommé des drogues psychostimulantes dans la salle de bain. Mme Ekoomiak quitte pour fumer à 4 h 50 et à 5 h 20, ce qui retarde l'évaluation médicale de la Dre Coderre-Porras. Comme précédemment expliqué dans la section *Circonstances* de ce rapport, un congé est accordé après cette évaluation puisque l'état de Mme Ekoomiak est stable. Des conseils lui sont alors donnés concernant les symptômes à surveiller justifiant un retour à l'urgence à court terme. Aucune imagerie ni aucun bilan supplémentaire ne sont indiqués à ce moment.

À 6 h 45, Mme Ekoomiak est toujours dans la salle d'examen 2 et présente un épisode de diarrhée. Elle est dirigée vers la salle de bain pour effectuer son hygiène, des vêtements propres lui sont fournis et elle demande alors une collation, qui lui est apportée. La Dre Coderre-Porras en est avisée et demande à ce moment d'effectuer une recherche de *Clostridium difficile* (bactérie provoquant des diarrhées et des troubles intestinaux) lors d'un prochain épisode de selle liquide, en raison du risque associé à la prise d'antibiotiques multiples récemment. La vidéo de surveillance du corridor⁵² permet d'objectiver la démarche autonome, mais légèrement hésitante de Mme Ekoomiak entre la salle de bain et son retour à la salle d'examen 2. L'infirmière de nuit réexplique à Mme Ekoomiak qu'elle a congé et refait de l'enseignement sur l'importance de compléter son traitement antibiotique. Elle note⁵³ des signes d'agitation psychomotrice, mais Mme Ekoomiak nie la prise de nouvelles drogues.

Mme Ekoomiak étant bien connue du personnel de l'urgence, sa précarité résidentielle reste au cœur de tous les appels effectués au PPCMA pour tenter d'assurer un congé sécuritaire. C'est dans ce contexte que les policiers du PPCMA sont appelés sur les lieux le matin du 8 février et Mme Ekoomiak leur indique avoir récemment consommé deux comprimés de « speed ». De plus, elle admet avoir d'autres comprimés sur elle et, sans résistance, elle remet

⁵⁰ Pièce C-5*, p. 101.

⁵¹ Pièce C-5*, p. 29.

⁵² Pièce C-9.1*, vidéo 7.

⁵³ Pièce C-5*, p. 32.

les six comprimés qui lui restent à l'agent Fraser qui lui explique qu'il les lui demande pour sa sécurité selon son témoignage entendu durant l'enquête. L'agent Fraser et son collègue reconnaissent les signes de consommation récente chez Mme Ekoomiak et discutent de son congé avec le personnel infirmier. Ils conviennent tous qu'il est préférable, pour sa sécurité, qu'elle reste à l'urgence dans l'attente d'un transfert vers la ressource Chez Willie, que Mme Ekoomiak connaît et qui ouvre uniquement à 13 h.

Comme indiqué dans la section *Circonstances* de ce rapport, la suite des événements se produit rapidement et c'est vers 10 h que l'arrêt cardiorespiratoire menant au décès de Mme Ekoomiak survient.

4. Les causes possibles du décès de Mme Ekoomiak

L'analyse des causes possibles du décès de Mme Ekoomiak est basée sur le rapport d'expertise du Dr Vadeboncoeur⁵⁴, le rapport d'examen externe⁵⁵, le rapport d'analyses toxicologiques⁵⁶ ainsi que sur les informations complémentaires obtenues par les nombreux témoignages entendus durant l'enquête. Comme expliqué lors des audiences, au moment du signalement du décès de Mme Ekoomiak au Bureau du coroner et en raison des informations fournies, la coroner initialement chargée de l'investigation n'a pas ordonné d'autopsie.

Aussi, à la lumière de tous les faits mis en preuve tant durant l'investigation que lors de l'enquête publique, il est important de rappeler que Mme Ekoomiak, malgré son jeune âge, souffrait principalement d'une CMP avec ICFer d'origine toxique.

Le témoignage du cardiologue, le Dr Joël Pouliot, m'a aussi appris que l'exposition répétée ou chronique à l'effet stimulant (adrénergique) sur le cœur de substances psychoactives comme la méthamphétamine s'avère délétère pour la fonction cardiaque. L'évaluation en cardiologie effectuée en 2021 à l'aide d'une échographie et d'un MIBI dans le contexte d'une consommation active de psychostimulants a permis de poser ce diagnostic.

La sévérité de cette défaillance cardiaque a été mise en lumière par une échographie de contrôle réalisée en août 2022 et rapportant une fraction d'éjection du ventricule gauche nettement abaissée à 18 %. Dès lors, le risque de décès prématuré et de mort subite (arythmie maligne) s'avérait significatif en l'absence d'un traitement adéquat et d'une abstinence à la consommation de psychostimulants et d'alcool, malgré le caractère potentiellement réversible, en partie, de cette condition. Ces informations ont été transmises à Mme Ekoomiak lors de sa consultation avec le cardiologue, Dr Khider, en septembre 2022, à laquelle a assisté l'intervenant du PPCMA.

Le Dr Vadeboncoeur évoque dans son analyse⁵⁷ la présence, tout au long de la trajectoire de soins de Mme Ekoomiak, des valeurs très élevées de Pro-BNP (marqueurs d'insuffisance cardiaque) et des élévations fluctuantes des troponines suggérant une souffrance récurrente du muscle cardiaque qui témoignent d'un mauvais pronostic. Aussi, malgré des ajustements pharmacologiques effectués durant les nombreux séjours hospitaliers de Mme Ekoomiak en 2022 et 2023, ce traitement n'est pas optimisé en raison de sa faible compliance au traitement en externe dans un contexte de compréhension suffisante de sa condition et de ses risques. Ainsi, la quadrithérapie évoquée à quelques reprises au dossier clinique et durant les témoignages des médecins lors des audiences n'a pas pu être atteinte. De plus, l'installation d'un défibrillateur afin de prévenir une mort subite par arythmie maligne, bien qu'indiquée chez

⁵⁴ Pièces C-7.2* et C-7.3.

⁵⁵ Pièce C-2*.

⁵⁶ Pièce C-3*.

⁵⁷ Pièce C-7.2*, p. 39.

Mme Ekoomiak, ne lui est pas accessible en raison de l'absence de traitement pharmacologique optimal de sa condition et de sa faible compliance au suivi. Selon les explications du Dr Vadeboncoeur et selon son opinion, l'installation de cet appareil n'aurait malheureusement pas changé l'issue de l'événement aigu survenu le matin du 8 février 2023.

Il importe de rappeler ici que lorsque Mme Ekoomiak se présente à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or en fin de soirée du 7 février 2023, elle vient de vivre deux passages hospitaliers significatifs en début octobre 2022 et en janvier 2023. Ainsi, plusieurs comorbidités viennent s'ajouter à sa condition cardiaque déjà fragile et augmentent par le fait même les facteurs contributifs possibles au décès.

i. Les anomalies possibles du système pulmonaire

D'un point de vue pulmonaire, Mme Ekoomiak a chronologiquement reçu un diagnostic d'infection à la COVID-19 compliquée par une pneumonie droite entre le 14 et le 17 décembre 2022, une pneumonie gauche et au lobe moyen lors de son séjour du 1^{er} au 5 janvier 2023 et une nouvelle pneumonie gauche le 11 janvier. Le traitement antibiotique est ajusté en fonction de l'évolution mitigée des symptômes dans le contexte d'une compliance au traitement oral difficile. Devant l'évolution en dent de scie des symptômes respiratoires en janvier 2023, un diagnostic d'embolie pulmonaire est évoqué et recherché, mais un angioscan thoracique effectué le 1^{er} janvier permet d'en exclure la présence. L'hypothèse d'une embolie pulmonaire revient lors de la consultation du 11 janvier, mais selon les bilans effectués et l'évolution favorable de l'état de Mme Ekoomiak, l'investigation de cette condition n'est pas répétée. Comme le soulève le Dr Vadeboncoeur⁵⁸ dans son rapport, ce choix est raisonnable à ce moment, bien que le diagnostic demeure non exclu complètement.

Les symptômes évoqués par Mme Ekoomiak le soir du 7 février 2023 incluent de la dyspnée, de la toux avec hémoptysies et des douleurs thoraciques dites pleurétiques (accentuées à la respiration). Toutefois, sa description des symptômes varie selon l'intervenant avec qui elle est en contact à l'urgence. Dr Vadeboncoeur indique dans son rapport⁵⁹ que cette triade de symptômes pointe possiblement vers une embolie pulmonaire. Toutefois, les signes vitaux de la patiente, tant en soirée le 7 que tôt le matin du 8 février, sont dans les limites de la normale. Aussi, lors de sa consultation médicale avec la Dre Coderre-Porras un peu après 6 h le 8 février, Mme Ekoomiak ne présente aucune douleur thoracique et aucune dyspnée. Devant ces constats et en raison de la radiographie effectuée qui suggère à nouveau une pneumonie droite ainsi qu'une compliance difficile au traitement antibiotique, vu les problèmes digestifs rapportés par la patiente, la situation est réévaluée. La décision de traiter de nouveau la pneumonie est raisonnable, selon le témoignage du Dr Vadeboncoeur. De plus, ce dernier souligne dans son rapport⁶⁰ que même si une embolie pulmonaire avait été à l'origine de la détérioration subite de Mme Ekoomiak le matin du 8 février, cette embolie aurait été massive et difficilement évitable malgré l'instauration d'un traitement basé sur l'observation des symptômes à ce moment.

Par ailleurs, malgré le diagnostic de pneumonie retenu dans le portrait clinique, un choc septique secondaire est peu probable comme cause de décès en raison de l'absence d'un état septique dans les heures précédant la détérioration soudaine de l'état de Mme Ekoomiak. Au niveau pulmonaire, un phénomène infectieux ou hémorragique reste une des hypothèses émises pour expliquer un événement aigu menant à un arrêt cardiorespiratoire dans le cadre

⁵⁸ Pièce C-7.2*, p. 40.

⁵⁹ Pièce C-7.2*, p. 41.

⁶⁰ Pièce C-7.2*, p. 42.

du mandat du Dr Vadeboncoeur, mais le tout reste bien spéculatif, comme expliqué lors de son témoignage.

ii. Les anomalies possibles du système digestif

Le dossier clinique révèle que Mme Ekoomiak présente aussi une atteinte du foie mixte en bonne partie secondaire à un phénomène de congestion dans le contexte de son insuffisance cardiaque sévère. Cette condition est bien documentée à l'aide de bilans sanguins et d'imageries lors de son séjour hospitalier d'octobre 2022, mais elle n'est pas en cause dans le décès. Cependant, une telle condition peut contribuer à la présence de complications collatérales, notamment de possibles saignements digestifs associés à des pathologies gastriques ou œsophagiennes. À cet effet, lors du séjour hospitalier d'octobre 2022, une anémie associée à la présence de selles noires dans un contexte de possible épisode d'hémorragie digestive haute a été objectivée. Une évaluation en gastro-entérologie plus approfondie a été demandée pour confirmer l'origine des saignements internes, mais cette demande est restée sans suite. L'anémie reste présente lors des consultations subséquentes de Mme Ekoomiak à l'Hôpital de Val-d'Or, mais elle est stable et il n'y a pas de récurrence de saignements digestifs francs selon les dires de la patiente.

La référence pour une évaluation en gastro-entérologie est de nouveau demandée au début du mois de janvier 2023 par la Dre Gervais-Moreau. Le matin du 8 février, la Dre Coderre-Porras questionne Mme Ekoomiak en lien avec ses problèmes digestifs, mais elle nie avoir eu du sang dans ses selles et, pour cette raison, la présence d'un saignement actif significatif à ce moment est moins probable. Néanmoins, il est impossible d'exclure la présence d'une hémorragie digestive haute subite pour expliquer la détérioration aiguë de l'état de Mme Ekoomiak le matin du 8 février 2023.

Parmi les autres éléments présents dans le portrait clinique de Mme Ekoomiak qui pourraient être en cause au niveau digestif, une souffrance intestinale dans un contexte d'hypotension est évoquée par le Dr Vadeboncoeur.⁶¹ Cette hypothèse est toutefois peu probable, car des douleurs abdominales qui pourraient être à l'origine d'une telle condition aiguë ont été rapportées par Mme Ekoomiak lors d'une consultation du 18 janvier 2023, soit plus de trois semaines avant celles des 7 et 8 février. Lors de cette dernière consultation, rien d'alarmant n'est objectivé au niveau digestif.

iii. Anomalies possibles du système cardiaque

Malgré les réflexions et hypothèses précédentes quant aux autres systèmes pouvant avoir contribué au décès de Mme Ekoomiak, la CMP avec ICFer d'origine toxique demeure toutefois centrale à la lumière de la présente enquête.

En effet, toute atteinte supplémentaire à la fonction cardiaque très fragilisée de Mme Ekoomiak était susceptible d'entraîner une détérioration soudaine de son état, qu'elle soit infectieuse, hémorragique ou thrombo-embolique, comme évoquée précédemment. Par ailleurs, il est impossible d'éliminer une composante cardiogénique ou toxique comme élément contributif du décès comme expliqué ci-dessous.

Devant la détérioration soudaine de Mme Ekoomiak, peu avant 10 h le matin du 8 février 2023, ayant mené à un arrêt cardiorespiratoire, l'hypothèse d'une mort subite dans le contexte d'une arythmie maligne mérite d'être soulevée. En effet, comme mentionné précédemment,

⁶¹ Pièce C-7.2*, p. 40.

l'insuffisance cardiaque sévère de Mme Ekoomiak jumelée à sa consommation récurrente de psychostimulants la plaçait à risque d'une telle complication. C'est d'ailleurs dans l'objectif de prévenir cette complication que l'installation d'un défibrillateur est envisagée chez les usagers présentant une telle condition. Toutefois, lors des manœuvres de réanimation promptement débutées vers 10 h, le 8 février au matin, Dre Vien-Nolet documente plutôt une activité électrique sans pouls (AESP) au moniteur. Ces informations témoignent donc d'une activité électrique organisée, mais qui ne permet pas de soutenir une circulation sanguine suffisante et non pas d'une arythmie maligne, soit une irrégularité du rythme cardiaque à l'issue fatale. Bien qu'une arythmie maligne initiale, qu'il s'agisse d'une fibrillation ou d'une tachycardie ventriculaire, expliquant la détérioration soudaine ne soit pas impossible selon le témoignage du Dr Vadeboncoeur, une conversion spontanée très rapide sans choc administrée vers une AESP demeure moins probable. Par ailleurs, qu'en est-il d'une étiologie cardiaque ou encore d'une composante toxique ?

L'hypothèse de la Dre Vien-Nolet, qui a complété le bulletin de décès⁶², et qui a communiqué avec le coroner initialement, est un infarctus aigu du myocarde. Selon Dr Vadeboncoeur, cette hypothèse est moins plausible. En effet, Mme Ekoomiak souffrait d'une CMP toxique pour laquelle une investigation en 2021⁶³ n'a pas montré de maladie coronarienne significative sous-jacente. De plus, la fluctuation des troponines durant les consultations de Mme Ekoomiak à l'Hôpital de Val-d'Or n'est pas représentative d'une maladie coronarienne sous-jacente. Il s'agit plutôt du reflet d'une souffrance cardiaque dans le contexte d'une CMP avec un bas débit cardiaque chronique auquel s'ajoute parfois une composante infectieuse (comme les pneumonies) et parfois une composante toxique lorsque Mme Ekoomiak consomme.

Une dissection coronarienne aiguë occasionnant un infarctus du myocarde sans thrombose coronarienne sous-jacente ou une CMP de stress (tako tsubo) dans le contexte d'une consommation récurrente de psychostimulants n'est pas complètement impossible, selon le témoignage du Dr Vadeboncoeur. Cependant, une échographie rapide réalisée durant les manœuvres de réanimation n'a pas mis en évidence d'épanchement péricardique significatif selon Dre Vien-Nolet. Ainsi, il n'y avait aucun signe d'une possible tamponnade cardiaque à ce moment.

Par ailleurs, la consommation avouée de Mme Ekoomiak dans les heures qui ont précédé son décès et les signes d'intoxication (agitation et tics moteurs) détériorés et documentés le matin du 8 février 2023 soulèvent des questionnements légitimes quant à l'implication de cette consommation dans son décès. Les analyses toxicologiques⁶⁴ effectuées sur les prélèvements de liquides biologiques au moment de l'examen externe du 14 février 2023⁶⁵ montrent la présence dans le sang de méthamphétamine en concentration compatible avec un usage récréatif. Il ne s'agit donc pas d'une concentration toxique, mais elle n'est pas sans conséquence considérant la sévérité de la condition médicale cardiaque de Mme Ekoomiak.

Le résultat des analyses toxicologiques corrobore donc une consommation récente de psychostimulants avant le décès de Mme Ekoomiak. Bien que des psychostimulants comme la méthamphétamine ont le potentiel de causer des arythmies malignes, comme discuté précédemment et selon l'opinion du Dr Vadeboncoeur, ceci ne semble pas être le cas ici. Néanmoins, cette charge adrénergique (stress), même sans arythmie maligne, peut assurément avoir contribué à détériorer de façon plus aiguë la fonction cardiaque d'une personne atteinte d'une CMP sévère comme Mme Ekoomiak.

⁶² Pièce C-5*, p. 4.

⁶³ Pièce C-5.4*.

⁶⁴ Pièce C-3*.

⁶⁵ Pièce C-2*.

iv. Pourquoi la cause de décès reste-t-elle indéterminée ?

Les différentes hypothèses décrites ci-haut et expliquées par Dr Vadeboncoeur montrent qu'il est difficile d'être catégorique quant à la cause exacte du décès de Mme Ekoomiak. Un constat général se dégage tout de même. Le matin du 8 février 2023 vers 9 h 55, Mme Ekoomiak présente, comme l'indique Dr Vadeboncoeur⁶⁶, un collapsus circulatoire brutal menant à un choc, soit une défaillance des organes dans un contexte d'hypotension. La présence d'une AESP ne milite pas en faveur d'une arythmie maligne, ce qui laisse diverses hypothèses possibles concernant l'atteinte initiale en cause, telles qu'énumérées ci-haut. L'épisode vécu par Mme Ekoomiak peut donc se résumer à un choc d'étiologie indéterminée dans le contexte d'une CMP toxique sous-jacente et d'un trouble de l'usage de psychostimulants.

Il m'apparaît important ici de rappeler que le rôle du coroner est de déterminer, entre autres, la cause probable du décès, selon l'article 2(3) de la *Loi sur les coroners*⁶⁷, devant la preuve colligée et mise à sa disposition. Dans le cas présent, en raison de la pluralité des hypothèses soulevées quant à l'événement initial ayant mené à cet état de choc, sans qu'une cause se démarque comme plus probable qu'une autre, le décès de Mme Ekoomiak, malgré ses comorbidités significatives bien documentées, demeure, au sens du coroner, de cause indéterminée.

Je souligne aussi que cette conclusion n'est pas en contradiction avec le rapport d'expertise du Dr Vadeboncoeur⁶⁸ qui a conclu à un décès d'étiologie naturelle probable, mais de cause exacte inexpliquée, dans le contexte de comorbidités cardiaques. Par ailleurs, malgré les nombreuses hypothèses d'origine naturelle évoquées comme cause potentielle de décès, il est difficile pour moi d'exclure la contribution de la consommation de méthamphétamine peu avant le décès de Mme Ekoomiak, malgré un dosage non toxique et malgré l'absence d'arythmie maligne, puisque les effets de ces substances peuvent entraîner des conséquences imprévisibles sur un cœur sévèrement fragilisé comme le sien.

Comme expliqué au début de ce rapport, il ne relève ni du rôle ni du mandat du coroner de se prononcer, entre autres, sur la responsabilité civile ou professionnelle des intervenants du réseau de la santé impliqués dans la trajectoire de soins de Mme Ekoomiak. Néanmoins, afin de faire la lumière sur les circonstances entourant le décès, il importe d'apporter la précision suivante. Selon le Dr Vadeboncoeur⁶⁹, les différents médecins impliqués dans la trajectoire de soins de Mme Ekoomiak entre 2021 et 2023, tant à l'urgence que lors des hospitalisations, ont assuré des prises en charge diligentes, au mieux de leurs capacités, hors de centres hospitaliers tertiaires, auprès d'une patiente avec des problématiques complexes.

Suivant les manœuvres de réanimation d'une durée de 24 minutes le matin du 8 février 2023, des soins plus invasifs et complexes à organiser, même en centres tertiaires, comme l'ECMO (oxygénation sanguine par membrane extracorporelle) n'étaient pas une option raisonnablement accessible. De plus, la situation ne représentait, en aucun temps, un manque dans l'offre de services d'un centre hospitalier régional de soins primaires comme l'Hôpital de Val-d'Or.

⁶⁶ Pièce C-7.2*, p. 43.

⁶⁷ RLRQ c C-68.01

⁶⁸ Pièce C-7.2*, p. 45.

⁶⁹ Pièce C-7.2*, p. 43.

Je prends donc acte des conclusions du Dr Vadeboncoeur⁷⁰ et j'y souscris. Le décès de Mme Ekoomiak était difficilement évitable sans remonter bien en amont de son parcours de vie complexe. Les enjeux de compliance au traitement de la CMP toxique de Mme Ekoomiak, ses problèmes de consommation et sa situation d'instabilité résidentielle en tant que femme autochtone ont grandement complexifié sa trajectoire de soins tant pour les professionnels de la santé de l'Hôpital de Val-d'Or que pour les intervenants du PPCMA et du CAAVD ainsi que les ressources communautaires impliquées, et ce, malgré leurs champs d'expertise respectifs. De plus, leurs contacts avec Mme Ekoomiak se sont échelonnés sur une courte période de quelques années seulement et les problématiques médicales urgentes ont été au cœur des différentes interventions.

Il est toutefois impossible de brosser un portrait global des interventions auprès de Mme Ekoomiak sans questionner les initiatives tentées dans une approche de sécurisation culturelle dans son parcours de soins et de services. Je ne peux me pencher sur les constats et les pistes de recommandations sans évaluer si la composante centrale de femme itinérante autochtone de langue anglaise a pu avoir eu un impact dans son engagement fragile en lien avec les services et les soins qu'elle a obtenus.

5. La sécurisation culturelle dans le parcours de soins et de services de Mme Ekoomiak

Les témoignages entendus de Mme Caroline Roy, présidente-directrice générale du CISSSAT, et de Mme Sarah Charbonneau, adjointe à la directrice générale du CISSSAT et responsable de la sécurisation culturelle ainsi que la preuve produite⁷¹ ont établi le constat suivant : le CISSSAT travaille depuis longtemps sur plusieurs axes pour consolider et bonifier l'offre de services et de soins pour les personnes vulnérables autochtones dans une approche de sécurisation culturelle en adéquation avec sa mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Malgré tous les efforts du CISSSAT pour mettre de l'avant la sécurisation culturelle autochtone et le travail formidable effectué en co-construction avec le CAAVD à cet effet, et auquel je reviendrai dans les sections suivantes de ce rapport, il est difficile pour moi de véritablement mesurer l'impact de ces efforts dans le parcours de soins et de services pour Mme Ekoomiak.

Comme déjà indiqué, il ne fait aucun doute, selon la preuve présentée et les témoignages entendus, que tous les intervenants qui ont gravité autour de Mme Ekoomiak ont agi avec compétence, sensibilité, écoute, bienveillance, diligence et ouverture à entendre ses besoins. Toutefois, est-ce que Mme Ekoomiak a pu bien verbaliser ses besoins et a-t-elle senti un respect de sa culture, de son identité et de sa langue ?

Certains témoignages entendus indiquent que, étant itinérante autochtone en milieu urbain et vivant avec des traumatismes passés, Mme Ekoomiak avait une méfiance face aux communautés dominantes. Pour cette raison, elle avait peu confiance lors de ses interactions avec les policiers et le milieu de la santé. De plus, il a été allégué qu'elle était confrontée à une barrière linguistique puisque sa langue première était l'anglais.

Il serait présomptueux de ma part de conclure que, selon la preuve écrite et orale présentée, Mme Ekoomiak n'avait aucune méfiance envers les institutions puisqu'elle avait, somme toute, établi des liens avec les intervenants du PPCMA, elle se rendait régulièrement à l'Hôpital de Val-d'Or et elle acceptait les soins nécessaires pour son état de santé.

⁷⁰ Pièce C-7.2*, pp. 43-44.

⁷¹ Pièces C -14.1, C-14.2, C-14.3, C-14.7, C-14.7A et C-14.9.

Cependant, je dois reconnaître que la preuve écrite⁷² ne fait aucunement état d'une communication déficiente ou d'une barrière linguistique récurrente entre les intervenants et Mme Ekoomiak. De plus, selon plusieurs témoins, Mme Ekoomiak s'exprimait en anglais, mais pouvait également comprendre le français. Il est donc important ici de souligner que dans son volumineux dossier de l'Hôpital de Val-d'Or, la barrière linguistique est mentionnée une seule fois.⁷³ Pour pallier cette barrière linguistique, l'infirmière de liaison interpellée alors fait appel à quelqu'un qui pouvait discuter avec Mme Ekoomiak dans sa langue première, soit l'anglais, afin de comprendre ses besoins au moment d'un congé médical à la suite de son hospitalisation au début du mois de novembre 2022.

De plus, de nombreux témoins du réseau de la santé ont indiqué avoir établi un bon lien de confiance avec Mme Ekoomiak lors de leurs contacts, indiquant qu'elle était sympathique, agréable et reconnaissante. Il demeure aussi important de souligner qu'aucun des témoins n'a pu indiquer que Mme Ekoomiak était très volubile. Aussi, est-ce pour cette raison qu'elle ne pouvait indiquer que le respect de sa culture et sa langue étaient des éléments essentiels pour elle ? Les témoignages entendus et le volumineux dossier clinique n'offrent pas de réponse à cette question.

Je me dois, cependant, de souligner ici des éléments importants du témoignage touchant de Mme Dagenais, la directrice adjointe de La Piaule. Selon elle, Mme Ekoomiak s'ouvrait peu aux intervenants et les contacts qu'elle a eus avec Mme Ekoomiak étaient limités puisque « *la souffrance lui sortait par les pores de la peau* » pour reprendre textuellement ses propos. Ce sont des mots puissants qui m'ont profondément touchée.

Il ne fait aucun doute que Mme Ekoomiak a eu une vie extrêmement difficile. Ses problèmes d'instabilité résidentielle, de santé et de consommation sont ceux qui ont été mis en lumière durant l'enquête puisque ces problèmes sont en lien, soit direct, soit indirect avec son décès. Elle vivait toutefois d'autres problématiques sociales qui n'ont pas été abordées et auxquelles je ne ferai pas référence dans ce rapport par respect pour sa mémoire, sa vie privée et la vie privée de ses proches. Il n'en demeure pas moins qu'elle vivait avec des cicatrices psychologiques profondes en raison d'un parcours de vie rempli de souffrance. De plus, faisant face à de nombreux périls au fil des années qui l'ont mené à la rue, sa consommation de psychostimulants était peut-être sa véritable béquille pour arriver à survivre. C'est possiblement la raison pour laquelle elle n'a pas eu d'ouverture lorsque la discussion à ce sujet a été abordée avec l'intervenant du PPCMA en septembre 2022.

Malgré cette souffrance importante qui l'habitait, les interactions de Mme Ekoomiak avec les intervenantes du CAAVD, pourtant un lieu d'accueil, de services et de soutien pour les membres de la communauté dont elle faisait partie, ont été uniquement ponctuelles sans véritable investissement ou volonté d'engagement de sa part.

Ainsi, malgré les témoignages entendus indiquant la méfiance de Mme Ekoomiak envers les institutions et établissant un lien avec les traumatismes intergénérationnels autochtones, la juxtaposition de ses traumatismes personnels répétés est peut-être aussi à la source de cette méfiance. Il faut donc se demander si cette méfiance a pu transcender sa culture, son identité et sa langue, empêchant Mme Ekoomiak d'établir des liens de confiance même avec les intervenants du CAAVD. Il restera une part d'ombre en lien avec ce questionnement et les audiences de cette enquête n'ont pu m'éclairer à ce sujet.

⁷² Pièces C-5*, C-11* et C-15.

⁷³ Pièce C-5*, p. 536.

Il est important de revenir sur certains événements entre septembre et décembre 2022 pour aborder aussi la question de la sécurisation culturelle. Il a été établi que le CAAVD n'était pas présent et donc n'a pas pu participer aux efforts déployés par le Comité clinique en itinérance à l'automne 2022 pour tenter d'assurer un filet de sécurité à Mme Ekoomiak. Est-ce que la présence du CAAVD aurait permis à Mme Ekoomiak de voir cette lueur d'espoir qui était recherchée ? Est-ce que des gestes dans une approche de sécurisation culturelle auraient ouvert la porte à une participation active de Mme Ekoomiak à son plan de traitement pour prévenir une détérioration de son état déjà grandement fragilisé ?

Par ailleurs, l'amorce d'une prise en charge globale adressant la CMP ainsi que le trouble de l'usage de substances psychoactives, entrepris par le Dr Venne de la clinique de santé autochtone du CAAVD en décembre 2022, était certainement prometteuse et comportait une approche de sécurisation culturelle. Toutefois, elle est demeurée sans suite en raison de l'absence de Mme Ekoomiak aux suivis proposés.

Ainsi, malgré cette tentative pour intervenir efficacement auprès de Mme Ekoomiak dans une approche globale ancrée dans sa culture, son engagement n'a pu être assuré et il n'était pas possible de la contraindre aux suivis demandés par Dr Venne. Il me semble important de rappeler ici que l'ensemble de l'offre de soins et de services pour une personne fragilisée, mais apte comme Mme Ekoomiak, demeure tributaire de son consentement lorsqu'il y a absence de danger immédiat pour sa personne selon la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (communément nommée Loi P-38).

Ce cadre légal est important pour les droits des usagers même s'il reste perfectible. Dans le cas de Mme Ekoomiak, est-ce qu'il faut conclure qu'elle est la seule responsable de son destin ? Est-ce qu'il faut donc simplement accepter la fatalité de son décès ? La réponse est un non catégorique.

Sa courte vie a été parsemée d'embûches multiples, mais l'enquête publique a tout de même permis de mettre en lumière certains constats concernant sa situation de femme autochtone itinérante en milieu urbain. Ces constats portent désormais la voix de Mme Ekoomiak pour aider les autres femmes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or à suivre une voie dans un meilleur accompagnement pour les aider à reprendre le contrôle de leur vie et retrouver leur dignité. Avant de nommer ces constats, il importe de faire un retour sur la structure en place à Val-d'Or pour lutter contre l'itinérance dans sa globalité.

6. La concertation intersectorielle et les actions du CISSSAT

Le CISSSAT a participé activement à cette enquête, tout comme lors de l'enquête concernant le décès de M. Gilles Gaouette⁷⁴. Sa capacité d'introspection concernant l'amélioration des soins et des services a été bien démontrée lors de ses deux enquêtes. Comme déjà expliqué, le CISSSAT travaille sur plusieurs axes pour consolider et bonifier l'offre de services et de soins pour les personnes vulnérables en situation d'itinérance et en situation de dépendance ainsi qu'au niveau de la sécurisation culturelle. Tous ces efforts sont salués.

Selon les explications fournies durant les audiences, un Comité de gouvernance en itinérance a été mis sur pied en avril 2023. Au moment des faits examinés dans le cadre de cette enquête, c'est le Comité stratégique en itinérance qui existait.⁷⁵ Les membres de ce comité étaient la

⁷⁴ 2023-EP-00289.

⁷⁵ Pièce C-14.1.

Ville de Val-d'Or, le CISSSAT, la SQ (poste principal et le PPCMA), La Piaule et le CAAVD. L'objectif du comité stratégique, tel qu'expliqué par Mme Kristina Sawyer, directrice des programmes santé mentale et dépendance, itinérance et programmes sociaux du CISSSAT, était d'établir les alignements stratégiques pour atteindre les grandes orientations de sa direction.

Selon le témoignage de Mme Sawyer, il n'y a pas de programme spécifique en itinérance dans le réseau de la santé puisque l'itinérance n'est pas un diagnostic, mais un moment de vie qui peut être de courte durée ou devenir chronique. Cependant, un premier [Plan d'action interministériel pour contrer l'itinérance 2021-2026](#) a vu le jour et différents postes ont été créés au CISSSAT pour répondre aux besoins en plus de soutenir le milieu communautaire par la distribution de plusieurs sommes pour les ressources d'hébergement d'urgence de la région. Ce financement a également permis la création du poste de spécialiste en activité clinique régionale en itinérance, lequel exerce son travail au sein du PPCMA.

Lors de son témoignage, Mme Sawyer a exprimé des inquiétudes concernant la fin imminente du financement pour répondre aux différents besoins de la population itinérante et le CISSSAT en a même fait une recommandation au moment des audiences. Il semble toutefois que la pérennisation du plan d'action en itinérance ne soit plus un enjeu pour le CISSSAT, puisque leur financement a été reconduit depuis.⁷⁶ Il s'agit d'une excellente nouvelle qui permettra une consolidation des initiatives mises sur pied pour la population itinérante.

Un des partenariats que le CISSSAT a développé avec la SQ, soit le PPCMA, constitue une grande avancée pour Val-d'Or. Cette entité, comme déjà expliquée, offre des services d'accompagnement communs entre les policiers et les travailleurs sociaux spécifiquement pour la clientèle vulnérable en situation d'itinérance et de dépendance. La preuve présentée démontre bien que le PPCMA a joué un rôle central dans la trajectoire de soins et de services de Mme Ekoomiak.

Aussi, le CISSSAT travaille étroitement avec La Piaule pour tout accompagnement requis pour une personne en situation d'itinérance. Le lit de convalescence mis à la disposition de Mme Ekoomiak après son congé de l'Hôpital de Val-d'Or à l'été 2022 est un exemple du travail de collaboration qui existe sur le terrain entre le CISSSAT et le milieu communautaire.

Les liens entre le CISSSAT et le CAAVD se solidifient de plus en plus, comme il a été expliqué durant les audiences par Mmes Roy et Cloutier, pour atteindre les objectifs de sécurisation culturelle souhaités. Depuis près de 20 ans, l'initiative *Mino Pimatisi8in* a été développée en coresponsabilité et se fonde sur l'offre de services globale du CAAVD. La clinique de santé autochtone constitue un exemple d'avancée pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne dans le respect des réalités culturelles et identitaires. Elle illustre de quelle façon les familles en précarité socioéconomique ainsi que les personnes autochtones en rupture sociale ou vivant en situation d'itinérance peuvent avoir accès à des soins pour ainsi diminuer l'écart de santé qui existe entre les Inuit, les Premières Nations et les allochtones.

Sur le terrain, dans une optique d'*outreach* et de sécurisation culturelle, le CISSSAT a mis sur pied le Service Petapan⁷⁷ depuis l'été 2022. Il s'agit d'un motorisé disponible pour offrir des services de proximité aux personnes en situation d'itinérance. Ce service est disponible durant les mois où il y a absence de neige à Val-d'Or (entre mai/juin et octobre/novembre).

⁷⁶ Pièce C-19.1.

⁷⁷ Pièce C-14.2.

Une agente de liaison et navigatrice autochtone a été embauchée par le CISSSAT en octobre 2023 et est en poste à l'Hôpital de Val-d'Or⁷⁸ pour les médecins, les employés, les bénévoles et les étudiants ainsi que pour les partenaires autochtones et les usagers des Premières Nations. De plus, un service d'interprétariat existe depuis le printemps 2022 afin que les usagers puissent bénéficier des services en langue anglaise, lorsque requis, en application de l'article 15 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux dans un milieu confortable et sécurisant*.⁷⁹

Finalement, il est important de revenir sur le Comité clinique en itinérance⁸⁰ qui existe depuis 2014. Ce comité qui se réunit de façon hebdomadaire permet aux différents partenaires qui agissent en concertation intersectorielle de partager entre eux des informations sur des cas complexes pour mieux connaître les services que ces personnes utilisent afin de mieux compléter les interventions et leur fournir le meilleur accompagnement possible. Il s'agit d'une innovation et une avancée importante qui existe aussi dans d'autres villes de la région, comme à Rouyn-Noranda.

7. Les constats, les avancées systémiques en place et celles souhaitées

i. L'importance d'un suivi médical et psychosocial dans la continuité

Le PPCMA a été à l'avant-plan dans la courte trajectoire de soins et de services de Mme Ekoomiak durant son séjour à Val-d'Or. C'est le premier constat qu'il faut faire. Il faut toutefois retenir que, selon le mandat d'accompagnement du PPCMA afin de déterminer la meilleure solution au moment d'une intervention, il s'agit d'un mandat très utile, mais qui reste ponctuel. Ainsi, même si l'appel au PPCMA le matin du 8 février 2023 était certainement la meilleure option pour assurer que Mme Ekoomiak ne se retrouve pas au froid sans hébergement, il s'agissait encore une fois d'une approche ciblée dans le temps. Comme déjà indiquée dans l'enquête publique concernant le décès de M. Gaouette, une meilleure gestion des cas complexes est nécessaire pour assurer une prise en charge optimale par les bons professionnels de la santé au bon moment. Aussi, la désignation d'un intervenant pivot, soit un professionnel de la santé qui aide un usager à naviguer dans le système de soins et de services sociaux afin de coordonner les services, évaluer les besoins (physiques, sociaux, affectifs), fournir de l'information personnalisée et assurer un soutien adapté est essentielle pour prévenir des trajectoires de soins ponctuels pour les personnes comme Mme Ekoomiak qui vivent des problématiques complexes. En effet, un tel intervenant agit comme chef d'orchestre et des recommandations ont été élaborées en ce sens à la suite de l'enquête publique sur le décès de M. Gaouette. Des réponses favorables, que je salue, ont été obtenues du CISSSAT. Plus particulièrement, je salue la création du poste d'intervenant de proximité en itinérance afin d'assurer ce rôle de chef d'orchestre pour ces cas complexes qui visitent souvent l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or et qui doivent naviguer dans le système de soins en raison de leurs problématiques particulières. Le financement reconduit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour lutter contre l'itinérance permet de pérenniser ce poste et constitue donc une avancée en place qui sera maintenue. Il faut donc s'en réjouir.

Par ailleurs, la preuve présentée a clairement établi que Mme Ekoomiak souffrait d'une maladie cardiaque sévère et qu'un suivi régulier aurait possiblement permis un meilleur encadrement et une meilleure compliance au traitement requis pour sa condition. Les représentations du CISSSAT⁸¹ sont à l'effet qu'il est important d'établir un rapprochement

⁷⁸ Pièce C-14.3.

⁷⁹ Pièces C-14.7 et C-14.7A.

⁸⁰ Pièces C-14.4 et C-14.5.

⁸¹ Pièce C-19.1.

entre les soins et les services et la population, selon les orientations de Santé Québec. Un des objectifs à atteindre concerne l'accès simplifié et équitable aux soins primaires et aux services de proximité afin de réduire le nombre de visites à l'urgence et diriger les usagers vers les bons professionnels. Cette approche rejoint en tous points les recommandations déjà élaborées dans le dossier de M. Gaouette. Aussi, au-delà de l'intervenant de proximité en itinérance qui aurait pu faire une différence dans le parcours de soins et de services de Mme Ekoomiak, un professionnel d'une clinique faisant partie d'une offre de service régionale en insuffisance cardiaque aurait peut-être établi un lien de confiance et aurait aussi permis de mettre des mesures en place pour assurer une meilleure compliance à son traitement. La recommandation **R-1** adressera ce besoin pour un meilleur encadrement des usagers qui souffrent, comme Mme Ekoomiak, de maladies cardiorespiratoires.

La preuve a aussi établi que des mesures ont été mises en place après un séjour prolongé à l'Hôpital de Val-d'Or afin de permettre à Mme Ekoomiak de reprendre des forces et d'avoir un endroit d'hébergement stable et sécuritaire, soit le lit de convalescence à la ressource La Piaule. Il s'agissait encore une fois d'un événement ponctuel sans suivi de son état et avec une implication mitigée de la part de Mme Ekoomiak. Un chef d'orchestre assurant un véritable suivi dans la continuité aurait peut-être permis une meilleure participation de Mme Ekoomiak à ce plan de convalescence. Encore une fois, les nombreuses recommandations adressées au CISSSAT dans le cadre de l'enquête publique concernant le décès de M. Gaouette et qui ont été accueillies favorablement pourront apporter un meilleur accompagnement pour les personnes vulnérables comme Mme Ekoomiak après un séjour hospitalier.

Est-il donc nécessaire de développer des lits de soins post-hospitaliers pour les personnes en situation de vulnérabilité et d'itinérance comme le recommande le CAAVD ?⁸² Il est important de reconnaître que la participation et l'adhésion de ces usagers restent un enjeu majeur et un défi pour le réseau de la santé. C'est par la présence des bons intervenants agissant au bon moment afin d'établir des liens de confiance nécessaires pour favoriser une approche globale qu'un usager vulnérable peut recevoir l'accompagnement post-hospitalisation adéquat. Cependant, il est intéressant de noter qu'un projet pilote a été mis sur pied dans la région de Montréal entre un de ses organismes communautaires et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal afin de fournir un hébergement de transition aux personnes en situation d'itinérance qui viennent d'obtenir leur congé médical d'un hôpital relevant de ce CIUSSS. L'objectif de ce projet est d'aider les personnes en situation d'itinérance à se rétablir et à faire la transition vers un logement avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire. Il s'agit d'un projet pilote avec une date de terminaison établie, mais il me semble pertinent pour le CISSSAT de se pencher sur les conclusions de ce projet afin de déterminer si des lits de transition pour assurer le suivi des soins requis par la condition des usagers vulnérables peuvent être implantés dans la région de Val-d'Or. La recommandation **R-2** adressera ce sujet.

ii. L'importance du respect de la langue des usagers

Le deuxième constat concerne la communication entre Mme Ekoomiak et les différents intervenants du milieu. Selon la preuve présentée, il semble que la communication était fluide entre la patiente et les différents intervenants avec qui elle a eu des contacts. J'ai relevé un seul événement au volumineux dossier clinique où un intermédiaire a été requis pour communiquer avec Mme Ekoomiak afin de pallier la barrière de langue. Cet événement est survenu en novembre 2022 et le recours au service d'interprétariat n'a pas été utilisé alors que ce service a été mis sur pied par le CISSSAT en avril 2022. Lors de l'événement, il était

⁸² Pièce C-19.3.

essentiel de savoir si Mme Ekoomiak avait un lieu d'hébergement à sa sortie de l'hôpital et c'est la raison pour laquelle un intermédiaire est intervenu. Toutefois, il faut questionner l'approche qui a été utilisée alors que des canaux officiels étaient déjà en place.

Est-ce que la venue de la navigatrice autochtone, qui a maintenant un rôle à jouer dans les demandes d'interprétariat, peut aider dans la publicisation de ce service et dans la sécurisation culturelle souhaitée pour les usagers ? Puisque le poste de navigatrice autochtone n'existait pas au moment des faits, il est difficile de dire si l'utilisation de ce service aurait permis une meilleure sécurisation culturelle pour Mme Ekoomiak et une meilleure participation au plan de traitement élaboré. Cependant, dans un souci de faire connaître encore mieux les avancées établies pour une meilleure communication avec les usagers et pour assurer la sécurisation culturelle essentielle pour le CISSSAT, il me semble important de faire un rappel au personnel de l'Hôpital de Val-d'Or de l'existence de ce service d'interprétariat et du rôle que la navigatrice autochtone y joue au bénéfice des usagers qui ne parlent pas français. La recommandation **R-3** adressera ce besoin.

iii. Le rôle essentiel du Comité clinique en itinérance dans la trajectoire des usagers aux problématiques complexes

Le Comité clinique en itinérance à Val-d'Or est un joueur important sur le terrain pour assurer des plans d'action concrets auprès des personnes vulnérables. Le travail en silo et l'absence de concertation entre les différents intervenants du milieu en contact avec des usagers vulnérables ont été les éléments déclencheurs de sa création autour de 2014. Ce comité ne tient pas de dossiers physiques et fonctionne en petit groupe dans une optique de souplesse pour une meilleure efficacité afin d'intervenir directement dans les milieux de vie des usagers par une approche d'*outreach*. Un partenariat existe entre les membres du comité et le personnel de l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or. Toutefois, dans le cas de Mme Ekoomiak, ce n'est pas par le biais de l'urgence que son dossier a été discuté, mais plutôt à la suite d'un contact avec l'intervenant du PPCMA qui a été informé de sa condition de santé grandement fragilisée. L'approche concertée pour aider Mme Ekoomiak à comprendre les conséquences importantes de sa consommation sur sa santé cardiaque a été élaborée pour tenter de lui apporter de l'espoir, mais tristement cette approche n'a pas donné les résultats souhaités.

Tel qu'il a été soulevé comme questionnement plus tôt dans cette analyse, est-ce que cet échec dans les tentatives du Comité clinique en itinérance auprès de Mme Ekoomiak découle de l'absence de participation du CAAVD à ce comité en 2022 ? J'ai déjà établi qu'il est impossible de répondre à cette question, mais il est clair que le retour du CAAVD au sein du Comité clinique en itinérance depuis le décès de Mme Ekoomiak est une excellente nouvelle puisque sa présence permet une approche sécurisante et culturellement pertinente pour les usagers autochtones vulnérables dont les dossiers sont discutés par le comité. De plus, puisque le CAAVD constitue une instance de gouvernance autochtone urbaine à Val-d'Or, sa présence au comité établit une voie ou un corridor de services avec le CISSSAT et assure des canaux de communication clairs comme le recommande l'appel à l'action 98 du rapport final de la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*. Faut-il donc aller plus loin pour optimiser le fonctionnement du comité ? Selon les représentations du CAAVD⁸³, la réponse serait oui. Selon le CAAVD, il serait souhaitable d'évaluer et d'harmoniser les bonnes pratiques et les trajectoires du comité clinique pour une meilleure mise en place de filets de sécurité concertés plutôt que de dépendre d'initiatives individuelles des membres du comité.

⁸³ Pièce C-19.3.

La preuve présentée ne m'a pas permis de voir qu'une évaluation et une harmonisation des pratiques du comité clinique étaient nécessaires pour une meilleure protection de la vie humaine. De plus, il me semble hasardeux de vouloir suggérer une modification des pratiques de cette entité qui travaille dans la souplesse et qui s'adapte aux besoins des usagers avec des problématiques complexes. Cependant, le cadre de référence de ce comité doit être actualisé pour suivre le modèle établi pour le Comité clinique en itinérance de Rouyn-Noranda.⁸⁴ Ainsi, il s'agit d'une opportunité et, pour cette raison, il m'apparaît pertinent de formuler la recommandation **R-4** pour que le cadre de référence actualisé du comité inclue l'importance de maintenir la participation du CAAVD comme membre afin de toujours maintenir les corridors de services avec le CISSSAT et préserver des canaux de communication clairs avec l'instance de gouvernance autochtone urbaine à Val-d'Or.

Un autre constat important en lien avec le Comité clinique en itinérance est la méconnaissance de son existence par les différents intervenants venus témoigner à l'enquête publique. Même si le Comité clinique en itinérance a des liens importants avec le service de l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or et que Mme Ekoomiak y a séjourné à plusieurs reprises, ce n'est pas par le biais de l'urgence que sa situation a été discutée. En fait, c'est à la suite d'une rencontre fortuite avec un intervenant du PPCMA que sa fragilité a été mise en lumière pour les membres du comité. Il me semble donc important que le travail de ce comité ait une plus grande visibilité à même l'Hôpital de Val-d'Or. Cette visibilité n'aurait pas pour objectif de modifier sa structure et son fonctionnement, car je comprends très bien que son succès repose aussi sur le nombre restreint de participants qui y siègent. Je comprends aussi que le CISSSAT est représenté au sein du comité et que la chaise sera maintenant occupée par l'intervenant de proximité en itinérance, soit le poste créé à la suite des recommandations dans le dossier de M. Gaouette. Il me semble toutefois pertinent pour le CISSSAT de développer une activité de sensibilisation pour tout son personnel ainsi que pour les médecins qui travaillent à l'Hôpital de Val-d'Or concernant l'existence de ce comité et son mandat spécifique, afin que les corridors de services et les canaux de communication soient aussi ouverts que possible à même le CISSSAT. Il est essentiel que tous les usagers qui présentent des problématiques complexes puissent bénéficier des multiples avancées mises de l'avant par le CISSSAT afin de leur assurer la meilleure trajectoire de soins et de services. La recommandation **R-5** vise à combler ce besoin.

iv. L'importance des liens entre la clinique de santé autochtone de Val-d'Or et le CISSSAT

Le dernier constat à la suite de cette enquête publique concerne le rôle que la clinique de santé autochtone aurait pu jouer dans la trajectoire de soins et de services de Mme Ekoomiak. Cette clinique a été mise sur pied pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne pour les personnes autochtones et, plus particulièrement, pour celles en situation de vulnérabilité en intégrant les réalités culturelles et identitaires qui leur sont propres. Comme déjà expliquée, l'initiative *Mino Pimatisi8in* pour le mieux-être et la santé autochtone développée depuis près de 20 ans en co-construction entre le CAAVD et le CISSSAT est à l'origine de cette clinique.

Il m'a été expliqué que des développements organisationnels significatifs sont survenus à la clinique de santé autochtone depuis le décès de Mme Ekoomiak. Ces développements incluent la bonification de l'équipe médicale et ses services de deuxième ligne, l'amélioration des approches cliniques, la migration vers une tenue de dossier informatisée et l'établissement d'une trajectoire de services entre le CISSSAT et le CAAVD.⁸⁵ Ces avancées systémiques

⁸⁴ Pièce C-14.5.

⁸⁵ Pièce C-17.

sont un modèle impressionnant de co-construction et de co-responsabilité. Tout comme les actions menées pour améliorer la trajectoire de soins et de services pour les personnes en situation d'itinérance au CISSSAT, elles sont saluées.

Par ailleurs, malgré les manifestations concrètes sur le terrain de la présence de la clinique de santé autochtone du CAAVD depuis le décès de Mme Ekoomiak, certains enjeux peuvent constituer un frein pour assurer une trajectoire de soins et de services globale optimale. Comme ce fut le cas pour Mme Ekoomiak, dont le dossier du département de cardiologie de l'Hôpital de Val-d'Or n'était pas accessible au Dr Venne lors de sa consultation de décembre 2022, le cadre législatif actuel ne favorise pas toujours le partage d'informations entre les partenaires que sont le CISSSAT et la clinique de santé autochtone du CAAVD. Aussi, afin de consolider ce partenariat important pour la population vulnérable de Val-d'Or, il me semble important que le CISSSAT et le CAAVD étudient ensemble les difficultés d'accès afin de voir à l'implantation de solutions viables pour un meilleur partage des informations cliniques importantes dans l'offre de soins et de services dans le respect du cadre législatif en vigueur lorsque le consentement des usagers est obtenu. Cet élément fera l'objet de la recommandation **R-6**.

Finalement, il faut adresser la pérennisation de ce partenariat important au bénéfice des personnes vulnérables autochtones et plus particulièrement pour les femmes en situation d'itinérance comme Mme Ekoomiak dans le respect de leur culture, leur langue, leur rythme et leur cheminement personnel. Pour cette raison, et en suivant le même raisonnement appliqué concernant la pérennisation du financement des ressources dédiées à l'itinérance par le MSSS, il est aussi important d'assurer la continuité des avancées développées par l'initiative *Mino Pimatisi8in* du CAAVD et du CISSSAT pour un meilleur accès aux services de santé et de services sociaux pour la population autochtone à Val-d'Or. La recommandation **R-7** aborde ce besoin essentiel.

CONCLUSION

Cette enquête publique est la troisième qui m'a été confiée en deux ans concernant le décès d'une personne vulnérable en situation d'itinérance et vivant avec un problème de dépendance. C'est un mandat marquant, car il a permis de donner une voix à des personnes qui sont souvent invisibles aux yeux de plusieurs dans notre société.

Le jeune âge de Mme Ekoomiak et le fait qu'elle soit une femme autochtone anglophone en rupture avec ses liens familiaux et communautaires apportent une dimension nouvelle en lien avec cette problématique de santé publique. Derrière l'itinérance au féminin, il y a de nombreux facteurs de vulnérabilité et souvent un parcours rempli de traumatismes passés comme il a été exposé durant cette enquête.

À la base, ce sont les circonstances du décès de Mme Ekoomiak qui soulevaient des questionnements légitimes concernant les soins et services qu'elle a reçus du CISSSAT peu de temps avant son décès. Ces questionnements ont été répondus en grande partie. Mme Ekoomiak a eu accès aux soins nécessaires et sans délai lorsque requis par son état de santé depuis qu'elle était à Val-d'Or, mais son atteinte cardiaque était telle qu'un événement aigu est survenu le matin du 8 février 2023. Aussi, malgré tous les efforts entrepris par le personnel médical à ce moment, elle n'a pu être sauvée.

Comme il a aussi été établi, c'est effectivement bien en amont de cet événement qu'il aurait été nécessaire d'agir pour établir des ponts de services directs pouvant rejoindre Mme Ekoomiak. Alors que ces ponts de services dépassent grandement le cadre de cette enquête, l'ouverture et la collaboration des personnes intéressées ont tout de même permis d'identifier des éléments importants afin d'améliorer la prise en charge globale d'une personne vulnérable comme Mme Ekoomiak pour créer le filet de sécurité souhaité et même tracer un chemin vers la réinsertion sociale.

En conclusion de l'enquête publique concernant le décès de M. Gaouette, j'ai souligné que la jeunesse de notre société est son avenir. Toutefois, une jeunesse vulnérable, fragilisée et sans soutien, peut difficilement fleurir et s'épanouir. Aussi, malgré le regard plutôt sombre que cette enquête publique a révélé sur la vie de Mme Ekoomiak, je retiens qu'elle était frêle et profondément blessée, mais qu'elle avait un regard souriant ainsi qu'une force intérieure et une résilience certaine. La bienveillance des intervenants qui ont gravité autour d'elle n'a pas permis de rejoindre ses espoirs enfouis et ses rêves les plus chers. Cependant, le poème lu lors de l'hommage qui lui a été rendu après son décès, et partagé par le CAAVD dans leurs représentations écrites, parle de bonheur, de sourires, de rayons de soleil, de crépuscule doux et aussi d'espoir. À la mémoire de Mme Ekoomiak, ce texte est reproduit en annexe IV de ce rapport. Les mots apaisants et enveloppants de ce poème doivent nous rappeler que nous avons une responsabilité collective envers les personnes vulnérables de tous les âges et de toutes les origines.

Les personnes en situation d'itinérance sont des citoyens à part entière avec leur dignité et personne ne doit détourner le regard. Les avancées systémiques mises de l'avant à Val-d'Or par le CISSSAT et par le CAAVD sont source d'espoir et elles honorent aussi la mémoire de Mme Ekoomiak.

RECOMMANDATIONS

Afin de mieux protéger la vie humaine, je formule les recommandations suivantes :

Je recommande que le **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue** :

- [R-1] Veille à la mise sur pied d'une offre de service régionale pour les usagers qui souffrent de maladies cardiorespiratoires à l'Hôpital de Val-d'Or avec tout le personnel requis, en tenant compte des ressources disponibles pour en assurer le bon fonctionnement afin de fournir un meilleur encadrement et optimiser la trajectoire des soins nécessaires pour ces usagers;
- [R-2] Étudie, en collaboration avec Santé Québec, la pertinence de développer un projet de lits de transition pour les personnes en situation d'itinérance selon les modèles qui font actuellement l'objet de projets pilotes dans le réseau de la santé et des services sociaux ailleurs au Québec et permettant la continuité des suivis pour les soins requis par la condition des usagers;
- [R-3] Sensibilise le personnel de l'Hôpital de Val-d'Or et les médecins qui y pratiquent à l'importance d'avoir recours à son service d'interprétariat et à sa navigatrice autochtone lorsque les barrières linguistiques sont présentes et afin d'assurer une meilleure sécurisation culturelle pour les usagers autochtones;
- [R-4] Procède à l'actualisation du cadre de référence du Comité clinique en rupture sociale et itinérance en prévoyant la participation pérenne de l'instance gouvernementale autochtone urbaine à Val-d'Or, soit le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or;
- [R-5] Sensibilise le personnel de l'Hôpital de Val-d'Or et les médecins qui y pratiquent à l'existence, au mandat et au fonctionnement du Comité clinique en rupture sociale et itinérance afin d'assurer une trajectoire de soins et de services optimale pour tous les usagers vulnérables avec des problématiques complexes;
- [R-6] Consolide, en collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, l'implantation de solutions viables dans le respect du cadre législatif afin d'assurer un meilleur partage des informations cliniques importantes entre l'Hôpital de Val-d'Or et la clinique de santé autochtone pour une offre de soins et de services optimale à tous les usagers autochtones de la clinique.

Je recommande que le **ministère de la Santé et des services sociaux** :

- [R-7] Accorde au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or le financement requis pour assurer la pérennisation de la clinique de santé autochtone (initiative *Mino Pimatisi8in*) gérée en coresponsabilité avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Montréal, le 4 mai 2026.



Me Stéphanie Gamache, coroner

ANNEXE I - LA PROCÉDURE

Le 1^{er} juin 2023, la coroner en chef de l'époque, Me Pascale Descary, a ordonné la tenue d'une enquête publique afin de déterminer les causes probables et les circonstances des décès de trois personnes vulnérables qui ont reçu des soins et services de l'Hôpital de Val-d'Or, dont Mme Pasha Ekoomiak qui est décédée le 8 février 2023.

J'ai été mandaté afin de présider cette enquête. Le médecin et coroner Marc Jalbert m'a assistée à titre d'assesseur. J'ai déterminé qu'il était préférable de procéder en scindant les dossiers pour en faire des enquêtes individuelles. La première enquête publique a procédé en novembre 2024 et le rapport d'enquête a été rendu public en juillet 2025. L'enquête publique concernant le décès de Mme Pasha Ekoomiak a procédé à Val-d'Or en novembre 2025.

Dès le début des audiences, j'ai reconnu comme personnes intéressées celles qui m'en avaient fait la demande, soit :



- Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue représenté par Me Simon Corriveau (*Cain Lamarre, sncrl*);
- Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, représenté par Me Eve Laoun (*Eve Laoun Avocate*);
- Les Drs Anne Michèle Bilodeau-Dubé, Andrea Coderre-Porras, Marie-Pier Gervais-Moreau, Joseph Kanku Tshinyama, Catherine Nolet, Alexandra Vien-Nolet et François Venne, représentés par Mes Véronique Roy et Gabrielle Beetz (*McCarthy Tétrault s.e.n.c.r.l., s.r.l.*);

J'ai été assistée tout au long de la préparation de l'enquête publique concernant le décès de Mme Pasha Ekoomiak par Me Émilie Fay-Carlos, procureure aux enquêtes publiques du Bureau du coroner.



Les audiences publiques concernant le décès de Mme Pasha Ekoomiak se sont déroulées du 17 au 21 novembre 2025.

J'ai entendu 27 témoins et 57 pièces ont été produites.

ANNEXE II - LISTE DES PIÈCES

Cote	Description
C-1	Ordonnances d'enquête et désignation d'un coroner (2023-06-01)
C-1.1	Désignation d'un procureur – Me Pierre-Olivier Bilodeau (2023-07-07)
C-1.2	Désignation d'un procureur – Me Éric Lépine (2024-03-05)
C-1.3	Désignation d'une procureure – Me Émilie Fay-Carlos (2025-05-13)
C-1.4	Décret 81-2024 – Assesseur Dr Jacques Ramsay (2024-01-23)
C-1.5	Décret 878-2025 – Assesseur Dr Marc Jalbert (2025-07-02)
C-2 *	Rapport d'examen externe
C-3 *	Rapport d'analyse toxicologique
C-4 *	Dossier clinique – Hôpital d'Amos
C-5 *	Dossier clinique – Hôpital de Val-d'Or (août 2022 à février 2023)
C-5.1 *	Dossier clinique – Hôpital de Val-d'Or – Cardiologie
C-5.2 *	Dossier clinique – Hôpital de Val-d'Or – Formules sanguines
C-5.3 *	Dossier clinique – Hôpital de Val-d'Or – Imagerie médicale
C-5.4*	Dossier clinique – Hôpital de Val-d'Or – Scintitomographie myocardique au MIBI sous dipyridamole
C-6 *	Dossier clinique – Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD)
C-7	 Dossier contenant les documents du Dr Alain Vadeboncoeur – Expert en urgétoologie et en médecine cardiovasculaire
C-7.1	Dr Alain Vadeboncoeur – Curriculum vitae (CV)
C-7.2 *	Dr Alain Vadeboncoeur – Rapport d'expertise
C-7.3	Dr Alain Vadeboncoeur – Références citées au rapport (en liasse)
C-8 *	 Dossier de déclarations (complément d'enquête)
C-8.1 *	Déclaration – M. Francis Leclerc – Conjoint de Mme Pasha Ekoomiak
C-8.2 *	Déclaration – M. Jonathan Shink – Témoin civil
C-8.3 *	Déclaration – M. Dave McCann – Paramédic
C-8.4 *	Déclaration – M. Jonathan Bisson – Paramédic

Cote	Description
C-9	📁 Dossier contenant les photos et vidéos
C-9.1 *	Extraits - Caméras de surveillance de l'Hôpital de Val-d'Or (en liasse)
C-9.2	Photos – Fauteuil – Hôpital de Val-d'Or (en liasse)
C-10 *	Plan d'étage – Urgence de l'Hôpital de Val-d'Or
C-11 *	📁 Dossier contenant les documents du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) - Accompagnement de Mme Pasha Ekoomiak
C-11.1 *	CAAVD – Interventions brèves – Avril à août 2022
C-11.2 *	CAAVD – Notes évolutives – Août 2022
C-11.3 *	CAAVD – Notes évolutives – Février 2023
C-11.4 *	CAAVD – Courriels au dossier – Juin 2022
C-11.5 *	CAAVD – Courriels au dossier – Août 2022
C-11.6 *	CAAVD – Courriels au dossier – Décembre 2022
C-12	📁 Dossier contenant les documents du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD)
C-12.1	CAAVD – Offre de service
C-12.2	CAAVD – Structure des services
C-12.3	CAAVD – Mino Pimatisi8in – Entente de coresponsabilité
C-12.4	Engagement 5 – CAAVD – Mino Pimatisi8in – Bilan 2022-2023 <i>(remplace le bilan 2023-2024 déposé antérieurement sous C-12.4)</i>
C-12.5	CAAVD – Anwatan – Inclusion sociale – Services de première ligne
C-12.6	CAAVD – Schéma – Piliers et approches privilégiées
C-12.7	Présentation Mino Pimatisi8in (Caroline Roy, Édith Cloutier et Stéphane Laroche) <i>Déplacé sous C-17</i>
C-13	📁 Dossier contenant les documents du Poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA) <i>(aucun document déposé)</i>
C-14	📁 Dossier contenant les documents du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT)
C-14.1	Sécurisation culturelle - Présentation de la démarche
C-14.2	Démarche de sécurisation culturelle Présentation des constats et des initiatives prometteuses et identification des besoins d'accompagnement
C-14.3	Agent de liaison et navigation autochtone – Hôpital de Val-d'Or
C-14.4	Mandat – Comité clinique en rupture sociale et itinérance

Cote	Description
C-14.5	Cadre de référence - Comité clinique en rupture sociale et itinérance de Rouyn-Noranda
C-14.6	Offre de service – Direction des services multidisciplinaires
C-14.7	Note - Procédure pour bénéficiaire du Service d'interprétariat
C-14.7A	Procédure pour demander les services d'un interprète
C-14.8 *	M. Antoine St-Germain – Résumé des démarches – Mme Pasha Ekoomiak
C-14.9	Engagement 2 – Description du service Petapan
C-14.10	Engagement 3 – Composition du comité de gouvernance en itinérance et du Comité stratégique en itinérance
C-14.11	Engagement 4 – Organigramme – Direction des programmes en santé mentale et dépendance
C-15	 Dossier contenant les documents de La Piaule
C-15.1	La Piaule - Courriel de Mme Isabelle Boucher
C-15.2*	La Piaule - Résumé d'utilisation des services de Mme Pasha Ekoomiak
C-16	Engagement 1 – Confirmation d'envoi de la feuille sommaire d'hospitalisation (pp.1180 et 1215 de la pièce C-5)
C-17	Présentation Mino Pimatisi8in (Mmes Caroline Roy, Édith Cloutier et Stéphane Laroche)
C-18	Présentation – Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or – Recommandations
C-19	 Dossier contenant les représentations écrites et répliques
C-19.1	Représentations écrites - Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, représenté par Me Simon Corriveau (<i>Cain Lamarre, s.e.n.c.r.l.</i>)
C-19.2	Représentations écrites - Les Drs Bilodeau-Dubé, Coderre-Porras, Gervais-Moreau, Kanku Tshinyama, Nolet, Venne et Vien-Nolet, représentés par Me Véronique Roy et Me Gabrielle Beetz (<i>McCarthy Tétrault s.e.n.c.r.l., s.r.l.</i>)
C-19.3	Représentations écrites - Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, représenté par Me Eve Laoun (<i>Eve Laoun Avocate</i>)

ANNEXE III - LISTE DES ACRONYMES

AESP :	activité électrique sans pouls
CAAVD :	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
CISSSAT :	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMP :	cardiomyopathie
ECG :	électrocardiogramme
ETT :	échographie transthoracique
FEVG :	fraction d'éjection du ventricule gauche
ICFÉR :	insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite
MIBI :	scintigraphie myocardique
MSSS :	ministère de la Santé et des Services sociaux
PPCMA :	Poste de police communautaire mixte autochtone
SQ :	Sûreté du Québec

ANNEXE IV

After the glow....

*I'd like a memory of me
To be a happy one,
I'd like to leave an after glow
Of smiles when life is gone.*

*I'd like to leave an echo
Whispering softly down the ways,
Of happy times dans laughing times
And bright and sunny days.*

*I'd like the tears of those who grieve
To dry before the sun,
Of happy memories that I leave,
When life is done.*

Auteur inconnu