Bureau du coroner
Québec

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de
[redacted]
2024-03701

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

Me Nancy Bouchard
Coroner

Édifice Le Delta 2
2875, boulevard Laurier, bureau 390
Québec (Québec) G1V 5B1
Téléphone : 1 888 CORONER (1 888 267-6637)
Télécopieur : 418 643-6174
www.coroner.gouv.qc.ca

version dénominalisée

BUREAU DU CORONER		
2024-05-15 Date de l'avis	2024-03701 N° de dossier	
IDENTITÉ		
[redacted] Prénom à la naissance	[redacted] Nom à la naissance	
29 ans Âge	Féminin Sexe	
Saguenay Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2024-05-15 Date du décès		
Domicile Lieu du décès	Saguenay Municipalité du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme [redacted] [redacted] (ci-après désignée '[redacted] avec l'accord de ses proches) est identifiée visuellement par un proche.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 15 mai 2024, alors que [redacted] ne va pas très bien, ses parents s'inquiètent et la cherchent. Vers 21 h 15, son père descend au sous-sol de la résidence et la retrouve inanimée, pendue à une poutre du plafond d'une partie du sous-sol moins fréquentée. Son père coupe la corde, mais son corps est en rigidités donc il ne fait pas de manœuvres ; il contacte les services d'urgence.

Le décès de [redacted] est constaté à distance par un médecin de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence le 15 mai 2024.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été pratiqué le 16 mai 2024 à la morgue locale. Il a permis de constater la présence d'un sillon de pendaison à la partie supérieure du cou. Aucune autre lésion traumatique ou suspecte n'a été observée.

Des liquides biologiques prélevés lors de l'examen externe ont été analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Ces analyses ont démontré la présence dans le sang de trazodone (un médicament qui lui était prescrit pour l'aider à dormir) et d'aripiprazole (un antipsychotique), en concentration thérapeutique. L'éthanol (l'alcool) sanguin était non décelable.

ANALYSE

[redacted] était une jeune femme d'origine chinoise qui a été adoptée à l'âge de 8 mois. Elle était aimée de tous, travaillante, douée et elle avait un bon lien avec ses parents et pouvait compter sur leur soutien tout comme ses amis. Toutefois, dès son adolescence, elle s'est mise à avoir des difficultés. En effet, elle se cherchait et ne savait pas dans quel domaine s'orienter. De plus, elle a commencé à consommer de l'alcool et des drogues et les années suivantes ont été parsemées de hauts et de bas.

version dénominalisée

Hospitalisation en 2009

En décembre 2009, alors qu'elle était âgée de 15 ans, [redacted] a été hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide par intoxication. À ce moment, elle vivait des difficultés scolaires et relationnelles et un trouble d'adaptation avait été observé. La tentative semblait impulsive. Par la suite, elle a été suivie en psychiatrie, référée en psychologie au Centre local de services communautaires (CLSC) et elle a eu un suivi régulier avec son médecin de famille.

En septembre 2014, alors qu'elle était âgée de 19 ans, elle a donné naissance à un enfant. Cet événement a apporté à [redacted] quelques années avec davantage de stabilité et de tranquillité ; elle a cessé de consommer lors de sa grossesse.

En juin 2016, son médecin de famille a demandé que [redacted] soit évaluée pour un trouble déficitaire de l'attention (TDA), ce qui a été fait au mois de novembre. Le résultat était que si [redacted] avait un TDA, celui-ci était léger.

Dans les années suivantes, elle a continué à être suivie régulièrement par son médecin de famille. Parmi les événements plus marquants, on compte sa séparation en 2017 et les problèmes de consommation qui sont revenus. Dans les notes du dossier médical, on peut entre autres lire que [redacted] vivait beaucoup d'anxiété financière, qu'elle avait peu confiance en elle, qu'elle vivait de l'instabilité professionnelle, domiciliaire et relationnelle et que la garde partagée de son enfant était difficile. Elle avait tendance à consommer pour surmonter plus facilement ces éléments.

Son médecin l'a référé au centre de réadaptation en dépendance (CRD), mais elle a refusé et une demande en psychologie au CLSC a été effectuée et débutée en 2019. Au cours de cette même année, elle a commencé la prise de médication (antidépresseur et antipsychotique). Lorsque le suivi avec le CLSC a été terminé (12 séances en psychologie) en avril 2020, son médecin a demandé à la travailleuse sociale du groupe de médecine familiale (GMF) un autre suivi et elle a à nouveau été référée en psychologie au CLSC.

À l'automne 2019, [redacted] a demandé l'aide de ses parents. Ceux-ci avec l'accord de [redacted] l'ont amenée à l'urgence, car ils étaient inquiets de son état et, en octobre 2019, elle a été accueillie au CRD pour un trouble relié à l'usage d'alcool et de stimulants. Elle a par la suite été sobre pendant plusieurs années.

En août 2020, elle a vu à nouveau un psychiatre qui a émis un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée (TAG), trouble de personnalité limite avec traits dépendants et troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ainsi que des troubles de comportements alimentaires. Sa médication a été ajustée et une requête en services professionnels pour un suivi en psychologie a été faite.

Selon ses proches, [redacted] était plutôt stable de 2019-2023. Elle a intégré un groupe pour la personnalité et les relations en 2022 et elle a reçu un suivi psychologique du CLSC de 2019-2020. Toutefois, elle aurait recommencé à consommer du cannabis à l'automne 2023 afin de l'aider à gérer son anxiété et dans les semaines suivantes, notamment à partir du mois de décembre, sa situation s'est aggravée au point où elle n'était plus en mesure de s'occuper de son enfant. En effet, elle avait des idées de grandeur, était instable, impulsive et méfiante. Elle a quitté son amoureux sur un coup de tête et ne voulait pas être hospitalisée.

Première hospitalisation de 2024 (21 au 26 février)

Le 21 février 2024, à la demande de ses proches et à la suite d'une ordonnance de garde préventive, elle a dû être hospitalisée pour une psychose. Elle était désorganisée et elle avait des propos suicidaires. Les notes au dossier confirment que [redacted] avait un trouble de la personnalité limite (TPL) lequel était exacerbé par la consommation de cannabis. Elle

version déformalisée

vivait plusieurs difficultés, notamment avec son ex-amoureux, au travail et au niveau de son rôle de mère.

Lors de cette prise en charge Info-Social a demandé l'intervention des intervenants du programme UNIS (équipe d'intervenant psychoéducateur ou travailleur social appelé à intervenir dans le milieu auprès des usagers en crise ou en amont d'une crise). Toutefois en cours d'hospitalisation il a été convenu de l'orienter en santé mentale adulte (SMA), donc cette demande a été fermée.

Dans les jours suivants, elle n'était plus considérée suicidaire (l'évaluation du risque indiquait un faible danger), donc la garde en établissement a été refusée par le juge. [redacted] prévoyait retourner chez son ex-amoureux, reprendre son travail et voir son enfant. Il faut dire que ses proches étaient très inquiets de ce congé et d'un retour à domicile sans prise en charge en continu. [redacted] a accepté une référence au groupe TPL et au CRD et une nouvelle référence a été faite au CLSC. Le 26 février 2024, elle a eu son congé.

Quelques jours plus tard, [redacted] a vu une amie d'enfance et cette dernière l'a trouvé très changée, agressive et désorganisée au point où elle s'est adressée au service de police et à son médecin pour demander de l'aide, comme précisé ci-dessous.

Le 1er mars 2024, la coordonnatrice au mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) a demandé de prévoir une rencontre avec [redacted] À ce moment, sa cote était à P1 (P1 représente la priorité la plus élevée 1 nécessitant une intervention immédiate). Une rencontre a été prévue le 11 mars, délai qui était relié aux disponibilités de [redacted] (l'appel a été fait dans les 24-48 heures).

Le 4 mars, les proches de [redacted] se sont adressés aux policiers qui eux ont interpellé les intervenants du programme UNIS. Toutefois, ceux-ci n'étaient pas disponibles et il n'y avait pas de dangerosité selon l'évaluation d'Info-Social. Le 5 mars, les informations ont été relayées à la coordonnatrice qui s'est engagée à une prise en charge rapide.

Deuxième hospitalisation de 2024 (5 mars au 27 mars)

Le 5 mars 2024, [redacted] a vu son médecin de famille alors qu'elle vivait un épisode de désorganisation et qu'elle avait des épisodes maniaques vraisemblablement reliés à sa rechute après plusieurs années de sobriété. Celle-ci a fait une demande de consultation en psychiatrie et [redacted] a été admise à l'Hôpital de Chicoutimi (une garde préventive et ensuite provisoire ont été ordonnées). Plusieurs rencontres ont eu lieu avec [redacted] au cours de cette hospitalisation ainsi que quelques-unes avec ses parents, la plupart du temps à leur demande. À nouveau, ces derniers se sont démontrés très inquiets de l'état de leur fille et se sentaient démunis, dépassés. Les parents se sont adressés au Maillon (un organisme communautaire qui vient en aide aux parents et amis qui vivent avec une personne atteinte de maladie mentale). Le 27 mars, la période de garde étant terminée, [redacted] a refusé de demeurer hospitalisée et a quitté contre avis médical. Un résumé de l'hospitalisation a été transmis à son médecin de famille, à la demande de sa mère. Il a également été proposé au médecin de faire une demande au Centre de répartition des demandes de services (CRDS) pour que [redacted] soit revue. Selon les notes au dossier, aucun élément de dangerosité n'était prévisible pour justifier une démarche de garde contre son gré. Son état s'était nettement amélioré. Sa médication a été ajustée afin d'ajouter de l'aripiprazole un antipsychotique en plus de la sertraline (un antidépresseur) et de la quétiapine (un antipsychotique) qu'elle prenait depuis quelques années.

Ainsi, la psychiatre qui a levé la garde en établissement pour lui permettre des sorties est revenue évaluer la patiente suite au refus de traitement. Les recommandations médicales lui ont été expliquées ainsi que le plan de traitement qui avait été convenu avec elle. Comme il n'y avait aucun élément pour justifier la garde contre son gré, [redacted] a pris la décision de quitter. L'équipe de soins lui a demandé de discuter avec ses parents et lui a recommandé

version préliminaire

de rester à l'hôpital. Les conseils de départs lui ont été donnés comme appeler le 811, prendre un rendez-vous avec son médecin de famille, se présenter à l'urgence si ça n'allait pas. Elle allait demeurer chez ses parents. À la demande du psychiatre, les demandes de suivi ont été annulées par l'infirmière de liaison puisque [redacted] avait un plan de traitement pour son rétablissement. Les suivis faisant partie du plan de traitement et le plan de sortie ont été annulés, car l'usagère a pris la décision de quitter contre avis médical, donc refusait de suivre le plan. Je reviendrai sur certains de ces éléments un peu plus loin.

Le 28 mars, [redacted] a contacté un intervenant du MASM pour l'aviser qu'elle a signé un refus de traitement, car elle était tannée d'être au D7 (l'étage attitré à la psychiatrie de l'hôpital) et elle demandait de recevoir des services. Une rencontre a alors été prévue le 3 avril. Le même jour il était noté que l'infirmière de liaison en hospitalisation psychiatrique avait demandé d'annuler la référence au MASM puisque [redacted] était hospitalisée et qu'une référence serait faite par eux au besoin. Toutefois, la demande a été réouverte le 2 avril à la demande du premier intervenant (en raison des démarches faites par [redacted] a été rencontrée le 3 avril 2024. Le 8 avril, les résultats du rapport d'évaluation fait par l'intervenant du GASM lui ont été communiqués par téléphone. Il a alors été convenu qu'elle soit orientée en psychologie (P3) et qu'un suivi soit fait avec elle dans trois mois. L'intervenant l'a invité à prendre contact avec lui advenant tout changement significatif de son état. Ainsi, dans les faits, puisque [redacted] a contacté son intervenant afin de lui mentionner qu'elle voulait toujours des services, la consigne n'a pas eu d'impact sur le suivi offert et elle a été rencontrée le 3 avril pour son évaluation MASM. Toutefois, si [redacted] n'avait pas contacté son intervenant, ça aurait pu être le cas.

Le 11 avril 2024, la mère de [redacted] a contacté l'intervenante au dossier pour lui fournir de l'information supplémentaire ayant fait en sorte de modifier sa cote de priorité (la cote passe de P3 à P2).

Elle a eu un suivi à la clinique de son médecin de famille le 17 avril et le 9 mai 2024. Lors de ces rencontres, [redacted] a dû voir une autre médecin, car celle qui la suivait depuis 2009 était dans l'impossibilité de le faire pour une période indéterminée. Les notes de ces rencontres indiquent que [redacted] avait des idées suicidaires, mais sans plan.

À la suite du rendez-vous du 17 avril, le médecin a contacté le psychiatre qui a suggéré d'augmenter la médication et de prévoir une consultation en psychiatrie ainsi qu'avec une travailleuse sociale pour un suivi rapproché. Elle avait également des problèmes de sommeil, mais elle souhaitait travailler pour des raisons financières. Toutefois, le 25 avril, elle en était incapable et elle a avisé son médecin qu'elle avait donné sa démission. Cette journée-là, le médecin a également relancé la travailleuse sociale du GMF, car [redacted] n'avait pas eu de nouvelles. En fin de journée, elle a été évaluée par la travailleuse sociale et son risque suicidaire était faible (cote jaune), malgré le fait qu'il était noté qu'elle avait un mal être, un vide, beaucoup d'angoisse et qu'elle n'avait jamais vécu un épisode aussi intense. Toutefois, elle ne consommait plus, elle était bien entourée et avait décidé de consulter un psychologue au privé. Une requête a alors été faite au guichet d'accès en santé mentale (GASM) avec une priorité 1 et a été acheminée à la clinique externe en santé mentale adulte (SMA).

À son rendez-vous du 9 mai, son anxiété était augmentée, car elle n'avait plus d'emploi et de conjoint. Par contre, elle avait espoir qu'on l'aide, de comprendre ses difficultés et d'aller mieux. Une prochaine rencontre a été prévue le 16 mai et elle avait un rendez-vous avec son nouveau psychiatre le 14 mai.

Le 14 mai 2024, [redacted] a rencontré un nouveau psychiatre (son psychiatre précédent l'a suivi de 2016-2024) qui lui a alors annoncé qu'elle souffrait probablement d'une maladie affective bipolaire de type 1 (MAB) en plus de son TPL. À ce moment, le risque suicidaire était modéré. La professionnelle a proposé une hospitalisation qui a été refusée par [redacted] Toutefois, il a été convenu de faire un suivi en externe, donc un prochain rendez-

version commentée

vous lui a été attribué le 21 mai avec la psychiatre et une requête en suivi étroit a été effectuée et acceptée par [redacted]. On lui a également remis un journal de l'humeur et un document sur la maladie bipolaire. Une copie du rapport a été transmise à son médecin de famille.

La psychiatre a donc recommandé un suivi étroit pour une prise en charge rapide en lien avec les idées suicidaires et a relancé la référence en suivi d'intensité variable (intervention à domicile) qui avait été abandonnée suivant le refus d'hospitalisation. Sur la demande de la psychiatre, on pouvait voir que la demande de consultation était urgente puisque [redacted] avait une maladie affective bipolaire probable, qu'elle avait été hospitalisée récemment pour un épisode maniaque, qu'elle souffrait d'un épisode dépressif sévère et qu'elle avait des idées suicidaires en augmentation, mais sans plan. Elle a ajouté qu'elle demandait un suivi étroit pour risque suicidaire et qu'elle avait besoin d'une prise en charge rapide au SIV pour un suivi intensif et une orientation professionnelle.

Enfin, un rendez-vous était planifié pour la semaine suivante avec sa psychiatre. [redacted] s'engageait à participer. En effet, le dossier permet de voir que cette demande de suivi étroit a été faite et faxée le 14 mai vers 15 h 30.

Le 15 mai 2024, la demande de suivi étroit a été reçue à 8 h (accès centralisé). Les notes indiquaient que [redacted] était déjà en attente pour un psychologue en santé mentale adulte (SMA). La demande de suivi étroit a été assignée, mais à la suite d'échanges avec la coordonnatrice clinique SMA il a été convenu que la demande soit prise en charge par le SMA et non par l'équipe de suivi étroit. Une prise en charge a été faite à 13 h le 15 mai et un message lui a été laissé vers 15 h 30 pour ce suivi.

Selon le rapport d'enquête du Service de police de Saguenay, après ce rendez-vous, elle est allée chez son ex-conjoint jusqu'au lendemain. Selon lui, elle allait un peu mieux, mais elle était encore dépressive. Ils ont parlé de son nouveau diagnostic et de sa nouvelle médication ; elle voyait tout de même du positif dans cette rencontre. De plus, il a précisé que [redacted] rêvait de s'acheter une maison et qu'elle lui avait dit que c'était très difficile d'obtenir du financement pour les gens bipolaires.

Le 15 mai, elle a vu une amie une partie de la journée. Selon cette dernière, [redacted] était dans son état habituel du dernier mois, c'est-à-dire éteinte. Elles ont parlé du rendez-vous de [redacted] avec son psychiatre qui a eu lieu la veille et de sa rencontre avec son médecin prévue le lendemain pour son arrêt de travail. Cette amie l'a encouragé, lui a fait un câlin et l'a déposé chez ses parents vers 12 h 45.

Un peu plus tard dans la journée, l'ex-amoureux de [redacted] essayait de la rejoindre sans succès. Il a donc contacté ses parents, puisqu' il était inquiet et ils se sont immédiatement mis à la chercher à différents endroits (maison, parc extérieur…). Ne la trouvant pas, vers 20 h 45, ils ont signalé sa disparition. Vers 21 h 15, ils ont trouvé [redacted] inanimée au sous-sol de la résidence.

L'analyse de son téléphone cellulaire a permis de constater que [redacted] avait fait des recherches sur les nœuds coulants, pendaison et corde ainsi que sur borderline et bipolarité. Le 13 mai, elle a écrit dans un message texte qu'elle n'était pas prête à travailler, qu'elle allait encore trop mal dans sa tête et qu'elle n'arrivait pas à passer par-dessus ses angoisses. Elle a répondu à un dernier appel le 15 mai à 11 h provenant de sa clinique médicale. Elle avait trois appels manqués à 15 h 39, 16 h 44 et 16 h 48 le même jour. Elle avait aussi reçu un courriel confirmant son rendez-vous avec son médecin le 16 mai. Elle avait également un message d'un travailleur social du CLSC pour son suivi étroit et un message de la pharmacie.

Ainsi, il appert que [redacted] vivait beaucoup de problématiques qui s'étaient amplifiées dans les derniers mois, le tout étant confirmé par deux hospitalisations rapprochées. En effet, elle

version finale

était sans emploi, vivait des difficultés financières et familiales, elle consommait et elle avait un diagnostic de TPL et tout récemment de bipolarité. Depuis de nombreuses années, [redacted] était suivie par plusieurs professionnels et elle était collaborative aux traitements proposés, mais plus réticente à l'hospitalisation. Elle avait également un bon lien thérapeutique avec son médecin qu'elle voyait régulièrement depuis 2009 et sa psychiatre depuis 2016. Toutefois, il appert qu'elle se voyait incapable de surmonter tous ces éléments et qu'elle a décidé de mettre fin à ses souffrances.

Analyse par la gestion des risques

Le sous-comité de gestion des risques ayant procédé à la résolution de problème s'est questionné sur le décès de [redacted] Ce comité a procédé à une révision des événements et a formulé les mesures correctives et préventives suivantes :

- Implanter des rencontres de cycle clinique en services sociaux généraux pour analyser la charge de travail des intervenants et offrir du support clinique au besoin ;
- Faire une note de service sous forme de rappel aux médecins du GMF à propos de l'importance de l'utilisation de l'aide-mémoire du suivi étroit ;
- Diffuser la note de service Rappel : Évaluation du risque suicidaire aux médecins des GMF et UMF du Saguenay-Lac Saint-Jean.

Dans le cadre de mon investigation, j'ai constaté que les mesures correctives ci-dessus, mentionnées ont été mises en place depuis le décès. Toutefois, malgré la mise en place de ces mesures, il m'apparaît nécessaire de formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine.

Le suicide : un problème de santé publique

Chaque année au Québec, on compte environ 1 100 suicides, soit 3 décès par jour. Pour chacun de ces décès, 6 à 10 personnes sont endeuillées et de nombreuses autres sont ébranlées. Les tentatives de suicide et la détresse psychologique s'ajoutent à cette problématique.

Même si le suicide est un geste individuel, il s'inscrit dans un contexte d'interactions entre la personne, sa communauté immédiate et la société en général. Nous sommes donc tous concernés par le problème et nous devons agir en prévention à plusieurs niveaux.[1]

D'ailleurs, le gouvernement du Québec s'est penché sur la question et a produit un plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM)[2] et j'y ferai référence à quelques reprises dans les paragraphes suivants.

Constats

À la lecture du dossier de [redacted] j'ai fait les constats suivants :

Centralisation des informations

Comme coroner, je me dois de prendre connaissance du dossier complet de la personne décédée afin de bien comprendre la trajectoire de soins ; un exercice qui n'est pas si simple. Pour la trajectoire de soins, les notes sont classées par secteur en ordre chronologique. Toutefois, malgré le fait que le centre hospitalier et le CLSC sont tous les deux sous l'autorité du même CIUSSS, ils ont tout de même des dossiers différents en plus de celui du médecin de famille. À mon avis, cette situation rend le suivi de dossier plus laborieux et peut faire en sorte que de l'information soit échappée ou mal transmise. Je comprends qu'il n'est pas simple de centraliser les dossiers, voire peut-être même impossible, mais avec l'importance

[1] https://aqps.info/mieux-comprendre-le-suicide/
[2] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/

Version dénominalisée

de la problématique du suicide, je considère qu'il serait judicieux que les professionnels intervenants dans un dossier de troubles mentaux puissent avoir accès à l'historique de cette personne à ce niveau afin de bien comprendre au moins, la trajectoire de soins, lequel pourrait se trouver au dossier santé Québec (DSQ) au même titre que les résultats de laboratoires et le profil pharmacologique qui permettent au professionnel qui le consulte d'avoir un portrait global de la situation de la personne concernée.

De plus, dans le cas de [redacted] le 25 avril, son médecin a fait une demande de prise en charge rapide (cote P1), mais la requête n'aurait pas été transmise au CLSC. On peut se poser la question à savoir si alors que la patiente était dans le bureau du médecin et que cette dernière était à compléter les notes au dossier, elle n'aurait pas pu faire de manière spontanée et efficace cette référence en ligne sur une plate-forme commune.

Je ferai une recommandation en ce sens.

Implication des proches

Dans le PAISM, il est inscrit que les actions du PAISM visent l'accompagnement des personnes présentant des troubles mentaux et des symptômes y étant associés et l'accompagnement de leur famille et de leur entourage dans la trajectoire de services et le parcours de rétablissement

En effet, ceux-ci permettent d'avoir une autre vision de la situation et peuvent fournir des informations primordiales permettant d'évaluer le risque suicidaire de manière plus juste en plus d'assurer un filet de sécurité à la personne dans le besoin. À titre d'exemple, dans ce cas-ci, le 11 avril 2024, la mère de [redacted] a contacté l'intervenante au dossier pour lui fournir de l'information supplémentaire ayant fait en sorte de modifier sa cote de priorité. Une réévaluation a été faite à la suite des nouvelles informations recueillies et la cote est passée de P3 à P2. De plus, l'ex-conjoint de [redacted] de qui elle était toujours très proche, qui était également le père de son enfant, n'a pas été contacté par un intervenant alors qu'il agissait également à titre de filet de sécurité et qu'il était très inquiet pour [redacted]

Je ferai une recommandation en ce sens.

Refus de traitement

Lors de l'hospitalisation en mars 2024, [redacted] a signé un refus de traitement. Le médecin a alors inscrit au dossier :
La patiente a quitté l'hôpital et signé le refus de traitement. Elle refuse d'embarquer dans le plan de traitement. Le Dr demande d'annuler la demande de service. De plus, n'eût été la demande de la mère, le résumé de l'hospitalisation n'aurait pas été transmis à son médecin de famille en raison du refus de traitement qui met fin à l'épisode de soins.

Toutefois, après avoir signé son refus de traitement, [redacted] s'est elle-même adressée à la travailleuse sociale du MASM afin de recevoir des services, le 2 avril 2024. Elle était également intéressée à poursuivre avec le groupe TPL et la demande pour des services de santé mentale a été réouverte le 2 avril 2024. Ainsi, je pense qu'il ne faut pas perdre de vu que la signature d'un refus de traitement ne signifie pas un refus d'avoir de l'aide ; d'avoir des soins, mais bien souvent un refus d'être hospitalisé dans un milieu de vie peu inspirant.

Ici je me permettrai de citer quelques éléments contenus au PAISM :

- *Le gouvernement du Québec fait de l'accès au bon service offert par le bon intervenant au bon moment une priorité ;*
- *Quoiqu'elle soit nécessaire et indiquée dans certaines situations afin que la personne présentant des symptômes de trouble mental ou un trouble mental soit évaluée et traitée, l'hospitalisation est quelquefois décrite par les personnes*

version de travail non finalisée

utilisatrices de services comme une expérience négative, stigmatisante et freinant, si elle se prolonge dans le temps, leur autodétermination, leur autonomie et leur processus de rétablissement. Cet axe regroupe donc des actions qui sont jugées prometteuses et dont la pratique émerge au Québec. Ces actions visent à prévenir l'hospitalisation ou à abréger celle-ci ainsi qu'à favoriser le maintien ou un retour rapide de la personne dans son milieu de vie (axe 6 du PAISM)

Je ferai une recommandation en ce sens.

Lien thérapeutique

Dans le rapport d'enquête de ma collègue Me Julie-Kim Godin[3], celle-ci relate l'importance du lien thérapeutique. Je la cite :

> *« On a ainsi pu observer concrètement qu'évaluer, traiter, établir un plan et tisser un lien thérapeutique avec une personne présentant des problèmes de santé mentale et de dépendance peut requérir plusieurs professionnels et beaucoup de temps, mais que cela porte fruit »*

Dans le cas de [redacted] elle était suivie régulièrement par son médecin de famille, cette dernière ayant été remplacée par une collègue pour une période indéterminée. De plus, [redacted] a également changé de psychiatre. D'ailleurs, lors de son hospitalisation en février 2024, elle a dit qu'elle voudrait voir son médecin ou n'importe quel autre intervenant qu'elle connait. En effet, elle était suivie depuis 2009 par le même médecin qu'elle a vu pour la dernière fois en mars 2024. En ce qui concerne son psychiatre, celle-ci était impliquée dans le suivi de [redacted] depuis novembre 2016 et elle l'a vu pour la dernière fois en mars 2024. Ainsi, au cours du même mois, alors que [redacted] était dans une période particulièrement difficile de sa vie, elle a dû mettre fin à deux alliances thérapeutiques, dont l'une de 7 ans et l'autre de 15 ans.

Toujours selon le rapport d'enquête mentionné ci-dessus, ma collègue parle de l'importance des rencontres interdisciplinaires, je la cite à nouveau :

> *Je tiens à souligner que cette rencontre multidisciplinaire à l'urgence est une approche très intéressante, car elle permet aux différents professionnels de la santé de travailler précocement en collaboration tout en évitant à l'usager de répéter à d'innombrables reprises son histoire, ce qui peut devenir très irritant. L'intervenant psychosocial peut alors mieux estimer les enjeux et les besoins de l'usager de même que partager en temps réel son expertise avec l'équipe médicale. »*

Je tiens à préciser que dans le cas qui nous occupe, des rencontres multidisciplinaires se font tous les mardis en équipe pour discuter des patients, ce que je félicite. Je ferai tout de même une recommandation en ce sens.

Délai de prise en charge

[redacted] a vu son psychiatre le 14 mai 2024 en avant-midi et celle-ci a recommandé un suivi étroit avec une prise en charge dans un délai de 24 heures. L'analyse de son téléphone a permis de constater qu'elle avait répondu à un dernier appel vers 11 h et qu'elle avait des appels manqués le 15 mai en après-midi (15 h 39, 16 h 44 et 16 h 48), entre autres pour son suivi étroit (celui de 15 h 39). Mme [redacted] a été déposée chez elle vers 12 h 45 le 15 mai, elle avait des appels manqués en après-midi et quand elle a été retrouvée vers 21 h 15 elle était en rigidités, ce qui nous laisse croire qu'elle était déjà décédée lorsqu'elle a reçu son

[3] 2019-00257

appel pour le suivi étroit. La demande a été reçue le 15 mai à 8 h et le suivi fait le même jour vers 15 h 30, ce qui respecte les standards de pratique (délai de 24 h).

Type de service (hospitalisation versus soins à domicile)

Dans le PAISM du gouvernement, on souhaite offrir le traitement intensif bref à domicile (TIBD) aux personnes présentant des troubles mentaux. En effet, avec ce type de services, on peut s'assurer de répondre au besoin de soins et de suivi avec une personne qui est collaborative, mais qui ne veut pas être hospitalisée, tel que c'était le cas pour [redacted]. Je ferai une recommandation en ce sens.

À la lumière de mon investigation et dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, je formulerai des recommandations dont j'ai eu l'opportunité de discuter avec les instances concernées.

Un retour préalable sur les circonstances du décès de [redacted] auprès d'une Conseillère Cadre à la Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services, Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ainsi qu'auprès du Directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale au ministère de la Santé et des Services sociaux m'ont permis de discuter des recommandations.

CONCLUSION

Le décès de Mme [redacted] est attribuable à une asphyxie consécutivement à une pendaison.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, duquel relève l'Hôpital de Chicoutimi :**

[**R-1**] Révise la qualité de la prise en charge et les circonstances entourant les hospitalisations de février et mars 2024 de la personne décédée, et le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances;

[**R-2**] S'assure que, suite à l'hospitalisation de tout patient pour risque suicidaire ou pour tentative de suicide, un rapport soit transmis au médecin traitant de façon diligente et qu'un résumé de dossier soit envoyé aux archives de l'hôpital dans les plus brefs délais.

Je recommande que **Santé Québec** :

[**R-3**] Veille au déploiement du dossier santé numérique afin de faciliter la communication interétablissement pour une prise en charge globale et centralisée pour chaque usager du réseau.

Version dénominalisée

Je recommande que le **ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)** :

[**R-4**] Assure une révision systématique par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de tous les décès par suicide dans la mesure où la personne décédée a reçu des soins reliés à son état de santé mentale dans ce milieu hospitalier dans les six derniers mois;

[**R-5**] Complète le déploiement des équipes interdisciplinaires de première ligne à travers la province (par exemple au sein des GMF, des CLSC et des urgences) afin de rehausser la prise en charge, le traitement et le suivi des usagers avec des troubles concomitants, en situation de crise ou présentant un potentiel suicidaire;

[**R-6**] Déploie les ressources nécessaires afin d'accélérer la concrétisation du plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) et plus particulièrement de l'axe 6.3, qui vise à offrir le traitement intensif, bref à domicile (TIBD) aux personnes présentant des troubles de santé mentale ;

[**R-7**] Établisse un cadre de référence en ce qui concerne les formulaires, dont celui de consentement, utilisé dans le réseau afin d'y inclure la question du partage de l'information et l'implication des proches et s'assure de maximiser ce dernier élément afin d'avoir un portrait plus réaliste de la situation de la personne vulnérable pour lui assurer un meilleur filet de sécurité.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- Les dossiers cliniques de Mme [redacted]
- Le rapport d'intervention policière du Service de police de Saguenay ;
- Le plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM).

Je soussigné, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Saguenay, ce 9 juin 2025.

Me Nancy Bouchard, coroner

version dénominalisée