

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

[REDACTED]

2025-03222

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

Dre Mylène Servant
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2025-04-18 Date de l'avis	2025-03222 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
66 ans Âge	Féminin Sexe	
Sherbrooke Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2025-04-18 Date du décès	Sherbrooke Municipalité du décès	
Hôpital Fleurimont Lieu du décès		

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée à l'aide d'éléments circonstanciels et d'une photographie dans le système des renseignements personnels.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

En date du 18 avril 2025, Mme ██████████ est hébergée chez une amie depuis peu. En après-midi, elle sort pour aller marcher seule à l'extérieur. À son retour d'une sortie personnelle, son amie retrouve des propos tristes et inquiétants, écrits de la main de Mme ██████████, dans une lettre laissée sur la table. Voyant qu'elle n'est toujours pas revenue de sa sortie, elle communique avec les services hospitaliers et policiers afin de déclarer son inquiétude à propos de Mme ██████████.

Pendant ce temps, vers 15 h, un témoin appelle les services d'urgence après avoir aperçu une personne qui semble en détresse dans la Rivière Saint-François, dans le secteur du Camping de l'île-Marie, à Sherbrooke. D'autres témoins tentent d'aider Mme ██████████ en lui tendant une perche, mais elle semble s'agiter et refuser. Vu le courant dans la rivière, les policiers du Service de police de la Ville de Sherbrooke se déploient en plusieurs endroits pour tenter de la localiser.

Vers 15 h 20, Mme ██████████ est localisée par un témoin et un policier. Elle semble avoir perdu conscience, mais est toujours près de la surface de l'eau. Alors qu'elle est sortie de l'eau par les témoins et policiers, elle est initialement semi-consciente, a un pouls et respire faiblement. Les policiers tentent de réchauffer Mme ██████████ en attendant l'arrivée des pompiers et ambulanciers. À leur arrivée, vers 15 h 25, les pompiers constatent que Mme ██████████ est en arrêt cardiorespiratoire. Les manœuvres de réanimation sont initiées.

Vers 15 h 55, elle est transportée par les services ambulanciers vers l'Hôpital Fleurimont – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS). Mme ██████████ présente une température centrale de 28 ° Celsius et une arythmie réfractaire aux manœuvres de réanimation. Les manœuvres se poursuivent en salle d'urgence jusqu'à 16 h 30. Devant leur inefficacité, elles sont cessées et le décès est constaté par le médecin sur place.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe a été pratiqué le 22 avril 2025 à la Coopérative funéraire de l'Estrie. Il a permis de constater l'absence de toute lésion traumatique ou suspecte.

Des prélèvements effectués 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 mirtazapine en concentration thérapeutique (non toxique). Aucune autre substance n'a été retrouvée. Aucun éthanol (l'alcool) n'a été détecté dans le sang.

ANALYSE

Contexte personnel

Mme [REDACTED] était connue pour la fibromyalgie et la fatigue chronique depuis plus de trente ans. Elle était aussi suivie pour des troubles de santé mentale depuis plusieurs années. Les diagnostics ont alterné au fil de sa vie entre la maladie affective bipolaire, la dépression majeure, le trouble anxieux généralisé et un trouble de personnalité de type dépendant. Divers médicaments lui avaient été prescrits pour ces conditions dans sa vie. Certains lui avaient causé des effets secondaires et avaient été cessés ou substitués. Elle était devenue méfiante et réticente à la reprise des traitements médicamenteux au long cours.

Son réseau de support était limité par son impression de déranger. Elle était suivie par plusieurs professionnels, soit un groupe de médecine familiale pour des besoins ponctuels, un médecin psychiatre, un psychologue par intermittence, une travailleuse sociale et allait aussi chercher du support auprès d'organismes spécifiques de sa région.

Elle avait eu un suivi en psychiatrie entre 1981 et 1995, puis avait repris un suivi en 2012 avec un nouveau psychiatre. Le suivi s'était poursuivi jusqu'en octobre 2024, mais devant sa perception qu'il ne pouvait plus rien pour elle, elle avait demandé de mettre fin au suivi. Elle avait eu régulièrement des idées avouées de mort passive, mais n'avait jamais fait de tentative suicidaire.

Situation de crise et soins offerts

Mme [REDACTED] avait consulté de façon répétée dans les mois précédant son décès.

Le 30 décembre 2024, elle avait consulté dans une clinique de médecine familiale pour une exacerbation de son anxiété et des crises de panique. Après une évaluation exhaustive par une résidente en médecine, sa situation avait été déterminée comme très complexe vu les multiples médicaments tentés et effets secondaires allégués. Un médicament antidépresseur, la duloxétine, cessé récemment avait été represcrit et un suivi prévu le 20 janvier 2025. Lors de ce suivi, il avait été déclaré que sa perception de sa fatigue et son épuisement lui causait des crises d'anxiété. En effet, elle avait peur de perdre conscience par fatigue. Elle était dans un cercle vicieux de solitude et de ruminations incessantes. Mme [REDACTED] n'avait pas repris le médicament prescrit lors du rendez-vous précédent. À sa demande, un autre médicament, la naltrexone, lui avait été prescrit pour tenter une amélioration de la fatigue chronique et un rendez-vous de suivi prévu 6 semaines après le début du médicament afin d'en évaluer les effets.

Le 3 mars 2025, au rendez-vous de suivi, elle avait rapporté n'avoir utilisé la naltrexone que deux jours à cause d'effets secondaires. Les symptômes déclarés au médecin laissaient transparaître que Mme [REDACTED] présentait une récurrence assez typique de dépression. Il lui avait été expliqué que les effets secondaires de la plupart des médicaments psychoactifs s'estomperaient après deux semaines et qu'il fallait persister lors de l'initiation d'une nouvelle médication. Un nouveau médicament, la vortioxetine, lui avait été prescrit lors de ce rendez-vous et un suivi prévu un mois plus tard. Une semaine plus tard, une communication initiée par la pharmacienne avait rapporté que la dose prescrite n'était pas tolérée et qu'elle avait été réduite à la demande de Mme [REDACTED]. Elle l'avait pris pendant moins de 15 jours.

Depuis plusieurs semaines, Mme [REDACTED] considérait que son problème principal était l'insomnie. L'insomnie est l'un des symptômes de dépression. Elle acceptait mal le diagnostic de trouble de l'humeur dépressive évoqué par les médecins ayant fait l'évaluation et son suivi récent.

Le 23 mars 2025, elle avait consulté à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke du CIUSSS de l'Estrie – CHUS après une nuit d'insomnie. Après consultation avec le psychiatre de garde, il avait été déterminé par l'urgentologue, que Mme [REDACTED] serait évaluée en psychiatrie en externe, vu ses antécédents connus et puisqu'elle ne présentait pas de critère de dangerosité immédiate. Un plan de sécurité avait été élaboré avec elle lors du congé, le jour-même. Des rendez-vous de suivi étaient prévus dans la semaine qui suivait, soit avec un groupe de soutien communautaire, un médecin de famille et un psychiatre.

Le 25 mars 2025, elle avait rencontré une professionnelle de l'équipe d'accompagnement bref en communauté (ABC). Ce groupe est un projet novateur dont l'objectif est de diminuer le recours à l'urgence et à l'hospitalisation. L'équipe ABC se déplace dans le milieu de vie de la personne pour une durée maximale de six semaines. Ces interventions permettent d'assurer un filet de sécurité autour d'une situation de crise. L'équipe vise une collaboration avec la personne et son entourage afin de favoriser le processus de rétablissement. Elle avait été contactée et revue par l'intervenante le 27 mars.

Elle avait consulté à nouveau le matin du 30 mars 2025 à la même salle d'urgence pour insomnie, ainsi que des symptômes anxieux et dépressifs. Elle avait été évaluée par un psychiatre lors de son séjour qui avait aussi conclu à un épisode de dépression récurrente causé par l'arrêt de la médication. Un nouveau médicament, soit le mirtazapine, lui avait été proposé. Elle était restée pour la nuit et avait été congédiée en fin de journée, le lendemain, avec un rendez-vous de suivi prévu en psychiatrie le 8 avril 2025. L'intervenante du groupe ABC avait visité Mme [REDACTED] le 31 mars alors qu'elle se trouvait toujours à l'hôpital pour prendre des nouvelles et lui offrir du support.

Elle avait été contactée, visitée et accompagnée à certains rendez-vous les 1^{er}, 3 et 4 avril 2025 par l'intervenante du groupe ABC.

Elle avait consulté à nouveau le matin du 5 avril 2025 à la même salle d'urgence après une insomnie. Elle avait été réévaluée par un psychiatre, mais le tableau était le même que celui de la visite précédente. Le mirtazapine avait été augmenté et son rendez-vous de suivi maintenu pour le 8 avril 2025. Elle y était restée encore pour la nuit et avait été congédiée en fin de journée le lendemain.

Le rendez-vous de suivi du 8 avril 2025 avec le psychiatre s'était conclu avec la décision partagée de reprendre le lithium, un médicament pour la maladie affective bipolaire, à petite dose. Il lui avait été signifié que ses peurs des effets secondaires limitaient la mise en place d'un traitement efficace de l'épisode de dépression actuel qui perdurait et progressait même

dans le temps. Elle avait aussi rappelé à Mme [REDACTED] que l'insomnie était un symptôme de la dépression et qu'il fallait laisser les médicaments faire leur œuvre en deux à quatre semaines.

Son suivi par l'intervenante du groupe ABC s'était poursuivi les 8 et 10 avril 2025. Le 10 avril 2025, toujours après une nuit d'insomnie, Mme [REDACTED] avait communiqué avec la psychiatre l'ayant vu deux jours auparavant pour se plaindre de l'inefficacité de ses somnifères. Par ailleurs, elle n'avait toujours pas débuté le lithium par peur des effets secondaires. Les explications au sujet de l'insomnie comme manifestation de la dépression lui avaient été répétées. La possibilité de sismothérapie avait été évoquée, mais un traitement médicamenteux de base devait être mis en place avant. Un rendez-vous de suivi avait été prévu le 22 avril 2025 avec la même psychiatre.

Le suivi par l'intervenante du groupe ABC s'était poursuivi les 11 et le 14 avril 2025. À l'évaluation du 14 avril, Mme [REDACTED] avait des idées suicidaires actives. Il avait été convenu avec une poche présente que le mieux était d'accompagner Mme [REDACTED] à l'urgence pour évaluation et prise en charge sécuritaire. L'intervenante jouait un rôle pivot puisqu'elle communiquait avec Mme [REDACTED], ses soignants et ses proches lorsque requis et consenti. Elle construisait et révisait régulièrement des plans de sécurité, des stratégies de mise en action et offrait du support rapproché à Mme [REDACTED]. Je salue la dévotion de cette professionnelle du groupe ABC.

Lors de sa visite à l'urgence hospitalière du 14 avril 2025, elle avait dormi à l'urgence. Elle avait été vue par un médecin le 15 avril au matin. Celle-ci avait demandé une consultation urgente avec un psychiatre. Mme [REDACTED] avait alors pris le lithium prescrit pendant 3 jours. Elle avait nié avoir des idées suicidaires et refusé d'être hospitalisée en psychiatrie puisqu'elle devait attendre une place en séjournant à l'urgence. Elle était demeurée au final moins de 24 heures à l'hôpital lors de cet épisode. Comme elle se présentait de façon autonome lorsqu'elle ne se sentait pas bien, le congé avait été déclaré comme sécuritaire vu l'absence d'idée suicidaire. Au congé, le plan de sécurité incluait qu'elle demeure temporairement chez une amie proche.

Après deux jours, soit le 17 avril, l'amie hébergeant Mme [REDACTED] avait communiqué avec l'intervenante pour solliciter une visite auprès de Mme [REDACTED]. Lors de leur communication, Mme [REDACTED] ne présentait pas d'idée suicidaire active ce jour-là et préférait une visite le 24 avril 2025.

Mme [REDACTED] a fait son geste suicidaire lors d'une absence de son amie, le 18 avril 2025.

Les responsables de la gestion des risques au sein de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont étudié le dossier de Mme [REDACTED] comme un événement sentinelle. À la suite de leur analyse, ils ont produit la recommandation suivante :

Déployer un encadrement clinique obligatoire afin de s'assurer un respect des bonnes pratiques en prévention du suicide (passation GEDPAS, mise à jour stratégies de la prise en charge du risque suicidaire et du plan de sécurité)

Comme l'analyse a été complétée, je ne ferai pas de recommandation à cet égard.

Données environnementales et hypothermie

En avril, la température de l'eau à Sherbrooke, varie considérablement, mais se situe généralement entre 4 °C et 10 °C. La température de l'air moyenne en avril est comprise entre 5 °C et -1 °C, ce qui donne une idée de la température de l'eau.

Le corps humain perd sa chaleur 24 fois plus vite au contact de l'eau que de l'air (à une même température). Il n'est donc pas étonnant que l'on soit susceptible de tomber en état d'hypothermie après quelques minutes d'immersion en eau froide. Elle peut entraîner une perte complète de dextérité en moins de cinq minutes. Sans sauvetage, la mort peut survenir après une immersion de 15 à 20 minutes.

Lorsque la température corporelle chute, les mouvements deviennent lents et maladroits, le temps de réaction est plus long, la pensée est embrouillée et le jugement est altéré. Les personnes deviennent ensuite léthargiques et tombent dans le coma. Les fréquences cardiaque et respiratoire ralentissent et deviennent très faibles. Au stade final, le cœur s'arrête de battre.

La gestion de l'arrêt cardiaque en situation d'hypothermie implique des considérations particulières. Elle privilégie un réchauffement agressif de la température centrale, car les médicaments cardiovasculaires, la défibrillation et les stimulateurs cardiaques sont moins efficaces à basse température corporelle. Les notes en lien avec la réanimation ayant eu lieu lors de l'admission du 18 avril 2025 ne me permettant pas de déterminer si la prise en charge était selon les normes et standards de pratique spécifiques. Il semble aussi qu'une meilleure communication entre les services policiers et le personnel de l'urgence pourrait avoir mené à une prise en charge différente de l'hypothermie. La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe d'autres organismes dont c'est le mandat. Un retour préalable sur les circonstances du décès de Mme [REDACTED] auprès de la direction des services professionnels du CIUSSS de l'Estrie m'a permis de discuter du dossier. Les échanges ont permis de convenir de la recommandation en lien avec cette prise en charge.

Synthèse

Je retiens donc que Mme [REDACTED] a présenté un épisode de dépression récurrente à la suite de l'arrêt de sa médication dans les mois précédents. Cet épisode se caractérisait de façon prédominante par une décompensation de son trouble anxieux et de l'insomnie. Malgré les conseils en lien avec l'importance du traitement de la dépression afin d'aider ses autres symptômes, Mme [REDACTED] ne prenait pas les médicaments prescrits assez longtemps pour voir s'estomper les effets secondaires et s'améliorer les symptômes dépressifs et l'insomnie. Aussi, même si un suivi intensif par une intervenante dans la communauté avait été mis en place, il n'a pu prévenir son geste suicidaire.

L'enquête policière et l'ensemble de l'investigation ont écarté l'intervention d'un tiers dans le présent décès. Des écrits exprimant l'intention suicidaire ont été trouvés chez l'amie hébergeant Mme [REDACTED]. D'autres documents de démarches à faire lors d'un décès ont été retrouvés dans l'appartement personnel de Mme [REDACTED].

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès par suicide.

CONCLUSION

Le décès de Mme [REDACTED] est attribuable à une hypothermie par immersion en eau froide.

Il s'agit d'un suicide.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie, dont fait partie le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont** :

[R-1] Révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués à la personne décédée pour l'épisode de soins du 18 avril 2025, plus particulièrement en lien avec la réanimation, et le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur les sources d'information suivantes :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les rapports d'expertises ;
- Les rapports d'intervention et d'enquête policières du Service de police de la Ville de Sherbrooke.

Je soussignée, 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 Longueuil, ce 17 octobre 2025.

Dre Mylène Servant, coroner