

Bureau du coroner en chef

Province de l'Ontario



Rapport annuel 2005 et 2006

Table des matières

Message du coroner en chef.....	3
Les coroners en Ontario.....	4
Structure organisationnelle	6
Emplacement des bureaux	7
Budgets	10
Services de pathologie.....	11
Données statistiques sur les décès.....	13
Enquêtes du coroner.....	18
Aide aux enquêtes	23
Données statistiques sur les enquêtes	28
Comités d'examen spécialisés.....	36
Investigations spéciales du coroner en chef	655
Mémoires juridiques	688
Recherches	71
Message de clôture du coroner en chef.....	722
Ressources	733
Renseignements additionnels	733

Message du coroner en chef

En ma qualité de coroner en chef de l'Ontario, j'ai le privilège et le devoir de superviser l'investigation de certains décès. Il est évident que nous devons tirer des leçons des décès évitables afin d'être en mesure de réduire la probabilité que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires. J'ai le plaisir de présenter le présent rapport de nos activités.

Ce rapport porte sur les années 2005 et 2006. Au cours de ces deux années, nous avons mené des investigations sur près de 40 000 décès, soit environ 25 % du nombre total des décès survenus en Ontario pendant cette période. Cette proportion est plus élevée que dans d'autres territoires de compétence. En effet, en Ontario, en vertu de la **Loi sur les coroners**, notre système d'investigations menées par des médecins permet d'examiner en profondeur un vaste éventail de cas.

Par exemple, en Ontario, les coroners mènent des investigations sur un nombre important de décès par causes naturelles, dans des proportions beaucoup plus élevées qu'à d'autres endroits. Ces investigations fournissent des renseignements utiles et, nous l'espérons, contribuent à rassurer les proches des personnes défunt. Notre système fait en sorte que toutes les investigations portant sur des décès s'appuient sur les connaissances d'un médecin.

Le taux d'homicide en Ontario est resté relativement constant au cours de ces deux années (de l'ordre de 200 par an). Il y a lieu de rappeler que la définition d'homicide dans le système des coroners n'implique aucun blâme ni déclaration de culpabilité. De la même façon, les taux de suicides et d'accidents mortels sont restés à peu près constants pendant la période visée par le présent rapport.

Dans certains cas, le coroner fait appel à un médecin légiste pour effectuer une autopsie, dont les résultats contribuent à déterminer la cause du décès. Au cours de ces deux années, environ 37 % des cas examinés par des coroners ont nécessité une autopsie. On procède à une autopsie dans tous les cas où le décès n'était pas naturel et dans certains cas de mort naturelle. Même à notre époque où les tests de diagnostic sont très perfectionnés, les autopsies demeurent essentielles à notre compréhension de maladies et des décès.

Le coroner dispose de plusieurs comités d'examen composés de spécialistes pour le conseiller. Les rapports de ces comités sont publiés séparément, mais le présent rapport en donne un résumé. Je suggère aux lecteurs de lire ces résumés, et j'attire notamment leur attention sur les recommandations que ces comités ont formulées concernant des décès évitables. J'aimerais mentionner en particulier le sujet des décès d'enfant liés à des conditions de sommeil dangereuses (page 62).

Je suis fier de l'engagement, de la compétence et du dévouement des coroners, des médecins légistes et de l'ensemble du personnel du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Je les remercie, ainsi que tous les membres d'autres organismes qui nous soutiennent dans notre travail. Je suis convaincu que leurs efforts contribuent nettement à renforcer la sécurité de toute la population de l'Ontario et à veiller à ce qu'aucun décès dans notre province ne soit négligé, dissimulé ou ignoré.

Les coroners en Ontario

L'origine du régime ontarien d'investigations et d'enquêtes sur les décès remonte au XI^e siècle, en Angleterre. Quand un corps était découvert, un représentant de la Couronne (appelé le « Crouner ») devait répondre aux cinq questions suivantes :

- **Qui** était la personne défunte?
- **Où** est-elle morte?
- **Quand** est-elle morte?
- **Comment** est-elle morte?
- **Qui** est à blâmer pour ce décès?

De nos jours, les coroners ne déterminent plus la responsabilité légale. Leurs investigations incluent un examen des circonstances entourant le décès.

Pour l'aider à répondre aux cinq questions, le « Crouner » convoquait tous les hommes des villages environnants pour venir témoigner. Cette coutume a évolué et a été remplacée par la sélection d'un jury chargé d'entendre les témoignages. À l'époque, le « Crouner » (appelé depuis lors le « coroner ») avait d'autres fonctions, notamment la perception des impôts et la saisie de certains biens au nom de la Couronne. La nomination d'un coroner dans le comté était aussi importante que celle du shérif. Au fil des siècles, le rôle et les pouvoirs du coroner ont évolué pour répondre aux besoins des nations qui ont hérité du système juridique anglais de la common law. Le système ontarien des coroners est conçu selon le modèle anglais.

En vertu de la *Loi sur les coroners*, les coroners doivent être des médecins dûment qualifiés pour exercer dans la province; ils sont nommés par le lieutenant-gouverneur pour un mandat d'une durée indéterminée. Les coroners mènent une investigation sur tous les décès dont la cause n'est pas naturelle, notamment lorsqu'on soupçonne ou allègue un acte suspect, un suicide, un accident, une négligence ou une faute professionnelle. De nos jours, les coroners doivent répondre aux questions suivantes :

- **Qui** était le défunt?
- **De quoi** cette personne est-elle morte (cause médicale)?
- **Quand** ce décès est-il survenu?
- **Où** ce décès est-il survenu?
- **Comment** ce décès est-il survenu (c'est-à-dire cause naturelle, accident, homicide ou cause indéterminée)?

En 2005 et 2006, il y avait en Ontario environ 325 coroners autorisés à mener des investigations et 35 coroners spécialement qualifiés pour présider à une enquête.

Énoncé de mission

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario est au service des vivants en menant des investigations et des enquêtes de haute qualité sur des décès pour veiller à ce qu'aucune mort ne soit négligée, dissimulée ou ignorée. Ses conclusions forment la base de recommandations visant à améliorer la sécurité publique et à éviter que d'autres décès ne surviennent dans des circonstances similaires.

Devise

Les coroners de l'Ontario ont adopté la devise suivante, basée sur une déclaration du député Thomas D'Arcy McGee (1825-1868) :

« Nous parlons pour les morts afin de protéger les vivants. »

Cette devise reflète la mission fondamentale du système ontarien des coroners : répondre aux questions concernant les décès pour lesquels une investigation est requise, en vertu de la *Loi sur les coroners*, et utiliser l'information ainsi recueillie afin d'éviter d'autres décès dans des circonstances similaires et de promouvoir la sécurité publique.

Structure organisationnelle

Les activités du Bureau du coroner en chef relèvent de la compétence de la Division de la sécurité communautaire du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Le ministère veille à ce que les collectivités de l'Ontario puissent compter sur le soutien et la protection de systèmes de maintien de l'ordre et de sécurité publique sûrs, sécuritaires, performants, efficaces et responsabilisés. Ces systèmes englobent les mesures d'urgence, des investigations scientifiques, la coordination des services d'incendie et le système des coroners.

Le Bureau du coroner en chef a les responsabilités suivantes :

- administrer la *Loi sur les coroners*;
- superviser, diriger et contrôler tous les coroners en Ontario;
- organiser des programmes afin d'instruire les coroners sur leurs responsabilités;
- communiquer les conclusions et recommandations des jurys des enquêtes de coroner aux particuliers, organismes et ministères concernés;
- rédiger, publier et distribuer un code de déontologie pour guider les coroners dans l'exécution de leurs fonctions;
- exercer les autres fonctions et pouvoirs qui lui sont assignés par toute autre loi ou par des règlements pris par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Le Bureau du coroner en chef englobe les secteurs de programme suivants :

- Investigations;
- Enquêtes;
- Services de médecine légale;
- Services juridiques;
- Soutien aux programmes.

Les chiffres suivants correspondent au nombre total de postes (temps plein, temps partiel et en détachement) en 2005 et 2006 :

2005
79

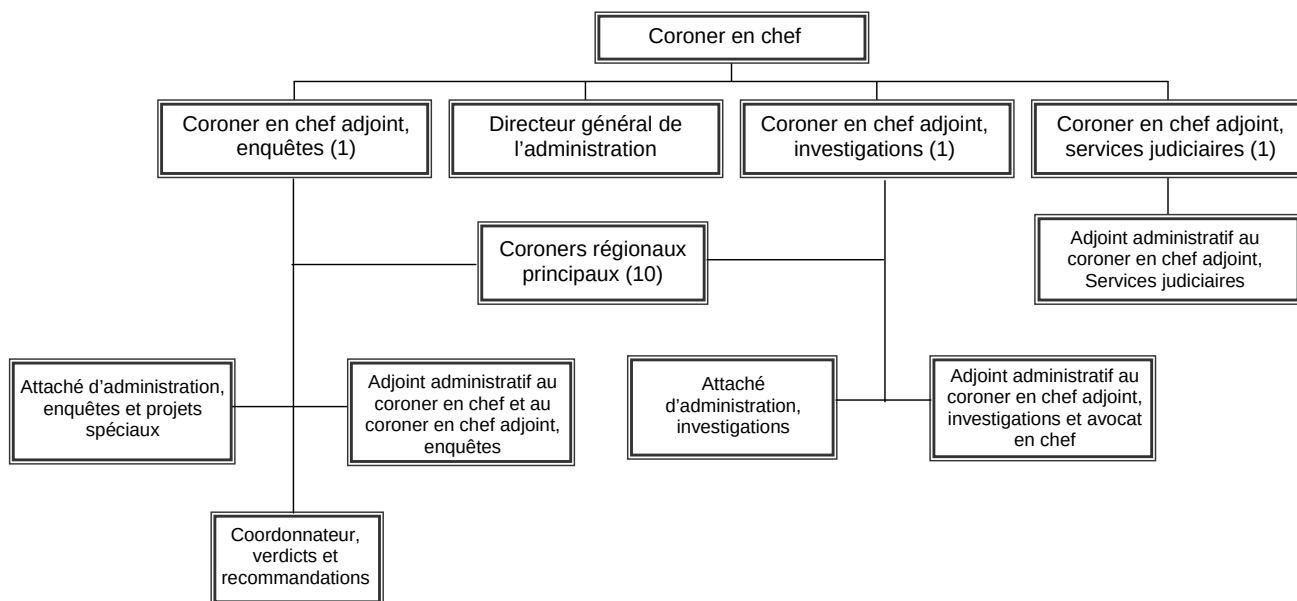
2006
83

Structure organisationnelle

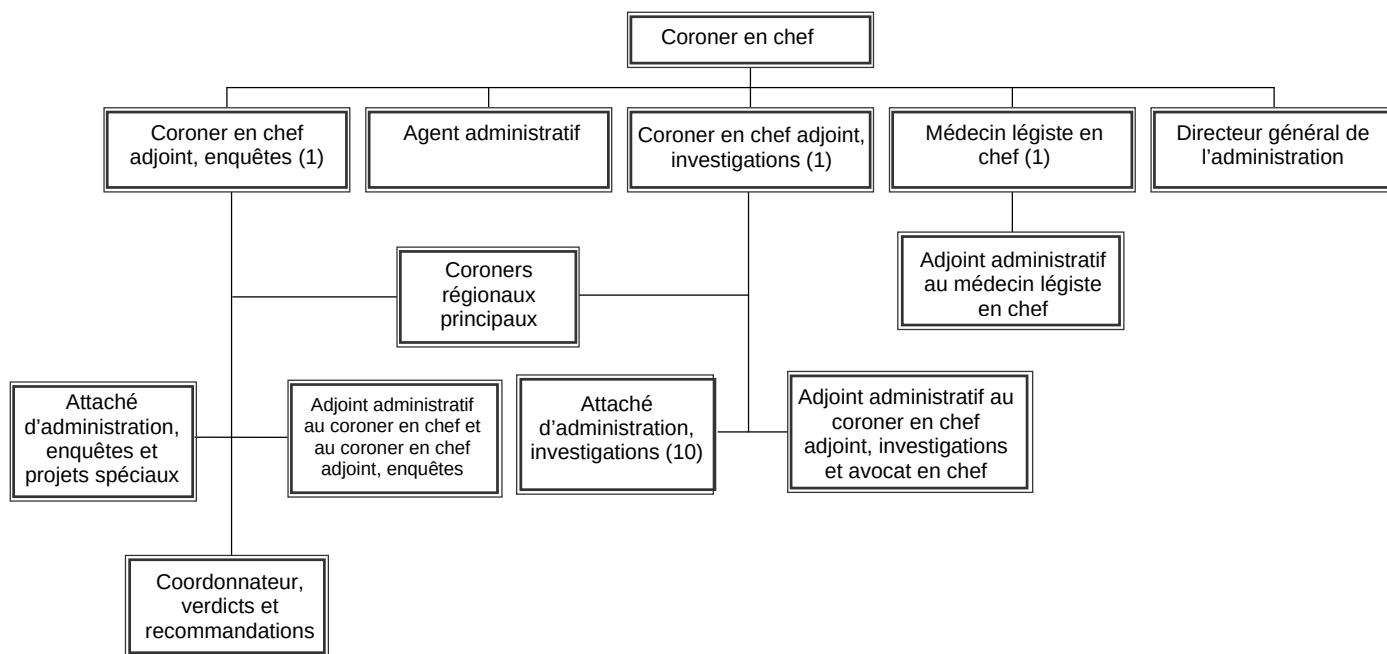
En plus de son bureau central à Toronto, le Bureau du coroner en chef a un certain nombre de bureaux régionaux répartis dans la province. Chacun de ces bureaux est dirigé par un coroner régional principal, avec l'appui de personnel administratif. Ces régions et leurs limites respectives sont illustrées ci-dessous :

Région	Emplacement du bureau	Limites
Centre	Brampton	York, Durham, Peel
Est	Kingston	Dundas-Glengarry, Frontenac, Lanark, Leeds-Grenville, Lennox-Addington, Ottawa-Carleton, Prescott-Russell, comté de Prince Edward et Stormont
Ouest	St. Catharines	Brant, Haldimand-Norfolk, Hamilton-Wentworth, Niagara
Est	Peterborough	Haliburton, Hastings, Manitoulin, Muskoka, Nipissing, Northumberland, Parry Sound, Peterborough, Renfrew, Sudbury, Victoria
Nord	Thunder Bay	Algoma, Cochrane, Kenora, Rainy River, Temiskaming, Thunder Bay
Centre	Guelph	Dufferin, Halton, Oxford, Simcoe, Waterloo, Wellington
Ouest	London	Bruce, Elgin, Essex, Grey, Huron, Kent, Lambton, Middlesex, Perth
Centre	Toronto Est	Toronto (à l'est de la rue Yonge)
Centre	Toronto Ouest	Toronto (à l'ouest de la rue Yonge)

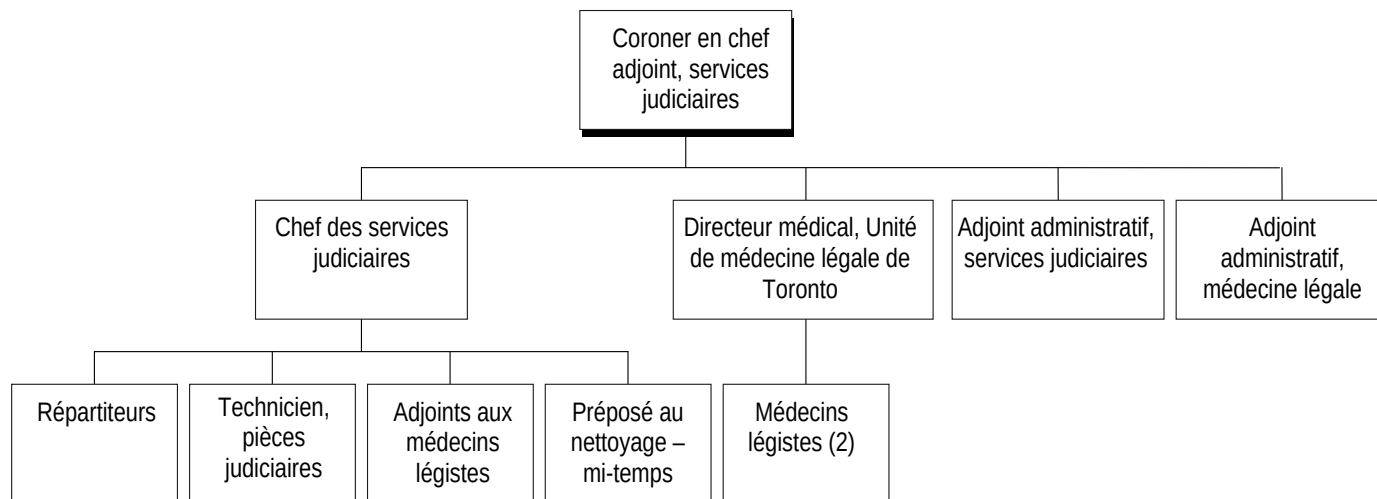
Structure organisationnelle du Bureau du coroner en chef - 2005



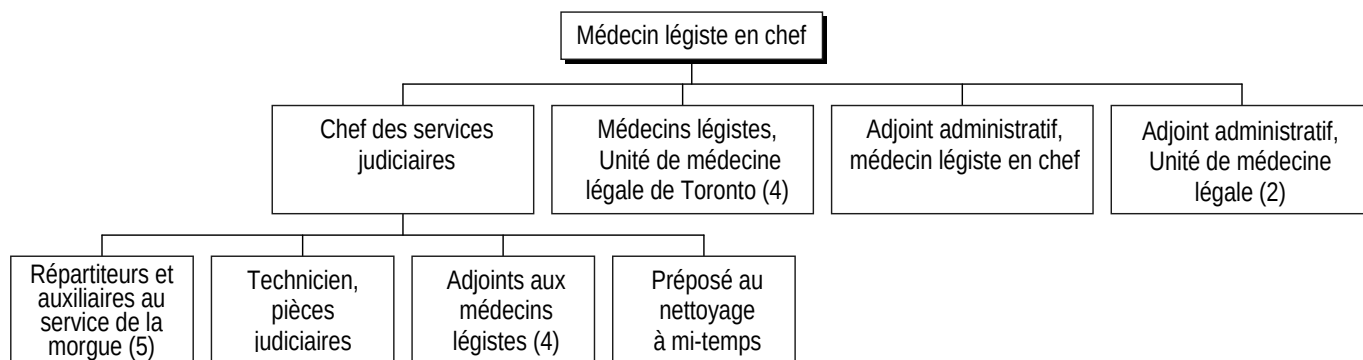
Structure organisationnelle du Bureau du coroner en chef - 2006



Structure organisationnelle de l'Unité de médecine légale - 2005



Structure organisationnelle de l'Unité de médecine légale - 2006

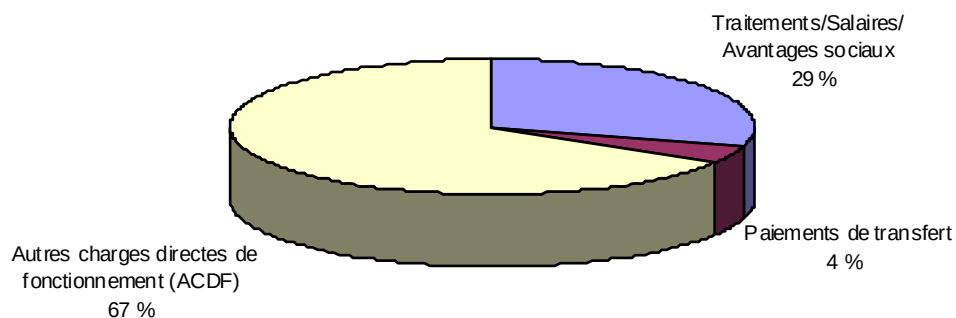


Budgets

Budget 2004-2005 (24,5 millions \$)

ACDF - Transports, administration, enquêtes, services médicaux/médico-légaux, fourniture et matériel

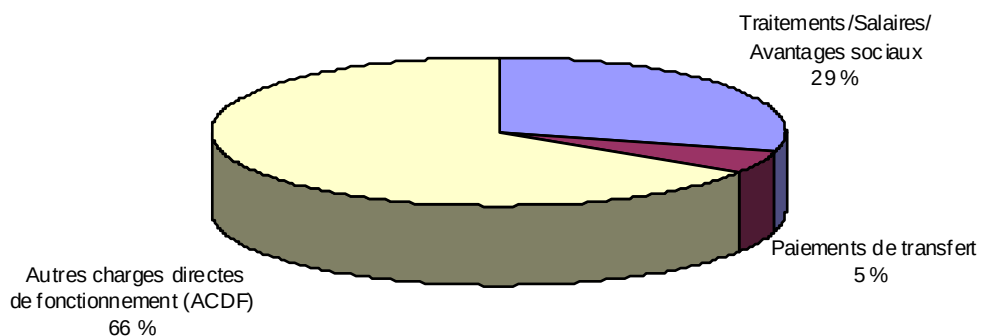
■ Traitements/Salaires/Avantages sociaux ■ Paiements de transfert ■ Autres charges directes de fonctionnement (ACDF)



Budget 2005-2006 (23,8 millions \$)

ACDF - Transports, administration, enquêtes, services médicaux/médico-légaux, fourniture et matériel

■ Traitements/Salaires/Avantages sociaux ■ Paiements de transfert ■ Autres charges directes de fonctionnement (ACDF)



Services de pathologie

Une autopsie est l'examen d'un corps afin de déterminer la cause du décès. Cette procédure est exécutée en vertu d'un mandat décerné par un coroner dans le cadre de son investigation ou lorsqu'il n'est pas possible de déterminer autrement la cause du décès. Lorsqu'un coroner est en mesure de déterminer raisonnablement la cause du décès en se fondant sur les antécédents médicaux, le traitement, les circonstances du décès et l'état du corps, une autopsie n'est pas forcément nécessaire.

Les autopsies sont de nature judiciaire ou non judiciaire. Les autopsies non judiciaires, aussi connues sous le nom d'autopsies médico-légales, sont pratiquées dans les cas où l'on ne soupçonne pas un acte criminel. Les morts présumées criminelles et les homicides exigent l'expertise de médecins légistes ayant reçu une formation spécialisée et qui peuvent être appelés à témoigner à titre d'experts devant les tribunaux. Une autopsie judiciaire peut être nécessaire pour recueillir des preuves de violence ou de traumatismes à l'appui d'une enquête criminelle, pour identifier le défunt ou pour déterminer la cause du décès lorsqu'il n'est pas possible de la déterminer autrement.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario abrite l'Unité de médecine légale de la province de l'Ontario. Située à Toronto et communément appelée la « morgue de Toronto », cette unité offre des services d'autopsie médico-légale et judiciaire à tous les coroners de la province. Dirigée autrefois par le coroner en chef adjoint des services judiciaires (2005), et maintenant par le médecin légiste en chef (2006), cette unité fait appel à des experts dans divers domaines dont les connaissances et les compétences dans des domaines spécialisés contribuent au processus d'investigation sur les décès (p. ex., anthropologues judiciaires, dentistes, toxicologues, etc.). L'Unité de médecine légale a pour mandat de fournir à la population de l'Ontario des services de médecine légale de la plus haute qualité.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario fournit aussi des services de médecine légale aux Forces canadiennes depuis un certain nombre d'années. Cette unité procède à une autopsie pour les membres des Forces canadiennes tués en Afghanistan ou ailleurs de façon à :

- faciliter leur identification;
- déterminer la cause du décès;
- mieux comprendre les blessures résultant des traumatismes en temps de guerre, afin de disposer de données pour la conception et l'utilisation d'équipement de protection amélioré, et contribuer ainsi à prévenir d'autres décès.

Pour le Bureau du coroner en chef, c'est un honneur de fournir ce service au gouvernement du Canada.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario recourt aux services de plusieurs médecins légistes dans la province qu'il rémunère à l'acte. Lorsque les circonstances le permettent, les autopsies sont effectuées dans un hôpital aussi près que possible du lieu de résidence de la famille du défunt. Le service est ainsi assuré dans les meilleurs

délais. Le Bureau du coroner en chef collabore avec un certain nombre d'unités de pathologie à divers endroits en Ontario.

Voici les chiffres quant au nombre d'autopsies effectuées en vertu du mandat d'un coroner :

2005

Nombre d'autopsies effectuées à l'Unité de médecine légale de la province : 1424

Nombre total dans la province : 7375

2006

Nombre d'autopsies effectuées à l'Unité de médecine légale de la province : 1488

Nombre total dans la province : 7264

Données statistiques sur les décès

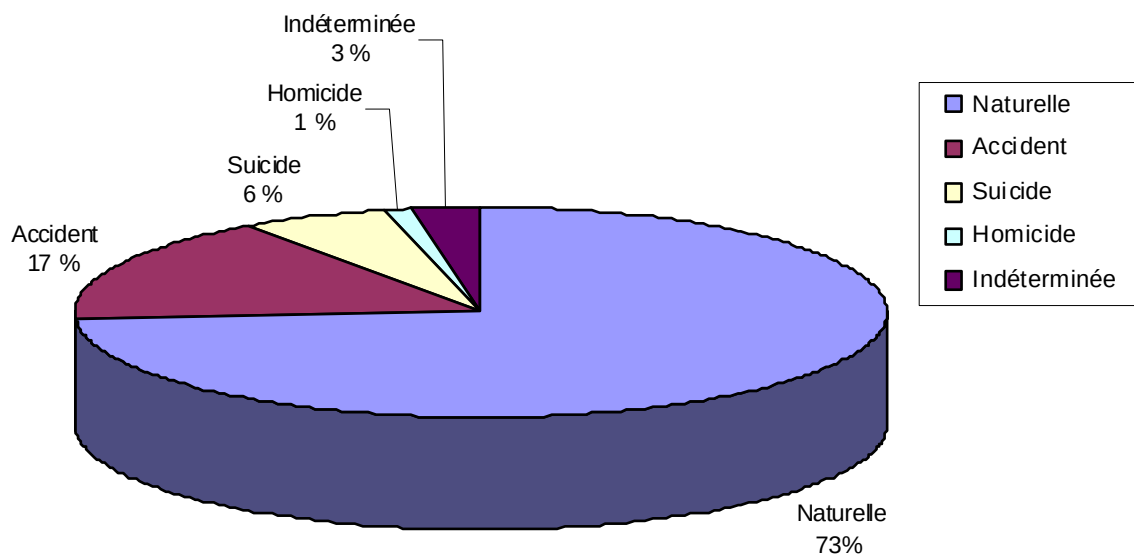
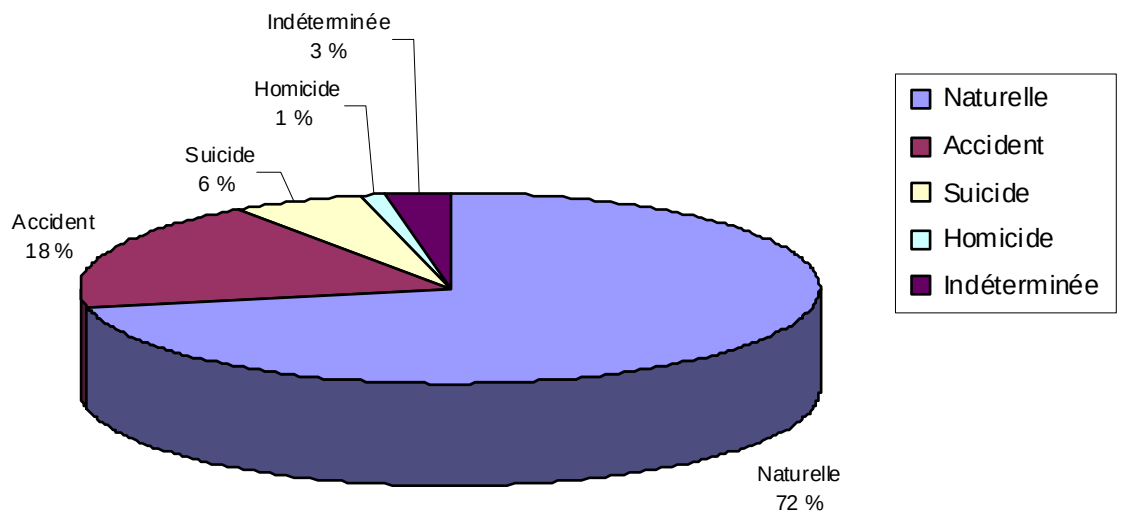
Origine du décès (par région) - 2005

Région	Naturelle	Accident	Suicide	Homicide	Indéterminée	Squelettique	Total
Bureau de Brampton – Région du Centre	1215	277	88	13	45	8	1646
Bureau de Guelph - Région du Centre	1611	412	140	16	61	20	2260
Bureau de Kingston – Région de l'Est	1775	294	114	21	42	9	2255
Bureau de London - Région de l'Ouest	2187	484	164	27	99	8	2969
Bureau de Peterborough - Région de l'Est	984	213	79	7	39	9	1331
Bureau de St. Catharines - Région de l'Ouest	2079	604	204	34	81	35	3037
Bureau de Thunder Bay - Région du Nord	1283	326	125	17	39	8	1798
Bureau de Toronto Est - Région du Centre	1700	348	128	52	48	6	2282
Bureau de Toronto Ouest - Région du Centre	1785	319	107	36	74	6	2327
Total	14619	3277	1149	223	528	109	19905

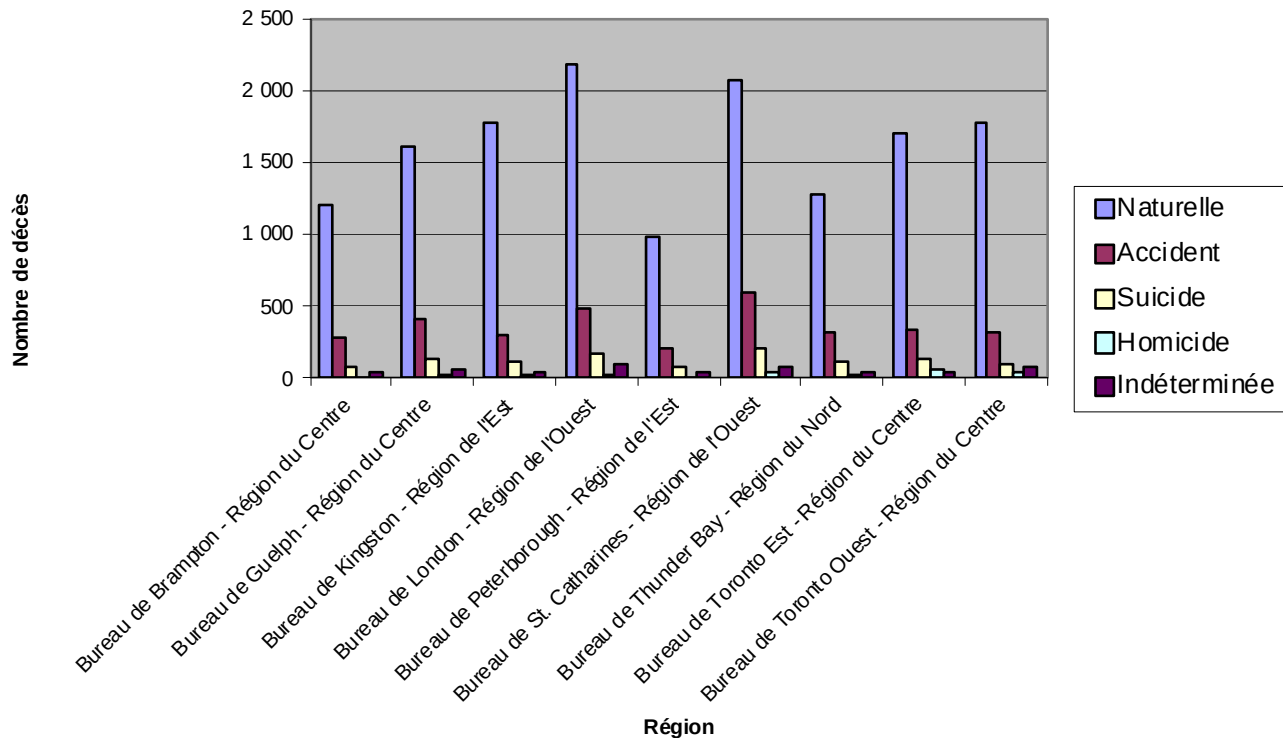
Origine du décès (par région) - 2006

Région	Naturelle	Accident	Suicide	Homicide	Indéterminée	Squelettique	Total
Bureau de Brampton – Région du Centre	1147	302	94	19	48	11	1621
Bureau de Guelph - Région du Centre	1503	401	138	20	81	19	2162
Bureau de Kingston – Région de l'Est	1715	355	113	19	40	13	2255
Bureau de London - Région de l'Ouest	2020	501	152	28	88	10	2799
Bureau de Peterborough - Région de l'Est	956	216	75	2	25	13	1287
Bureau de St. Catharines - Région de l'Ouest	1906	643	163	18	67	48	2845
Bureau de Thunder Bay - Région du Nord	1227	354	130	17	54	11	1793
Bureau de Toronto Est - Région du Centre	1497	350	133	48	66	3	2097
Bureau de Toronto Ouest - Région du Centre	1455	323	105	30	51	5	1969
Total	13426	3445	1103	201	520	133	18828

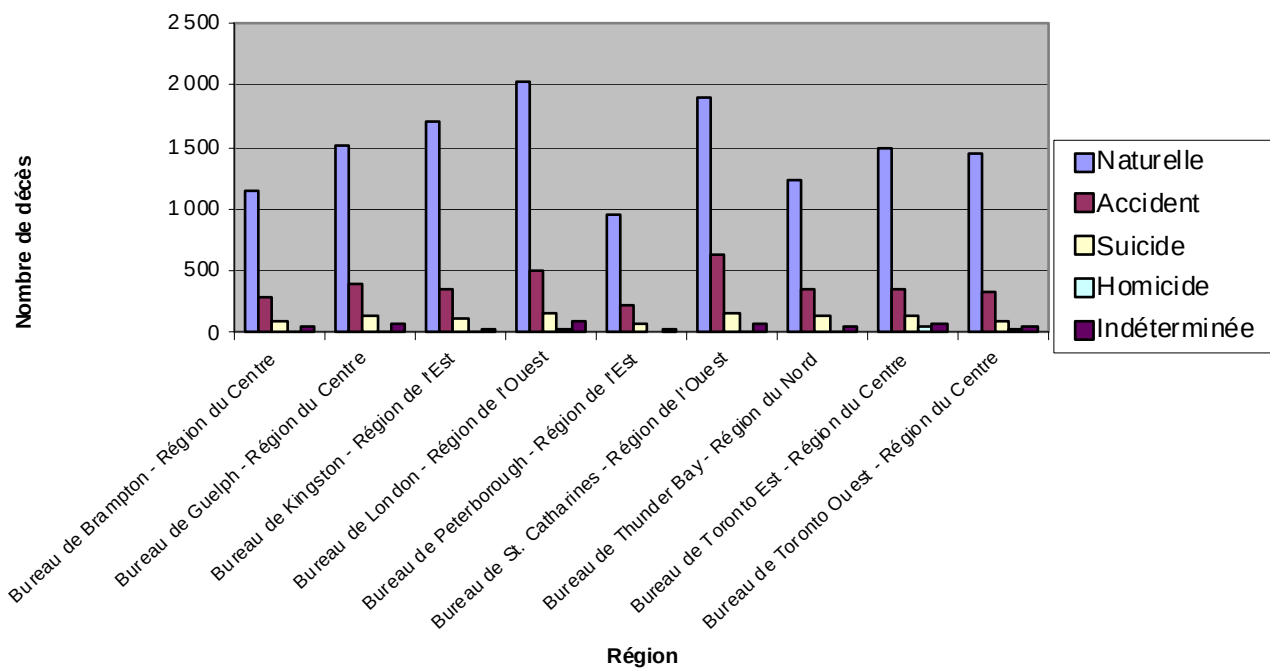
REMARQUE : En Ontario, en 2005 et 2006, il y a eu environ 85 000 décès par année.

Nombre total de décès selon l'origine (2005)**Nombre total de décès selon l'origine (2006)**

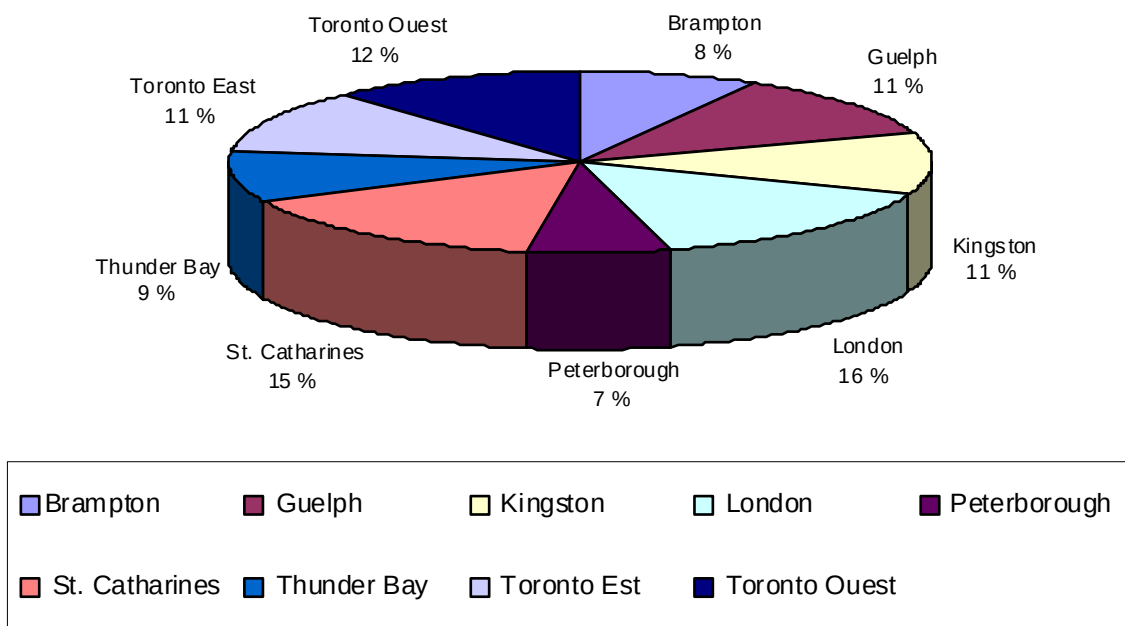
Sommaire des décès selon l'origine et la région (2005)



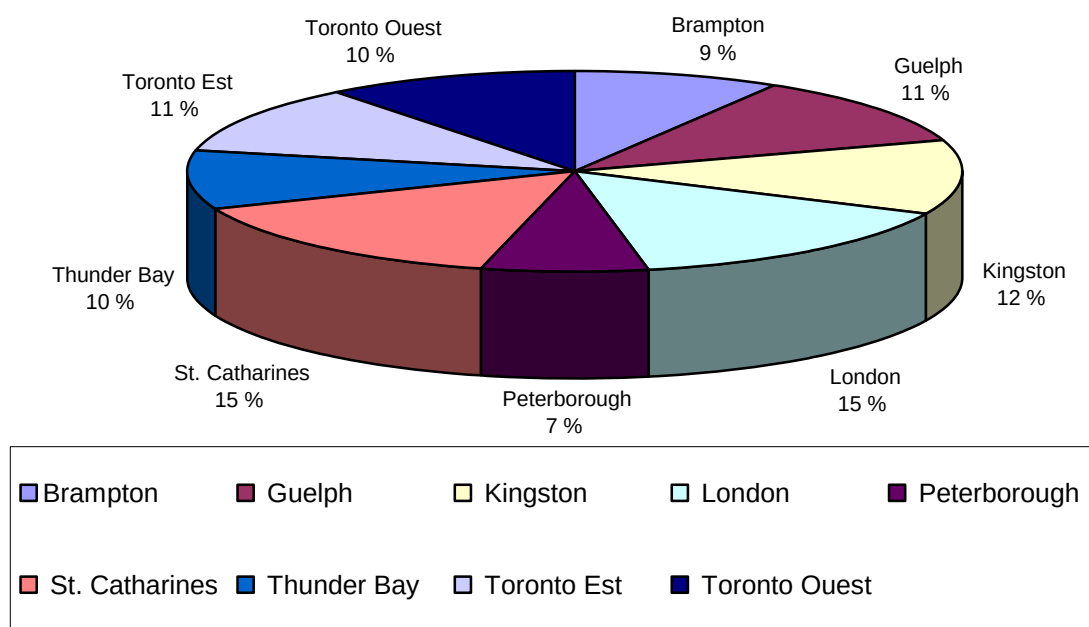
Sommaire des décès selon l'origine et la région (2006)



Nombre total de décès par région (2005)



Nombre total de décès par région (2006)



Dix premières causes de décès dans la province of Ontario (2005 et 2006)

Dix premières causes de décès	2005			2006		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Naturelle – maladie cardiovasculaire - myocardique	4574	2733	7307	4309	2468	6777
Naturelle – maladie pulmonaire	1038	1034	2072	1010	944	1954
Naturelle – maladie du système nerveux central/neurologique	503	729	1232	466	653	1119
Chute/saut - même niveau	493	683	1176	542	734	1276
Naturelle – maladie non précisée/autre	511	561	1072	469	494	963
Naturelle – Maladie gastro-intestinale	494	437	931	509	392	901
Trauma – collision de véhicules ou entre un véhicule et un piéton	579	257	836	558	289	847
Naturelle – Maladie cardiovasculaire – autre, vasculaire périphérique	462	279	741	439	260	699
Intoxication à un médicament - (aiguë)	369	285	654	382	255	637
Asphyxie - Pendaison	365	82	447	325	86	411

Enquêtes du coroner

En Ontario, des coroners ayant reçu une formation spécialisée président aux enquêtes du coroner. Pour ces enquêtes, les membres du jury sont choisis à partir des listes de jurés utilisées pour les autres instances judiciaires. Comme les coroners, les jurés doivent répondre aux cinq questions suivantes et peuvent, s'il y a lieu, faire des recommandations :

- **Qui** était la personne défunte?
- **De quoi** cette personne est-elle morte (cause médicale)?
- **Quand** ce décès est-il survenu?
- **Où** ce décès est-il survenu?
- **Comment** ce décès est-il survenu (c'est-à-dire, cause naturelle, accident, homicide ou cause indéterminée)?

Il y a deux sortes d'enquêtes du coroner : les enquêtes obligatoires et les enquêtes discrétionnaires. Les enquêtes obligatoires sont menées conformément aux exigences de la *Loi sur les coroners*. Elles portent sur les décès qui résultent d'accidents survenus dans l'exercice d'un emploi sur un chantier de construction, dans une mine, dans un puits d'extraction ou dans une carrière ainsi que sur les décès survenus alors que la personne était sous garde ou en détention. En 2006, la *Loi sur les coroners* a été modifiée pour inclure dans ces enquêtes obligatoires les décès d'enfants, dans certaines circonstances. Toutes les autres enquêtes sont discrétionnaires et peuvent être menées conformément à l'article 20 de la *Loi sur les coroners*.

Un coroner tient compte de plusieurs facteurs pour décider de mener ou non une enquête discrétionnaire. Il doit, par exemple, examiner si les réponses aux cinq questions sont connues. Il peut également déterminer s'il est souhaitable ou non que le public ait accès à une audience ouverte et complète sur les circonstances d'un décès. En outre, une enquête permet au jury de formuler des recommandations utiles dont la mise en œuvre pourrait permettre d'éviter que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires.

Les enquêtes du coroner sont ouvertes au public et aux médias. Les verdicts et les recommandations formulés par le jury d'une enquête sont publics et peuvent être obtenus auprès du Bureau du coroner en chef ou en visitant le site Web du ministère.

Les exemples suivants illustrent la fonction préventive des enquêtes du coroner et la façon dont ces forums de discussion peuvent contribuer à renforcer la sécurité de la population, partout dans la province.

Enquête n° 1

J.M., un apprenti charpentier âgé de 18 ans, ne possédant que quelques mois d'expérience, était employé d'une petite entreprise de charpenterie dans l'Ouest de l'Ontario. Le chantier où il travaillait comportait la transformation d'une grange en résidence. Le 8 novembre 2004, J.M. travaillait sur le toit de la grange où il posait des éléments de toiture en acier. Alors qu'il œuvrait à cette tâche, il a perdu l'équilibre et est tombé. Il a glissé du toit, est tombé sur une plate-forme de travail Skyjack, puis a chuté de 6,6 mètres avant de heurter le sol. Il a subi un grave traumatisme crânien dont il est décédé trois jours plus tard.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, une enquête était obligatoire puisque l'accident s'était produit sur un chantier de construction. L'enquête a eu lieu les 19 et 20 juin 2006, à Milton (Ontario).

Les preuves examinées et les témoignages reçus dans le cadre de l'enquête portaient essentiellement sur les normes et règlements en matière de sécurité au travail. Le jury a répondu aux cinq questions et a déterminé que J.M. était décédé d'un traumatisme crânien fermé à la suite d'une chute accidentelle. Il a formulé 5 recommandations visant à améliorer la formation offerte aux jeunes dans les écoles et en milieu de travail en matière de règles de sécurité au travail, à mieux former les formateurs dans le domaine de la sécurité au travail, à élaborer un programme de formation uniforme ainsi qu'à poursuivre les publicités dans les médias visant à sensibiliser davantage les jeunes travailleurs aux conditions de travail dangereuses et à la réglementation en matière de sécurité au travail.

Des 5 recommandations adressées aux parties concernées :

- 1 recommandation a été mise en œuvre;
- des solutions de remplacement ont été mises en œuvre en rapport à 2 recommandations;
- 3 recommandations sont restées sans réponse.

Enquête n° 2

Le 9 juin 2001, deux patients âgés d'un établissement de soins de longue durée de Toronto ont été matraqués à mort et un troisième sévèrement battu par un autre patient. L'agresseur avait été admis dans l'établissement plus tôt ce jour-là, à la demande de sa famille. Il aurait affiché un comportement agressif au point que sa famille n'était plus en mesure de s'occuper de lui à la maison. L'intention de la famille était de le placer dans un environnement contrôlé où il serait surveillé plus étroitement.

Les antécédents médicaux de l'agresseur comprenaient notamment une fibrillation auriculaire, de l'asthme et de la démence. Trois mois auparavant, il avait souffert d'un accident vasculaire cérébral qui l'avait laissé agressif et confus. Même s'il s'était amélioré légèrement, il continuait à manifester de l'agressivité, ce qui nécessitait une étroite surveillance au domicile familial. Un jour, il avait même agressé un membre de la famille.

La famille a demandé l'aide du centre d'accès aux soins communautaires local afin de trouver un établissement de soins de longue durée pour l'agresseur. Les évaluations nécessaires ont été conduites de façon accélérée étant donné son comportement agressif à la maison. Un établissement acceptant l'admission de l'agresseur a été trouvé.

À son admission, l'agresseur a été placé dans la même chambre que deux autres patients. Bien qu'on n'ait jamais établi si la famille de l'agresseur avait prévenu ce dernier que ce déménagement était définitif, le personnel a observé que le nouveau venu était poli et calme. Celui-ci a pris une douche, mangé et fait une sieste durant la journée. À tous égards, il semblait s'adapter.

En début de soirée, quelqu'un a vu l'agresseur entrer dans une autre chambre. Lorsque le personnel est intervenu, il a trouvé les deux autres patients gravement blessés et l'agresseur en train de frapper un troisième patient avec un objet métallique. L'agresseur a été maîtrisé et les services d'urgence sont intervenus. L'agresseur a fait l'objet d'une accusation au criminel et a été envoyé dans un établissement psychiatrique pour une évaluation, où il est décédé d'un accident vasculaire cérébral.

Le coroner en chef a demandé une enquête discrétionnaire qui a eu lieu à Toronto, du 31 janvier au 5 avril 2005.

Le jury a répondu aux cinq questions et déterminé que les deux victimes étaient décédées de blessures contondantes à la tête par homicide. Le jury a formulé 85 recommandations qui visaient le financement, les niveaux de dotation en personnel, la formation, les évaluations, la communication ainsi que les règlements, les procédures et les normes en matière de soins aux résidents atteints de déficience cognitive dans des maisons de soins infirmiers.

Des 85 recommandations adressées aux parties concernées :

- 15 recommandations ont été mises en œuvre;
- 8 recommandations seront mises en œuvre;
- des solutions de remplacement ont été mises en œuvre en rapport à 15 des recommandations;
- 6 solutions de remplacement allaient être mises en œuvre;
- 29 recommandations étaient à l'étude;
- 11 recommandations ont été rejetées;
- 1 recommandation n'a pu être mise en œuvre à cause de problèmes non résolus.

Enquête n° 3

M.T.M., un garçon de huit ans, s'est noyé à une plage publique le 21 août 2004. L'enfant avait d'importants antécédents de problèmes comportementaux pour lesquels il prenait des médicaments. Il était diagnostiqué comme souffrant d'hyperactivité avec déficit de l'attention et/ou de trouble oppositionnel avec provocation. Jusqu'au début de l'été 2004, il vivait avec ses parents et ses frères et sœurs.

Étant donné l'aggravation de son comportement à la maison, ses parents se sont adressés à la société d'aide à l'enfance locale. M.T.M a d'abord été placé en famille d'accueil en juin 2004, puis dans un centre de santé mentale infantile le mois d'août suivant.

Le jour de sa noyade, M.T.M. était venu se baigner avec trois autres garçons du centre à une plage publique surveillée par des maîtres nageurs. Trois membres du personnel du centre accompagnaient les garçons pour cette sortie. À un moment donné, M.T.M. a disparu sous l'eau. Une recherche a rapidement été organisée, avec l'aide de plus de 50 personnes, dont des pompiers et d'autres personnes se trouvant sur la plage à ce moment-là. Son corps a été retrouvé au bout de 45 minutes environ. M.T.M. a été transporté par hélicoptère à l'hôpital pour enfants le plus proche, où son décès a été prononcé.

À la suite du décès de M.T.M, l'établissement résidentiel et la municipalité locale ont procédé à des revues internes pour examiner les politiques et procédures en place pour emmener les enfants aux activités de loisirs aquatiques. La Société de sauvetage a effectué une vérification globale de la plage et des normes et procédures de secours.

Une enquête discrétionnaire a été demandée pour examiner et considérer les solutions déjà mises en place par les organismes publics concernés. Elle s'est déroulée à Port Stanley du 26 septembre au 6 octobre 2005.

Le jury a conclu que M.T.M. était mort par noyade accidentelle. Le jury a formulé 19 recommandations qui visaient notamment le nombre de maîtres nageurs et l'équipement de secours, les protocoles d'intervention en cas d'urgence, les opérations de recherche en eau profonde, les programmes de prêt de gilet de sauvetage, les vérifications de la sécurité sur les plages, la sensibilisation du public aux mesures de sécurité nautique, les règles en vigueur dans les résidences pour les sorties d'activités aquatiques ainsi que la sensibilisation du personnel au niveau d'aptitude nautique des usagers.

Sur les 19 recommandations adressées aux parties concernées :

- 16 recommandations ont été mises en œuvre;
- 1 recommandation sera mise en œuvre;
- 1 recommandation n'a pas pu être évaluée;
- 1 recommandation était à l'étude.

Enquête n° 4

Le 5 octobre 2004, J.C., un homme de 65 ans a été admis à la prison de Toronto pour des accusations en instance. Lors de son admission, il a signalé aux agents qu'il souffrait d'insuffisance cardiaque congestive et prenait des médicaments pour cela. Par la suite, le personnel soignant l'a examiné à plusieurs reprises avant son décès. On lui a donné des médicaments et prescrit des examens supplémentaires. Lorsqu'on a observé que son état semblait s'aggraver, des dispositions ont été prises pour le transférer à l'hôpital pour une évaluation et un traitement plus approfondis. Le 8 octobre 2004, il s'est effondré dans la prison en attendant son transfert à l'hôpital. Les services d'urgence ont été alertés et des tentatives de réanimation effectuées. Son décès a été prononcé à l'hôpital.

Comme le décès de J.C. a eu lieu en détention, une enquête obligatoire a été ordonnée. Elle a eu lieu à Toronto, du 30 janvier au 9 février 2006.

Le jury a conclu que J.C. était décédé d'une athérosclérose coronarienne par causes naturelles. Le jury a entendu des témoignages relatifs aux procédures de transfert, aux pratiques des soins infirmiers, à la tenue des registres, à la documentation des dossiers médicaux et aux difficultés du travail avec une population de plus en plus vieillissante et souffrant de problèmes médicaux complexes. Le jury a formulé 11 recommandations qui visaient les niveaux de dotation en personnel, l'amélioration de la planification des soins infirmiers, une meilleure communication entre tous les membres du personnel, l'offre de formation interne en soins infirmiers et l'amélioration de la documentation.

Sur les 11 recommandations adressées aux parties concernées :

- 10 recommandations ont été mises en œuvre;
- 1 recommandation était à l'étude.

Aide aux enquêtes

L'Aide aux enquêtes fournit des renseignements de nature générale et une aide aux personnes qui présentent une demande et qui obtiennent la qualité pour agir dans une enquête en Ontario. Ces renseignements visent à faire comprendre la conduite et le résultat d'une enquête et ne sont pas censés remplacer des conseils juridiques.

Décision de faire enquête

Il y a deux sortes d'enquêtes du coroner : les enquêtes obligatoires et les enquêtes discrétionnaires. Les enquêtes obligatoires sont menées conformément aux exigences de la *Loi sur les coroners*. Elles portent sur les décès qui résultent d'accidents survenus dans l'exercice d'un emploi sur un chantier de construction, dans une mine, dans un puits d'extraction ou dans une carrière, sur les décès survenus alors que la personne était sous garde ou en détention ainsi que sur les décès d'enfants, dans certaines circonstances (2006). Toutes les autres enquêtes sont considérées comme discrétionnaires et peuvent être menées conformément à l'article 20 de la *Loi sur les coroners*.

Un coroner tient compte de plusieurs facteurs pour décider de mener ou non une enquête discrétionnaire. Il doit, par exemple, examiner si les réponses aux cinq questions sont connues. Il peut également déterminer s'il est souhaitable ou non que le public ait accès à une audience ouverte et complète sur les circonstances d'un décès. En outre, une enquête permet au jury de formuler des recommandations utiles visant à éviter que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires. Cette fonction de prévention constitue un aspect très important des enquêtes parce qu'elle favorise des changements qui renforceront la sécurité dans la province. Les recommandations émanant d'enquêtes antérieures ont entraîné des modifications à des lois (par ex., délivrance graduelle du permis de conduire et droit du travail), à des politiques (par ex. la façon dont la police et les tribunaux administrent la justice), à des procédures (par ex., protection des enfants et promotion de pratiques médicales sûres) et au développement de produits (par ex., dispositifs de sécurité pour les véhicules motorisés et d'autres biens de consommation).

Un parent d'une personne décédée (au sens de l'article 26 de la *Loi sur les coroners*) peut demander qu'une enquête soit tenue en présentant cette demande par écrit au coroner chargé de l'investigation. Cette demande est présentée à l'équipe de gestion des coroners principaux régionaux qui décide si une enquête s'impose ou non, en vertu de l'article 20 de la *Loi sur les coroners*.

Aucune limite n'est prescrite quant au délai séparant la date du décès et celle de la tenue d'une enquête.

Définition et limites d'une enquête

Une enquête n'est PAS un processus accusatoire. Ce n'est ni un procès, ni un processus d'enquête préalable. Il ne s'agit pas non plus d'une commission royale d'enquête, ni d'une campagne régie par des motivations personnelles ou philosophiques. Une enquête du coroner est un processus inquisitoire conçu pour attirer l'attention du public sur les circonstances d'un décès, qui doit constituer un examen public impartial des faits.

Comportement en salle d'audience d'enquête

Même si une enquête du coroner n'est pas un tribunal pénal d'archives, il s'agit néanmoins d'une procédure judiciaire. Une conduite, une tenue vestimentaire et une attitude appropriées sont attendues de la part des participants, des médias et des personnes qui assistent à une enquête.

Jury

Le jury d'enquête est composé de cinq personnes choisies par le constable du coroner parmi une liste de jurés de la collectivité. Siéger à un jury d'enquête est un devoir public.

Le premier jour de l'enquête, les jurés se réunissent et choisissent un président au sein de leur groupe. Les jurés doivent ensuite prêter serment ou affirmer solennellement qu'ils vont « enquêter diligemment » sur le décès, puis rendre un verdict répondant aux cinq questions concernant le décès. Ce verdict ne doit pas nécessairement être unanime et peut être obtenu par vote majoritaire. Les jurés peuvent jouer un rôle actif dans l'enquête et sont encouragés à poser des questions pertinentes aux témoins afin de soulever des questions problématiques. Après avoir répondu aux cinq questions, les jurés peuvent faire des recommandations fondées sur les preuves et témoignages qui leur ont été présentés. Cependant, les jurés ne sont pas tenus de faire des recommandations.

Il est interdit aux jurys d'enquête d'émettre des conclusions de responsabilité légale ou d'exprimer une quelconque conclusion de droit. Leur rôle n'est pas d'attribuer le blâme, ni de libérer du blâme, ni de statuer ou de sous-entendre un jugement dans leurs recommandations concernant le décès. Si de telles conclusions ressortaient d'un verdict, celui-ci serait considéré comme irrégulier et donc irrecevable.

Les jurys d'enquête peuvent être amenés à regarder des photographies des blessures de la personne décédée ou à examiner le lieu où le décès s'est produit. De nos jours, il ne leur est plus demandé de regarder le corps de la personne décédée.

Qui peut participer à une enquête?

Toute enquête du coroner est ouverte au public et aux médias. Il existe des interdictions concernant l'usage de caméras en salle d'audience. Il y a également des restrictions concernant l'usage d'appareils d'enregistrement en salle d'audience par les médias ou toute personne présente.

Un coroner spécialement formé préside l'enquête en qualité quasi judiciaire. Le coroner est généralement représenté par un avocat de la Couronne qui agit comme son conseiller juridique. En outre, le coroner qui préside peut autoriser d'autres personnes ayant un intérêt important et direct dans l'enquête, notamment des personnes qui peuvent être concernées de manière directe et unique par les recommandations, à prendre une part active aux audiences. Cette participation est appelée « qualité pour agir ». Pour avoir qualité pour agir, une personne ou une partie doit en faire la demande. Pour accorder à une personne la qualité pour agir, le coroner doit juger que celle-ci est considérablement et directement intéressée à l'enquête.

Les parties ayant qualité pour agir peuvent se représenter elles-mêmes, ou être représentées par des avocats ou des mandataires. Les parties peuvent procéder au contre-interrogatoire des témoins en rapport avec leur intérêt manifeste et appeler leurs propres témoins, si le coroner juge que leur témoignage est pertinent pour la procédure. Pour aboutir à cette conclusion, le coroner demandera la production d'un sommaire de la déposition ou d'une déclaration par écrit du témoignage anticipé avant la convocation du témoin.

Les parties ayant qualité pour agir peuvent également présenter leurs arguments et observations au jury après que tous les témoignages ont été entendus. De cette façon, chaque personne susceptible d'être touchée de façon significative par le verdict ou les recommandations a la possibilité d'être entendue et de présenter son point de vue. Au besoin, le coroner tiendra une audience séparée pour résoudre les questions relevant de la qualité pour agir ou toute autre question qui exige une décision en l'absence du jury. Bien que des avocats représentant des intérêts divers (et parfois opposés) puissent intervenir dans une enquête, il est essentiel de se rappeler que personne n'est en procès et que le jury n'est pas autorisé à attribuer un blâme dans son verdict.

La famille de la personne décédée peut demander la qualité pour agir (avec ou sans avocat), ou simplement observer la procédure parmi le public. Selon les circonstances, les membres de la famille peuvent aussi être appelés à témoigner dans l'enquête. Les membres de la famille de la personne décédée ne sont pas tenus d'assister à l'enquête, sauf dans le cas où ils sont appelés à témoigner.

Les témoins ayant un témoignage pertinent à apporter dans une enquête sont assignés à comparaître. Les témoins devront prêter serment ou faire une affirmation solennelle de témoignage conforme à la vérité. Les témoins peuvent être contre-interrogés par les parties ayant qualité pour agir dans l'enquête. Aucune preuve ne peut être utilisée pour incriminer une personne dans d'autres tribunaux, à moins que celle-ci n'ait commis un parjure. Le parjure dans une enquête est une infraction pouvant entraîner des accusations au criminel. Les témoins ont droit à ce que leur avocat ou mandataire soit présent aux audiences pour les conseiller sur leurs droits, mais toute autre participation de ces avocats ou mandataires à l'enquête requiert la permission du coroner.

Un sténographe judiciaire est présent aux enquêtes du coroner pour enregistrer la procédure. La transcription de la procédure peut être obtenue auprès de celui-ci moyennant un droit.

Le constable du coroner sélectionne le jury et aide le coroner au maintien de l'ordre durant l'enquête. Le constable fait prêter serment aux témoins ou leur affirmer

solennellement aux témoins, aide le jury et est responsable de la manipulation des pièces présentées.

Réunion préalable à l'enquête

Avant le début de l'enquête, le coroner peut convoquer une réunion préalable à l'enquête. Lors de cette réunion, généralement dirigée par le conseiller juridique du coroner, certains sujets sont débattus afin de garantir l'efficacité et l'efficience de l'enquête, notamment l'établissement des dates et heures d'audience, les questions à examiner et le partage de l'information. C'est généralement lors de cette réunion que le dossier de l'enquête est remis aux parties ayant un avocat présent. Ce dossier n'est remis qu'après signature d'un engagement à respecter le caractère confidentiel du dossier et à le restituer une fois l'enquête terminée. Si une partie n'est pas représentée par un avocat, des dispositions spéciales peuvent être prises pour obtenir l'accès à ce dossier.

Protocole des enquêtes

Lors d'une enquête, il faut s'adresser au coroner en disant « Monsieur le Coroner » ou « Madame la Coroner ». Pour le président du jury, il faut dire « Monsieur le Président » ou « Madame la Présidente ». Après que le jury a prêté serment, le coroner expose les observations préliminaires. Le conseiller juridique du coroner s'adresse ensuite au jury et appelle le premier témoin. Lorsqu'un témoin est appelé, les autres parties ayant qualité pour agir ont la possibilité de lui poser des questions pertinentes en contre-interrogatoire. Les jurés ont également la possibilité de poser des questions et d'examiner les pièces. Le coroner peut statuer sur l'admissibilité ou la pertinence des éléments de preuve. Les règles concernant les éléments de preuve dans une enquête du coroner sont différentes de celles des autres procédures judiciaires.

Les membres du jury sont autorisés à débattre entre eux des preuves en dehors de la salle d'audience, mais ces discussions doivent demeurer confidentielles durant l'enquête, pendant les délibérations et après la fin de l'enquête. La confidentialité des délibérations est indispensable pour que le processus soit équitable et pour éviter le harcèlement des jurés une fois l'enquête terminée. Les jurés ne doivent parler de l'enquête à quiconque, y compris aux médias, pendant toute la durée de celle-ci, ni discuter de leurs délibérations après la fin de l'enquête.

Généralement, l'accès aux pièces est limité aux parties participant à l'enquête. À la discrétion du coroner, et compte tenu des intérêts privés des parties, le public et les médias peuvent être autorisés à examiner les pièces durant les pauses. Cependant, le coroner n'autorise à faire des copies des pièces que dans de rares circonstances.

Lorsque tous les témoignages ont été entendus, les avocats ou mandataires s'adressent généralement au jury. Ces plaidoiries leur offrent une dernière occasion de présenter au jury leur interprétation des preuves et de suggérer des recommandations. Des recommandations conjointes des diverses parties peuvent également être prises en considération. Le conseiller juridique du coroner présente aussi ses conclusions finales au jury, y compris les points de droit déterminants.

Après que toutes les parties ont fini de présenter leurs plaidoiries et observations, le coroner qui préside s'adresse au jury. Il décrit les responsabilités et limitations du jury et lui donne les consignes en regard de la loi telle qu'elle s'applique aux enquêtes.

Verdict et recommandations

Le jury se retire en prenant toutes les pièces pour délibérer, rendre un verdict et préparer des recommandations, le cas échéant. Un verdict qui assigne un blâme est irrecevable. Le jury doit répondre aux cinq questions et peut faire des recommandations. Celles-ci ne sont pas obligatoires, mais représentent la voix de la collectivité et doivent être prises en considération afin de prévenir des décès dans des circonstances similaires à l'avenir. Les recommandations doivent être fondées sur les témoignages entendus lors de l'enquête.

Le jury n'est pas isolé lors de l'examen des preuves et des pièces. Cependant, il a pour consigne de ne pas écouter ou lire quoi que ce soit en relation avec l'enquête dans les médias et de ne pas discuter de ses délibérations en dehors de la salle des jurés. Lorsque le jury revient en salle d'audience, le verdict est lu à voix haute, puis l'enquête est close. Le verdict et les recommandations sont à la disposition du public, sur demande auprès du Bureau du coroner en chef.

Le verdict et les recommandations, accompagnés d'une brève explication rédigée par le coroner qui préside, sont envoyés au coroner en chef qui les distribuera aux agences, associations, ministères ou autres organismes identifiés qui peuvent être en mesure de mettre en œuvre les recommandations. Les destinataires doivent évaluer leur réaction face aux recommandations et envoyer leur réponse au Bureau du coroner en chef dans un délai d'un an après l'enquête. Les membres du public, y compris les médias, peuvent demander une copie des réponses aux recommandations de l'enquête en présentant une demande par écrit au Bureau du coroner en chef.

Le Bureau du coroner en chef prépare un rapport sur la mise en œuvre des recommandations de toutes les enquêtes. Ces rapports sont publiés dans un rapport annuel sur les enquêtes qui est mis à la disposition du public.

Données statistiques sur les enquêtes

Sommaire 2005

- 80 enquêtes ont été tenues en 2005.
- 19 % des enquêtes menées étaient discrétionnaires.
- 81 % des enquêtes menées étaient obligatoires (détention, construction ou exploitation minière).
- 49 % relevaient de la détention.
- 29 % relevaient de la construction.
- 4 % relevaient de l'exploitation minière.
- 17,5 % des enquêtes n'ont abouti à aucune recommandation.
- Au total, 621 recommandations ont été formulées.
- En moyenne, 77 % des organismes censés répondre se sont exécutés.
- En moyenne, chaque enquête en 2005 a duré 4,4 jours.

Selon les réponses reçues à propos des recommandations :

- 42 % ont été mises en œuvre;
- 6 % seront mises en œuvre;
- Pour 15 % des recommandations, des solutions de remplacement ont été mises en œuvre;
- Pour 2 %, des solutions de remplacement seront mises en œuvre;
- 13 % sont à l'étude;
- 2 % contiennent des questions non résolues;
- 4 % ont été rejetées sans qu'un motif précis ne soit donné;
- 2 % ont été rejetées à cause d'un vice de forme;
- 7 % ne s'appliquaient pas à l'organisme désigné;
- 5 % sont restées sans réponse;
- 1 % des réponses reçues n'ont pas pu être évaluées.

Sommaire 2006

- 53 enquêtes ont été tenues en 2006.
- 6 % des enquêtes menées étaient discrétionnaires.
- 94 % des enquêtes menées étaient obligatoires (détention, construction ou exploitation minière).
- 66 % relevaient de la détention.
- 26 % relevaient de la construction.
- 2 % relevaient de l'exploitation minière.
- 36 % des enquêtes n'ont abouti à aucune recommandation.
- Au total, 190 recommandations ont été formulées.
- En moyenne, 70,8 % des organismes censés répondre se sont exécutés.
- En moyenne, chaque enquête en 2006 a duré 4,2 jours.

Selon les réponses reçues à propos des recommandations :

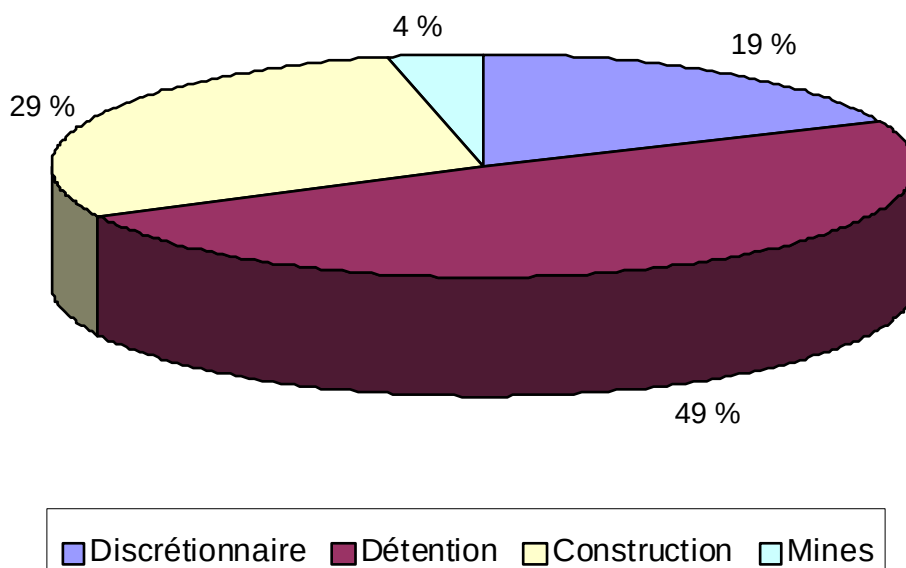
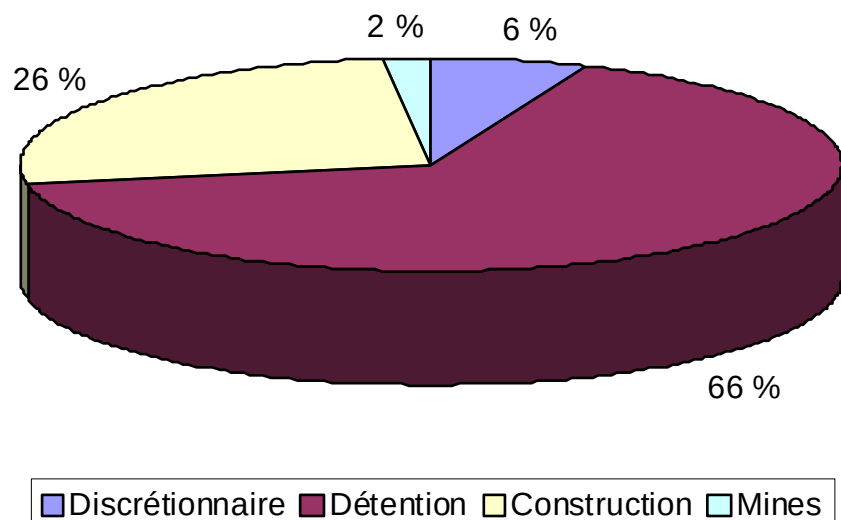
- 33 % ont été mises en œuvre;
- 12 % seront mises en œuvre;
- Pour 10 % des recommandations, des solutions de remplacement ont été mises en œuvre;
- 2 % auront des solutions de remplacement mises en œuvre;
- 17 % sont à l'étude;
- 0 % contiennent des questions non résolues;
- 3 % ont été rejetées sans qu'un motif précis ne soit donné;
- 2 % ont été rejetées à cause d'un vice de forme;
- 0 % ont été rejetées à cause d'un manque de ressources;
- 9 % ne s'appliquaient pas à l'organisme désigné;
- 11 % sont restées sans réponse;
- 2 % des réponses reçues n'ont pas pu être évaluées.

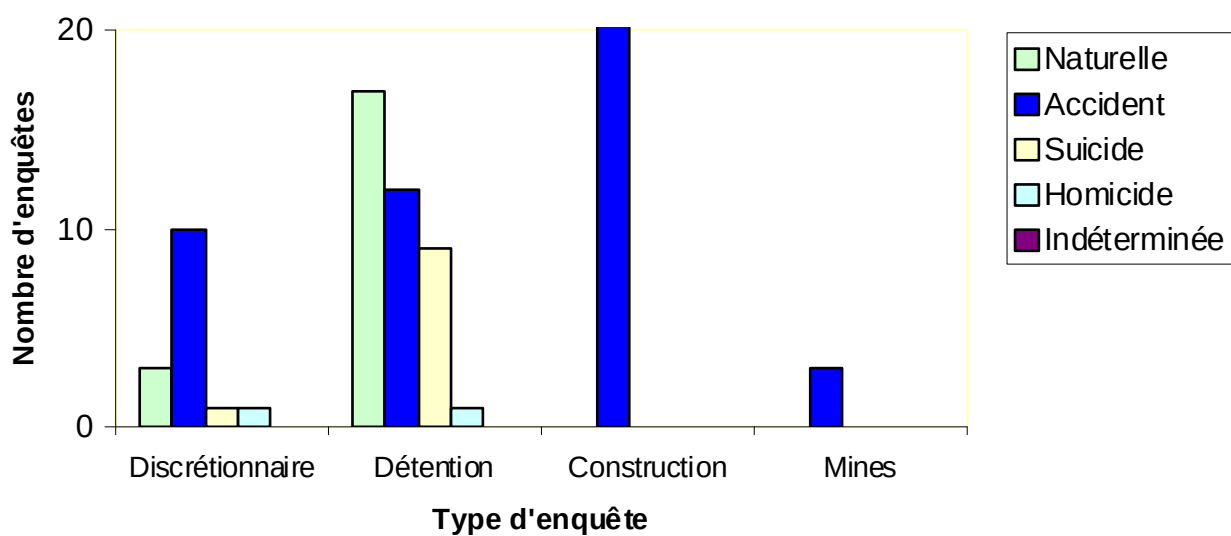
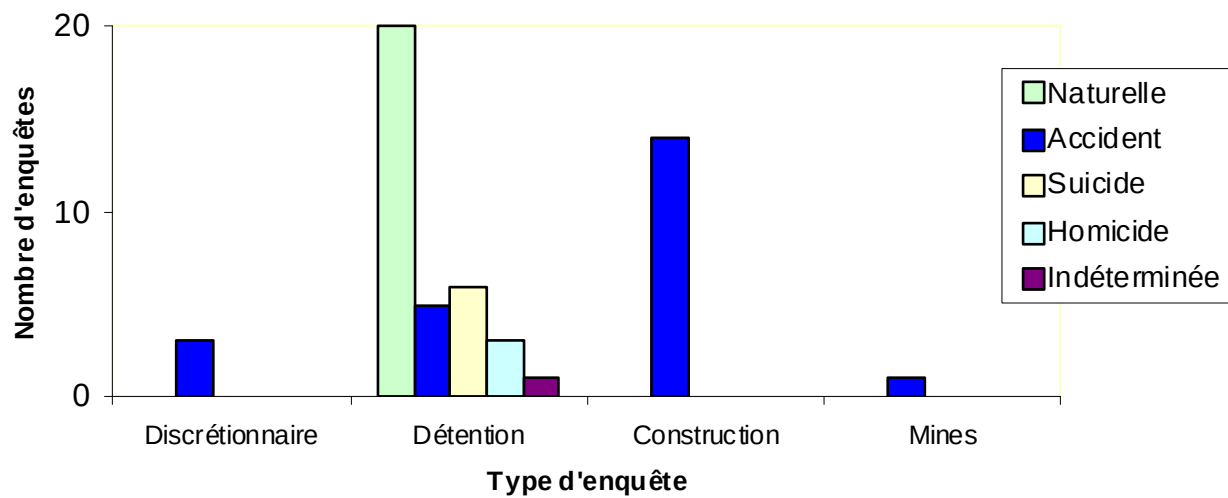
Sommaire des enquêtes du coroner selon le type d'enquête - 2005

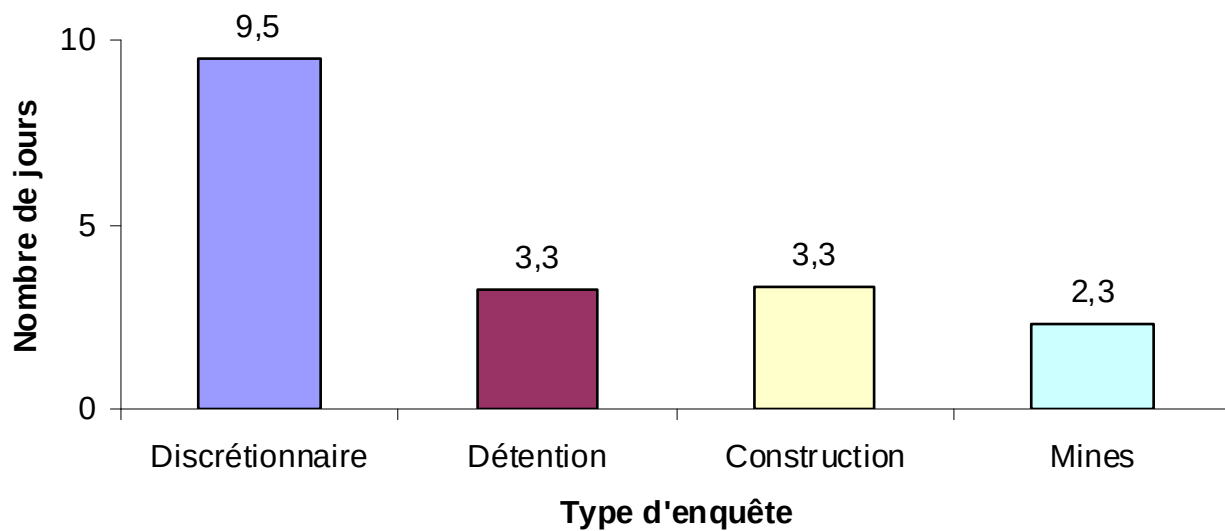
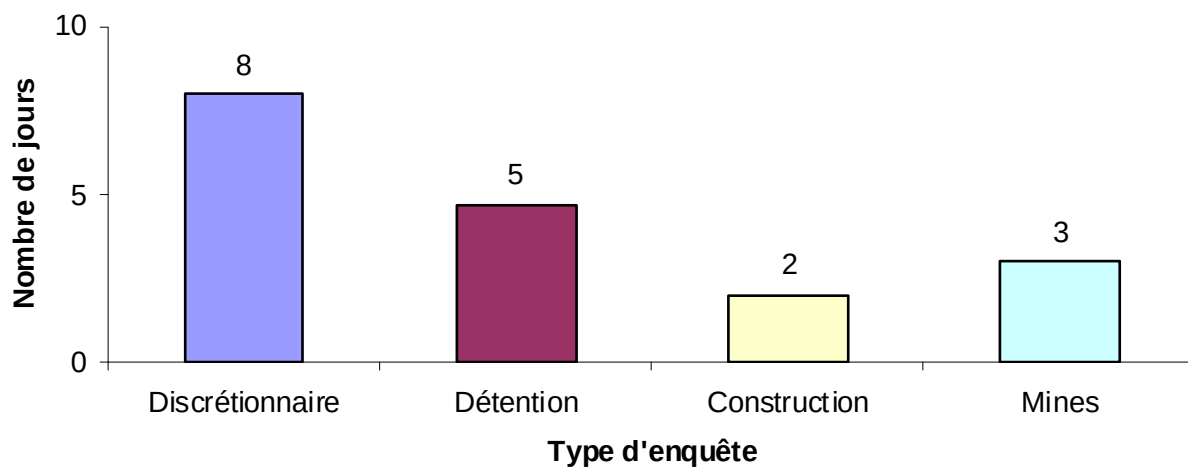
Type	N ^{bre} de recommandations	% du total des recommandations	Nombre total d'enquêtes	% du total des enquêtes	N ^{bre} moyen de recommand. par enquête	% moyen de taux de réponse*	N ^{bre} total de jour d'enquête	Nombre moyen de jours d'enquête
Discretionnaire	298	48	15	19	19,9	79,9	142	9,5
Détention	177	29	39	48	4,5	89,5	127	3,3
Construction	125	20	23	29	5,4	79,1	76	3,3
Secteur minier	21	3	3	4	7,0	58,3	7	2,3
Total	621	100	80	100	7,8	76,7	352	4,4

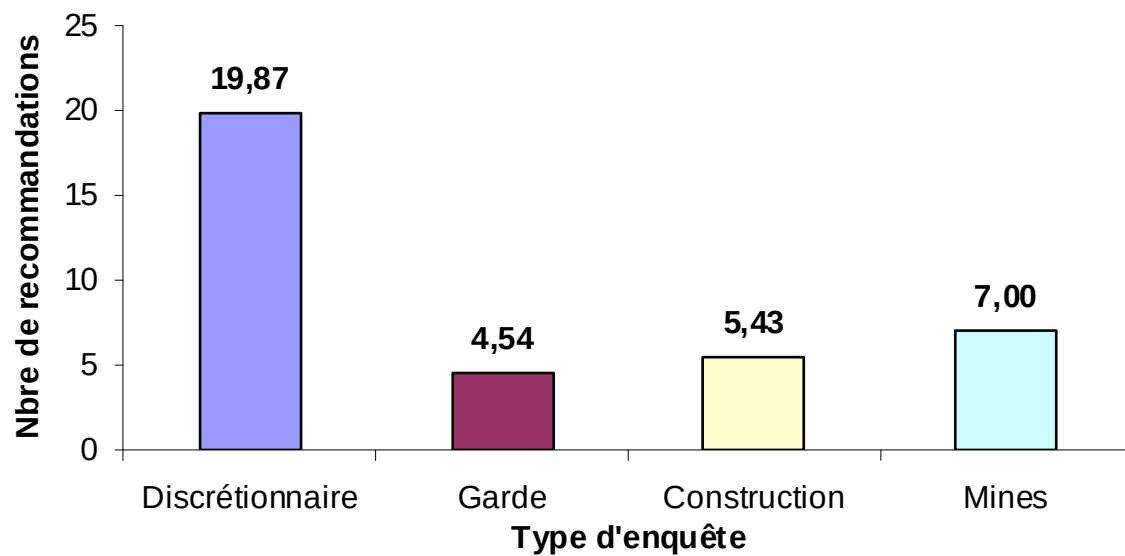
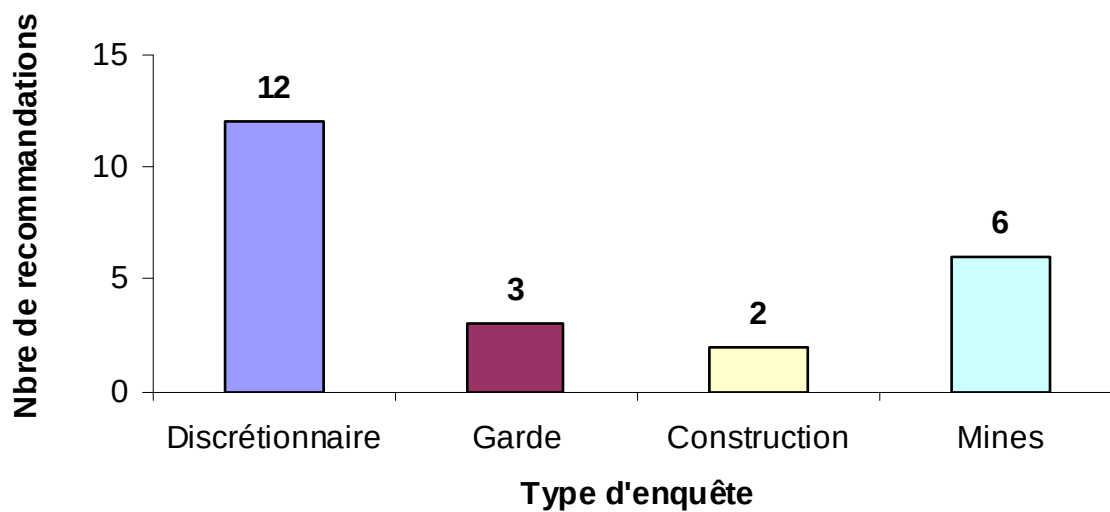
Sommaire des enquêtes du coroner selon le type d'enquête – 2006

Type	N ^{bre} de recommandations	% du total des recommandations	Nombre total d'enquêtes	% du total des enquêtes	N ^{bre} moyen de recommand. par enquête	% moyen de taux de réponse*	N ^{bre} total de jour d'enquête	Nombre moyen de jours d'enquête
Discretionnaire	35	18	3	6	12	71	24	8
Détention	117	62	35	66	3	95	164	5
Construction	32	17	14	26	2	88	29	2
Secteur minier	6	3	1	2	6	29	3	3
Total	190	100	53	100	6	71,0	220	4

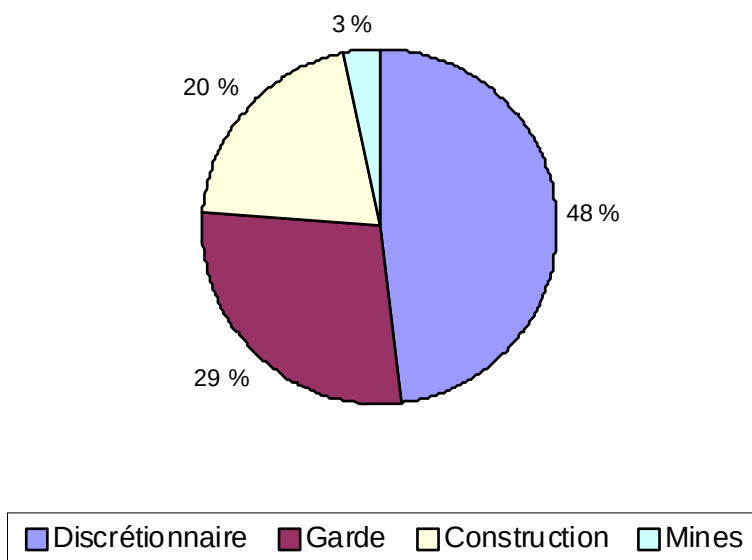
Pourcentage d'enquêtes selon le type - 2005**Pourcentage d'enquêtes selon le type - 2006**

Comparaison entre le type d'enquête et l'origine du décès - 2005**Comparaison entre le type d'enquête et l'origine du décès - 2006**

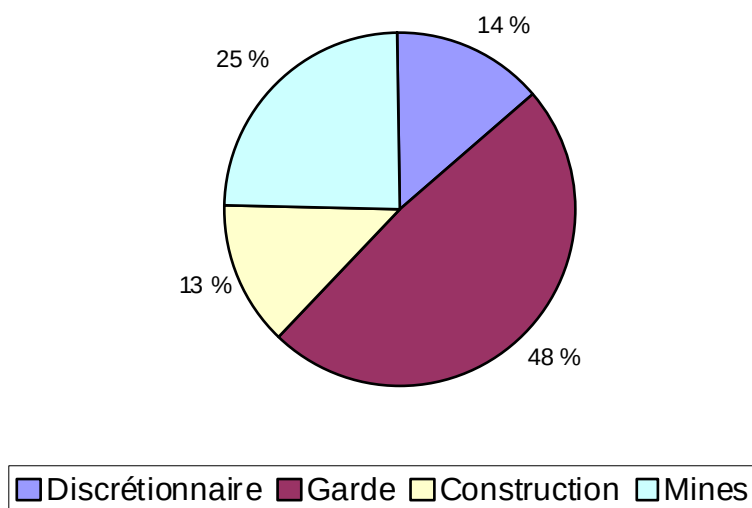
Durée moyenne des enquêtes - 2005**Durée moyenne des enquêtes - 2006**

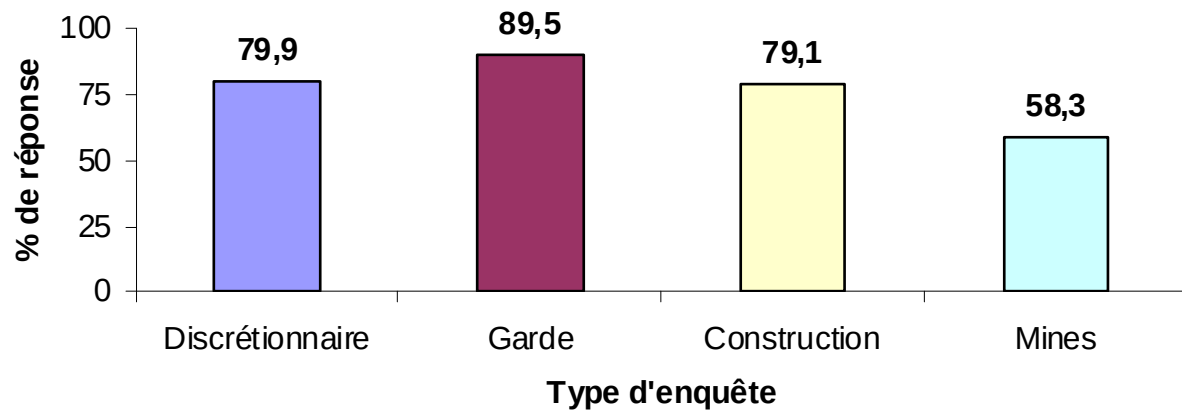
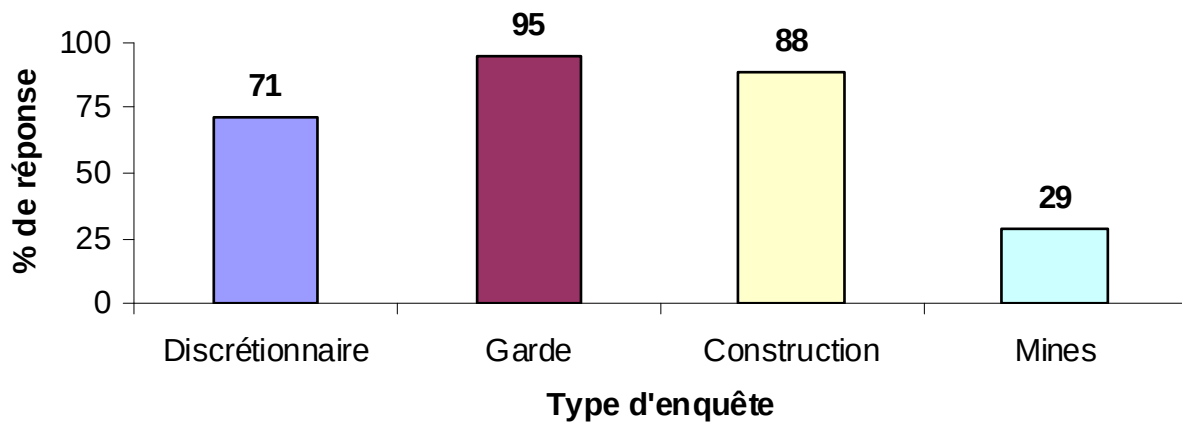
Nombre moyen de recommandations par enquête - 2005**Nombre moyen de recommandations par enquête - 2006**

**Pourcentage du nombre total de recommandations
par type d'enquête - 2005**



**Pourcentage du nombre total de recommandations
par type d'enquête - 2006**



Pourcentage moyen du taux de réponse par type d'enquête - 2005**Pourcentage moyen du taux de réponse par type d'enquête - 2006**

Comités d'examen spécialisés

Le Bureau du coroner en chef supervise six comités spécialisés chargés d'examiner des décès particuliers. Ces comités sont composés de représentants de divers secteurs multidisciplinaires qui prodiguent des conseils d'experts pour les investigations et les examens effectués par le Bureau du coroner en chef. Ces comités sont les suivants :

- 1) Comité d'examen des décès dus à la violence familiale;
- 2) Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux;
- 3) Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée;
- 4) Comité d'examen de la sécurité des patients;
- 5) Comité d'examen des décès d'enfants;
- 6) Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Ces comités ont été créés dans les objectifs suivants :

- formuler une opinion sur la cause et les circonstances de certains décès;
- formuler une opinion sur la présence ou l'absence de problèmes systémiques qui pourraient nécessiter un suivi par le coroner chargé de l'investigation, le coroner régional ou le coroner en chef;
- formuler une opinion d'expert concernant le besoin de soumettre l'affaire à d'autres entités appropriées, pour mener des investigations plus poussées ou prendre certaines mesures;
- favoriser des activités éducatives en relevant les questions systémiques;
- promouvoir la recherche, s'il y a lieu;
- faire des examens aléatoires ou dirigés de cas, à la demande du président ou de la présidente du comité;
- aviser le coroner en chef des cas qui pourraient contribuer à la sécurité publique s'ils faisaient l'objet d'une enquête du coroner.

Les comités contribuent, par leurs connaissances et expertise spécialisées, aux investigations sur des cas complexes, pour les décès relevant de leur domaine de compétence respectif. Avec l'aide de personnes de haut calibre ayant des connaissances et une expérience spécialisées dans diverses disciplines des secteurs médical, social, juridique et universitaire, les comités procèdent à un examen minutieux, sous divers angles, des faits et circonstances entourant les décès dont l'étude leur est confiée. Toutefois, les comités ne prennent aucune décision concernant les normes de soins. Ils peuvent relever des problèmes en rapport avec des normes de soins et recommander au besoin au coroner en chef de soumettre ces questions à un organisme de réglementation.

Les membres de ces comités spécialisés reçoivent une modeste rémunération pour leur participation aux réunions des comités et à la rédaction de rapports d'examen. Les comités se réunissent de 3 à 10 fois par an, selon le volume et l'urgence des cas qui leur sont confiés.

Le Bureau du coroner en chef a élaboré des procédures pour les investigations, qui précisent notamment les circonstances dans lesquelles le cas doit être soumis à un comité spécialisé. Les politiques du Bureau du coroner en chef en la matière sont les suivantes :

- Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale examine tous les cas d'homicide dans lesquels la victime (et/ou son ou ses enfants) a été tuée par son partenaire ou son ex-partenaire d'une relation intime;
- Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examine tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner;
- Le Comité d'examen des décès d'enfants examine tous les cas de décès d'enfants qui recevaient des services d'une Société d'aide à l'enfance au moment de leur décès ou dans les douze mois précédents;
- Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée examine tous les homicides qui se sont produits dans un établissement de soins de longue durée;
- Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux examine tous les cas où une femme est morte « durant la grossesse ou à la suite d'une grossesse, dans des circonstances pouvant raisonnablement être attribuées à celle-ci ».

Les comités rédigent un rapport qui contient leurs conclusions pour chaque cas qui leur a été soumis. Au cours de l'investigation, les conclusions du comité peuvent être communiquées à d'autres personnes ou entités intéressées afin de susciter un dialogue fructueux et d'encourager un changement systémique, s'il y a lieu. Les conclusions peuvent aussi être communiquées à la famille de la personne dont le décès a fait l'objet de l'examen.

Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale est un comité consultatif formé d'experts de divers domaines, qui a été créé en 2003 pour donner suite aux recommandations formulées dans le cadre de deux grandes enquêtes du coroner portant sur les décès d'Arlene May et de Randy Iles et de Gillian et Ralph Hadley, respectivement. Ce comité a pour mandat d'aider le Bureau du coroner en chef à enquêter sur les décès attribuables à la violence familiale, à étudier ces cas et à formuler des recommandations en vue d'éviter que d'autres décès ne surviennent dans des circonstances similaires et de réduire l'ampleur du phénomène de la violence familiale en général.

Les membres du comité sont des spécialistes de la violence familiale qui proviennent de tout un éventail d'horizons professionnels : services policiers, système de justice criminelle, secteur des soins de santé, services sociaux et autres agences et organismes de sécurité publique. En procédant à une analyse minutieuse des faits et à l'étude détaillée de chaque cas, le comité s'efforce de comprendre les causes profondes des homicides intrafamiliaux et de trouver des moyens de les prévenir. Dans le cadre de son analyse, le comité examine notamment les antécédents, les circonstances des délits et la conduite des agresseurs ou auteurs des infractions, de même que les antécédents et la situation des victimes et de leur famille. Il étudie également les réactions systémiques et collectives, afin de cerner les principaux facteurs de risque qui sont en jeu et de déterminer les volets possibles d'intervention qui pourraient contribuer à prévenir d'autres décès semblables à l'avenir. Le tableau suivant met en lumière certaines des données statistiques les plus significatives qui ont été relevées dans le cadre des examens effectués par le comité en 2005 et 2006.

	2005	2006
Nombre de cas examinés	14	13
Nombre total de décès examinés	19	21
Nombre de recommandations formulées	10	33
Facteurs de risque :		
Femmes victimes	86 %	100 %
Antécédents de violence familiale	86 %	92 %
10+ facteurs de risque relevés	51 %	76 %
Couples séparés ou en cours de séparation	79 %	95 %
Agresseurs – antécédents criminels	50 %	69 %
Agresseurs – sans emploi	50 %	31 %
Durée de la relation de 1 à 10 ans	50 %	46 %

Notre analyse, qui se confirme d'année en année, démontre que dans la grande majorité des cas, les victimes sont des femmes et les agresseurs des hommes.

Exemple de cas

Ce cas portait sur l'homicide d'une femme. Le couple d'adolescents avait entretenu une relation intime pendant trois ans environ. Il y avait eu un certain nombre d'altercations où la police était intervenue, mais n'avait pas déposé d'accusations parce que, bien souvent, la victime avait minimisé le comportement violent de son partenaire. Quelques mois avant l'homicide, la victime et l'agresseur avaient rompu, et la victime avait commencé à fréquenter une autre personne.

L'agresseur avait des antécédents de problèmes affectifs, de difficultés scolaires, d'alcoolisme et de toxicomanie, et il avait déjà eu maille à partir avec la police. Après la séparation, il avait montré des signes de dépression et avait commencé à harceler et à traquer la victime. Peu avant l'incident, il avait vu un psychiatre et exprimé des sentiments d'agressivité à l'égard de la victime.

Le jour de l'incident, l'agresseur avait fait des dégâts matériels et dérobé des objets au domicile de la victime. Il avait téléphoné à la victime plus tard ce même jour et s'était mis d'accord avec elle pour qu'ils se rencontrent chez lui où il lui rendrait ses effets. Lorsque la victime est arrivée chez lui, l'agresseur est sorti de la maison et a commencé à la frapper à la tête avec un bâton de baseball. Il s'était ensuite enfui et la victime a été transportée à l'hôpital, où elle a succombé aux blessures provoquées par les coups violents. L'agresseur a été arrêté plus tard.

Recommandation : Il est recommandé que l'Association des psychiatres de l'Ontario, en collaboration avec l'Association des psychiatres du Canada, élabore et/ou promeuve un matériel de sensibilisation qui souligne la corrélation entre la dépression et les risques associés à la violence de la part d'un partenaire intime (VPI).

Justificatif : L'agresseur avait été vu par un psychiatre une semaine avant l'homicide. Lors de l'entrevue, il avait semblé dépressif et avait exprimé des sentiments agressifs envers la victime. L'intervention du psychiatre avait consisté uniquement à prescrire des médicaments.

Recommandation : Il est recommandé que la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario continue d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes d'éducation publique au sujet de la violence familiale (p. ex. la campagne Voisins, amis et familles).

Justificatif : Des parents et amis de la victime savaient qu'elle était harcelée et traquée par l'agresseur, mais il n'y a eu aucune intervention efficace ni de planification de sécurité.

Recommandation : Il est recommandé que les agents de police reçoivent une formation continue sur la dynamique de la violence familiale, afin de les aider à évaluer les situations et à porter des accusations s'il y a lieu.

Justificatif : Dans les situations de violence familiale, la décision de porter des accusations ne devrait pas reposer sur la victime, mais devrait, au contraire, se fonder sur une évaluation approfondie et sur la détermination de la partie qui, des deux, est le contrevenant/agresseur dominant.

Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux

Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux du Bureau du coroner en chef était autrefois connu sous le nom de Comité d'examen des décès en matière de soins obstétriques. Le comité a changé de nom en 2004 pour refléter l'extension de son mandat au sein du Bureau du coroner en chef, à la suite des recommandations formulées par Santé Canada dans le Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada.

Ce comité a pour fonction d'aider les coroners dans *toutes* les investigations portant sur des cas de femmes mortes durant la grossesse ou à la suite d'une grossesse, dans des circonstances qui peuvent raisonnablement être attribuées à celle-ci. De plus, un coroner régional principal peut soumettre au comité des cas de mortinatalité et de décès néonataux pour obtenir son opinion sur les circonstances de ces décès.

Le comité est composé de professionnels de divers domaines du secteur de la santé : sages-femmes, obstétriciens, spécialistes de médecine maternelle et fœtale, médecins de famille, médecins légistes, infirmières en obstétrique et un pédiatre. Il est présidé par un coroner régional principal.

Le comité publie un rapport annuel qui inclut un aperçu général des cas examinés et des recommandations formulées. Ce rapport annuel est mis à la disposition des professionnels de la santé et du grand public, dans l'objectif d'empêcher que d'autres décès se produisent dans des conditions similaires à l'avenir.

	2005	2006
Nombre de cas examinés	30	28
Nombre de décès examinés	31	29
Nombre de recommandations formulées	71	59
Nombre de décès maternels examinés	12	7
Nombre de cas de mortinaissance examinés	8	8
Nombre de décès néonataux examinés	11	13

Exemple de cas

Cause du décès

Hypoxie périnatale

Historique

La mère était une femme de 28 ans, nullipare primigeste. Ses dernières menstruations remontaient au 9 février 2005. Une échographie réalisée le 2 mai indiquait que la grossesse était au stade de 12 semaines et trois jours de « gestation ». Son obstétricien l'a vue le 11 juillet et les explorations anténatales de routine, dont une épreuve de charge en glucose, étaient normales.

Le 5 août, une seconde échographie confirmait une grossesse normale de 25 semaines. La patiente a donc été considérée comme à faible risque et orientée vers un nouveau médecin de famille pour les soins à venir et l'accouchement. Le 6 septembre, à 30 semaines de gestation, elle a été vue par son médecin de famille. À 34 semaines de grossesse, son test de dépistage du streptocoque du groupe B était négatif.

Elle a été accueillie le 15 novembre au triage d'urgence pour une possible rupture des membranes. Aucune rupture des membranes n'a cependant été constatée, et le test de réactivité fœtale était positif. Sa dernière visite prénatale a eu lieu le 21 novembre, à 40 semaines et cinq jours de gestation. Sa pression artérielle était légèrement élevée, à 146/90, et la hauteur utérine était de 38 cm, soit 2 cm de moins que la semaine précédente. Le col était fermé.

Elle a été admise à l'hôpital le 24 novembre à 0h30 avec des contractions légères à modérées. Le col était dilaté à un doigt et effacé à 90 %. À l'admission, le test de réactivité fœtale était positif. Les contractions se sont poursuivies de manière quasiment identique pendant les premières heures du jour, et les enregistrements électroniques intermittents du rythme cardiaque fœtal étaient dans les limites de la normale. Un tracé prolongé a été réalisé de 7h20 à 7h45 ainsi qu'une surveillance électronique intermittente de 8h22 à 9h59.

Son médecin de famille l'a évaluée à 10h15 et une rupture artificielle des membranes a été effectuée à cause de l'épaisseur du liquide méconial. Une électrode a été appliquée sur le scalp fœtal et le col était dilaté à 1 cm, avec une hauteur vertex-épine sciatiques à -2. Un ralentissement du rythme cardiaque fœtal est survenu à 10h30 puis le rythme cardiaque est revenu à son état basal. Un second ralentissement est survenu à 10h40 pour aboutir à une bradycardie persistante. À 10h53, l'électrode du scalp fœtal a été de nouveau appliquée mais le rythme cardiaque fœtal n'a pas pu être détecté.

À 11h00, le bloc opératoire a été contacté pour organiser une césarienne en urgence. L'obstétricien appelé est venu immédiatement, et à 11h14, sous anesthésie générale, la patiente a donné naissance à un enfant de sexe masculin de 8 livres et 2 onces.

On a découvert un méconium épais. De plus, le cordon ombilical entourait le cou du nouveau-né, sans toutefois le serrer. Le score d'Apgar était de 0 à 1 minute, 0 à 5 minutes et 0 à 10 minutes. Les gaz du sang artériel de cordon étaient les suivants : pH à 6,90, bicarbonates à 17 et excès de base à 23,8. Ceux du sang veineux du cordon étaient de : pH à 7,01, bicarbonates à 17 et déficit de base à -18,5. La réanimation a échoué et le décès du bébé a été déclaré 22 minutes après sa naissance.

Postmortem

Le nouveau-né était normal au plan morphologique, mais il présentait une grave congestion vasculaire touchant plusieurs organes, laquelle a été attribuée à la constriction du cordon ombilical par traction ou compression. Les poumons présentaient une aspiration méconiale considérable ainsi que les signes d'un stress subaigu et chronique sous la forme d'une importante érythropoïèse extramédullaire, d'une involution thymique et d'un remaniement kystique surrénal.

L'anatomopathologiste a évoqué la possibilité d'un cordon ombilical court. Une coloration méconiale étendue, une importante amnionite méconiale des membranes et des thrombus vasculaires dans les vaisseaux fœtaux étaient également présents. L'enfant présentait une atrophie villositaire modérée avec infarctissements en foyers. Il a été conclu que la cause du décès était une asphyxie, résultant probablement d'un cordon ombilical court.

Discussion

Dans la mesure où il a été noté que le cordon était lâche autour du cou de l'enfant au moment de la naissance, il paraît peu probable qu'il ait été trop court. On considère que le tableau clinique est plus compatible avec une insuffisance placentaire. Cette opinion se base sur l'examen des tracés du rythme cardiaque fœtal, des gaz du cordon, et des réactions de stress subaigu et chronique relevées dans le rapport d'examen *post-mortem*.

Le tracé du rythme cardiaque fœtal lors de l'admission à 0h30 ne répondait pas aux critères d'un test de réactivité fœtale positif : accélération du rythme cardiaque fœtal supérieure à 15 battements par minute durant plus de 15 secondes avec des mouvements fœtaux à deux occasions en 20 minutes.

Des décélérations limites voire tardives ont été observées dans le tracé enregistré entre 7h20 et 7h45. La raison pour laquelle la surveillance fœtale par tracé électronique n'a pas été continue, alors même que le scénario n'était pas rassurant, n'a pas pu être éclaircie. Les décélérations conduisant à une bradycardie persistante étaient également de nature tardive.

Les gaz du cordon ont révélé une acidose métabolique sévère et les changements subaigus/chroniques relevés lors de l'examen *post-mortem* concordent avec une insuffisance placentaire et non avec un problème au niveau du cordon.

Dans ce tableau, la cause la plus probable d'insuffisance placentaire serait une post-maturité. Rien n'indique une restriction de croissance intra-utérine, élément qui impliquerait un processus plus chronique. En dehors d'une légère élévation de la pression sanguine à la dernière visite prénatale, il n'y avait pas de signe de processus hypertensif sous-jacent.

D'après les dernières menstruations, la date estimée de l'accouchement était le 16 novembre; d'après l'échographie du 2 mai, la date prévue de cet accouchement aurait été le 12 novembre. Une discordance de quatre jours se situe dans la fourchette normale d'erreur de l'échographie à cet âge gestationnel. Il était donc raisonnable de retenir le 16 novembre comme date prévue de l'accouchement.

Il devrait cependant être noté que les documents examinés ne comportent pas d'historique menstruel, élément pourtant déterminant pour prévoir une date d'accouchement. Si un historique menstruel fiable n'était pas disponible, ou si cet historique mettait en évidence un cycle inférieur à 28 jours, il aurait pu être plus logique d'utiliser la première échographie pour prévoir la date de l'accouchement. Le résultat aurait été la date du 12 novembre, soit une gestation de 41 semaines et cinq jours au moment de l'accouchement.

L'approche actuelle des grossesses post-matures recommande un déclenchement à 41 semaines et trois jours ou la mise en œuvre d'épreuves de surveillance fœtale, dont un profil biophysique. Sur l'observation anténatale de la consultation à 40 semaines et cinq jours (selon les dates des règles), il n'est pas mentionné qu'un plan de prise en charge de la post-maturité ait été discuté, malgré le fait que la mère était une primipare et que le col était fermé.

De plus, il faudrait considérer la possibilité que la diminution de 2 cm de la hauteur symphyse-fond utérin ait été notable à la dernière visite, justifiant une exploration approfondie par échographie et profil biophysique.

Le dossier ne renferme pas non plus une quelconque allusion à l'activité fœtale (mouvements), que ce soit à l'hôpital ou lors de la visite anténatale à 40 semaines et cinq jours. La prise en charge d'une grossesse post-mature serait tout à fait différente dans un contexte de mouvements fœtaux normaux et lors d'une évolution vers une diminution des mouvements fœtaux. Il est difficile d'interpréter les indicateurs de mouvements fœtaux sur un tracé électronique de surveillance fœtale, mais il semble qu'il y avait très peu de mouvements fœtaux.

La réponse à la bradycardie fœtale a été appropriée et rapide.

Recommandation : Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux la nécessité d'établir une prise en charge précise des grossesses post-matures.

Recommandation : Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'après avoir examiné le tableau clinique dans son ensemble, l'observation d'une diminution de 2 cm de la hauteur symphyse-fond utérin peut justifier une exploration par échographie avec profil biophysique.

Recommandation : Les fournisseurs de soins obstétricaux à l'hôpital, non seulement les médecins mais aussi les infirmières, devraient étudier ce cas du point de vue de l'interprétation des types de tracé du rythme cardiaque fœtal.

Recommandation : Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de documenter l'information relative aux mouvements fœtaux, particulièrement dans la prise en charge des grossesses post-matures.

Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée

Fondé à l'origine en décembre 1989, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée est un comité consultatif du Bureau du coroner en chef de l'Ontario chargé de procéder à un examen indépendant de décès survenus dans des établissements gériatriques ou de soins de longue durée. Ce comité est présidé par un coroner régional principal et composé de professionnels de la santé : diététistes, personnel infirmier, médecins de famille, gériatres, médecins urgentistes et coroners.

Le comité procède à des examens indépendants et rédige des rapports qui peuvent inclure des recommandations visant à éviter que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires. Les rapports et les recommandations du comité sont distribués aux organismes du secteur de la santé, aux membres de la famille des défunts, à d'autres autorités provinciales, nationales et internationales ainsi qu'au grand public.

Les recommandations formulées par le comité en 2005 et 2006 portaient sur les sujets suivants : gestion des soins médicaux et infirmiers; communication et documentation; usage des médicaments; procédures d'admission, de sortie et de transfert; détermination de la capacité, consentement au traitement et ordre de ne pas ranimer; et politiques et procédures du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

	2005	2006
Nombre de cas examinés	28	27
Nombre de décès examinés	28	27

Exemple de cas

Problème

Utilisation d'un analgésique narcotique chez le sujet âgé

Historique

Il s'agit d'un homme de 82 ans qui vivait à domicile avec sa femme. Quand celle-ci a reçu un diagnostic de cancer du sein et a su qu'elle était perdue, elle a exprimé le désir de faire un dernier voyage en Angleterre avant de mourir. Le comité a noté qu'elle avait des difficultés croissantes à prendre soin de son mari à la maison.

En septembre 2005, l'homme a été évalué par le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de la région en vue d'un placement dans une maison de soins de longue durée accréditée (MSLD). Les notes du CASC, qui faisaient partie de son dossier médical à la MSLD, indiquent qu'il ne présentait pas de problème de douleur au moment de l'évaluation. En attendant le placement, la famille cherchait activement un lit d'hébergement temporaire.

Le 19 octobre 2005, l'homme a été admis à la MSLD pour des soins de relève. En quelques jours, son statut de résidence a évolué vers un statut permanent. Les diagnostics médicaux notés à l'admission étaient les suivants :

1. cancer vésical superficiel;
2. broncho-pneumopathie chronique obstructive;
3. arthrose;
4. maladie vasculaire périphérique;
5. histoire ancienne de chute en octobre 2004, sans preuve de fracture ;
6. ulcère de pression à la hanche droite pour lequel un matelas de décompression était utilisé au domicile;
7. antécédent d'accident vasculaire cérébral en juillet 2003 (ictus), qui avait laissé le patient avec une hémiparésie gauche et s'est compliqué ultérieurement d'une pneumonie et d'une grave hémorragie digestive haute secondaire à une œsophagite ulcérée. L'altération de la mobilité à la suite de l'ictus a eu pour conséquence l'utilisation d'un fauteuil roulant depuis septembre 2004.

Les médicaments pris lors de l'admission à la MSLD étaient les suivants :

1. Docusate Calcium, 240 mg deux fois par jour,
2. Hydrochlorothiazide, 12,5 mg une fois par jour,
3. Fumarate de quétiapine, 12,5 mg deux fois par jour,
4. Lansoprazole, 30 mg une fois par jour,
5. L-tartrate de toltérodine, 2 mg deux fois par jour,
6. Sennosides standard, au besoin
7. Acide acétylsalicylique à enrobage entérique, 81 mg une fois par jour.

À l'admission à la MSLD, le personnel infirmier a noté que l'homme était plutôt confus et qu'il avait besoin d'encouragements pour s'alimenter.

Le 21 octobre 2005, soit deux jours après l'admission, le médecin traitant a consigné dans une note de suivi que l'homme présentait une « dépression de séparation » pour laquelle un antidépresseur, l'hydrobromide de citalopram, a été prescrit à la posologie de 10 mg une fois par jour.

Le 24 octobre 2005, on a procédé à un prélèvement d'urines pour effectuer une uroculture à la recherche de pathogènes comme le staphylocoque doré méthicillino-résistant (MRSA ou **Methicillin-resistant Staphylococcus aureus**) puis, le jour suivant, une cure de 7 jours de sulfaméthoxazole-triméthoprim a été prescrite; le 25 octobre 2005, de l'ibuprofène a également été prescrit alors que le patient se plaignait de « douleur partout ».

Le 28 octobre 2005, la note de suivi du médecin traitant rapporte que « l'ibuprofène n'agit pas sur la douleur, et qu'il s'agit d'une douleur chronique ». Un timbre de Fentanyl à 25 µg fut prescrit et appliqué à 11h00 environ. À 21 h 00, le personnel infirmier a noté que l'homme était affaibli dans son fauteuil roulant, n'avait pas mangé son souper ni ingéré de liquides et qu'il n'avait pas pris ses médicaments.

Des notes additionnelles du corps infirmier, datées du 28 octobre 2005, sont consignées dans le dossier médical, mais ont probablement été écrites le 29 octobre, jour de son

décès. À 07h00, on a trouvé l'homme léthargique, mais répondant quelque peu. Il a vomi un peu à ce moment-là. À 09h10, le personnel infirmier a constaté une absence de signes vitaux chez le patient. Comme il n'y avait aucune consigne « NE PAS RÉANIMER » dans le dossier médical du patient, une réanimation cardio-pulmonaire a été entreprise et le 911 a été appelé pour organiser un transfert en ambulance au service d'urgence de l'hôpital général local. Les efforts complémentaires de réanimation ont été sans succès et le décès a été déclaré peu après.

Le décès a été signalé à un coroner local qui a lancé une investigation et ordonné un examen *postmortem*, lequel a démontré la présence des éléments suivants :

1. Maladie cardiovasculaire athérosclérotique avec :
 - a) Sténose transversale significative (<75%) de toutes les artères coronaires majeures par athérosclérose calcifiante,
 - b) Thrombose aiguë de l'artère coronaire circonflexe,
 - c) Athérosclérose cérébrovasculaire marquée,
 - d) Infarctus myocardique ancien du mur postérieur du ventricule gauche,
 - e) Preuve microscopique d'un infarctus myocardique aigu,
 - f) Athérosclérose grave et compliquée de toute l'aorte et de ses branches majeures,
2. Bronchopneumonie,
3. Congestion pulmonaire et œdème avec épanchements pleuraux bilatéraux,
4. Congestion systémique,
5. Cardiomégalie,
6. Sclérose rénale,
7. Splénomégalie,
8. Diverticulose,
9. Inflammation aiguë focale au niveau rénal,
10. Emboles de cholestérol au niveau rénal
11. Résultats toxicologiques:
 - a) Fentanyl 5,4 ng/ml,
 - b) Diphenhydramine 0,16 mg/l,
 - c) Citalopram 0,48 mg/L.

Le toxicologue a indiqué que la toxicité due au Fentanyl dépend de la tolérance individuelle. La dépression respiratoire a été attribuée aux concentrations plasmatiques de Fentanyl qui allaient de 2 à 5 ng/ml (Poklis, 1995, J. Toxicol. Clin. Toxicol. 33: 439-447).

Le comité a noté que l'examen du cerveau n'a pas démontré la présence d'une maladie d'Alzheimer.

Le comité a conclu que le décès était dû à une occlusion thrombotique aiguë de l'artère coronaire circonflexe associée à une intoxication aiguë au Fentanyl.

Discussion

Cet homme de 82 ans a été admis initialement à la MSLD pour un hébergement temporaire le 19 octobre 2005. En 3 jours, son statut à l'admission a évolué en statut permanent et il est décédé au bout de 10 jours. Le décès a été attribué à une occlusion

thrombotique aiguë de l'artère coronaire circonflexe associée à une intoxication au Fentanyl.

Lors de l'admission à la MSLD, il y avait des évaluations et des protocoles spécifiques à effectuer dans des délais précis. Il semblerait que la question d'une « directive préalable » ne faisait pas partie du protocole d'admission de la MSLD et que la famille du patient était en train d'examiner l'éventualité de procéder ou non à une réanimation cardio-pulmonaire (RCP). D'après l'expérience du comité, en l'absence d'un ordre de ne pas réanimer, la plupart des MSLD n'entreprennent la RCP que si l'équipe soignante est témoin de l'arrêt pulmonaire. Dans ce cas particulier, la RCP a été initiée immédiatement après que le patient a été trouvé sans signes vitaux et elle a été poursuivie dans l'ambulance et dans la salle d'urgence de l'hôpital général local, sans succès. La Commission pense que les mesures prises étaient tout à fait appropriées.

Lors du transfert à la MSLD, on avait constaté que ce patient était plutôt confus et présentait une « dépression de séparation ». De l'expérience du comité, il n'est pas inhabituel pour des personnes nouvellement admises dans un établissement de présenter une certaine confusion, surtout lorsqu'elles sont atteintes d'une altération cognitive, ce qui était probablement le cas en l'occurrence. Plus préoccupant pour le comité est le fait qu'un antidépresseur ait été prescrit pendant une période de transition sans preuve définitive de la présence d'une dépression majeure, tel un score élevé sur un outil d'évaluation standardisé comme l'échelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale ou GDS) ou des critères à l'appui d'un diagnostic du DSM IV. Toutefois, le comité est d'avis que la prescription d'un antidépresseur n'a pas contribué au décès de ce patient.

Une autre inquiétude de la Commission était le diagnostic d'une douleur chronique chez le patient alors que le dossier médical suggérait que la douleur était d'apparition récente (trois jours). D'après les documents soumis aux fins de l'examen, aucune investigation n'a été menée pour identifier la cause de cette douleur. Le fait qu'un timbre de Fentanyl ait été prescrit dans ces circonstances est préoccupant étant donné que l'étiquette d'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis concernant le Fentanyl transdermique insiste sur le fait que ce médicament est réservé aux patients ayant une tolérance acquise aux opioïdes. Le texte de l'étiquette poursuit en précisant qu'une hypoventilation grave menaçant le pronostic vital peut survenir chez les patients n'ayant pas de tolérance acquise aux opioïdes. Au vu du déclin rapide du patient à la suite de l'application du timbre transdermique de Fentanyl, la Commission suspecte que le médicament pourrait avoir contribué au décès.

Recommandation : Il faut rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'user de prudence en posant le diagnostic de dépression chez un résident nouvellement admis dans une maison de soins de longue durée accréditée. Des critères diagnostiques validés doivent être utilisés pour poser le diagnostic de dépression.

Référence : Lignes directrices nationales sur la santé mentale chez les aînés : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement), Conn D, Gibson M *et al*, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006. Disponible sur le site Internet : www.ccsmh.ca

Recommandation : Il faut rappeler aux professionnels de la santé en charge de personnes âgées en milieu de soins de longue durée que la première étape de la prise en charge d'une affection douloureuse quel qu'il soit doit être d'essayer de cerner la cause de la douleur.

Recommandation : Il faut rappeler aux professionnels de la santé que le timbre transdermique de Fentanyl ne doit être prescrit que chez des patients ayant acquis une tolérance aux opioïdes. Si un patient présente des effets secondaires, comme une absence de réponse ou une diminution du niveau de conscience, le timbre doit immédiatement être retiré et l'utilisation d'un antagoniste narcotique devrait être envisagée.

Comité d'examen de la sécurité des patients

Le Comité d'examen de la sécurité des patients est composé de représentants des diverses spécialités médicales suivantes : investigations sur les décès, soins infirmiers, soins primaires, sécurité relative à l'administration des médicaments, gestion de la qualité et des risques, sécurité des médecins et des patients et systèmes de secours.

Le coroner régional principal peut soumettre certains cas au comité, notamment dans les situations suivantes : il semble y avoir une prévalence de décès dans certaines circonstances; la famille ou le coroner chargé de l'investigation a des doutes à propos de la qualité des soins ou de la prestation des services; la nature et la complexité du cas nécessitent une expertise particulière; le cas pourrait soulever des problèmes de sécurité publique qui seront mieux évalués avec l'aide d'experts; un examen multidisciplinaire est nécessaire pour compléter l'investigation du coroner (afin de répondre aux cinq questions) ou un tel examen a des chances d'aboutir à des recommandations susceptibles de prévenir des décès dans des circonstances similaires ou d'améliorer la sécurité publique.

Le comité a le mandat suivant :

- donner une opinion d'expert sur la cause du décès et sur la façon dont il s'est produit, dans les cas liés aux soins de santé où des erreurs systémiques apparaissent comme un facteur déterminant;
- aider les coroners à améliorer l'investigation sur les décès survenus au sein du système de soins de santé, ou liés à celui-ci, lorsque des erreurs systémiques semblent avoir été commises;
- favoriser les activités de formation destinées aux professionnels comprenant les démarches suivantes : détermination des problèmes systémiques, orientation vers des organismes d'intervention appropriés; collaboration avec les organismes de réglementation professionnelle et diffusion d'un rapport annuel;
- agir à titre de témoin expert dans les enquêtes;
- effectuer ou promouvoir des recherches;
- réaliser des études aléatoires ou dirigées.

Dans le contexte de ce mandat, le mot « erreur » ne sous-entend pas le blâme ou la responsabilité d'une personne ou d'un organisme. Dans le cadre de l'examen effectué par le comité, ce terme désigne une caractéristique dans la conception d'un système qui permet que des événements défavorables non intentionnels (erreur latente) se produisent ou qui empêche de détecter les écarts par rapport au cheminement clinique prévu (erreur active). La conception du système inclurait non seulement le processus de soins, mais aussi la gestion de l'accès aux soins (par ex., les listes d'attente). La présence de telles erreurs ne signifie pas qu'une personne ou un organisme se verra attribuer le blâme ou la responsabilité d'un résultat non recherché.

Ce comité joue un rôle consultatif auprès du coroner en chef et peut lui faire des recommandations par le biais de son président. Dans tous les cas, toute recommandation ou action proposée par le comité sera débattue avec le coroner régional principal concerné qui communiquera les conclusions et recommandations qui en découlent aux agences et organismes appropriés.

Structure des examens

L'examen complet d'un cas requiert des méthodes d'analyse des causes fondamentales. En principe, cet examen exigerait qu'une équipe d'analystes et d'enquêteurs se rende à l'endroit où le décès s'est produit, catalogue et analyse la scène, utilise une série de questions-déclics, interroge les personnes concernées, pose des questions de contrôle et formule des recommandations afin de réduire la probabilité qu'un événement similaire se reproduise.

Néanmoins, le comité est limité dans ses ressources et doit travailler dans le respect de son mandat et de ses responsabilités. Par conséquent, la démarche précédente a été modifiée et les examinateurs se limitent généralement à l'examen du dossier médical, à la déclaration du coroner qui a procédé à l'investigation, au rapport d'autopsie (le cas échéant) ainsi qu'aux renseignements fournis par les autres enquêteurs et par l'établissement de santé.

Les examinateurs adoptent généralement la démarche suivante :

1. Examen de la documentation fournie par le coroner régional principal;
2. Recherche dans MedLine ou dans les publications à partir des termes pertinents pour l'examen;
3. Utilisation d'un cadre d'analyse des causes fondamentales, comme celui de la Veterans Administration (administration américaine des anciens combattants), pour dresser une liste de questions qui déclenchent la réflexion (« questions-déclics ») afin de cerner les problèmes systémiques propres à chaque cas;
4. Au besoin, demande d'informations complémentaires auprès du coroner régional principal.

Analyse des causes fondamentales

Questions-déclics :

1. Des problèmes relatifs à l'évaluation du patient ont-ils joué un rôle? Pourquoi?
2. Des problèmes relatifs à la formation ou à la compétence du personnel ont-ils joué un rôle? Pourquoi?
3. L'équipement a-t-il contribué à cet événement de quelque manière que ce soit? Pourquoi?
4. L'environnement de travail a-t-il contribué à cet événement? Pourquoi?
5. Le manque d'informations ou la mauvaise interprétation d'informations ont-ils contribué à cet événement? Pourquoi?
6. La communication a-t-elle contribué à cet événement? Pourquoi?
7. Des règles, politiques ou procédures appropriées, ou l'absence de celles-ci, ont-elles contribué à cet événement? Pourquoi?
8. Le défaut d'une barrière, conçue pour protéger le patient, le personnel, l'équipement ou l'environnement, a-t-il contribué à cet événement? Pourquoi?
9. Des problèmes personnels ou de personnel ont-ils contribué à cet événement? Pourquoi?

À partir de ces questions-déclics, des questions de contrôle sont posées dans les domaines suivants :

1. Facteurs humains : communication
2. Facteurs humains : fatigue
3. Environnement et équipement
4. Règles et politiques
5. Barrières

Au moyen des questions-déclics, des questions de suivi et de l'examen du cas, le comité essaie de cerner les facteurs qui ont conduit aux conséquences de chacun des cas.

Exemple de cas

Un homme âgé de 78 ans a été admis dans une maison de soins infirmiers. Ses antécédents médicaux notables comprenaient une néphropathie grave, un diabète sucré et une démence. Ses antécédents sociaux indiquaient un vagabondage intermittent et un comportement social inadapté.

Quelques mois plus tard, il a été admis à l'hôpital pour un syndrome coronarien aigu. Il a été aiguillé vers un néphrologue qui prévoyait de le suivre dans une clinique spécialisée dans la fonction rénale.

Il a ensuite été admis à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive. Sa fonction rénale a continué de s'aggraver et l'hémodialyse a été recommandée. On lui a posé un cathéter de dialyse sous-clavier tunnellisé. On a commencé l'hémodialyse. Le patient a été ramené à la maison de soins infirmiers après quatre séances de dialyse.

Pendant un mois environ, le patient a fait une hémodialyse ambulatoire trois fois par semaine.

Durant cette période, il a eu des problèmes d'hypoglycémie intermittente liée au non-respect du régime alimentaire et à l'insulinothérapie.

Le patient a ensuite été découvert dans son lit, à la maison de soins infirmiers, avec des saignements importants au niveau du site du cathéter. Le cathéter avait été arraché. Le personnel infirmier a appliqué une pression sur la blessure. Le SMU est intervenu et a continué l'application de cette pression.

Lorsque le patient est arrivé à l'hôpital, il présentait une détresse respiratoire importante. Une pénétration d'air par le cathéter a été observée et celui-ci a été clampé. Le patient souffrait d'insuffisance cardio-respiratoire progressive. Il a été intubé, ventilé, et un soutien inotrope lui a été administré. Il est décédé dans l'unité de soins intensifs le jour suivant son admission.

Le coroner a été informé. La famille n'a pas voulu d'autopsie. Aucune autopsie n'a été effectuée. Le décès a probablement été causé par une embolie gazeuse.

Problèmes relevés lors de l'examen

1. Utilisation d'un cathéter central accessible sur un patient souffrant de déficience cognitive.
2. Formation et supervision requises dans une maison de soins infirmiers pour un patient ayant des antécédents de déficience cognitive, susceptible de tirer et d'arracher des objets et un cathéter central.
3. Absence apparente de clamps pour occlure le cathéter à la maison de soins infirmiers ou dans l'ambulance.
4. Choix du traitement rénal de substitution.

Structure de l'examen

- Examen de la documentation fournie par le coroner régional principal.
- Recherche dans MedLine des termes « embolie gazeuse » et « cathéter de dialyse ».
- Utilisation du cadre d'analyse des causes fondamentales quant à l'innocuité pour le patient (Veteran's Administration National Centre)

Recherche dans MedLine

Trois articles pertinents ont été obtenus.

Analyse des causes fondamentales

Questions-déclics :

1. Des problèmes relatifs à l'évaluation du patient ont-ils joué un rôle? OUI
2. Des problèmes relatifs à la formation ou à la compétence du personnel ont-ils joué un rôle? OUI
3. L'équipement a-t-il contribué à cet événement d'une quelconque manière? OUI
4. L'environnement de travail a-t-il contribué à cet événement? OUI
5. Le manque d'informations ou la mauvaise interprétation d'informations a-t-il contribué à cet événement? OUI
6. La communication a-t-elle contribué à cet événement? OUI
7. Des règles, politiques ou procédures appropriées, ou l'absence de celles-ci, ont-elles contribué à cet événement? OUI
8. Le défaut d'une barrière, conçue pour protéger le patient, le personnel, l'équipement ou l'environnement, a-t-il contribué à cet événement? OUI
9. Des problèmes personnels ou de personnel ont-ils contribué à cet événement? OUI

À partir de ces questions-déclics, des questions de contrôle ont été posées dans les domaines suivants :

Facteurs humains : communication

- Les membres de l'équipe de traitement ne partageaient pas l'information en temps utile;
- Les politiques et procédures n'étaient pas communiquées de façon adéquate entre l'équipe de dialyse et le personnel de la maison de soins infirmiers.
- Les informations techniques correctes n'étaient pas transmises de façon adéquate.
- On ne sait pas si la famille du patient a été consultée ou non à propos de la décision de procéder à l'hémodialyse, et si les problèmes concernant la confusion et la non-observance du régime alimentaire ont été signalés ou pas.
- Des antécédents de vagabondage, de non-respect du régime alimentaire et des commentaires de nature sexuelle inadéquats ont été signalés. Toutefois, les documents ne mentionnent aucun cas antérieur de cathéter arraché. Un cas de retrait du masque à oxygène a été signalé. Le patient avait eu un cathéter de Foley à plusieurs occasions et aucun arrachement de ce cathéter n'avait été signalé.
- Au vu des documents, il apparaît que la communication au sujet de l'utilisation du cathéter entre la maison de soins infirmiers et l'hôpital était insuffisante.

Facteurs humains : formation

- Aucune preuve de formation du personnel sur l'entretien d'un cathéter. Si une telle formation a eu lieu, elle n'a pas été documentée. Le plan de soins avait été changé, mais uniquement pour évaluer le pansement du cathéter.
- La documentation ne contenait aucune mention de formation du personnel de la maison de soins infirmiers sur les soins et les risques relatifs aux cathéters centraux.
- Aucune formation du personnel sur les risques et les urgences associés à l'utilisation de cathéter n'y était mentionnée non plus.

Facteurs humains : fatigue

- L'incident a eu lieu la nuit. Cependant, rien n'indique que la fatigue, le manque d'effectif ou la composition de l'équipe de soins y aient contribué.

Environnement et équipement

- Le cathéter était utilisé régulièrement dans le service de dialyse, par conséquent on présume qu'il était en bon état avant le 9 décembre 2004. Les dossiers du service de dialyse ambulatoire ont été examinés par la suite pour confirmer cette hypothèse.
- Il ne semble pas qu'il y avait un système de secours ou de réserve en cas de panne de l'équipement.
- On ne sait pas si la maison de soins infirmiers avait d'autres patients portant un cathéter central.
- Les examinateurs ont consulté un néphrologue et une infirmière spécialisée en dialyse pour s'informer sur les cathéters de dialyse et sur les procédures liées à leur utilisation. Les clamps sont intégrés au cathéter, et il est pratiquement impossible de les enlever par inadvertance. Il faudrait arracher ou déchirer le cathéter pour retirer les clamps. Dans le cas présent, on a conclu que les clamps

s'étaient détachés et ont été perdus dans la chambre du patient. On ne sait pas non plus si l'extrémité distale du cathéter a jamais été retrouvée.

- Il n'existe aucune preuve quant à la formation du personnel sur l'utilisation des cathéters centraux ou sur la procédure en cas de dysfonctionnement du cathéter.
- Il n'existe aucune preuve de clamps « de secours » disponibles pour le patient à la maison de soins infirmiers ou dans l'ambulance.

Règles et politiques

- Aucune règle ni procédure n'est documentée quant à l'utilisation d'un cathéter central chez les patients confus.
- Aucune règle ni procédure n'est documentée concernant les soins inhérents à l'utilisation d'un cathéter central veineux à la maison de soins infirmiers.
- D'après la documentation, il ne semble pas que l'hôpital ait communiqué des règles ou des procédures à la maison de soins infirmiers.

Barrières

- Aucune barrière n'est mentionnée dans la documentation.
- On présume que l'état du cathéter était vérifié systématiquement à chaque séance de dialyse.
- Les clamps sont montés de façon standard dans le canal intérieur du cathéter. Il n'est pas facile de les enlever.
- Il existe des directives pour l'utilisation d'un cathéter pour prévenir une embolie gazeuse. Elles sont conçues pour assurer le retrait sécurisé des cathéters, mais sont aussi pertinentes dans le cas d'un retrait ou d'un arrachement de cathéter non prévu. La recommandation principale est la disponibilité et l'utilisation d'un pansement occlusif (étanche à l'air), comme Tegaderm®, sur le site afin d'éviter la pénétration d'air.
- Les unités de dialyse disposent de clamps en supplément qui sont utilisés en routine pour clamber le tube de dialyse relié à la machine de dialyse. Ce sont des clamps contondants en plastique. Ils peuvent également servir pour clamber un cathéter en cas d'urgence.

Décision de débiter l'hémodialyse

En ce qui concerne l'hémodialyse, les considérations générales sont les suivantes :

1. Le patient nécessite-t-il un traitement rénal de substitution?
2. Le patient souhaite-t-il un traitement rénal de substitution?
3. Y a-t-il des indications ou des contre-indications sérieuses pour un type ou l'autre de traitement rénal de substitution?

Dans le cas de ce patient, il y avait une indication nette de traitement rénal de substitution, d'insuffisance cardiaque congestive, de déficience grave de la fonction rénale et d'encéphalopathie urémique possible (aggravant la confusion due à l'insuffisance rénale).

La famille, tout comme les personnes qui décidaient en leur absence, souhaitait un traitement rénal de substitution. Aucune discussion n'est documentée quant aux risques

et avantages des cathéters centraux veineux, ou encore aux préoccupations au sujet de la confusion ou de la non-observance du patient.

Le choix du traitement rénal de substitution n'est pas non plus documenté. La capacité du patient à prendre soin (ou à permettre les soins) du cathéter de dialyse est essentielle dans le choix de l'hémodialyse. Il est en effet plus difficile de « tirer » sur un cathéter de dialyse péritonéale.

Déclarations de causalité

1. Le manque de communication sur les politiques et procédures relatives à l'utilisation du cathéter entre l'hôpital et la maison de soins infirmiers a augmenté la probabilité que le tube arraché ne soit pas occlus ni clampé.
2. Le manque de politiques et de procédures relatives à l'utilisation du cathéter central à la maison de soins infirmiers a augmenté la probabilité que le cathéter arraché ne soit pas occlus ou clampé.
3. Le manque de formation du personnel de la maison de soins infirmiers quant aux soins inhérents à l'utilisation d'un cathéter central a augmenté la probabilité que le cathéter arraché ne soit pas occlus ou clampé.
4. Le manque d'équipement nécessaire (pansements occlusifs et clamps en supplément) a augmenté la probabilité que le cathéter arraché ne soit pas occlus ou clampé.

Recommandation : Les hôpitaux où sont posés des cathéters centraux doivent élaborer et fournir des politiques et des procédures claires concernant l'utilisation d'un cathéter, y compris la gestion des situations d'urgence liées à celui-ci.
(Cette recommandation porte sur les déclarations de causalité 1 à 3.)

Recommandation : Les maisons de soins infirmiers qui s'occupent de patients portant des cathéters centraux doivent former leur personnel à l'utilisation des cathéters et à la gestion des situations d'urgence qui sont liées à celle-ci.
(Cette recommandation porte sur les déclarations de causalité 2 à 4.)

Recommandation : Le personnel des SMU doit être formé à la gestion des urgences liées aux cathéters.

Recommandation : Des trousse de secours pour cathéter doivent être conservées dans la chambre du patient et au poste de soins infirmiers et le personnel du SMU doit y avoir accès. Ces trousse doivent inclure une liste de contrôle des procédures, des clamps et des pansements occlusifs.
(Cette recommandation porte sur la déclaration de causalité 4.)

Recommandation : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les services de dialyse doivent examiner les façons et les moyens d'encourager l'usage de la dialyse péritonéale dans les établissements de soins de longue durée, étant donné que cette modalité peut être plus sécurisée que l'hémodialyse pour ce type de population.

Statistiques du Comité d'examen de la sécurité des patients

- Comité formé en mai 2005;

- Huit cas examinés en 2005;
- Sept cas examinés en 2006.

Tendances relevées dans les cas examinés

- Environ $\frac{1}{4}$ des cas étaient liés à l'usage de médicaments (surtout des narcotiques et des anticoagulants);
- Environ $\frac{1}{4}$ des cas mettaient en jeu des problèmes liés à du matériel médical (sans qu'il s'agisse nécessairement d'un défaut de fonctionnement);
- Dans $\frac{1}{6}^e$ des cas, la gravité de la maladie avait été sous-estimée (autrement dit, le personnel soignant avait jugé que les symptômes étaient dus à une maladie bénigne).

Les recommandations formulées par le comité s'adressent aux entités appropriées. De plus, les rapports des cas examinés par le comité sont reproduits dans des publications spécialisées, comme le magazine *Dialogue* de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et le bulletin de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, afin de contribuer à la formation des cliniciens et de les sensibiliser à ces problèmes.

Le Comité d'examen des décès d'enfants et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

Ces deux comités apportent leur concours aux investigations et conseillent le coroner en chef en ce qui a trait à la cause et aux circonstances des décès d'enfants. De plus, l'examen des décès complexes sur le plan médical et des décès d'enfants ayant bénéficié de services de protection de l'enfance peut donner au Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) l'occasion de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables.

Les comités font le suivi des tendances et des facteurs de risque relevés dans le cadre de leurs travaux et en rendent compte, dans l'intérêt de la sécurité publique et de la prévention.

Il est essentiel que le public comprenne que ces comités, qui sont chargés de déterminer les causes de décès et de cerner les problèmes systémiques qui peuvent y avoir contribué, ne sont pas autorisés à prendre position, à élaborer des lignes directrices ni à mettre en œuvre des programmes visant à prévenir des décès. Lorsque le coroner en chef les informe des tendances relevées, c'est aux organismes non gouvernementaux, aux ministères, aux associations représentatives ou aux groupes de défense concernés qu'incombe cette tâche.

Outre un coroner en chef adjoint et un coroner régional principal, ces comités comprennent des représentants de diverses disciplines, dont des pédiatres, des pathologistes, des policiers, des membres du Bureau du procureur de la Couronne et des spécialistes du bien-être de l'enfance. Selon les besoins, d'autres personnes ayant une expertise particulière ou une connaissance de l'affaire examinée peuvent être invitées au cas par cas à participer à des réunions du comité, à la discrétion du président et sur les conseils des membres du comité.

Renvois au comité

1. Les coroners régionaux principaux informent le président du comité de tous les décès d'enfants susceptibles de justifier un examen.
2. Après l'investigation initiale, le coroner régional principal transmet le cas, par écrit, au Comité d'examen des décès d'enfants ou au Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.
3. Sur réception d'un cas soumis au comité, les attachés d'administration rassemblent et examinent la documentation pertinente. Les attachés d'administration et le président transmettent ensuite le dossier aux membres, pour examen, ou décident de ne pas procéder à un examen complet. Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) examine notamment les documents suivants : déclaration du coroner qui a procédé à l'investigation, rapport d'autopsie, rapport de toxicologie, rapports auxiliaires, rapport de la police, dossiers médicaux et de l'aide sociale à l'enfance.

Examens de cas

Le Comité des décès d'enfants de moins de cinq ans (CDM5) examine tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans sur lesquels un coroner a mené une investigation en Ontario. Il aide à classer les causes et les origines des décès et peut transmettre le cas au Comité d'examen des décès d'enfants en vue d'un examen complémentaire, s'il y a lieu. Le CDM5 se réunit environ 6 fois par an.

Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) examine les cas de décès qui sont complexes sur le plan médical, soit ceux dont la cause ou l'origine laisse planer un doute ou qui soulèvent des questions quant aux soins médicaux. Le CEDE peut aussi examiner des cas à propos desquels des membres de la famille ou des prestataires de soins expriment des inquiétudes. Par ailleurs, le CEDE examine tous les cas de décès survenu alors qu'une société d'aide à l'enfance avait un dossier ouvert sur la famille de l'enfant au moment de son décès ou dans les douze mois précédents, conformément à une directive conjointe du Bureau du coroner en chef et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Le CEDE tient 10 réunions mensuelles par an, de septembre à juin.

Le CDMT et le CEDE examinent un grand nombre de cas chaque année. La prise en charge, la préparation et l'examen de ces dossiers représentent une importante charge de travail.

Comité d'examen des décès d'enfants

En 2005, ce comité a examiné 49 cas au total. Dans 28 de ces cas, une société d'aide à l'enfance (SAE) était intervenue auprès de l'enfant avant sa mort. Les trois cas pour lesquels une enquête du coroner avait été recommandée étaient de nature médicale et ne comportaient aucune intervention d'une SAE.

En 2006, le comité a examiné 86 cas, dont 63 où une SAE était intervenue auprès de l'enfant. Un de ces cas a fait l'objet d'une enquête du coroner.

Comité d'examen des décès d'enfants : Examens de cas médicaux et de cas avec intervention d'une SAE – 2005 et 2006

	2005		2006	
Origine du décès	Médical	SAE	Médical	SAE
Mort naturelle	18	10	16	18
Accident	1	6	1	13
Homicide	0	0	3	7
Suicide	0	5	0	9
Indéterminée	2	7	3	9
<i>Investigation en cours</i>				7
Nombre total de cas examinés	21	28	23	63

Thèmes relevés

Depuis sa création en 1991, le Comité d'examen des décès d'enfants a relevé un certain nombre de thèmes qui ressortent fréquemment de l'examen de décès d'enfants. Ces thèmes concordent avec les conclusions d'un nombre croissant de documents sur les erreurs médicales qui suggèrent que les tragédies sont rarement le résultat d'une seule erreur fatale ou d'une seule lacune, mais sont plus souvent le résultat d'un ensemble de problèmes latents tant dans le système et que dans l'exécution des tâches. La présence d'imperfections multiples est souvent synergique. Les problèmes latents, qui peuvent sembler élémentaires, mais que le Comité a constatés à maintes reprises, sont les suivants :

- Le fait de ne pas **écouter** les préoccupations répétées des parents, surtout lorsque l'enfant est ramené parce qu'il n'a pas bien réagi au traitement médical initial;
- Le fait de ne pas consigner ou examiner les **signes vitaux**, notamment la tension artérielle – **LES SIGNES VITAUX SONT VITAUX!!!!**
- Le fait de ne pas faire une évaluation semi-quantitative des *ingesta et des excréta*, particulièrement chez les enfants qui vomissent et souffrent de diarrhée (p. ex., nombre de selles diarrhéiques, de couches mouillées, etc.);
- Lorsque des tests de laboratoire sont prescrits, notamment dans un service des urgences, il est essentiel que les résultats en soient **connus avant qu'une décision ne soit prise concernant tout traitement supplémentaire**;
- **Une écriture illisible ou indéchiffrable**, qui peut être mal interprétée par les autres;
- Le fait de ne pas consigner **le raisonnement** suivi ou les motifs sous-jacents qui ont abouti à certaines interventions – plus les choses se compliquent, plus il est important de prendre des notes dans le dossier (et plus il est probable de trouver un dossier complet);
- Le fait de ne pas consigner le *poids de l'enfant* ou de ne pas utiliser des *courbes de croissance*;
- Le fait d'omettre d'inclure *l'heure*, en plus de la *date*, d'une entrée dans le dossier;
- Le fait de ne pas faire **de suivi** quand une personne ne **se présente pas à son rendez-vous**, en particulier lorsque le père ou la mère ne respecte pas les instructions ou que le patient ne réagit pas aux traitements prescrits;
- Le fait, pour un établissement, de ne pas *rencontrer les parents* après le décès pour discuter des soins prodigués;
- Le refus, par les prestataires de soins, d'**accepter d'autres explications** après coup, même après un examen par des tiers.

Exemple de cas du Comité des examens des décès d'enfants

Une adolescente de 14 ans, qui souffrait depuis longtemps de dépression et d'idées suicidaires, s'est suicidée par pendaison. Elle était suivie par son médecin de famille et une infirmière scolaire. Au début de 2006, elle présentait un comportement d'automutilation en s'infligeant des coupures et on lui a prescrit du Paxil. Un mois plus tard, elle a tenté de se pendre, mais la corde a cassé. Elle a été conduite au service des urgences d'un hôpital communautaire d'où elle a été transférée à un centre de soins tertiaires. Elle y a été hospitalisée pendant une semaine dans un service réservé aux enfants et aux adolescents. On a arrêté le Paxil et on lui a prescrit du Prozac. À sa sortie, elle a été orientée vers un centre de counseling comportemental pour adolescents. Un mois après sa sortie, elle a été admise à l'hôpital en vertu d'un formulaire 1, après qu'un médecin l'eut évaluée après une tentative de suicide commise deux jours auparavant.

Au cours des mois qui se sont écoulés entre cette admission et le décès, il y a eu de nombreux contacts avec des hôpitaux et des prestataires de soins ainsi que de multiples tentatives de suicide.

Cause du décès

Pendaison

Origine du décès

Suicide

Thèmes

1. L'accès aux services de santé mentale pour enfants et adolescents est limité. Dans les petites collectivités, il est inexistant.
2. Souvent, il n'y a pas de lits disponibles dans les services psychiatriques pour les enfants et les adolescents.
3. Les hôpitaux qui traitent des patients souffrant de maladie mentale ont rarement des lits réservés aux enfants et aux adolescents.
4. Les services psychiatriques offerts aux enfants et aux adolescents sont généralement des soins en consultation externe. Il était difficile d'assurer la sécurité de cette enfant à l'extérieur de l'hôpital.

Recommandation : Le coroner régional principal responsable de ce cas devrait rencontrer l'équipe de soins pédiatriques pour déterminer si les problèmes relevés dans ce cas sont isolés ou persistants.

Recommandation : Si ces problèmes persistent, il faudrait alors les signaler au président du Comité d'examen des décès d'enfants.

Thèmes relevés dans les cas où il y a eu intervention d'une société d'aide à l'enfance

L'intervention d'une société d'aide à l'enfance (SAE) est rarement un facteur dans les décès d'enfants en Ontario. Lorsque des enfants sont morts alors qu'ils recevaient des services d'une SAE, dans la plupart des cas, le décès était imprévisible et la SAE n'aurait pas pu le prévenir. Néanmoins, un certain nombre des décès d'enfants examinés par le CEDE, qui résultaient d'actions ou d'omissions, auraient probablement pu être évités grâce à des interventions, une sensibilisation ou un contrôle accru ou différents. En relevant des tendances et des thèmes et en faisant des recommandations utiles, le comité espère contribuer à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Par exemple, bon nombre des décès examinés ne se seraient peut-être pas produits si les mesures suivantes avaient été prises :

- Environnement de sommeil plus sûr;
- Services et ressources coordonnés en santé mentale pour les jeunes reconnus comme présentant un risque élevé de suicide;
- Meilleure supervision de l'enfant;
- Intervention avant qu'un acte violent ne soit commis;
- Attention et réponse plus vigilantes aux besoins médicaux de l'enfant.

Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

En 1995, le Bureau du coroner en chef a instauré un protocole pour les investigations portant sur le décès d'un enfant de moins de deux ans. Au fil des ans, le protocole a été peaufiné et en décembre 2006, on a estimé qu'il était approprié d'en publier une version mise à jour que l'équipe chargée de l'investigation (police, coroners, pathologistes) doit utiliser pour tous les cas de décès subit et imprévu d'un enfant de moins de 5 ans. Par conséquent, le *Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans* a été renommé *Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans* pour tenir compte de la nouvelle fourchette d'âge.

De 0 à 5 ans Origine du décès	2005	2006
Mort naturelle	136	111
Accident	33	32
Homicide	10	9
Indéterminée	53	42
Total	232	194

Tendances relevées dans les décès d'enfants en bas âge en Ontario

- Baisse du nombre de cas de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN);

- Baisse du nombre de décès soudains et imprévus;
- Un environnement de sommeil dangereux et le partage du lit ont contribué aux décès soudains et imprévus;
- En Ontario, en 2006 : 5 cas de SMSN; 27 décès subits et imprévus (dans lesquels le partage du lit ou un environnement de sommeil non sécuritaire ont joué un rôle).

Selon Statistique Canada :

- Entre 1980 et 2005, le taux de mortalité infantile a diminué de 52 % au Canada. En 2005, le taux de mortalité infantile au Canada a augmenté légèrement, passant à 5,4 pour 1 000 naissances vivantes, comparativement à 5,3 en 2003 et 2004. Entre 2004 et 2005, le taux de mortalité infantile chez les nourrissons de moins d'un an a augmenté dans six provinces et territoires, dont l'Ontario, où il a atteint 5,6 décès pour 1 000 naissances vivantes.

En 1991, on a enregistré environ 140 décès attribuables au SMSN en Ontario. Depuis lors, le nombre de SMSN a diminué, passant à moins de 10 par année, pour les raisons suivantes :

- 1) **Éducation** : le programme Dodo sur le dos! incite les parents à coucher l'enfant sur le dos.
- 2) **Définition plus stricte du SMSN** : le Bureau du coroner en chef utilise les lignes directrices de la National Association of Medical Examiners (NAME) pour classer les décès d'enfants, ce qui permet un classement uniforme pour tous les cas examinés par des coroners.
- 3) **Questionnaire d'enquête concernant les décès d'enfants de moins de cinq ans** : conçu par le Bureau du coroner, ce questionnaire aide les coroners et les agents de police à s'assurer que tous les aspects d'une investigation complète sur les lieux du décès sont couverts.

Environnement de sommeil dangereux et partage du lit ou de la chambre

Les termes « décès subit et imprévu » et « mort subite et imprévue de nourrissons » tendent à remplacer le « syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) » dans bien des territoires de compétence, dont l'Ontario, pour qualifier certains décès qui auraient été considérés comme des SMSN auparavant. Étant un diagnostic d'exclusion, le SMSN est réservé aux décès de nourrissons pour lesquels une investigation complète et approfondie n'a permis de trouver aucun facteur contributif.

De plus en plus, les investigations concluent qu'un environnement de sommeil dangereux et le partage du lit ont pu contribuer au décès, l'origine du décès étant alors classée comme « indéterminée ». Ce changement modifie globalement les données diagnostiques sur la mortalité et peut prêter à confusion.

En Ontario, le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examine l'environnement de sommeil dans tous les cas où un enfant est mort pendant son sommeil, en particulier si l'enfant avait moins d'un an. Les surfaces qui ne sont pas conçues pour le sommeil des enfants, comme les lits pour adultes, les sofas, les fauteuils et les balançoires pour bébés, constituent un environnement dangereux, mais

elles ne sont pas les seules. En effet, toute surface prévue pour le sommeil, mais qui est encombrée d'oreillers, de couvertures, de jouets, de couettes et d'autres objets est considérée comme un environnement de sommeil dangereux.

En anglais, les termes « co-sleeping » et « bed-sharing » sont souvent utilisés l'un pour l'autre par les professionnels et dans la documentation. Les deux comités (CEDE et DEM5) ont décidé d'utiliser le terme « bed-sharing » pour décrire le cas où un enfant dort sur la même surface que quelqu'un d'autre (généralement un adulte, mais parfois aussi un frère ou une sœur), le terme « co-sleeping » étant utilisé pour décrire la situation où le jeune enfant dort dans la même pièce que la ou les personnes qui s'en occupent (père/mère/gardien(e)). En français, ce problème de terminologie ne se pose pas, les expressions « partage du lit » et « partage de la chambre » ne présentant pas la même ambiguïté.

Le nombre de décès d'enfants en bas âge examinés par les comités, lesquels ont été causés par des pratiques de sommeil dangereuses, dont le partage du lit, soulève de plus en plus d'inquiétudes. Même s'il est impossible de savoir combien de parents partagent leur lit avec leur enfant sans incident, la fréquence des décès causés par cette pratique est une véritable question de sécurité publique. Diverses équipes chargées de l'examen de décès d'enfants partagent ce point de vue et plusieurs organismes ont adopté une position très ferme à ce sujet et ont publié des déclarations de principes et des avertissements sur les risques associés au partage du lit. Bien qu'il s'agisse d'un sujet controversé, les membres du CEDE et du CDM5 estiment qu'il s'agit d'un problème de sécurité publique et qu'il serait irresponsable de ne pas déclarer le nombre de ces décès examinés en Ontario. Ce message vise à sensibiliser les parents, les gardiens et les professionnels qui prodiguent des soins aux jeunes enfants, parce qu'il est crucial pour prévenir d'autres décès à l'avenir. Des recherches plus approfondies dans ce domaine sont justifiées et sont en cours.

Exemple de cas de décès d'enfant de moins de cinq ans

Une mère allaitait sa fillette de six semaines dans le lit parental. Le père était également présent. Il semble que la mère se soit endormie en allaitant et qu'elle se soit réveillée le lendemain matin pour constater l'absence de signes vitaux chez son enfant. Le nourrisson a ensuite été amené à l'urgence où les tentatives de réanimation ont été infructueuses. Les résultats de l'autopsie n'ont révélé aucune cause anatomique évidente du décès. Rien ne permettait de conclure à un acte suspect. La radiologie post-mortem ne révélait aucune fracture ancienne ou récente et les résultats des tests de toxicologie étaient négatifs. Le décès a été classé comme suit :

Cause

SMSN – syndrome de mort subite du nourrisson (partage du lit avec les deux parents dans un environnement de sommeil dangereux – lit d'adulte)

Origine

Indéterminée

Conclusion

En examinant les décès d'enfants, nous tirons tous des leçons utiles à partir des éléments suivants :

- investigations;
- examens internes;
- examens par les comités spécialisés d'examen des décès;
- enquêtes du coroner;
- résultats et recommandations publiés.

« Les erreurs peuvent être fort instructives, à condition d'avoir l'honnêteté de les admettre et la volonté d'en tirer une leçon »... (anonyme)

Investigations spéciales du coroner en chef

Parallèlement au processus officiel d'enquêtes du coroner et du travail d'investigation des divers comités d'examen spécialisés, le Bureau du coroner en chef peut également mener des enquêtes spéciales, selon les directives du coroner en chef, afin d'améliorer la sécurité publique. Le coroner en chef peut ordonner la tenue d'une investigation spéciale lorsqu'un décès requiert un examen plus approfondi pour déceler la présence possible de problèmes ou de dysfonctionnements systémiques. Le but n'est pas d'attribuer de blâme ou de responsabilité, mais de formuler des recommandations dont la mise en œuvre pourrait prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Cas n° 1

En janvier 2005, une investigation spéciale du coroner en chef a été ouverte à propos des décès de 10 personnes survenus entre janvier 2000 et novembre 2004, dans un centre résidentiel régional du Sud de l'Ontario. Cette investigation a été annoncée à la suite du décès tragique d'un résident qui avait été trouvé mort après avoir été porté disparu. Le sommaire de cette investigation est exposé ci-après.

Ce centre résidentiel régional, financé par l'État, offrait, depuis 1975, des programmes aussi bien résidentiels que non résidentiels, destinés aux adultes ou aux enfants souffrant de déficiences développementales. Les 10 résidents en question souffraient de troubles complexes sur le plan médical, psychiatrique et/ou du développement. L'équipe chargée de l'investigation comprenait le coroner en chef adjoint aux enquêtes, le coroner chargé de l'investigation initiale, trois policiers, un chirurgien généraliste, un psychiatre ainsi qu'un médecin de famille ayant une expertise dans les soins médicaux aux patients souffrant de déficiences développementales.

L'investigation, qui a duré trois mois, a comporté l'examen du dossier médical de chaque résident, des entrevues avec les intéressés (le personnel et la direction de l'établissement, des membres des familles, des dispensateurs de soins médicaux et des représentants du conseil d'administration et de l'association des familles de l'établissement), ainsi que des entrevues avec des fonctionnaires du ministère des Services sociaux et communautaires.

Au moment de leur décès, les résidents qui faisaient l'objet de cette investigation étaient âgés de 22 à 57 ans et vivaient dans l'établissement depuis une à 27 années. Pour chacun de ces cas, les réponses aux cinq questions étaient connues – l'identité de la personne défunte, ainsi que le comment, quand, où et pourquoi du décès. Trois résidents étaient décédés dans des accidents tragiques, ce qui avait entraîné un certain nombre de changements déjà mis en œuvre. L'investigation spéciale du coroner n'a relevé aucun autre changement nécessaire.

Parmi les autres décès, quatre étaient dus à des causes naturelles et l'examen des circonstances n'a soulevé aucun problème particulier justifiant des recommandations spécifiques.

Les trois autres décès résultaient de complications dues à des perforations ou des blocages gastro-intestinaux. L'un de ces résidents avait souffert d'un syndrome aigu non prévisible. Les deux autres étaient morts des complications d'un trouble, appelé pica (propension à ingérer des substances non comestibles). L'investigation de ces trois cas a révélé des faits justifiant certaines recommandations formulées en conclusion de l'investigation.

L'équipe chargée de l'investigation a fait 11 recommandations. Huit de ces recommandations visaient l'établissement, deux le ministère des Services sociaux et communautaires et une le Bureau du coroner en chef. Toutes les recommandations, bien que n'ayant pas force exécutoire, ont été mises en œuvre par les entités concernées.

L'équipe chargée de l'investigation a reconnu le dévouement des professionnels dispensant les soins aux résidents de ce centre, qui ont fait preuve de bonne volonté pour coopérer et cerner tout ce qui aurait pu être fait autrement à l'égard des résidents. Les familles ont également été reconnues pour leur soutien et leur compréhension.

Cas n° 2

En juin 2005, la Gendarmerie royale du Canada et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario ont ouvert une enquête sur la dispensation de Norvasc (amlodipine), un médicament pour le cœur, par une pharmacie donnée de la région de Hamilton. Une cliente avait signalé aux autorités que sa récente ordonnance de ce médicament semblait sensiblement différente des comprimés précédents qui lui avaient été administrés. L'enquête a révélé que le pharmacien achetait le Norvasc à un grossiste indépendant, qui affirmait être en mesure d'obtenir ce médicament à prix réduit auprès du fabricant en raison du volume élevé de ses achats. L'analyse réalisée par le fabricant a révélé qu'un flacon du médicament saisi ne contenait pas la dose thérapeutique adéquate d'ingrédient actif, ce qui interdisait son homologation pour la vente au Canada. Connues comme « médicaments du marché gris », ces préparations étaient fabriquées par des laboratoires pharmaceutiques réputés, mais ne pouvaient être distribuées que dans les pays approuvés à cause de leurs formulations. Un autre flacon, qui ne contenait que peu voire pas d'ingrédient actif, était considéré comme « contrefaçon ».

À la suite de cette enquête, le coroner en chef a ordonné la tenue d'investigations spéciales sur les décès de 11 personnes, à qui cette pharmacie avait dispensé du Norvasc et qui étaient mortes par la suite. Ces 11 décès, survenus en 2004 et 2005, comptaient des hommes et des femmes dont l'âge s'échelonnait de la fin de la quarantaine au début de la quatre-vingt-dizaine. Pour tous, une mort par causes naturelles a d'abord été présumée.

Le coroner régional principal de la région de Niagara a dirigé l'investigation. Avec l'aide d'autres organismes, il a été conclu que l'on pouvait, avec un niveau élevé de certitude, affirmer que la substitution d'amlodipine n'avait pas contribué au décès dans 7 des 11 cas. Pour les 4 cas restants, la substitution d'amlodipine a été considérée comme un facteur plausible et possible du décès, mais sans que l'on puisse déterminer avec certitude dans quelle mesure. Dans ces 4 cas, la cause médicale du décès a été changée pour inclure la phrase « possible substitution médicamenteuse non autorisée » et l'origine du décès a été classifiée comme « non déterminée ».

Le Bureau du coroner en chef a formulé six recommandations visant à prévenir des décès dans des circonstances semblables. Il a notamment recommandé d'améliorer les mécanismes de contrôle des médicaments, afin d'effectuer un suivi continu de la fabrication à la vente, ainsi que l'examen de la réglementation régissant la source d'approvisionnement des pharmaciens afin d'y apporter des restrictions, si nécessaire. Ces recommandations ont été transmises au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à Santé Canada et à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario. Parmi ces recommandations, deux « seront mises en œuvre », une « solution de remplacement sera mise en œuvre » et trois sont « à l'étude ».

Le pharmacien a fait l'objet d'accusations au criminel pour plusieurs infractions et a subi son procès en février 2007. Il a été acquitté de toutes les accusations. Le 18 janvier 2008, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario a suspendu son certificat d'inscription pour une durée de 12 mois, a ordonné qu'il suive une formation professionnelle complémentaire et a assorti son certificat d'un certain nombre de restrictions pour une période de 5 ans.

Nota : cette pharmacie de Hamilton a été vendue en août 2005; elle est depuis administrée par une nouvelle direction.

Mémoires juridiques

Le droit s'appliquant au travail des coroners découle de deux sources principales : les dispositions législatives issues de l'adoption de nouvelles lois ou règlements et les principes juridiques découlant des décisions prises par les tribunaux concernant l'interprétation et l'application des lois. Ensemble, les mesures législatives et les décisions judiciaires ont contribué au volume accru des règles de droit qui s'appliquent aux coroners et à leurs importantes responsabilités publiques. Les années 2005 et 2006 ont été marquées par deux nouveaux éléments clés sur le plan juridique qui ont eu des répercussions sur le processus des enquêtes du coroner.

Nouveaux cas de jurisprudence (2005)

(i) *Hanley c. Eden* (2005), 249 D.L.R. (4th) 447, 193 O.A.C. 292, [2005] O.J. No. 55 (Cour div.)

Dans cette décision rendue en 2005, la Cour divisionnaire de l'Ontario a eu l'occasion de se pencher sur les défis présentés par une pratique établie voulant que le coroner qui préside à l'enquête en fixe la date, le lieu et l'heure suivant la disponibilité du personnel clé (le coroner, son conseiller juridique, le coroner qui a mené l'investigation et le constable du coroner) et d'un endroit approprié pour la tenue de l'enquête. L'avocat qui représentait une partie ayant qualité pour agir à l'enquête a soutenu que le coroner devrait tenir une réunion ou une conférence téléphonique entre les parties ou leurs représentants afin de fixer une date qui convienne à tous.

La Cour a rejeté l'argument et a affirmé que le choix de la date du début de l'enquête ou de son renvoi à une date ultérieure, à la suite d'un ajournement, est à l'entière discrétion du coroner. La décision du coroner concernant la date doit prévaloir, à moins qu'il ne soit démontré qu'un déni de justice en résulterait. La Cour a également souligné que rien n'exige que le coroner tienne une réunion ou qu'il obtienne l'accord unanime des parties intéressées avant de leur faire part de la date fixée.

Il va de soi qu'il est possible de convaincre le coroner, par la suite, de l'existence d'un motif valide de changer la date fixée initialement. La Cour divisionnaire a souligné que si la date prévue dans l'avis a pour effet d'entraîner un déni de justice, il appartient alors à toute partie ainsi affectée de présenter une demande au coroner en vue de la changer. Par souci d'équité, cette partie aurait le droit d'être entendue par le coroner.

La Cour a également examiné un autre aspect de l'établissement du calendrier de l'enquête. L'enquête en question dans l'affaire portée devant la Cour concernait le décès d'un skieur à un club de ski. Le coroner avait décidé de tenir l'enquête pendant la haute saison de ski, afin d'en assurer la « visibilité maximale » et d'attirer l'attention du public sur les questions soulevées. La Cour divisionnaire a noté que les circonstances entourant le décès d'un membre de la société et la question de savoir si le décès aurait pu être évité ou prévenu par l'intervention délibérée d'organismes constituent des questions relevant des préoccupations légitimes de toute la collectivité. Elle en a conclu que le coroner avait le droit de choisir une date pendant la haute saison de ski plutôt que de commencer l'enquête « hors saison ».

(ii) *Snow c. le ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels*
(Cour divisionnaire de l'Ontario, le 27 octobre 2006, dossier no. DV-702-05, non publié)
(2006)

Dans cet arrêt de 2006, la Cour divisionnaire de l'Ontario a été saisie d'une demande de révision judiciaire de la décision du coroner en chef et de celle du ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de refuser d'ordonner la tenue d'une enquête concernant deux décès survenus à la suite d'une collision de véhicules automobiles. M. Snow, le conjoint de l'une des deux victimes, avait demandé officiellement au ministre et au coroner en chef de tenir une enquête.

En rejetant les deux demandes de révision judiciaire, le tribunal a rendu deux jugements en droit importants concernant la tenue d'enquêtes du Coroner. Premièrement, la Cour a souligné qu'en décidant de tenir ou non une enquête, le coroner en chef doit remplir son devoir, non seulement en ce qui concerne l'intérêt personnel de la personne qui en fait la demande, mais également envers le public en général. Deuxièmement, la Cour a conclu que bien qu'il n'existe qu'une possibilité limitée d'« appel » de la décision du coroner en chef devant le ministre, aux termes du paragraphe 26(3) de la *Loi sur les coroners*, l'article 22 de cette même loi confère néanmoins au ministre le pouvoir discrétionnaire d'ordonner la tenue d'une enquête, et l'exercice de ce pouvoir est indépendant de la décision du coroner en chef.

Une nouvelle loi (2006)

L'année 2006 a vu l'adoption d'une loi connue sous le nom de *Loi de Kevin et de Jared* (chapitre 24 des Lois de l'Ontario de 2006). Initialement introduite sous forme de projet de loi d'initiative parlementaire (le projet de loi 89), cette loi a modifié la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* et la *Loi sur les coroners*. Elle a introduit deux modifications relatives aux enquêtes.

Premièrement, elle a créé une nouvelle catégorie d'enquêtes obligatoires. Le nouvel article 22.1 de la *Loi sur les coroners* prévoit la tenue d'une enquête obligatoire lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

1. un tribunal a rendu, en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, une ordonnance refusant au père ou à la mère de l'enfant le droit de visite à ce dernier ou assujettissant ce droit à une surveillance;
2. sur requête d'une société d'aide à l'enfance, un tribunal a modifié l'ordonnance de façon à accorder le droit de visite ou à ne plus l'assujettir à une surveillance;
3. l'enfant est décédé par suite d'un acte criminel commis par son père ou sa mère ou par un membre de sa famille pendant qu'il était sous sa garde ou sa responsabilité.

Le deuxième changement apporté à la *Loi sur les coroners* vise la création, dans certaines circonstances, du droit d'une personne ayant qualité pour agir aux fins de l'enquête de demander au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels que le paiement des frais qu'elle engage pour se faire représenter par un avocat à l'égard de l'enquête soit effectué sur le compte du fonds de la justice pour les victimes maintenu aux termes du paragraphe 5 (1) de la *Charte de 1995 des droits des*

victimes d'actes criminels. Ce droit est accordé à l'une des personnes suivantes ayant qualité pour agir aux fins de l'enquête :

1. le (la) conjoint (e);
2. le (la) partenaire de même sexe;
3. le père ou la mère

de la personne dont le décès fait l'objet de l'enquête, lorsque celle-ci porte sur le décès d'une personne qui est une « victime » au sens de la *Charte de 1995 des droits des victimes d'actes criminels*.

Recherches

Le Bureau du coroner en chef est très actif dans le domaine de la recherche, tant à l'interne qu'en collaboration avec d'autres ministères et des organismes externes, comme Statistique Canada, le Registre ontarien des traumatismes, le Bureau de santé publique de Toronto, la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada et bien d'autres encore, afin de faire avancer la cause de la sécurité publique en Ontario.

Statistique Canada

La base de données du Bureau du coroner en chef a été utilisée dans le cadre d'un projet pilote pour élaborer un système qui permette d'attribuer un code normalisé aux dossiers d'affaires et de le convertir dans le système de codification international pour la collecte des données médicales dans l'ensemble du Canada. Les données des coroners et des médecins légistes contribuent utilement aux politiques et campagnes de prévention des blessures.

Le ministère des Transports et la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada

Ces deux entités utilisent les données du Bureau du coroner en chef relatives aux accidents de la route afin de sensibiliser le public aux questions de la conduite en état d'ébriété et du port de la ceinture de sécurité.

Registre ontarien des traumatismes

Le Registre ontarien des traumatismes recueille des données médicales sur les blessures auprès des principaux hôpitaux de l'Ontario, en collaboration avec le Bureau du coroner en chef. Il vise à fournir des données sur les décès résultant de traumatismes afin de promouvoir l'éducation et l'adoption de politiques appropriées dans le secteur médical.

Bureau de santé publique de Toronto

Le Bureau de santé publique de Toronto recueille des données sur tous les décès liés aux drogues à Toronto. Ces données, compilées depuis 1986, donnent des renseignements sur l'usage de drogues tant licites qu'illicites, sur les combinaisons utilisées ainsi que sur les dangers connexes. Les décès liés à l'usage de drogues constituent un indicateur clé des rapports multiorganismes compilés par le Bureau de santé publique de Toronto. Ces données sont utilisées pour faciliter le dépistage précoce, mieux comprendre les tendances en matière d'usage de drogues et partager des idées concernant les questions importantes au niveau local en rapport avec l'usage de drogues. La promotion d'un programme d'échanges de seringues pour améliorer la sécurité publique constitue un exemple de ces travaux.

Message de clôture du coroner en chef

J'aimerais réitérer mes remerciements aux membres dévoués de notre personnel qui ont participé à la préparation du présent rapport. Je remercie tout particulièrement la docteure Bonita Porter, coroner en chef adjointe (enquêtes), Cheryl Mahyr, Amanda Mattix, Katherine Stephen et Kathy Kerr.

Ressources

Bureau du coroner en chef :

http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/office_coroner/about_coroner/about_coroner_fr.html

Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels :

http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/mcscs_whats_new_short_fr.html

Service Ontario (certificats de naissance et de décès) :

<http://www.serviceontario.ca>

Loi sur les coroners :

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90c37_f.htm

Renseignements additionnels

Pour obtenir des statistiques ou des renseignements additionnels, veuillez communiquer avec :

Bureau du coroner en chef
26, rue Grenville
Toronto (Ontario)
M7A 2G9
Téléphone : 416 314-4000
Numéro sans frais : 1 877 991-9959
Télécopieur : 416 314-4030