

Bureau du coroner en chef

Province de l'Ontario



Rapport annuel 2007

Table des matières

Message du coroner en chef	2
Système des coroners de l'Ontario	3
Structure organisationnelle	5
Emplacements des bureaux	6
Budgets.....	8
Services de pathologie.....	9
Données statistiques sur les décès.....	11
Enquêtes.....	13
Aide aux enquêtes	28
Données statistiques sur les enquêtes	33
Comités d'examen des décès	38
Examens du coroner régional principal.....	75
Documentation juridique	76
Dons de corps.....	80
Recherche	81
Message de clôture du coroner en chef.....	82

Message du coroner en chef

Je suis heureux de présenter le Rapport annuel du Bureau du coroner en chef de l'Ontario pour 2007. Ce fut une année très chargée pour le Bureau en raison des différents événements importants qui se sont produits et qui ont entraîné une transformation du système d'enquête sur les décès dans la province.

Le 25 avril 2007, le gouvernement de l'Ontario a annoncé la tenue d'une enquête publique sur la médecine légale pédiatrique en Ontario à la suite des résultats d'une enquête commandée par le D^r Barry McLellan, alors coroner en chef de l'Ontario, sur une série d'autopsies pratiquées par le D^r Charles Smith entre 1981 et 2001. On alléguait à l'époque que les conclusions du D^r Smith avaient pu entraîner des conséquences inopportunes sur le plan du système de justice pénale et du système de protection de l'enfance. Le juge Stephen Goudge a été nommé à la tête de la Commission d'enquête. Les audiences ont débuté à la fin de l'automne 2007. Elles n'étaient pas terminées à la fin de l'année et se sont poursuivies jusqu'au printemps 2008. Les résultats de l'enquête de même que les recommandations qui en ont découlé constitueront le sujet du rapport de l'année prochaine.

Durant cette période de changement difficile, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a continué de fournir aux citoyens de la province des services complets d'enquête sur les décès. Le personnel a poursuivi son travail professionnel et administratif sous l'habile direction de la D^{re} Bonita Porter, nommée coroner en chef en septembre 2007. La haute direction du Bureau est profondément reconnaissante à l'endroit des membres du personnel pour leur travail et leur professionnalisme.

Bien qu'il ne fasse aucun doute que l'année 2007 a été fort exigeante, le personnel est malgré tout demeuré déterminé à offrir les meilleurs services d'enquête qui soient et, ce faisant, a fourni des services exemplaires aux citoyens de l'Ontario. Le présent rapport annuel résume le travail accompli par ces personnes qui ont su faire preuve de dévouement et de diligence.

Système des coroners de l'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 2007, 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.

5

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 :

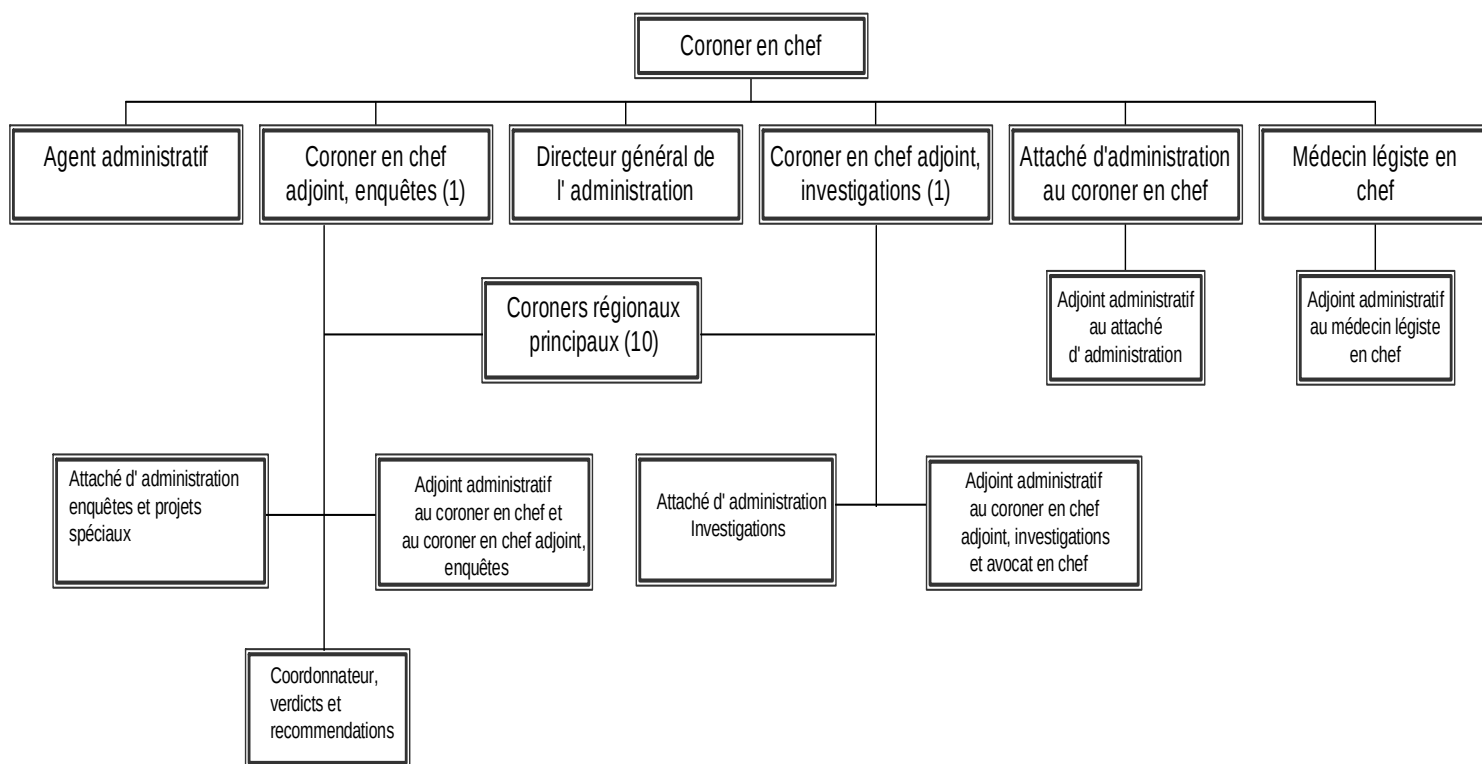
- Investigations;
- Enquêtes;
- Services de médecine légale;
- Services juridiques;
- Soutien aux programmes.

Structure organisationnelle

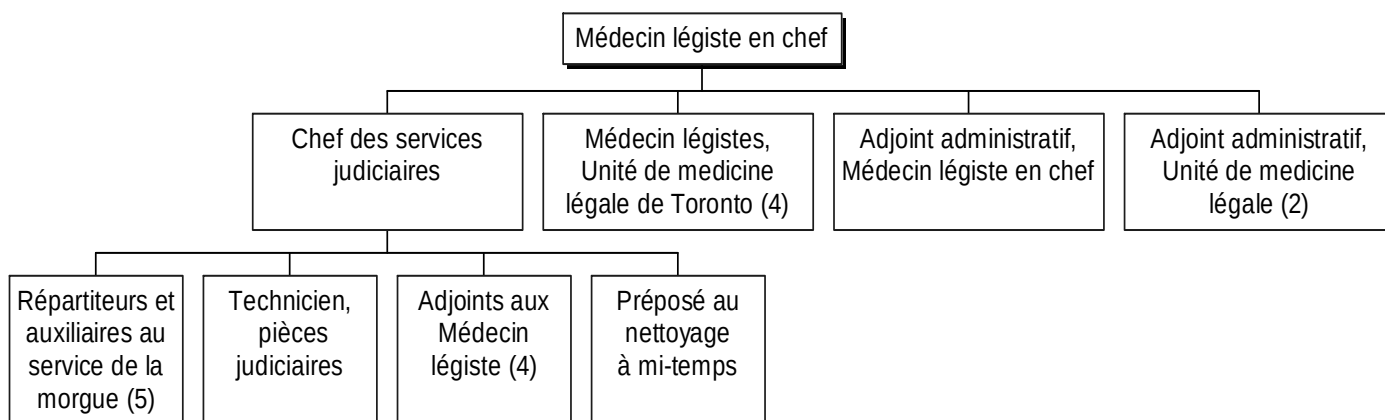
En plus de son bureau central à Toronto, le Bureau du coroner en chef a un certain nombre de bureaux régionaux répartis dans la province. Chacun de ces bureaux est dirigé par un coroner régional principal, avec l'appui de personnel administratif. Ces régions et leurs limites respectives sont illustrées 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 - 2007



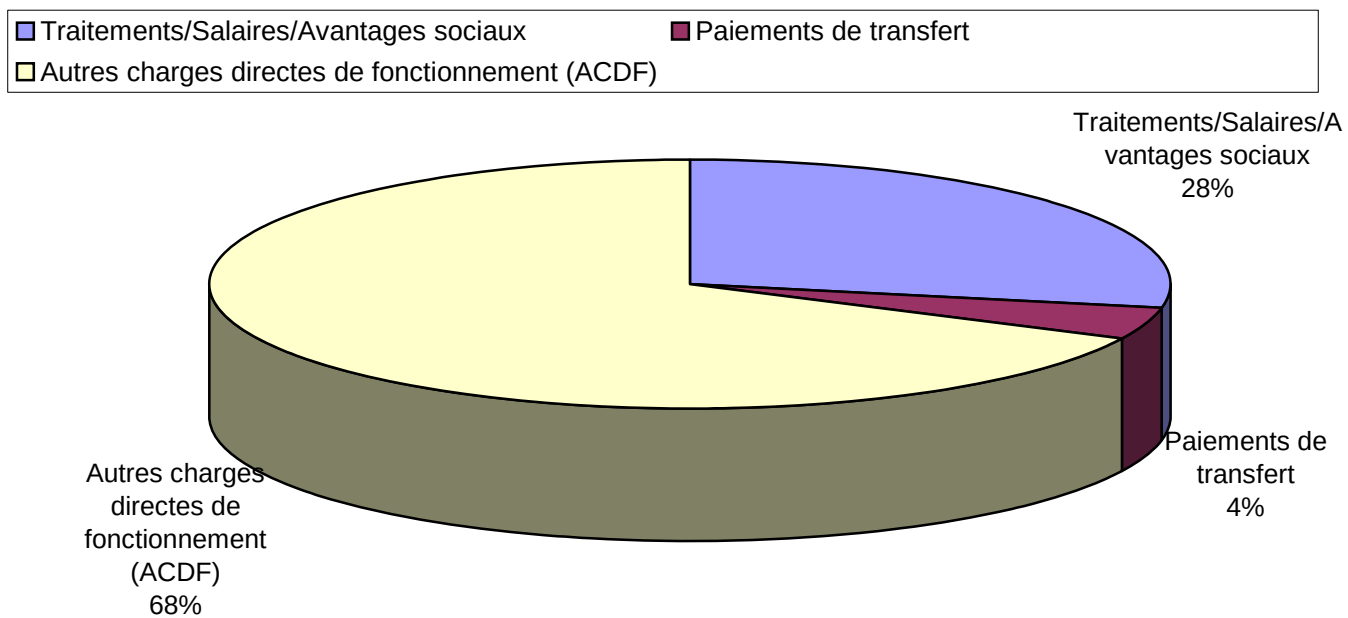
Structure organisationnelle de l'Unité de médecine légale - 2006



Budgets

2006-2007 Budget (25,9 millions \$)

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



Services de pathologie

Une autopsie consiste à examiner un cadavre dans le but de déterminer la cause de sa mort. Elle est réalisée en vertu d'un mandat du coroner lorsque celui-ci estime que les résultats pourraient s'avérer utiles pour les besoins de l'enquête. Dans les cas où le coroner est en mesure de déterminer de manière raisonnable la cause de la mort en se fondant sur les antécédents médicaux, le traitement reçu, les circonstances de la mort et l'état du corps, il se peut que l'autopsie ne soit pas jugée nécessaire.

Il y a les autopsies dites « de routine » (mort non suspecte) et celles qui s'imposent en cas de mort suspecte (homicide). Les cas de mort suspecte ou d'homicide requièrent l'expertise de médecins légistes, des experts qui ont reçu une formation spécialisée et qui peuvent être appelés à témoigner devant un tribunal judiciaire. L'objectif d'une autopsie peut consister entre autres à trouver des signes de violence et (ou) des traumatismes qui justifieraient la tenue d'une enquête criminelle, à établir l'identité de la personne décédée ou à déterminer la cause de sa mort lorsqu'il est impossible de le faire 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 :

Nombre d'autopsies effectuées à l'Unité de médecine légale de la province : 1353

Nombre total dans la province : 6811

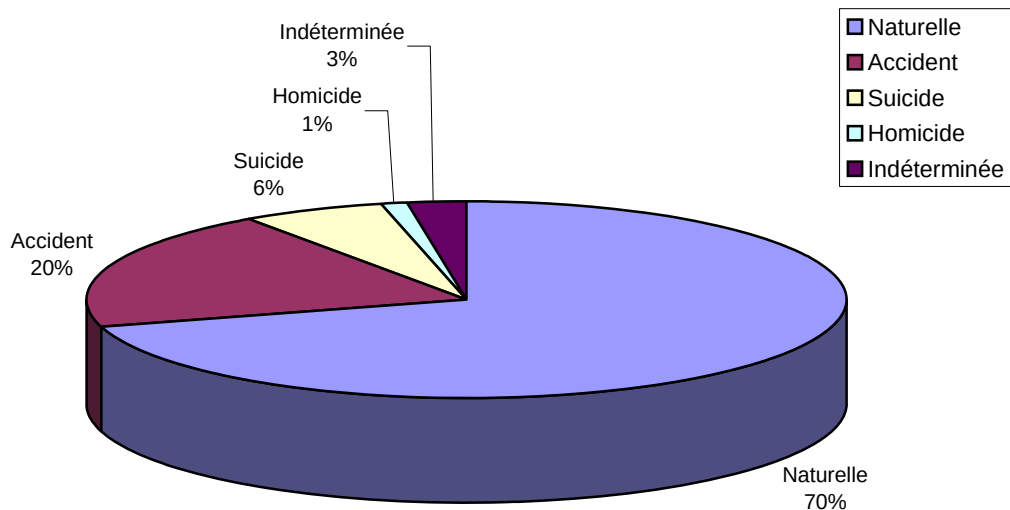
Données statistiques sur les décès

Origine du décès (par région) - 2007

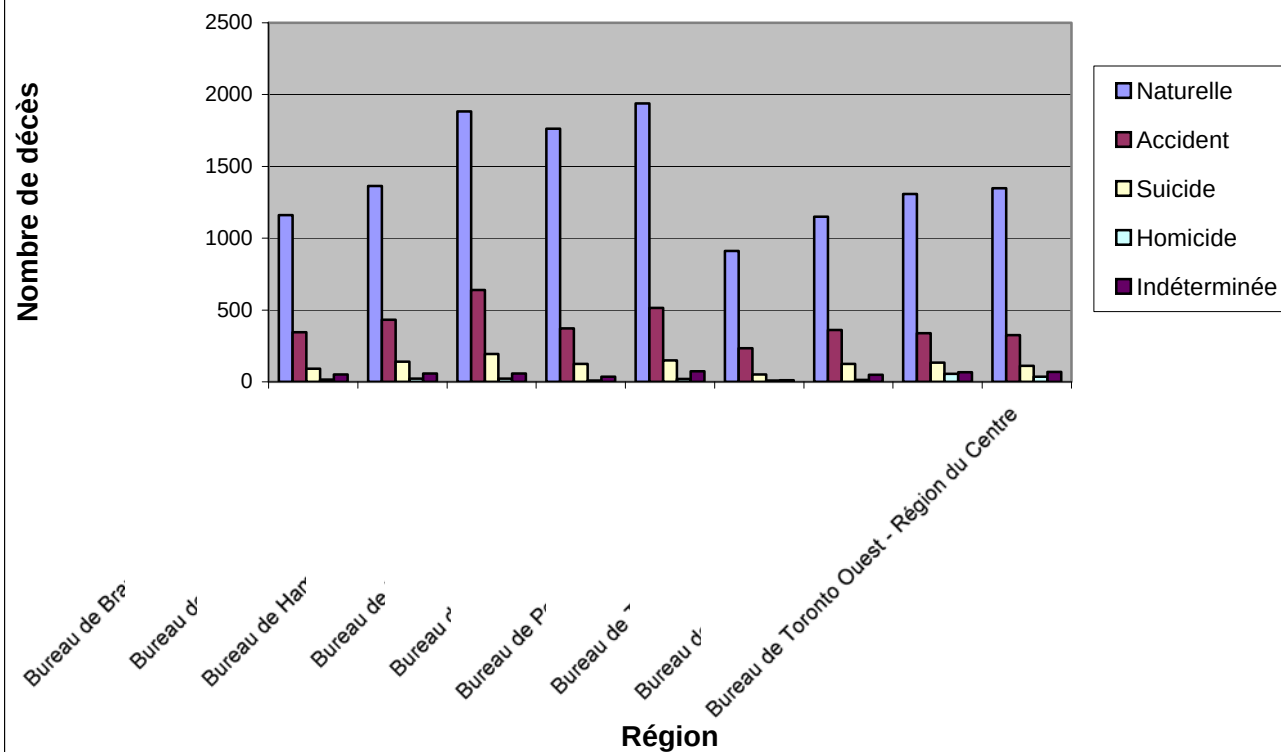
Région	Naturelle	Accident	Suicide	Homicide	Indéterminée	Squelettique	Total
Bureau de Peterborough - Région de l' Est	911	235	52	9	12	10	1229
Bureau de Kingston - Région de l' Est	1763	372	125	10	35	7	2312
Bureau de London - Région de l' Ouest	1938	514	149	19	73	7	2700
Bureau de St. Catharines - Région de l' Ouest	1882	639	193	23	58	36	2831
Bureau de Thunder Bay - Région du Nord	1150	362	124	13	48	14	1711
Bureau de Toronto Est - Région du Centre	1308	339	134	55	67	12	1915
Bureau de Toronto Ouest - Région du Centre	1349	325	112	36	69	2	1893
Bureau de Brampton - Région du Centre	1160	346	91	15	51	11	1674
Bureau de Guelph - Région du Centre	1364	433	141	22	57	21	2038
Total	12825	3565	1121	202	470	120	18308

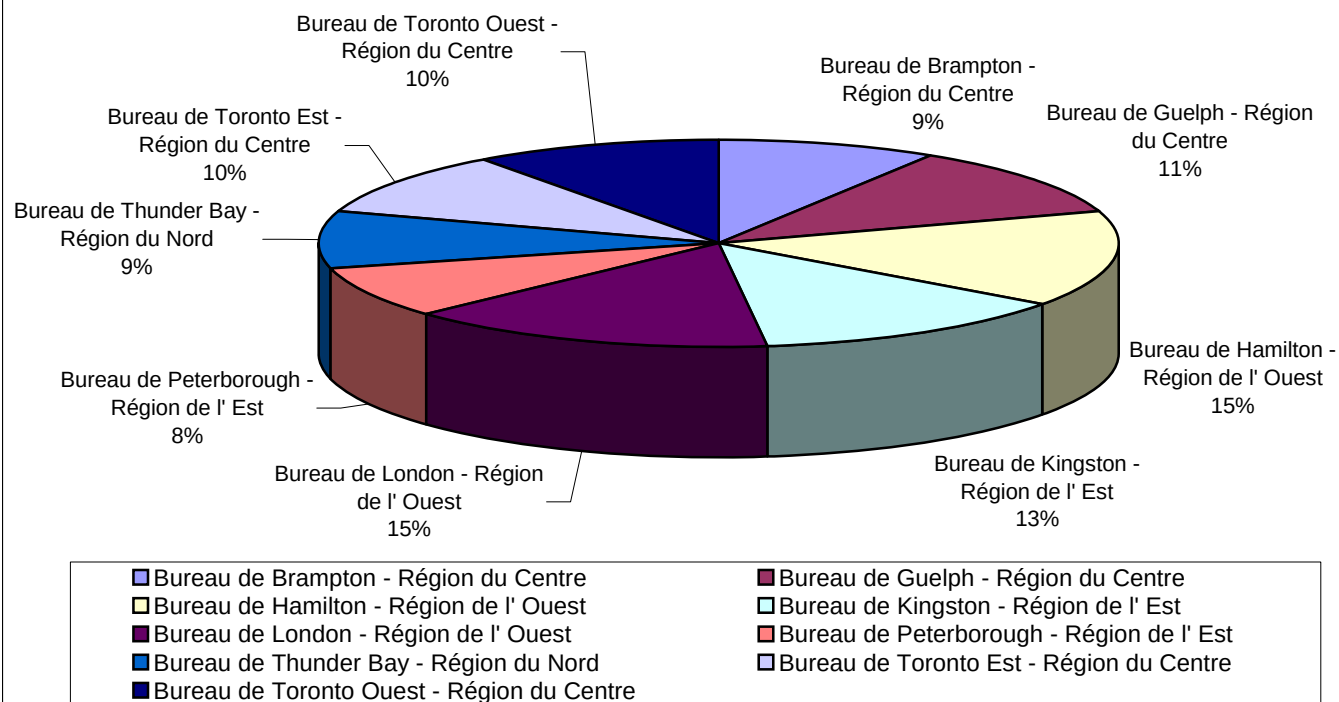
REMARQUE: There were 87,588 deaths registered in Ontario in 2007 (Source: Vital Statistics)

Nombre total de décès selon l'origine (2007)



Sommaire des décès selon l'origine et la région (2007)



Nombre total de décès par région (2007)

Dix principales causes de mortalité dans la province de l'Ontario (2005 et 2006)

Dix premières Causes de décès	2007		Total
	Hommes	Femmes	
Naturelle – maladie cardiovasculaire - myocardique	4102	2168	6270
Naturelle – maladie pulmonaire	942	943	1885
Chute/saut – même niveau	530	797	1327
Naturelle – maladie du système nerveux central/neurologique	493	725	1218
Naturelle – maladie gastrointestinale	480	396	876
Trauma – collision de véhicules ou entre un véhicule et un piéton	584	276	860
Naturelle – maladie non précisée/autre	387	433	820
Intoxication à un médicament (aiguë)	421	257	678
Naturelle – maladie cardiovasculaire – autre, vasculaire périphérique	393	277	670
Asphyxie – Pendaïson	348	79	427

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 oeuvre 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

H.B, 18 ans, est mort le 31 décembre 2004 au service des urgences après qu'il eut été trouvé pendu dans une cellule de la prison de district où il était détenu. Avant sa mort, H.B. avait été reconnu coupable d'un certain nombre de chefs d'accusation qui lui avaient valu une sentence de 549 jours, pour laquelle on l'avait placé en détention au Centre de jeunes de Thunder Bay. Il avait ensuite été transféré au Centre de jeunes Cecil Facer, à Sudbury. H.B. avait reçu un diagnostic de schizophrénie et les avertissements appropriés avaient été inscrits dans le Système d'information stratégique sur les jeunes contrevenants (SISJC). Pendant son séjour au Centre de jeunes Cecil Facer, H.B. a agressé un membre du personnel, geste pour lequel une accusation a été portée contre lui. Le 22 décembre 2004, H.B. a plaidé coupable à cette accusation et 15 jours ont été ajoutés au reste de sa peine spécifique, qui a par la suite été convertie en peine applicable aux adultes.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de H.B. a été jugée obligatoire vu qu'elle était survenue dans un établissement de détention. L'enquête a eu lieu à Sudbury du 30 avril au 23 mai 2007. Les jurés ont entendu 33 témoins et plus de 62 pièces ont été déposées en preuve.

L'enquête a notamment porté sur les questions suivantes : l'échange d'information entre les établissements, la prévention du suicide chez les détenus, la formation des agents des services correctionnels sur la prévention du suicide et la prise en charge des jeunes Autochtones atteints de troubles mentaux qui sont placés en détention.

Au terme de l'enquête, le jury a conclu que H.B. était mort par asphyxie après s'être pendu et qu'il s'était suicidé. Les jurés ont également formulé 16 recommandations à l'intention de divers organismes, dont le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario. Ces recommandations portaient essentiellement sur l'amélioration de l'échange d'information, les programmes pour les Autochtones dans les centres pour jeunes, la surveillance relative au suicide et l'accès accru aux services d'assistance à l'enfance et à la famille dans le Nord de l'Ontario.

Des 16 recommandations visant les intervenants compétents :

- 9 ont été mises en œuvre telles quelles ou sous une autre forme;
- 4 faisaient l'objet d'un examen plus approfondi;
- 3 ont été rejetées ou ne pouvaient être mises en application par l'organisme à qui elles étaient adressées.

Enquête n° 2

D.C, 51 ans, qui était détenu dans un pénitencier fédéral, est mort le 23 mai 2007 à l'Hôpital général de Kingston. En avril 2006, D.C avait été placé en détention après avoir enfreint l'ordonnance de probation dont il faisait l'objet. Durant son incarcération, D.C. a consulté un spécialiste en raison de saignements gastro-intestinaux et d'une fracture de la mâchoire subie lors d'une altercation avec un autre détenu. Le 22 mai 2006, D.C s'est plaint de douleurs corporelles. L'infirmière était préoccupée par son état émotif, mais D.C. a nié se sentir déprimé ou avoir des pensées suicidaires. On l'a alors placé dans une cellule individuelle et, plus tard, une infirmière qui distribuait des médicaments l'a retrouvé mort. Des manœuvres de réanimation ont été amorcées, puis on l'a transporté à l'hôpital, où son rythme cardiaque a été rétabli. Plus tard, D.C a été transféré à l'Hôpital général de Kingston, où l'on a constaté sa mort cérébrale. Après une discussion avec sa famille, les appareils de maintien des fonctions vitales ont été débranchés et il est décédé peu de temps après.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de D.C. a été jugée obligatoire vu qu'elle était survenue dans un établissement de détention. L'enquête a eu lieu à Napanee les 23 et 24 juillet 2007. Huit témoins ont été entendus et 14 pièces ont été déposées en preuve.

Au terme de l'enquête, le jury a conclu que D.C. était mort par asphyxie après s'être pendu et qu'il s'était suicidé. Les jurés ont également formulé quatre recommandations à l'intention du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario. Les recommandations portaient principalement sur l'amélioration des processus de documentation et de la visibilité des détenus.

Des quatre recommandations visant les intervenants compétents :

- 3 ont été mises en œuvre;
- 1 faisait l'objet d'un examen plus approfondi.

Enquête n° 3

K.P., 38 ans, est mort le 29 juillet 2001 des suites d'une blessure subie la veille pendant qu'il travaillait dans une mine de nickel. Le 28 juillet 2001, K.P. tentait avec un collègue de dégager du minerai de nickel coincé dans un puits vertical de la mine en faisant sauter des explosifs sous le minerai en question. Durant leurs tentatives, K.P. a subi de graves blessures par écrasement à l'abdomen. On l'a conduit d'urgence à l'hôpital, mais, malgré une opération chirurgicale, il a succombé à ses blessures.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de K.P. a été jugée obligatoire vu qu'elle était survenue en cours d'emploi dans une mine. L'enquête a eu lieu à Sudbury du 19 au 21 mars 2007. Les jurés ont entendu sept témoins et 13 pièces ont été déposées en preuve.

Au terme de l'enquête, le jury a conclu que K.P. était mort de graves blessures par écrasement à l'abdomen entraînant une perte massive de sang et que sa mort était accidentelle. Les jurés ont formulé six recommandations à l'intention du ministère du Travail, de l'employeur et des autres sociétés minières. Certaines recommandations portaient sur la nécessité d'assurer une plus grande sécurité et une meilleure formation relativement aux pratiques de dynamitage.

Des six recommandations visant les intervenants compétents :

- 5 ont été mises en œuvre par les organismes à qui elles étaient adressées;
- 1 a été rejetée.

Enquête n° 4

L.D., 36 ans, une infirmière affectée à la salle de réveil, est morte au travail le 12 novembre 2005. M.D., un anesthésiste de 50 ans qui travaillait avec L.D., est finalement mort le 15 novembre 2005 après avoir poignardé cette dernière, puis tenté de s'enlever la vie.

En 2004, L.D. et M.D. entretenaient une relation intime. L.D. avait acheté une maison pour elle et sa fille et M.D. avait contribué financièrement à l'achat. Des témoins qui ont comparu lors de l'enquête ont affirmé que M.D. avait eu plusieurs altercations verbales avec des collègues et qu'une chef des services infirmiers avait déposé une plainte écrite contre lui. Cette situation a donné lieu à une enquête menée par l'hôpital, après laquelle M.D. s'est retrouvé en période probatoire, acceptant de suivre une thérapie sur la maîtrise de la colère dans le cadre du protocole d'entente qu'il a signé.

Le 27 février 2005, M.D. a tenté de se suicider en présence de L.D. Il a été conduit d'urgence à l'hôpital, où il a été soigné et admis de façon involontaire à l'unité des soins psychiatriques intensifs. C'est alors que L.D. a informé M.D. qu'elle mettait fin à leur relation. Le 10 mars 2005, M.D. a obtenu son congé de l'unité psychiatrique et a entrepris une psychothérapie. Au cours des premiers jours suivant son congé de l'hôpital, M.D. a tenté de communiquer avec L.D. pendant qu'elle était au travail.

Le 5 avril 2005, M.D. a menacé L.D. et son père en se servant d'une photo potentiellement embarrassante de L.D. et leur a demandé de lui remettre l'argent qu'il avait versé pour l'achat de la maison de L.D. Plus tard au cours du mois, L.D. a participé à l'hôpital à une réunion portant sur des questions de sécurité relatives à M.D. et a cherché à obtenir un engagement de ne pas troubler l'ordre public. Or, son audience n'était prévue que quelques semaines après sa mort. Entre-temps, l'hôpital avait annulé la carte de sécurité de M.D.

Durant cette période, M.D. était suivi par un psychiatre qui n'avait reçu aucune information de l'hôpital et qui n'était donc pas au courant de l'ampleur du problème de comportement de M.D. Ce dernier a informé son psychiatre qu'il se sentait prêt à retourner au travail et le psychiatre a alors écrit au Programme de santé pour les médecins, qui a estimé que M.D. était apte à reprendre le travail. Cette décision a été prise sans consultation du personnel infirmier ni de L.D.

À son retour au travail, M.D. a été impliqué dans plusieurs incidents lors desquels il a adopté un comportement d'intimidation, notamment en fixant L.D. du regard pendant qu'elle se trouvait dans la salle de réveil.

Le 12 novembre 2005, L.D. et M.D. devaient travailler ensemble. L.D. était dans la salle de réveil quand M.D. est entré, l'a poignardée, puis a quitté l'établissement. Pendant qu'il quittait les lieux en voiture, M.D. a téléphoné à sa femme pour lui dire qu'il avait tué L.D. et qu'il allait s'enlever la vie. Lorsque les policiers ont trouvé sa

voiture, M.D. ne réagissait pas. Les ambulanciers paramédicaux l'ont réanimé énergiquement, mais il est mort 3 jours plus tard aux soins intensifs.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de L.D. et M.D. a été jugée discrétionnaire. L'enquête a eu lieu à Windsor, du 24 septembre au 4 décembre 2007. Les jurés ont entendu 51 témoins et 176 pièces ont été déposées en preuve.

L'enquête a notamment porté sur les questions suivantes : les lois régissant le comportement et les privilèges des médecins, les processus disciplinaires prévus lorsqu'un médecin est accusé d'avoir fait preuve d'un comportement problématique et la violence conjugale. Le jury a conclu, d'une part, que L.D. était morte d'une hémorragie due aux multiples coups de couteau qu'elle avait reçus à la poitrine et qu'elle avait été victime d'un homicide et, d'autre part, que M.D. était mort d'une encéphalopathie anoxique-ischémique et d'une bronchopneumonie causées par une intoxication au midazolame et qu'il s'était suicidé.

Des 65 recommandations visant les intervenants compétents :

- 49 ont été mises en œuvre;
- 6 ont été rejetées;
- 20 étaient toujours à l'étude ou ne pouvaient être mises en application par l'organisme à qui elles étaient adressées.

Enquête n° 5

L.L., 71 ans, qui était propriétaire d'une entreprise de construction, est mort le 16 décembre 2004 pendant qu'il travaillait sur une plateforme surélevée. Le jour de sa mort, L.L. installait les panneaux de cloison sèche pour une cabine de pulvérisation. Bien que d'autres travailleurs se trouvaient dans le bâtiment, L.L. travaillait seul au moment de l'incident et personne ne l'a vu tomber de la plateforme qui s'élevait à 81 pouces du sol.

Tous les témoins interrogés ont affirmé avoir vu L.L. étendu au sol près de la plateforme sans signe évident de traumatisme crânien. Un outil servant à appliquer du ruban se trouvait sur le plancher près de l'endroit où gisait L.L. Les ambulanciers paramédicaux ont été appelés sur les lieux et L.L. a été transporté à l'hôpital de la région, où l'on a déclaré son décès. Le service de police local et le ministère du Travail ont mené leurs enquêtes respectives sur cet incident.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de L.L. a été jugée obligatoire vu que son décès était survenu sur un chantier de construction. L'enquête a eu lieu à Brampton du 10 au 12 décembre 2007. La preuve présentée durant l'enquête a permis d'établir que le garde-corps de la plateforme surélevée avait été enlevé et que les chaînes qui doivent se trouver à l'extrémité de la plateforme sur laquelle il travaillait n'avaient pas été installées avant l'incident. L.L. ne portait pas de ceinture de sécurité, de harnais ou de casque protecteur.

L'enquête a notamment porté sur les questions suivantes : l'utilisation adéquate du matériel de protection individuelle ainsi que des pratiques et de la formation en matière de sécurité. Les jurés ont entendu trois témoins et huit pièces ont été déposées en preuve. Au terme de l'enquête, le jury a conclu que L.L. était mort d'une compression de la moelle épinière cervicale due à une subluxation de l'articulation occipito-atloïdienne consécutive à une chute d'un échafaudage. Il a aussi conclu que sa mort était accidentelle.

Des 22 recommandations visant les intervenants compétents :

- 14 ont été mises en œuvre;
- 3 faisaient l'objet d'un examen;
- 5 ont été rejetées ou ne pouvaient être mises en application par l'organisme à qui elles étaient adressées.

Enquête n° 6

A.S., 27 ans, suivait un cours d'anglais dans une école de langue lorsqu'il est mort, le 8 décembre 2003, après l'effondrement du bâtiment. Le jour de sa mort, A.S. se trouvait dans une classe au dernier étage d'un bâtiment situé à côté d'un cinéma local en cours de démolition.

En juillet 2003, le propriétaire du cinéma a confié l'exécution des travaux de démolition à une grande entreprise possédant une solide expérience dans le domaine en vue de la construction d'un immeuble en copropriété. En vertu du Code du bâtiment de l'Ontario, lorsqu'on prévoit démolir un édifice de plus de trois étages, la ville doit d'abord délivrer un permis de démolition et le projet doit faire l'objet d'un examen général par un ingénieur. L'entreprise de démolition a retenu les services d'un ingénieur et les formulaires appropriés ont été présentés à la ville. La ville a délivré le permis de démolition le 19 septembre 2003.

Le 10 octobre 2003, le ministère du Travail a reçu un *avis de projet* relatif à la démolition du cinéma, comme l'exige la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Les exigences de sécurité générales pour les projets de démolition sont précisées dans le règlement sur les projets de construction (Regulations for Construction Projects – en anglais seulement). L'entreprise de démolition a utilisé une cisaille hydraulique à grande portée pouvant atteindre une hauteur de 70 pieds, qu'elle a employée de façon systématique pour démolir la charpente métallique et les murs de maçonnerie. L'opérateur avait sept ans d'expérience avec ce type de matériel et travaillait dans l'industrie depuis plus de 19 ans. La démolition de l'arrière-scène s'était bien déroulée. Le matin du 8 décembre 2003, l'opérateur avait effectué une série de coupes dans les fermes de toit métalliques quand l'édifice s'est effondré, projetant les murs de maçonnerie sur les bâtiments voisins.

Certains débris ont atterri sur le toit de l'édifice où se trouvait l'école que fréquentait A.S. Le toit s'est alors effondré, écrasant A.S. et blessant d'autres personnes qui se trouvaient à l'intérieur. On a retrouvé le corps d'A.S. et son décès a été constaté sur les lieux.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort d'A.S. n'a pas été jugée obligatoire et une enquête discrétionnaire a été ouverte. L'enquête a eu lieu à Toronto du 17 septembre au 2 octobre 2007. Au terme de l'enquête, le jury a conclu qu'A.S. était mort d'un traumatisme pelvien causé par un objet contondant et d'asphyxie traumatique. Il a aussi conclu que sa mort était accidentelle.

Des 8 recommandations visant les intervenants compétents :

- 4 ont été mises en œuvre;
- 4 faisaient l'objet d'un examen plus approfondi.

Enquête n° 7

D.D., 46 ans, purgeait une peine discontinue dans un centre de détention provincial lorsqu'elle est morte le 22 septembre 2002. D.D. avait été reconnue coupable d'une infraction criminelle pour la première fois en 1977, après quoi elle avait fait l'objet de plusieurs autres condamnations au criminel, principalement pour vol.

Durant ses 10 dernières années, D.D. avait acquis une dépendance à l'égard des médicaments d'ordonnance et reçu un diagnostic d'hépatite C. Au moment de sa mort, elle suivait un programme de traitement de maintien à la méthadone.

Le 3 mai 2002, D.D. a écopé d'une peine discontinue à purger les samedis et dimanches jusqu'au 19 octobre 2002. Le 21 septembre 2002, D.D. s'est présentée au centre de détention, comme elle devait le faire, et a été accueillie par un agent des services correctionnels chevronné. La preuve présentée durant l'enquête indiquait que D.D. semblait avoir les facultés affaiblies, puisqu'elle avait des difficultés d'élocution et une démarche instable. L'agent a examiné son dossier et vu qu'on y avait inscrit lors d'une admission précédente que son état était associé aux médicaments d'ordonnance qu'elle prenait. L'agent a également consulté une infirmière du service des soins de santé. Comme l'exige la procédure d'admission, l'agent a effectué une fouille à nu de D.D. Il n'y a eu aucun examen des cavités corporelles et rien n'a été trouvé.

D.D. a ensuite été escortée vers un bloc cellulaire avec trois autres détenues. L'une d'entre elles a affirmé lors de son témoignage que D.D. avait avoué avoir apporté des médicaments à l'intérieur. Les deux autres détenues ont soumis des déclarations écrites indiquant qu'elles avaient vu D.D. sortir de sa région vaginale un emballage qui semblait contenir des comprimés et prendre ces derniers pendant la soirée et tôt le matin. À 8 h 15, le 22 septembre 2002, une détenue a remarqué que D.D. avait le teint bleuté et qu'elle ne réagissait pas. Les autres détenues ont averti le gardien. Le capitaine et une agente des services correctionnels sont entrés dans la cellule et ont constaté l'absence de signes vitaux chez D.D. On a commencé la réanimation cardiorespiratoire et les services médicaux d'urgence ont été appelés.

Lorsque les secours sont arrivés, ils ont poursuivi les efforts de réanimation, mais n'ont pu réanimer D.D. qui a été déclarée morte. L'autopsie qui a été effectuée a révélé une congestion pulmonaire aiguë de même que la présence d'une substance cristalline étrangère, qui, selon le pathologiste, indiquait une consommation abusive de drogues injectables de longue date. On a trouvé dans le vagin un sac de plastique contenant des comprimés ainsi qu'une substance ressemblant à des feuilles vertes. Les analyses toxicologiques ont révélé des concentrations potentiellement létales de méthadone, de doxépine et d'oxycodone.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de D.D. s'est révélée obligatoire vu que son décès était survenu dans un établissement de détention. L'enquête a eu lieu à Toronto les 9 et 10 octobre 2007. Les jurés ont entendu

11 témoins et 16 pièces ont été déposées en preuve. Le jury a conclu que D.D. était morte d'une surdose de méthadone et de doxépine et que sa mort était accidentelle.

Des 2 recommandations visant les intervenants compétents :

- 1 a été mise en œuvre;
- 1 faisait l'objet d'un examen.

Enquête n° 8

S.M., 43 ans, est mort le 5 juin 2005 à l'aéroport international d'Ottawa, après y être arrivé sur un vol en provenance de Halifax (Nouvelle-Écosse). Avant son arrivée, S.M. était sans emploi et vivait à Montréal, dans une résidence de longue durée pour personnes souffrant de troubles mentaux. On l'avait informé quelque temps avant sa mort qu'il allait devoir quitter la résidence.

À l'automne de 1999, S.M. a reçu un diagnostic de trouble schizo-affectif, accompagné d'idées délirantes, et a été hospitalisé à plusieurs occasions. Au moment de sa mort, il ne prenait pas les médicaments qu'on lui avait prescrits et avait voyagé dans différentes régions du pays. Pendant ses déplacements, S.M. n'avait eu aucun autre contact avec des policiers.

À son arrivée à l'aéroport le 5 juin 2005, il s'est rendu dans la zone des départs de l'ancienne aérogare et s'y est assis. Il a ensuite commencé à se comporter de façon étrange : il s'est jeté par terre et s'est blessé en sautant tête première d'un banc au sol. S.M. a été retenu par des passagers qui se trouvaient près de lui et des membres du personnel de l'aéroport jusqu'à ce que les agents du service de police local arrivent sur les lieux. Ces derniers lui alors ont passé les menottes. Les policiers et les témoins ont affirmé que S.M. semblait avoir une force surnaturelle. Des ambulanciers paramédicaux sont aussi arrivés sur les lieux; ils ont installé S.M. sur une civière et l'ont maîtrisé en position ventrale à l'aide de plusieurs sangles. On lui a ensuite administré un sédatif pour le calmer. Quelques minutes plus tard, S.M. s'est retrouvé en détresse grave; les ambulanciers ont tenté de le réanimer, mais en vain. Il a été déclaré mort sur les lieux. Le 6 juin 2005, une autopsie a été pratiquée sur la dépouille de S.M. et a permis d'établir que sa mort avait été causée par une asphyxie positionnelle.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de S.M. a été jugée obligatoire vu que son décès était survenu dans un lieu public. L'enquête a eu lieu à Ottawa du 11 octobre au 2 novembre 2007. Les jurés ont entendu 16 témoins et 13 pièces ont été déposées en preuve. L'enquête a notamment porté sur les questions suivantes : le risque d'asphyxie positionnelle lorsqu'on maîtrise une personne en position ventrale, son lien avec l'épisode de délire aigu et le délai d'intervention des ambulanciers paramédicaux.

Au terme de l'enquête, le jury a conclu que S.M. était mort par asphyxie positionnelle et que sa mort était accidentelle. Les jurés ont également formulé 11 recommandations, dont certaines portaient sur l'amélioration de la formation des intervenants d'urgence à l'égard des symptômes de délire aigu, la nécessité d'effectuer davantage de recherche sur le délire aigu, la réduction des délais d'intervention et l'amélioration des processus de traitement des services paramédicaux qui sont intervenus.

Des 11 recommandations visant les intervenants compétents :

- 7 ont été mises en œuvre ou étaient en voie de l'être;
- 3 faisaient l'objet d'un examen;
- aucune réponse n'avait été reçue pour l'une d'entre elles.

Enquête n° 9

C.B., 43 ans, est morte à l'hôpital le 20 janvier 2004 après une période de détention dans un poste de police. Le 17 janvier 2004, un agent de police a été envoyé dans un café local pour prêter assistance à C.B., qui est désorientée. Cette dernière n'a pas été en mesure de fournir au policier une adresse valable ou le numéro d'une personne à contacter. L'agent était d'avis que C.B. était en état d'ébriété; il l'a conduite à deux endroits différents dans le but de la laisser chez elle avec une personne responsable qui pourrait en prendre soin.

Après ces deux tentatives infructueuses, le policier a arrêté C.B. pour ébriété dans un lieu public et l'a ramenée au poste afin de la placer en observation dans le bloc cellulaire central jusqu'à ce qu'elle soit jugée apte à prendre soin d'elle-même. Elle a été fouillée et placée dans une cellule par une policière. Selon les observations, C.B. était bruyante et exaspérante dans sa cellule; elle frappait les barreaux et la fenêtre en plexiglas et elle criait. Le sergent responsable des cellules a remarqué qu'elle agissait de façon étrange, enlevant partiellement son chandail. Il a donc demandé que son soutien-gorge soit enlevé et placé dans un casier. À aucun moment les policiers n'ont cru qu'il y avait un risque réel qu'elle s'inflige des blessures.

Durant la soirée, les agents de service au moment de sa mise en détention ont remis la supervision du bloc cellulaire aux policiers qui commençaient le quart du soir. Aucune préoccupation particulière n'a été exprimée à l'égard de C.B., bien que les policiers du soir ne fussent pas au courant de son comportement turbulent.

Plus tard en soirée, les policiers ont placé C.B. dans une autre cellule à l'écart des autres détenus, estimant qu'elle dérangeait ces derniers, car elle criait et frappait les barreaux sans arrêt. Près de deux heures plus tard ce soir-là, C.B. a été trouvée pendue dans sa cellule; elle avait fait un nœud avec ses jambières et les avait attachées à la grille de la trappe d'aération au plafond.

Les mesures d'intervention d'urgence ont aussitôt été déclenchées et C.B. a été conduite à l'hôpital local en ambulance. On l'a branchée à des appareils de maintien des fonctions vitales jusqu'au 20 janvier 2004, date à laquelle on a décidé de mettre fin aux mesures ultimes. Elle est alors morte.

Une enquête plus poussée sur sa mort a révélé que C.B. avait été arrêtée pour ébriété dans un lieu public deux fois auparavant et qu'à ces deux occasions, elle avait fait preuve d'un comportement turbulent semblable. Les enregistrements vidéo de son arrestation du 17 janvier 2004 montrent que C.B. a tenté de se pendre à deux reprises. Le personnel du bloc cellulaire n'a rien vu de ces incidents.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort de C.B. n'a pas été jugée obligatoire vu qu'elle est survenue à l'hôpital, après une période de détention dans un poste de police. Cependant, un autre décès avait eu lieu dans le même bloc cellulaire en 2001 et une enquête avait été menée en 2003. Le Bureau du coroner en chef a donc décidé de tenir une enquête discrétionnaire afin de passer en revue les politiques et méthodes ainsi que les progrès réalisés depuis. Celle-ci a eu lieu à Pickering du 11 au 19 juin 2007. Les jurés ont entendu 18 témoins et 26 pièces ont été déposées en preuve. Au terme de l'enquête, le jury a conclu que C.B. était morte par pendaison, mais la cause de sa mort n'a pas été déterminée.

Le jury a également formulé 15 recommandations touchant les pratiques exemplaires relatives à la toxicomanie et aux troubles de santé mentale, à la formation offerte en matière de système informatisé de gestion d'un bloc cellulaire, à la surveillance des blocs cellulaires et à la dotation en personnel.

Des 15 recommandations visant les intervenants compétents :

- 6 étaient en voie d'être mises en œuvre telles quelles ou l'étaient sous une autre forme;
- 3 faisaient l'objet d'un examen plus approfondi;
- 6 ne pouvaient être mises en application par l'organisme à qui elles étaient adressées ou ne pouvaient être codifiées adéquatement.

Enquête n° 10

E.M., 29 ans, est morte le 19 juillet 2002 pendant qu'elle travaillait sur un chantier de construction. Le 17 juillet 2002, E.M., qui était apprentie briqueteuse, aidait d'autres briqueteurs à poser un parement de briques au mur extérieur d'un édifice à partir d'une plateforme d'échafaudage qui se trouvait entre les cinquième et sixième étages.

En début d'après-midi, l'équipe de maçons a décidé de prendre une pause-café. E.M. est descendue de la plateforme directement sur le balcon central du sixième étage et a emprunté l'escalier afin de se rendre en bas pour prendre sa pause. Durant la pause, la plateforme d'échafaudage a été soulevée mécaniquement à la demande du contremaître, créant un espace de quatre pieds entre la plateforme et le balcon. Le garde-corps en bois installé sur le balcon central du sixième étage avait été retiré plus tôt afin de faciliter le déplacement de matériaux. Il n'a pas été remis en place après le déplacement de l'échafaudage.

Peu de temps après, E.M. et un collègue sont revenus de leur pause au balcon central du sixième étage, désormais non protégé. Les deux ont décidé de ne pas se rendre sur la plateforme d'échafaudage par la rampe désignée qui se trouvait au coin de l'édifice. Le collègue d'E.M. a accédé à la plateforme en montant sur un contenant en plastique renversé et en se tirant vers le haut à l'aide de ses bras. E.M. a aussi monté sur le contenant de plastique, puis a placé ses mains sur la plateforme. À ce moment-là, le contenant a bougé, E.M. a perdu l'équilibre, puis est tombée entre le balcon et la plateforme. Elle a fait une chute d'environ 37 pieds sur un toit de béton.

On l'a immédiatement transportée à l'hôpital local, où elle est morte deux jours plus tard en raison des graves blessures à la tête qu'elle avait subies. Le coroner-enquêteur, le service de police local et le ministère du Travail ont mené une enquête.

Conformément à la *Loi sur les coroners*, l'enquête sur la mort d'E.M. a été jugée obligatoire vu qu'elle était survenue sur un chantier de construction. L'enquête a eu lieu à Hamilton le 2 novembre 2007. Les jurés ont entendu sept témoins et six pièces ont été déposées en preuve. Au terme de l'enquête, le jury a conclu qu'E.M. était morte de graves blessures à la tête résultant d'une chute de 37 pieds sur un toit de béton. Il a aussi conclu que sa mort était accidentelle.

Le jury a également formulé sept recommandations concernant l'utilisation appropriée des garde-corps et des échafaudages, les inspections du ministère et l'amélioration de la formation des employés. Des sept recommandations visant les intervenants compétents :

- 4 ont été mises en œuvre;
- 2 faisaient l'objet d'un examen;
- 1 demeurait sans réponse.

Aid to Inquests

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.

24

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 coronier 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 coronier expose les observations préliminaires. Le conseiller juridique du coronier 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 coronier peut statuer sur l'admissibilité ou la pertinence des éléments de preuve. Les règles concernant les éléments de preuve dans une enquête du coronier 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 coronier, 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 coronier 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 coronier 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 coronier 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 oeuvre 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 oeuvre 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 2007

- 59 enquêtes ont été menées en 2007
- 7 % des enquêtes réalisées étaient de nature discrétionnaire
- 93 % des enquêtes réalisées étaient obligatoires :
 - o 57 % – établissements de détention
 - o 29 % – chantiers de construction
 - o 7 % – mines
- 24 % des enquêtes n'ont donné lieu à aucune recommandation
- 361 recommandations ont été formulées au total
- 71 % des organismes à qui on a demandé une réponse en ont fourni une

- La durée moyenne des enquêtes a été de 9 jours

De l'ensemble des recommandations formulées :

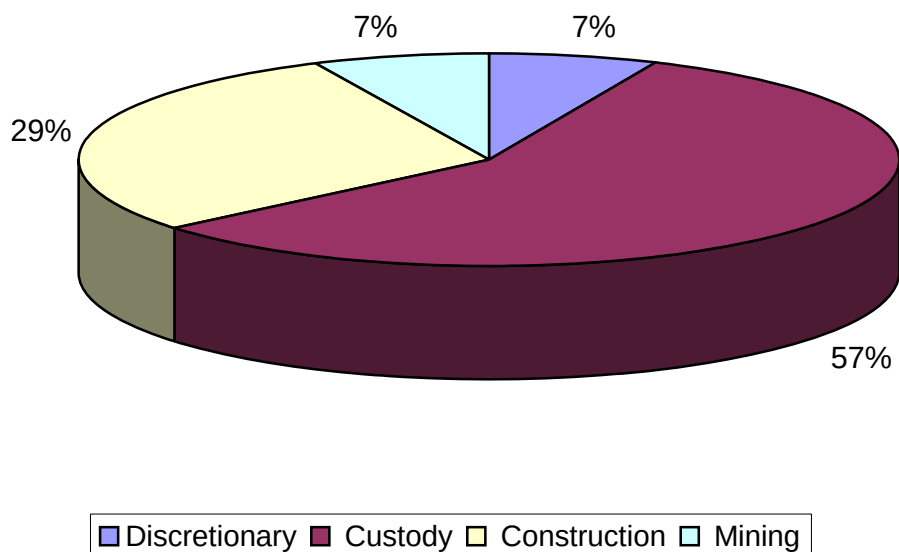
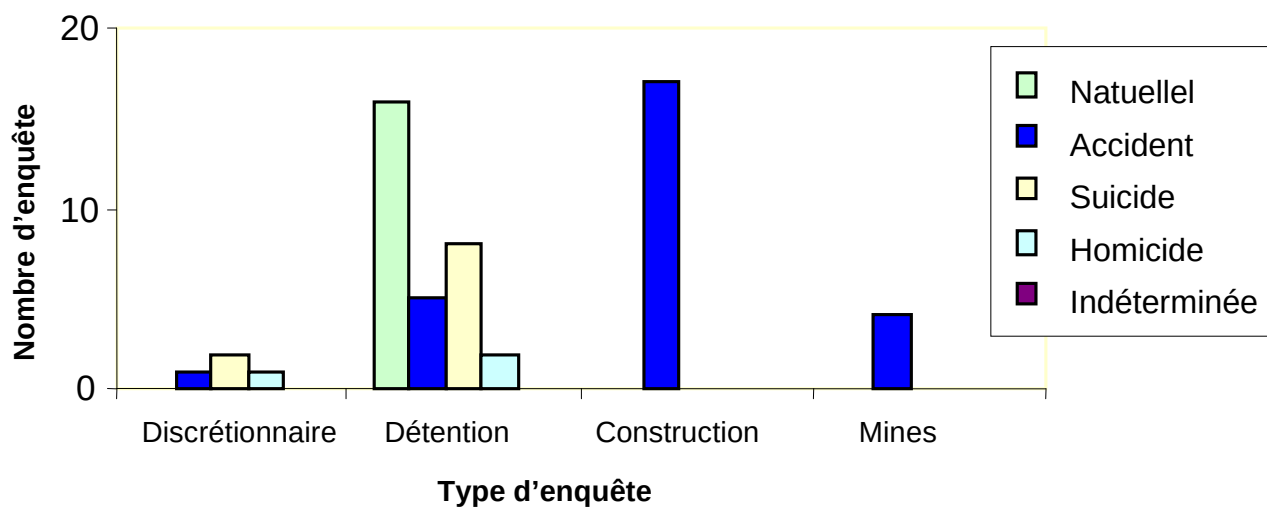
- 35 % ont été mises en œuvre
- 8 % allaient être mises en œuvre
- 9 % ont été mises en œuvre sous une autre forme
- 3 % allaient être mises en œuvre sous une autre forme
- 18 % étaient à l'étude
- 1 % ont soulevé des questions encore non résolues
- 5 % ont été rejetées sans qu'une raison précise soit donnée
- 4 % ont été rejetées en raison de lacunes
- aucune n'a été rejetée en raison d'un manque de ressources
- 9 % ne pouvaient être mises en application par l'agence à qui elles étaient adressées
- 7 % sont demeurées sans réponse
- 1 % des réponses reçues ne pouvaient être évaluées

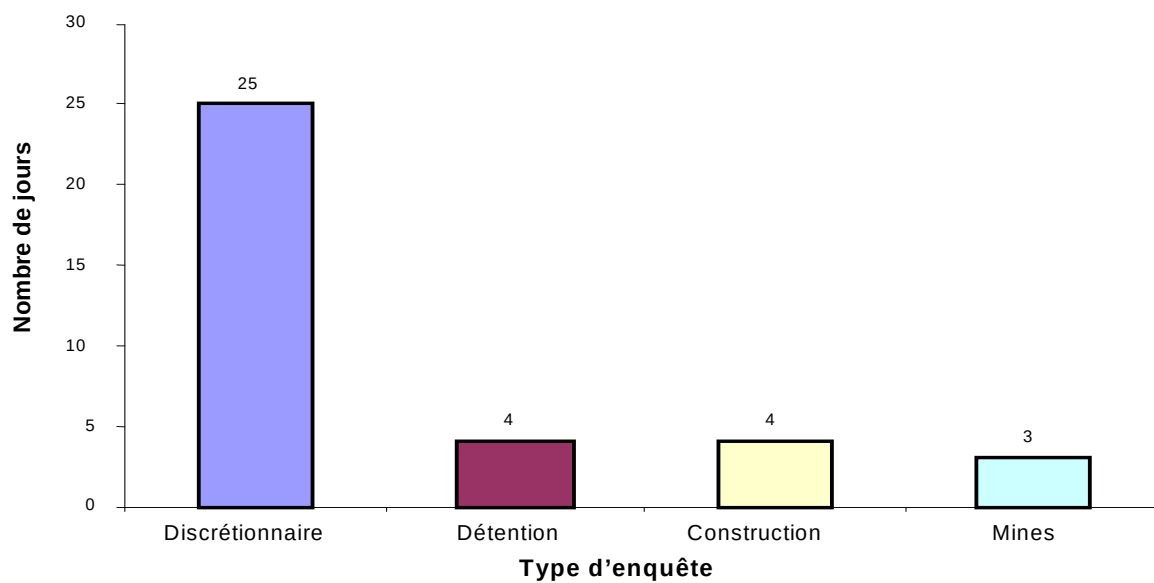
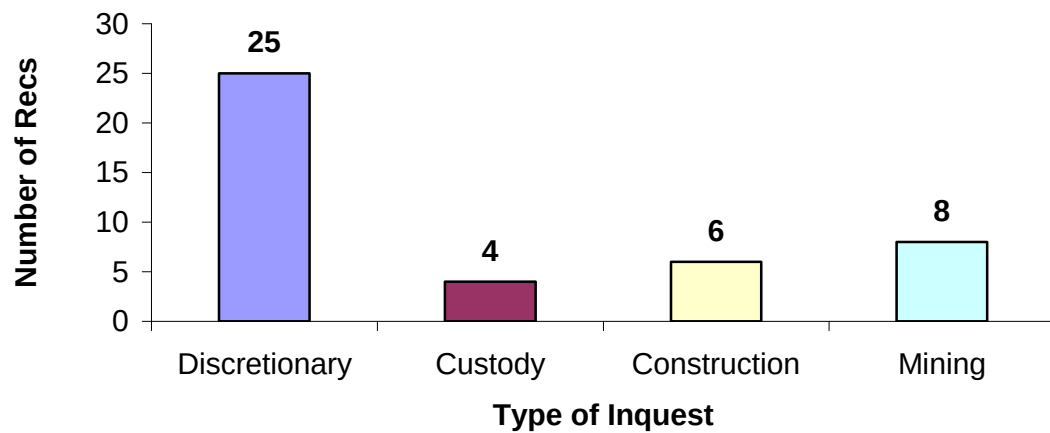
De l'ensemble des morts survenues en 2007 pour lesquelles une enquête a eu lieu :

- 26 % étaient d'origine naturelle
- 45 % étaient accidentelles
- 17 % étaient des suicides
- 7 % étaient des homicides
- 5 % étaient déterminées
- 100 % des morts survenues sur des chantiers de construction et dans des mines étaient accidentelles

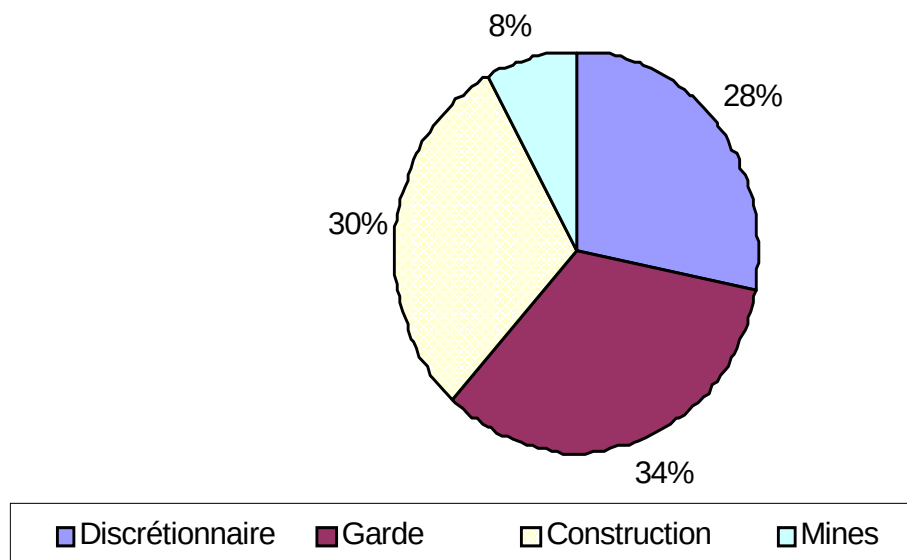
Sommaire des enquêtes du coroner selon le type d'enquête - 2007

Type	N ^{bre} de recommandations	% du total recommandations	Nombre Total d'enquêtes	% du total des enquêtes	N ^{bre} moyen de recommandations par enquêtes	% moyen de taux de réponse*	N ^{bre} total de jour d'enquêtes	Nombre moyen de jours d'enquêtes
Discrétionnaire	101	28	4	7	25	65	101	25
Détention	125	34	35	57	4	85	136	4
Construction	105	30	16	29	6	77	57	4
Secteur minier	30	8	4	7	8	56	11	3
Total	361	100	59	100	11	71	305	9

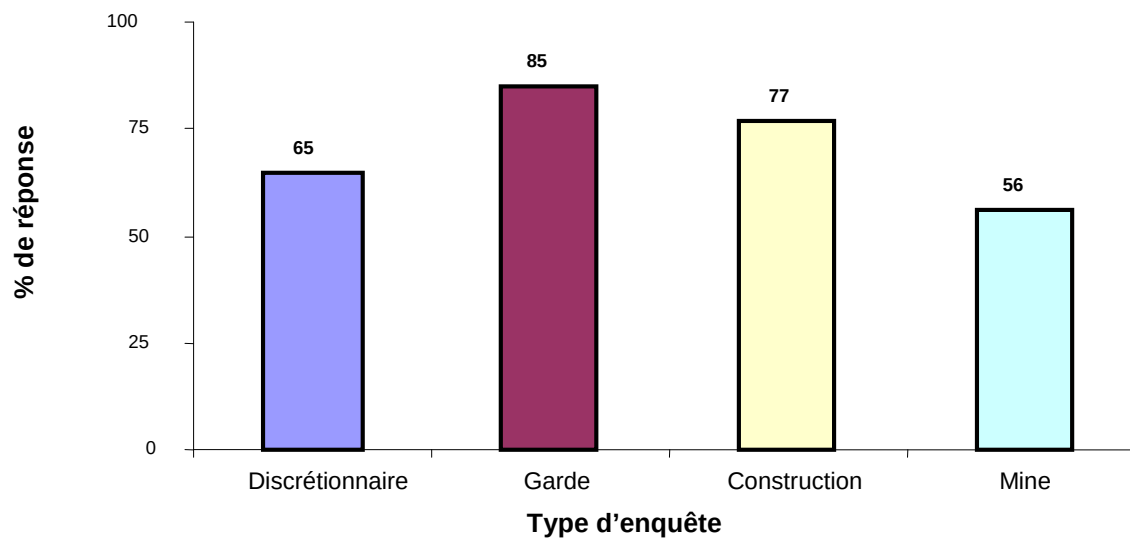
Pourcentage d'enquêtes selon le type - 2007**Comparaison entre le type d'enquête et l'origine du décès - 2007**

Durée moyenne des enquêtes - 2007**Nombre moyen de recommandations par enquêtes - 2007**

Pourcentage du nombre total de recommandations
Par type d'enquête - 2007



Pourcentage moyen du taux de réponse par type d'enquête - 2007



Comités experts d'examen des décès

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 périnatals;
- 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 périnatals 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.

Les comités rédigent eux aussi leurs propres rapports annuels. Il est possible d'en obtenir des exemplaires en communiquant avec le Bureau du coroner en chef.

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 2007.

	2007	2003 - 2007
Number of cases reviewed	15	62
Number of deaths reviewed	25	100
Risk Factors:		
Female victims	93%	94%
Couples pending or actual separation	73%	79%
History of domestic violence	73%	75%
Perpetrators - depression	47%	63%
Obsessive behaviour by perpetrator	73%	63%
Escalation of violence	53%	50%
Perpetrators – unemployed	47%	37%
Length of relationship 10 years or less	73%	61%
Legal or common-law relationship	73%	74%
7+ risk factors identified	67%	84%

Exemple de cas

Le présent cas porte sur l'homicide d'une femme ayant entretenu une relation relativement courte avec un homme. Ces deux personnes étaient instruites : la victime était médecin et l'agresseur, conseiller principal en politiques. Elles auraient apparemment fait connaissance sur Internet, par l'entremise d'un site de rencontre. La victime avait vécu par le passé une relation de violence dont elle avait réussi à se sortir. L'agresseur avait des antécédents de violence à l'endroit d'une ancienne copine et présentait un grave problème de toxicomanie; il consommait notamment de la cocaïne de façon excessive. On le décrivait comme un homme très jaloux et possessif qui avait tendance à recourir à la violence.

La victime a commencé à craindre pour sa sécurité au moment où l'agresseur est devenu plus possessif et contrôlant. Ce dernier se préoccupait de façon obsessionnelle des allées et venues de la victime et tentait de contrôler sa vie. La victime a demandé des conseils et de l'aide à des collègues de même qu'à un service confidentiel de soutien professionnel. En raison de son statut professionnel, elle hésitait à mettre en pratique certains des conseils qu'on lui avait donnés, craignant d'être reconnue et embarrassée.

Les confrontations violentes avec l'agresseur se sont empirées. La victime avait été étranglée par l'agresseur à plusieurs reprises au cours des mois et des semaines qui ont précédé sa mort. C'est de cette manière que l'agresseur a fini par la tuer. Deux mois après la mort de la victime, l'agresseur s'est pendu pendant qu'il se trouvait en détention pour une évaluation psychiatrique.

Recommandation : Les fournisseurs de soins de santé doivent garder à l'esprit la dynamique de la violence conjugale et les risques de mortalité qui y sont associés. Lorsque la sécurité du patient constitue une source de préoccupation, on doit envisager le recours à un outil de dépistage approprié, qui peut aider le fournisseur de soins et le patient à mieux comprendre les risques et à prendre des mesures proactives pour assurer sa sécurité (c.-à-d. appeler la police, se rendre dans un refuge ou un lieu sûr, rencontrer un spécialiste en matière de planification de la sécurité). Si la patiente hésite à entreprendre elle-même les démarches, il pourrait s'avérer nécessaire de l'accompagner.

Justification : Dans cette affaire, la victime était une professionnelle bien connue; elle se montrait réticente à l'idée de demander l'aide d'un service public et d'être éventuellement reconnue par ses collègues et ses patients. Le seul service avec lequel elle se sentait à l'aise de prendre contact était une ligne téléphonique d'écoute anonyme destinée aux membres de sa profession. Les intervenants ont fait un excellent travail en la dirigeant vers des ressources locales, mais vu le danger

immédiat auquel la victime était exposée, il lui aurait été bénéfique de faire l'objet d'une évaluation téléphonique approfondie des risques de mort et de recevoir des renseignements sur les signes précurseurs et les facteurs de risque aggravants auxquels elle faisait face. Une meilleure compréhension du danger qu'elle courait l'aurait peut-être disposée davantage à prendre des mesures plus proactives pour assurer sa sécurité immédiate. Elle a été tuée deux jours après avoir téléphoné au service destiné aux fournisseurs de soins de santé.

Recommandation : Il existe un besoin constant de mieux informer les membres de la famille, les amis et les collègues qui côtoient des victimes de violence conjugale et des agresseurs de la dynamique de ce genre de situation et de la nécessité de prendre des mesures appropriées à l'égard des personnes que l'on pense être des agresseurs ou des victimes et de leurs enfants. Cette information doit notamment comprendre une sensibilisation aux facteurs de risque de mort potentiel. Cela est particulièrement important en présence d'un couple en voie de se séparer ou d'une personne qui montre des signes de dépression ou qui a des idées suicidaires ou d'homicide. Le risque augmente encore plus si l'agresseur a un problème de toxicomanie.

Justification : Dans cette affaire, la victime a avisé ses amis et ses collègues que son ex-petit ami avait tenté à deux reprises de l'étrangler au point où elle s'était évanouie. Il est difficile de savoir si les personnes concernées ont pris pleinement conscience de l'importance de ces actes potentiellement mortels. D'après le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale, bien qu'il soit essentiel de sensibiliser le public aux signes avant-coureurs et aux indicateurs de risque qui révèlent un danger accru pour la victime (c.-à-d. les tentatives d'étranglement ou d'étouffement, les marques ou les ecchymoses au cou), cela n'est pas suffisant en soi. Quand une victime hésite à communiquer avec la police ou un groupe d'intervention contre la violence faite aux femmes, ou qu'elle ne semble pas vouloir ou pouvoir agir pour se protéger, les personnes qui l'entourent doivent alors envisager de le faire à sa place.

Recommandation : Étant donné la concomitance fréquente des problèmes de toxicomanie et de la violence conjugale, nous élargissons les recommandations précédentes afin d'y inclure une formation plus poussée des conseillers qui travaillent avec des clients présentant des problèmes de dépendance et susceptibles de commettre des actes de violence conjugale. Nous recommandons un dépistage de base dans tous les cas et, lorsque des indicateurs de violence conjugale sont constatés, une évaluation approfondie du risque et la gestion du dossier, en communiquant notamment avec la victime afin de planifier sa sécurité. Nous ne nous attendons pas à ce que les conseillers en toxicomanie deviennent des spécialistes de la violence conjugale, mais nous recommandons qu'ils collaborent étroitement avec les organismes de lutte contre la violence faite aux femmes de leur collectivité.

Justification : Dans cette affaire, tant la victime que l'agresseur estimaient que la toxicomanie constituait le principal problème. Tous deux croyaient que, si le problème de dépendance se réglait, l'agresseur ne serait plus contrôlant, jaloux et violent à

l'endroit de la victime. Les deux ont cherché de l'aide auprès d'un certain nombre de services de lutte contre la toxicomanie. Rien n'indique que l'un ou l'autre a fait l'objet d'un dépistage relatif à la violence conjugale.

Recommandation : Nous recommandons qu'une formation complémentaire axée sur le fait que la violence conjugale ne se présente pas toujours de façon évidente, comme dans le cas de voies de fait, mais qu'elle peut se trouver dans d'autres types d'actes criminels, soit offerte aux policiers. Quand la violence conjugale est à la source d'un acte criminel, quel qu'il soit, l'enquête doit être menée dans le cadre des politiques en matière de violence conjugale des services respectifs. Les victimes peuvent hésiter à dévoiler les actes de violence dont elles font l'objet dans leur relation et cette réalité nécessite une intervention sensible, mais complète. Les policiers doivent comprendre que les victimes réticentes sont exposées à un plus grand risque de violence perpétuelle et qu'elles ont donc davantage besoin d'une intervention policière proactive.

Justification : Dans cette affaire, la victime a téléphoné au service 911 pour signaler à la police une introduction par effraction à son domicile deux jours avant son meurtre. Elle a précisé qu'elle soupçonnait son ex-petit ami et que ce dernier était violent. Elle a également exprimé aux policiers sa crainte de subir des représailles pour avoir appelé la police. Les policiers qui sont intervenus n'ont pas traité l'incident comme un cas de violence conjugale; ils ont simplement soumis un rapport d'événement sans faire de suivi ni d'effort pour communiquer avec le suspect ou enquêter sur ce dernier.

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

Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals 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 foetale, 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.

Number of cases reviewed	29
Number of deaths reviewed	29
Number of recommendations generated	36
Number of maternal cases reviewed	15
Number of maternal cases reviewed for statistical purposes only	2
Number of perinatal deaths reviewed	12

Exemple de cas

Cause de la mort

Anoxie périnatale de cause inconnue

Antécédents

La mère de la défunte était une femme de 37 ans (G₂P₁) qui devait accoucher le 28 juillet 2006. La période prénatale s'est déroulée sans incident. Les résultats des analyses en laboratoire et des échographies se sont révélés normaux. Une

amniocentèse a été réalisée en raison de l'âge avancé de la mère. Elle présentait une hypothyroïdie, pour laquelle elle suivait un traitement de remplacement, et souffrait de la maladie cœliaque.

Elle est arrivée à l'hôpital en travail actif à 18 h, le 31 juillet 2006. On a noté que le col de l'utérus était dilaté de 6 à 7 cm. À 20 h 30, il était dilaté à 9,5 cm. On a procédé à une amniotomie, après laquelle un liquide clair s'est écoulé. À 21 h, le col était entièrement dilaté. La mère a poussé pendant 1 heure 23 minutes durant la deuxième phase de l'accouchement. Une auscultation intermittente a été effectuée pendant le travail. Aucune note n'a été prise relativement à la deuxième phase de l'accouchement; les détails du dossier proviennent uniquement des notes finales dictées par le médecin traitant, dans lesquelles il est indiqué qu'un bloc du nerf honteux interne s'est avéré nécessaire pour soulager la douleur. On y précise que la tête du bébé est demeurée au périnée pendant environ 10 minutes et qu'elle avançait lentement. Le médecin traitant a noté que le bébé se trouvait en position occipito-antérieure et que son nez et sa bouche ont été aspirés au niveau du périnée. Le bébé s'est tourné en position occipitale gauche. Le médecin a parlé d'une « légère dystocie des épaules », résolue grâce à la position de McRobert pendant cinq poussées. Le cordon ombilical, enroulé de façon relâchée autour du cou du bébé, a été passé par-dessus sa tête. L'obstétricien a indiqué que la sortie du corps, après celle de la tête, a pris environ 45 secondes.

Au moment de la naissance, le nourrisson de sexe féminin était apnéique, pâle et cyanotique. On a immédiatement clampé et sectionné le cordon, puis le bébé a été amené au poste des nourrissons. Sa fréquence cardiaque initiale était de 0 et il demeurait apnéique. On l'a ventilé au ballon avec de l'oxygène à 100 % et, après 30 secondes, aucune fréquence cardiaque n'a été détectée. Les compressions cardiaques ont été amorcées à 22 h 24.

Le nouveau-né a été intubé à 22 h 27 et de l'épinéphrine lui a été administrée par le tube endotrachéal à 22 h 30, soit à environ 7 minutes de vie. Trente secondes après l'intubation, la fréquence cardiaque était d'environ 160 battements à la minute. L'indice d'Apgar était de 0, 0 et 3 à 1, 5 et 10 minutes de vie, avec deux points pour la fréquence cardiaque et un point pour le teint rosé. Le nourrisson ne présentait aucune respiration ni aucun mouvement spontanés. Le premier souffle est survenu à environ 10 minutes de vie, après l'intubation.

À la suite des conseils obtenus auprès de l'unité néonatale de soins intensifs tertiaires de l'hôpital pour enfants, un cathéter ombilical a été mis en place et un bolus de 30 cc de dextrose à 5 % (D5W) a été administré. On a ensuite amorcé une perfusion de dextrose à 10 % à raison de 9 cc à l'heure, puis administré 175 mg d'ampicilline et 8,75 mg de gentamicine.

La radiographie initiale du thorax a permis de voir que le tube endotrachéal se trouvait dans la bronche souche de droite. On l'a reculé de 0,5 cm, puis une radiographie de suivi a montré qu'il se situait au-dessus de la carène. La saturation en oxygène était

de 100 %. Le nourrisson a dû être intubé de nouveau en raison d'une extubation accidentelle durant la radiographie.

Le nourrisson a été ventilé par ballon avec de l'oxygène à 100 %. L'équipe de soins tertiaires de l'hôpital pour enfants est arrivée le 1^{er} août, à 1 h 20. Le bébé a poussé un grand cri, puis deux membres du personnel médical ont constaté à l'aide d'un laryngoscope que le tube endotrachéal avait bougé. Ce dernier a été retiré et le nourrisson a été ventilé au ballon et au masque.

À 1 h 45, le nourrisson a été intubé par voie nasale avec un tube endotrachéal de 4 mm. À l'auscultation, l'entrée d'air était la même des deux côtés et la saturation en oxygène se situait entre 96 et 100 %. On a demandé une radiographie.

À 1 h 15 et à 2 h 25, les tentatives de prélèvement en vue d'une gazométrie du sang artériel ont échoué. Une radiographie a été réalisée à 2 h 15 et examinée à 2 h 40. Sur celle-ci, on pouvait voir que le tube endotrachéal se trouvait au niveau des clavicules; on l'a donc avancé de 2 cm en surveillant la manœuvre à l'aide d'un laryngoscope.

À 2 h 50, un prélèvement de sang capillaire a été effectué en vue d'une gazométrie. Les parents, restés au chevet du nouveau-né, ont été informés de la gravité de son état. On a parlé d'un manque d'oxygène et de mouvements anormaux. À 3 h 30, le nourrisson a été placé dans un incubateur et branché à un ventilateur.

À 3 h 45, il a été transporté en ambulance à l'hôpital tertiaire; il y est arrivé à 4 h 50.

La gazométrie sanguine effectuée à 4 heures de vie indiquait un pH de 7,27, une pression de CO₂ de 45, une concentration de bicarbonate de 20 et un déficit de base de -6,5.

L'examen réalisé à l'hôpital pour enfants a indiqué une température axillaire de 36,3. Le bébé était pâle et ne réagissait pas aux stimulus. Les sutures se chevauchaient et les yeux s'ouvraient, mais ne clignaient pas. Les pupilles ne réagissaient pas à la lumière.

La respiration était ponctuée de souffles occasionnels; le bébé se trouvait sous ventilation et l'entrée d'air bilatérale était bonne. La saturation en oxygène était de 99 %. Le bébé présentait un pouls de 137 et une tension artérielle de 70/52, avec une moyenne de 58. Le pouls était palpable, mais faible. La peau, l'abdomen et les organes génitaux étaient normaux.

Sur le plan neurologique, le nourrisson était hypotonique; on observait une contraction des lèvres accompagnée de certains mouvements de la bouche. Les réflexes primaires, dont les réflexes de Moro, d'agrippement et de succion, étaient absents et la petite ne réagissait toujours pas aux stimulus.

Elle a été maintenue sous ventilation, on lui a administré du dextrose à 10 % par perfusion et on a prévu des analyses sanguines de même qu'une évaluation neurologique comprenant une consultation et un électroencéphalogramme (EEG).

Les résultats de l'évaluation néonatale ont démontré que le nourrisson était profondément hypotonique, qu'il ne répondait pas aux stimulus, que sa lèvre inférieure se contractait et qu'il n'y avait aucune réaction pupillaire observable. Le réflexe plantaire était faible, les orteils pointant vers le haut, et aucun mouvement pupillaire n'était constaté. On observait une respiration haletante et occasionnelle. Aucune diurèse n'a été constatée.

Le néonatalogiste a parlé de pronostic grave, notamment de paralysie cérébrale et de faibles capacités cognitives.

À 15 h, le nourrisson était ventilé à un taux de 40, pression de 20/5, avec de l'air ambiant et présentait une saturation en oxygène de 100 %. Certains mouvements spontanés ont été observés et le nourrisson fixait du regard, mais ses yeux ne clignaient pas. Sa tension artérielle moyenne se situait toujours à 38.

À 5 h, le nourrisson était toujours profondément hypotonique et léthargique; il n'effectuait aucun mouvement spontané. Sa respiration était irrégulière. Ses pupilles ne réagissaient pas.

À 6 h, l'aspiration des voies respiratoires n'a déclenché ni le réflexe pharyngé ni celui de la déglutition. Aucune diurèse n'était encore survenue. À 7 h 30, l'état du nourrisson était stable sous ventilation. Une aspiration gastrique par voie nasale a révélé des sécrétions ayant l'aspect du marc de café. On a alors tenté d'introduire un cathéter artériel ombilical.

À 8 h, on n'avait pas réussi à insérer le cathéter, mais des prélèvements sanguins ont été effectués en vue d'une gazométrie, de la mesure des taux d'électrolytes, de lactate sanguin, d'ammoniac et de glucose, d'un test de coagulation et d'une hémoculture. Le lecteur de glycémie OneTouch indiquait 4,9. Les résultats des autres analyses sanguines n'étaient pas disponibles.

À 9 h 10, le néonatalogiste a examiné de nouveau le nourrisson et un électroencéphalogramme a été effectué.

Une augmentation de la pression systolique de même que des convulsions ont été constatées à 10 h 15. À 11 h 30, un cathéter urinaire a été inséré puisqu'il n'y avait toujours pas eu de diurèse.

À 11 h 40, une dose de 4 mg de Lasix a été administrée. À 12 h 10, le nourrisson a été examiné par un neurologue, puis une dose de 40 mg de phénobarbitone lui a été administrée.

À 13 h 06, le néonatalogiste, le neurologue et un travailleur social ont rencontré la famille. Celle-ci a été avisée que la suppression du tracé de l'électroencéphalogramme était marquée, avec de rares bouffées d'activité de 6 ou 7 cycles par seconde dans la région occipitale.

Une IRM a été réalisée à 14 h et une échographie, à 14 h 30. À 19 h, la saturation en oxygène du bébé n'a pas été consignée et son teint avait une apparence cyanotique et tachetée. Il a été ventilé manuellement à l'aide d'un ballon et d'un masque et d'autres convulsions ont été observées. Une deuxième dose de phénobarbitone a été administrée. On a discuté des résultats de l'EEG et de l'IRM, qui montraient une faible différenciation entre la matière grise et la matière blanche, avec les parents et proposé des soins palliatifs.

À 1 h 30, le nourrisson a été extubé et un masque d'oxygène lui a été installé. À 2 h 45, on lui a administré de la morphine par voie intraveineuse afin d'assurer son confort, étant donné que la médication orale n'était pas jugée appropriée. Quant à son état neurologique, aucun changement n'a été constaté à part l'évidence d'hypertonie.

À 7 h, une autre dose de morphine a été administrée. La respiration demeurait haletante et la saturation en oxygène se situait entre 92 et 95 %. La fréquence cardiaque se maintenait à 160.

À 13 h 05, le cathéter urinaire a été retiré et les parents ont accepté que l'oxygénation soit interrompue. Le décès du nourrisson a été prononcé à 13 h 07.

Bilan

Le nourrisson, né à terme, pesait 4 420 g et mesurait 54 cm. Sa tête avait une circonférence de 35 cm. Il ne présentait aucune anomalie congénitale.

Exposé

La mère a vécu une grossesse sans incident. Elle a été admise alors qu'elle était en travail actif et la dilatation complète est survenue en temps opportun. La deuxième phase du travail s'est prolongée; la mère a dû pousser pendant 1 heure 23 minutes et le bloc du nerf honteux interne s'est avéré nécessaire pour soulager la douleur. L'obstétricien a indiqué dans ses notes que le bébé est resté un certain temps au niveau du périnée et qu'une légère dystocie des épaules s'est résolue après cinq poussées. Les infirmières n'ont rien noté qui puisse corroborer les événements de la deuxième phase du travail. Les notes prises par les infirmières ne comprennent qu'une liste du rythme cardiaque fœtal, sans commentaires. Aucun gaz sanguin n'a été prélevé, ce qui aurait contribué à comprendre ce qui s'est produit. Le poids du nourrisson à la naissance était de 3 800 g. Après un examen du dossier, on a entrepris une auscultation intermittente qui, apparemment, s'est révélée rassurante. Les observations auraient toutefois pu être documentées de façon plus complète. La deuxième phase du travail semble avoir été plutôt longue et difficile, se terminant par

une dystocie des épaules, qui peut certainement avoir contribué à la dépression neurologique du nourrisson à la naissance. Ce cas ne présentait aucun facteur de risque pouvant présager une telle possibilité, à part le fait que le bébé est resté un certain temps au niveau du périnée. Selon les notes du médecin traitant, la situation semble avoir été gérée adéquatement au moyen de la position McRobert. Il est fort regrettable qu'aucun prélèvement de gaz sanguins du cordon n'ait été effectué, car cela aurait aidé à comprendre ce qui est arrivé.

Le tracé du rythme cardiaque fœtal semble satisfaisant jusqu'à l'accouchement. Le fait que la tête du nourrisson est demeurée au niveau du périnée pendant 10 minutes a soulevé certaines inquiétudes et la surveillance fœtale n'a pas été effectuée pendant les 3 minutes qui ont précédé l'accouchement. Il est difficile d'évaluer le risque d'accident asphyxique durant cette période. Toutefois, l'indice d'Apgar, qui était de 0 et 0 à 1 et 5 minutes et de seulement 3 à 10 minutes, laissait fortement présager une lésion anoxique.

On ne dispose d'aucune gazométrie du sang de cordon ni d'analyse sanguine qui pourraient confirmer un diagnostic. Le premier prélèvement de gaz sanguins capillaires n'a été effectué que lorsque le nourrisson avait environ 4 heures de vie. Toutefois, dès le début, son état neurologique était sérieusement compromis, ce qui indiquait certainement la probabilité d'une anoxie périnatale.

Le nourrisson a été intubé assez facilement et, sur le plan cardiovasculaire, a bien réagi à l'épinéphrine. On ne croit pas que le positionnement en quelque sorte sous-optimal du tube endotrachéal, qui en a nécessité le retrait et la réinsertion, ait eu une incidence considérable sur l'issue.

La question du tube endotrachéal inséré dans l'œsophage est quelque peu énigmatique. Comme on a entendu le nourrisson émettre des sons et que le bout du tube ne se trouvait pas dans la trachée, on aurait pu s'attendre à une désaturation et possiblement à une bradycardie. Selon le dossier, il semble que le nourrisson soit demeuré stable sur le plan cardiovasculaire et respiratoire durant la période qui a précédé l'arrivée de l'équipe de transport. Il est fort probable que l'extubation se soit produite plus tard.

Recommandation : Rappeler aux fournisseurs de soins obstétriques l'importance de documenter les faits de façon claire et exhaustive.

Recommandation : Rappeler aux fournisseurs de soins obstétriques l'importance de prélever des gaz sanguins du cordon après chaque accouchement.

En ce qui concerne la prise en charge néonatale :

Recommandation : Il est crucial de bien fixer les dispositifs de soutien respiratoire; le tube endotrachéal doit donc être inséré par voie nasale et maintenu en place de manière appropriée.

Recommandation : Les radiographies du thorax doivent être prises dans deux positions pour voir si le tube endotrachéal est bien placé.

Recommandation : Un capnomètre constituerait un outil supplémentaire utile.

Recommandation : Une gazométrie du sang du cordon et du sang capillaire doit être effectuée le plus tôt possible afin de procéder à une évaluation plus complète.

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 2007 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.

Number of cases/deaths reviewed	28	27	17
Total Number of Recommendations	59	71	35

Exemple de cas

Problème

Prise en charge des personnes âgées dans les établissements de soins actifs

Historique

Le défunt était un homme de 77 ans qui menait une vie indépendante chez lui et qui était pleinement fonctionnel. Ses antécédents médicaux comprenaient les éléments suivants :

1. hypertension contrôlée à l'aide de tartrate de métoprolol et de valsartan;

2. coronaropathie avec infarctus du myocarde (1995);
3. antécédents de tabagisme;
4. psoriasis traité avec de la crème Diprolex;
5. arthroplastie complète de la hanche droite (1999);
6. arthroplastie complète de la hanche gauche (2004).

Le 12 juillet 2007, il s'est présenté à la salle des urgences de l'hôpital général en se plaignant d'une douleur à la hanche. Les radiographies de sa hanche ont été déclarées « normales » et il a été renvoyé chez lui.

Le 16 juillet 2007, il est retourné à la salle des urgences en se plaignant d'une douleur croissante à la hanche depuis dix jours, de difficultés à se déplacer et à avaler. Sa température a été enregistrée à 37 °C. Les résultats des analyses de laboratoire et des tests d'imagerie ont indiqué ce qui suit :

1. leucocytémie – élevée, à 20,5, avec neutrophilie et bandes;
2. urée – élevée, à 26,5;
3. créatinine – élevée, à 149;
4. radiographie de la hanche gauche – aucun changement par rapport aux radios post-arthroplastie;
5. radiographie de la hanche droite – « signe d'usure importante du polyéthylène avec légère résorption de l'os autour du manchon de ciment et possibilité d'un certain affaissement, indiquant un desserrement prématuré ».

La note du chirurgien orthopédiste consulté signalait la présence de douleur, plus à gauche qu'à droite, en bougeant les deux hanches, la douleur étant plus marquée en flexion. L'homme a été admis à hôpital général à la suite d'un diagnostic présomptif d'arthroplasties bilatérales septiques de la hanche. Une scintigraphie osseuse et une scintigraphie au moyen de globules blancs marqués ont été prescrites. Du chlorhydrate d'hydromorphone sous-cutané a été prescrit pour la douleur. Ses médicaments réguliers contre l'hypertension ont continué à lui être administrés.

Du céfazoline sodique 1 g iv q8h a été prescrit, la première dose devant être administrée après les hémocultures et l'aspiration du liquide entourant l'articulation de la hanche aux fins de culture.

On a noté qu'au cours de ses deux premiers jours à l'hôpital, l'homme était agité, ne mangeait pas et demandait à rentrer chez lui. Il était incapable de se déplacer. On a dû utiliser des couches en raison d'une incontinence. Cliniquement, il souffrait de délire. Les résultats de l'évaluation du risque pour la peau au moyen de l'échelle de Braden effectuée par le personnel infirmier au moment de l'admission indiquaient qu'il y avait un « faible risque » de lésions cutanées. Le contrôle quotidien de la douleur exigeait 6 comprimés d'acétaminophène de 325 mg avec 30 mg de codéine et de 8 à 12 mg de chlorhydrate d'hydromorphone sous-cutané.

Le 18 juillet 2007, le spécialiste des maladies infectieuses a indiqué que le chirurgien orthopédiste « prévoyait faire une aspiration sans délai ». Il semblerait que le patient ait subi une tentative d'aspiration de l'articulation de la hanche, mais l'intervention n'a pas réussi en raison de la douleur et de l'agitation du patient. Le spécialiste des maladies infectieuses a énuméré les organismes qui pouvaient causer une arthroplastie septique de la hanche, notamment le *Staphylococcus aureus*. On a recommandé de réaliser la scintigraphie osseuse et la scintigraphie au moyen de globules blancs marqués.

L'antibiothérapie a commencé à 6 h le 19 juillet 2007. Aucun document dans le dossier médical n'indique que l'aspiration du liquide entourant l'articulation a été effectuée. L'homme s'est plaint d'essoufflement. Après une radiographie de la poitrine, un diagnostic de pneumonie au lobe inférieur du poumon gauche a été établi. Des analyses de laboratoire ont été effectuées, indiquant ce qui suit :

1. leucocytémie – élevée, à 21,7;
2. électrolytes – normaux;
3. créatinine – normale.

L'administration par voie orale d'un comprimé de 500 mg par jour de lévofloxacine a commencé. Ce soir-là, le personnel infirmier a remarqué que le patient présentait des signes de confusion et de tachypnée. Il a été examiné par l'interniste de garde, qui a cessé l'administration de lévofloxacine et qui a prescrit un comprimé de 400 mg par jour de chlorhydrate de moxifloxacine. L'administration de chlorhydrate d'hydromorphone a également été arrêtée, sans doute en raison de l'agitation et de la confusion continues. Le dossier médical indiquait qu'au cours de ses premiers jours à l'hôpital, l'état de conscience, l'état cognitif et le comportement du patient ont varié. Ces symptômes correspondent à ceux du délire.

Le 20 juillet 2007, on a effectué une scintigraphie osseuse qui a révélé une hyperémie des tissus mous de la cuisse droite, mais aucune augmentation de la vascularité dans la région des hanches. Un deuxième test d'imagerie a révélé une légère augmentation de l'absorption dans la région du fémur proximal droit et de la tige prothétique proximale gauche. Aucun de ces résultats n'a été jugé suffisant pour évoquer la présence d'une infection. À la suite d'un autre examen effectué par le spécialiste des maladies infectieuses, l'administration de céfazoline sodique a été arrêtée. En se fondant sur les documents qu'il a examinés, le Comité n'a pas pu déterminer si le spécialiste des maladies infectieuses jugeait que les hanches n'étaient pas infectées ou s'il pensait que le chlorhydrate de moxifloxacine assurait une protection adéquate contre les organismes potentiels en cas de début tardif d'infection de l'articulation prothésée. Un tomodensitogramme de l'abdomen, du bassin et des hanches a été prescrit, le spécialiste des maladies infectieuses craignant l'éventualité d'un abcès du psoas. L'homme est demeuré afebrile, mais a continué de sentir une douleur aiguë; il était immobile et incontinent et une rougeur cutanée est apparue dans la région du coccyx. Le délire a persisté.

Le 21 juillet 2007, le médecin traitant a rencontré la famille du patient afin de discuter des diagnostics possibles et du plan visant à effectuer d'autres examens. On a inscrit au dossier que la famille voulait que le patient soit hospitalisé aussi longtemps que cela s'avérerait nécessaire. Cela faisait probablement référence aux demandes répétées du patient de rentrer chez lui. Le tomodensitogramme a été réalisé ce jour-là et n'a révélé aucun abcès du psoas ni aucune inflammation intrapéritonéale. On a signalé que les deux régions des hanches étaient anormales. Autour de la hanche gauche, il y avait deux accumulations de liquide : la première supéro-latérale à l'acétabulum gauche et la seconde antéro-latérale au fémur proximal. En raison d'un artéfact de mouvement, le radiologiste ne pouvait pas déterminer la densité du liquide, mais a indiqué qu'on ne pouvait pas écarter la possibilité d'une infection. Sur le côté droit, il y avait une accumulation complexe de 5,3 cm sur 3,7 cm antéro-latérale au fémur proximal, entourée d'une couche épaisse de tissu et laissant apparaître des organes internes complexes. Le radiologiste a indiqué dans son rapport que « l'accumulation préfémorale complexe du côté droit permet de soupçonner la présence d'un abcès, compte tenu des préoccupations d'ordre clinique ».

Le 22 juillet 2007, le médecin traitant a pris note des résultats du tomodensitogramme et l'abcès a dû être drainé. Le patient devait être examiné par le chirurgien orthopédiste. Les résultats et les mesures proposées ont fait l'objet d'une discussion avec le patient et sa famille. Une nouvelle leucocytémie a donné un résultat de 21,9 et révélé des changements aux frottis compatibles avec l'infection. Le lendemain, une consultation avec le chirurgien orthopédiste a été officiellement inscrite au dossier médical.

Le 23 juillet 2007, la scintigraphie au moyen de globules blancs marqués a été effectuée et n'a révélé « aucun signe d'infection périprothétique ». Le médecin traitant a indiqué que le patient avait été vu par le chirurgien orthopédiste qui l'avait examiné dans la salle des urgences. Le médecin traitant a inscrit « ? Aspiration ? Reconstruction ». Le chirurgien orthopédiste n'a inscrit aucune note au dossier médical du patient après l'admission de ce dernier à l'hôpital. Après avoir examiné les dossiers médicaux, le Comité n'a pas pu déterminer quels renseignements, le cas échéant, avaient été transmis au chirurgien orthopédiste. Plus tard ce jour-là, le spécialiste des maladies infectieuses a examiné à nouveau le patient et indiqué que sa douleur aux hanches ne mettait pas sa vie en danger. À la suite d'une discussion avec le chirurgien orthopédiste, on a convenu que le résultat microbiologique d'une aspiration du liquide entourant l'articulation de la hanche droite pourrait être compromis en raison de l'antibiothérapie en cours visant à traiter la pneumonie.

Le spécialiste des maladies infectieuses a indiqué que le plan de traitement était de terminer l'administration de chlorhydrate de moxifloxacine le 29 juillet 2007, d'attendre de 48 à 72 heures, puis d'aspirer l'abcès dans la région de la hanche. Le spécialiste des maladies infectieuses a ajouté des notes au dossier médical indiquant que, s'il était démontré que la hanche était infectée, il faudrait retirer la prothèse du patient ou insérer un espaceur.

Le 23 juillet 2007, le médecin traitant a consigné une discussion avec le patient et sa famille concernant le besoin éventuel de retirer les prothèses ainsi que le suivi du traitement par antibiotiques et la reconstruction.

Le 26 juillet 2007, le médecin traitant a observé que le patient « tremblait ++ » pendant la consultation. Le Comité a remarqué que les dossiers indiquent que le patient était demeuré afébrile tout au long de son hospitalisation, la température enregistrée la plus élevée étant de 37,4 °C. Les analyses de laboratoire ont révélé une légère hyponatrémie de 134 ainsi qu'une leucocytémie de 12,3 avec neutrophilie.

Le 27 juillet 2007, une libération soutenue de 15 mg de sulfate de morphine deux fois par jour a été prescrite pour la douleur aux hanches.

Le 29 juillet 2007, le traitement de 10 jours au chlorhydrate de moxifloxacine a pris fin.

Le 30 juillet 2007, le médecin traitant a observé que le patient avait un profond ulcère de décubitus coccygien, pour lequel il a dû être examiné par une infirmière spécialiste en soins des plaies. Un nouveau régime de pansements a été mis en place et des mesures visant à prévenir d'autres lésions cutanées ont été adoptées. La dose de libération soutenue de sulfate de morphine a été portée à 30 mg deux fois par jour.

À 5 h 05 le 31 juillet 2007, le personnel infirmier a trouvé le patient sans signes vitaux. Les tentatives de réanimation ont échoué et le décès a été constaté.

Résultats de l'autopsie

L'autopsie a révélé ce qui suit :

1. grand ulcère de 12 cm sur 9,5 cm dans la région du sacrum;
2. congestion pulmonaire bilatérale et œdème sans trace de pneumonie;
3. triple coronaropathie grave avec hypertrophie du ventricule gauche et antécédent d'infarctus myocardique transmural inférieur;
4. important abcès à l'endroit de l'arthroplastie de la hanche gauche présentant une accumulation d'environ 100 ml de liquide rosâtre et une nécrose étendue du muscle et du tissu conjonctif;
5. formation d'un abcès à l'endroit de l'arthroplastie de la hanche droite présentant une nécrose étendue du muscle et du tissu conjonctif;
6. infiltrat microscopique avec paroi d'abcès partielle et prolifération fibrovasculaire réactionnelle;
7. infiltrats neutrophiles dans le foie et la rate compatibles avec une sepsie.

Les cultures prélevées dans la région des deux hanches ont révélé une légère croissance de *Staphylococcus aureus* réagissant à la céfazoline sodique, à la clindamycine, à la cloxacilline, à la tétracycline et au triméthoprim-sulfaméthoxazole.

La cause du décès qui a été inscrite est une sepsie découlant d'une infection bilatérale des articulations de remplacement de la hanche chez un homme souffrant d'une coronaropathie athéroscléreuse grave.

Exposé

Cet homme de 77 ans est mort d'une sepsie liée à une infection bilatérale des articulations prothésées des hanches. Après un examen approfondi des circonstances entourant le décès, le Comité a formulé les préoccupations et les commentaires suivants :

Diagnostic et traitement des articulations prothésées infectées

Au départ, les médecins ont soupçonné avec raison que le patient souffrait d'une infection aux articulations prothésées des hanches et ont mis en place un plan de tests diagnostiques visant à obtenir la confirmation par radiologie et (ou) microbiologie de leurs graves soupçons cliniques. Les résultats des premiers tests radiologiques, y compris les radiographies, la scintigraphie osseuse et les tests microbiologiques, n'étaient pas de nature diagnostique ou n'ont pu être obtenus. Parallèlement, l'homme a eu une pneumonie pour laquelle on lui a prescrit du chlorhydrate de moxifloxacine, qui a assuré une bonne protection contre le *Staphylococcus aureus* et autres organismes éventuellement présents dans un cas d'infection tardive des articulations prothésées (plus de 24 mois après le remplacement).

Le 21 juillet 2007, au sixième jour d'hospitalisation, le tomодensitogramme qui a été réalisé a révélé la présence probable d'abcès bilatéraux périarticulaires aux hanches. À partir de ce moment-là, le Comité n'arrive pas à comprendre le diagnostic posé par les professionnels de la santé ni la démarche adoptée en matière de prise en charge de ce cas. Le Comité éprouve particulièrement des doutes à l'égard des points suivants :

À quoi le spécialiste des maladies infectieuses et le chirurgien orthopédiste attribuaient-ils la cause de ces accumulations de liquide, si ce n'était pas à une infection?

Avaient-ils posé un diagnostic différentiel autre qu'une grave infection importante aux articulations prothésées?

Selon le Comité, l'infection aurait été le diagnostic le plus probable compte tenu de l'acuité des symptômes et des résultats du tomодensitogramme. Un examen de la documentation^{1,2} indique que le traitement des infections des articulations prothésées en cas de formation d'abcès et de tissu mou moyennement ou gravement endommagé doit comprendre l'administration d'antibiotiques et le retrait de la ou des prothèses infectées.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que le tableau clinique d'une maladie chez les personnes âgées est souvent atypique et qu'il peut varier considérablement d'un patient à l'autre. Tout changement subtil de l'état clinique d'un patient peut très bien indiquer qu'une situation grave se présente sans qu'elle ne soit facilement observable. La ou les causes sous-jacentes de ces cas atypiques peuvent ne pas être établies si le médecin n'obtient pas le dossier approprié des antécédents, ne mène pas d'examen approfondi et n'utilise pas judicieusement les ressources de laboratoire et d'imagerie disponibles.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que les changements de l'état clinique d'un patient âgé, y compris les changements de comportement, peuvent indiquer la présence d'un trouble médical potentiellement grave, tel que le délire. L'évaluation de ces patients devrait, à tout le moins, entraîner un examen médical complet comprenant une étude des antécédents médicaux du patient et un examen critique de son profil pharmaceutique dans le but de déceler les causes potentiellement traitables de la détérioration de son état clinique.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé, et particulièrement aux chirurgiens orthopédistes et aux spécialistes des maladies infectieuses, que le traitement des infections aux articulations prothésées en cas de formation d'abcès et de tissu mou moyennement ou gravement endommagé doit comprendre une antibiothérapie et le retrait de la prothèse infectée. Le fait de ne pas intervenir énergiquement en temps opportun peut entraîner des complications à long terme, y compris la mort.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance de consigner des notes d'évolution complètes et précises concernant les décisions relatives au traitement et les évaluations. Le Comité constate souvent que ces notes sont absentes, sommaires, incomplètes, hors de propos, inexactes et (ou) illisibles. Ces notes devraient rendre compte de façon significative des problèmes relevés par tous les membres de l'équipe de soins de santé (y compris la famille) et indiquer les raisons pour lesquelles certains traitements sont appliqués ou non en ce qui a trait à ces problèmes.

Les institutions doivent élaborer des programmes d'assurance-qualité afin de déterminer leur degré de conformité à ces programmes et de combler les lacunes le cas échéant.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'évaluer correctement l'intégrité de la peau des personnes âgées, des patients immobilisés et des pensionnaires malades dans les établissements de soins de longue durée. Une fois l'intégrité de la peau compromise, on ne soulignera jamais assez l'importance d'élaborer un plan de traitement complet établissant les facteurs de risque et les interventions thérapeutiques.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé que, même si l'on observe régulièrement la présence d'ulcères de décubitus chez les personnes âgées malades et immobilisées, il ne s'agit **jamais** d'une conséquence normale d'une invalidité ou d'une immobilisation. Il ne faut jamais oublier la possibilité d'une infection grave, d'une septicémie et de la mort.

Recommandation : Les professionnels de la santé qui soignent les personnes âgées malades devraient envisager la possibilité de prescrire des matelas réducteurs de pression aux patients qui nécessitent une immobilisation prolongée.

Recommandation : Il faudrait rappeler aux professionnels de la santé l'importance de communiquer aux patients, s'ils sont lucides, aux membres de la famille et (ou) aux mandataires spéciaux les divers traitements nécessaires et les solutions de rechange. La consignation de l'échange de renseignements dans le dossier médical devrait être obligatoire.

Bibliographie

1. *N. Engl J. Med*, vol. 204, n° 351, pp. 1645-1654.
2. Toms, A.D., Davidson, D., Masri, B.A. et Duncan, C.P., The Management of Peri-Prosthetic Infection in Total Joint Arthroplasty, *J Bone Joint Surg (Br)*, vol. 88-B, n° 2, février 2006, pp. 149-155.

Comité d'examen de la sécurité des patients

Le Comité d'examen de la sécurité des patients se compose de représentants de diverses spécialités médicales, notamment les suivantes : enquêtes sur la mort, soins infirmiers, soins primaires, sécurité en matière de médicaments, gestion de la qualité/du risque, sécurité des médecins/des patients et systèmes de sécurité.

Le Comité conseille le coroner en chef et peut lui formuler des recommandations par son président. Dans tous les cas, toute mesure ou recommandation proposée par le Comité fera l'objet d'une discussion avec le coroner régional principal pertinent. Ce dernier transmettra ensuite les résultats et les recommandations subséquentes aux agences et aux organismes concernés.

Il est possible de soumettre des cas au Comité par le coroner régional principal :

- lorsque l'on observe une tendance quant à la prévalence de la mortalité dans certaines circonstances;
- lorsque la famille ou le coroner-enquêteur soulèvent des inquiétudes relativement à la qualité des soins ou de la prestation de services;
- lorsque la nature et la complexité du cas exigent une expertise en la matière;
- lorsqu'il y a des problèmes potentiels concernant la sécurité du public, qui peuvent être mieux examinés avec l'aide de spécialistes;
- lorsqu'un examen multidisciplinaire est nécessaire afin de compléter l'enquête d'un coroner (p. ex., répondre aux cinq questions) et que cet examen entraînerait probablement des recommandations pouvant prévenir des morts de même nature ou accroître la sécurité du public.

Le Comité a le mandat suivant :

- offrir un avis d'expert concernant la cause et les circonstances d'une mort liée aux soins de santé si des erreurs systémiques semblent avoir été un facteur important;
- aider les coroners à améliorer les enquêtes sur la mort au sein du système de soins de santé ou découlant de celui-ci, pour lesquels des erreurs systémiques semblent avoir été commises;
- stimuler les activités éducatives offertes aux professionnels en cernant les problèmes systémiques, en procédant à l'aiguillage vers les organismes appropriés aux fins de prise de mesures, en collaborant avec les organismes de réglementation des professions et en procédant à la diffusion d'un rapport annuel;
- offrir une preuve d'expert dans le cadre d'enquêtes;
- faire de la recherche ou promouvoir celle-ci;
- entreprendre des examens aléatoires ou dirigés.

Dans le contexte de ce mandat, le mot « erreur » ne sous-entend pas un blâme à l'égard de tout particulier ou organisme ni une responsabilité de ces derniers. Aux fins de l'examen par le Comité, « erreur » s'entend d'une caractéristique de conception systémique qui permet que des événements indésirables involontaires surviennent (erreur latente) ou qui ne détecte pas les déviations du plan de soins prévu (erreur active). La conception systémique comprend non seulement la conception du processus de prestation des soins, mais aussi la gestion de l'accès aux soins (p. ex., les listes d'attente). L'occurrence de telles erreurs ne signifie pas qu'un particulier ou un organisme devrait recevoir un blâme ou se voir attribuer la responsabilité concernant un résultat non désiré.

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
1. Facteurs humains : fatigue
1. Environnement et équipement
1. Règles et politiques
1. 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.

Cas examinés en 2007

En 2007, le Comité d'examen de la sécurité des patients a examiné 21 cas. Cette augmentation du nombre de cas est attribuable à une meilleure reconnaissance des cas pouvant être liés à des problèmes de sécurité systémiques. Le Comité n'est pas d'avis que cette augmentation du nombre de cas est représentative d'une augmentation du nombre d'incidents.

Comme au cours des années antérieures, le Comité a noté les tendances et les résultats relevés dans plus d'un cas ayant été examiné. Les voici, en ordre de fréquence :

- les problèmes relatifs à l'examen préopératoire de patients qui présentent un risque plus élevé en ce qui a trait à une anesthésie;
- les effets indésirables après la prise d'un médicament, y compris les nouveaux agents utilisés en psychiatrie, opiacés et antithrombotiques;
- le placement de patients admis dans des endroits où ils ne recevraient normalement pas de soins. Il s'agit d'un problème de plus en plus épineux dans les établissements où les patients hospitalisés sont très à l'étroit;
- la communication entre les médecins et l'aiguillage des patients complexes dans les régions sanitaires;
- la contention des personnes âgées;
- les examens physiques des patients psychiatriques;
- le manque de thromboprophylaxie lorsque cela est indiqué;
- les problèmes de communication avec la famille dans un milieu de soins palliatifs complexes.

Exemples de recommandations

- On ne devrait pas utiliser de « ridelles en M » sur les lits d'hôpitaux.

- Les établissements qui utilisent des « ridelles en M » devraient s'assurer que les membres du personnel sont formés et qu'ils ont reçu des directives par rapport à l'installation et à la fixation de ces ridelles.
- L'équipe de l'établissement devrait réviser le processus de prise en charge d'une perforation œsophagienne traumatique. Des leçons peuvent être tirées du présent cas, qui pourraient contribuer à l'élaboration d'un algorithme de prise en charge. Il s'agit d'un trouble peu courant qui peut poser un problème complexe présentant certaines nuances spécifiques dont il faut tenir compte. La majorité des problèmes ne pourront être réglés au moyen d'essais cliniques comparatifs randomisés de niveau 1, rendant difficile l'élaboration d'une ligne directrice de pratique clinique.
- Un processus d'admission et de congé des patients très malades devrait être mis en place dans la région. Cette mesure est particulièrement importante en ce qui a trait aux patients souffrant de problèmes complexes qui sont mieux pris en charge dans un centre de soins tertiaires ou quaternaires. Un tel processus devrait tenir compte des éléments suivants, sans toutefois s'y limiter :
 - o utilisation de services de transport d'urgence par rapport aux services de transport non urgent;
 - o la méthode de communication avec le centre de soins tertiaires ou quaternaires à partir de l'extérieur;
 - o les responsabilités des parties qui dirigent les patients et de celles qui les accueillent;
 - o la prise en charge des aiguillages urgents dans un contexte de ressources limitées;
 - o la communication de renseignements essentiels concernant le congé ou le transfert;
 - o la cohérence de la voie hiérarchique et de la délégation des pouvoirs.
- Le Comité est d'avis que ce cas illustre le besoin d'éviter de dépendre d'un membre de l'équipe dans les systèmes complexes. La contre-vérification auprès d'autres membres de l'équipe est un élément essentiel du travail en équipe. En outre, peut-être paradoxalement, les systèmes très automatisés présentent une probabilité plus élevée qu'une défaillance ou une erreur critique passe inaperçue jusqu'à ce qu'un événement indésirable survienne.
- Le Comité recommande que cet incident soit porté à l'attention de l'Association des hôpitaux de l'Ontario afin de faire en sorte que les autres hôpitaux soient mis au courant du risque potentiel.
- Les professionnels en santé mentale, p. ex., les membres de l'Association des psychiatres du Canada, devraient envisager l'élaboration de lignes directrices concernant l'évaluation et la surveillance des effets secondaires sur le plan cardiaque ressentis par les patients à qui l'on prescrit de nouveaux antipsychotiques, tels que l'olanzapine et la clozapine. Ces lignes directrices devraient également faire référence aux interactions médicamenteuses potentielles liées à l'utilisation de ces médicaments.

Publications

De plus, le Comité a publié des comptes rendus sur certains des cas qu'il a examinés, après avoir supprimé tous les renseignements permettant d'identifier les personnes afin de protéger la vie privée des personnes concernées. La visée de ces publications est de sensibiliser les fournisseurs de soins de santé, en vue d'éviter et (ou) de prévenir d'autres morts dans des circonstances semblables.

Les publications choisies comprennent *Communiqué*, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et *Dialogue*, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Exemple de cas

La présente étude de cas concerne la mort d'un sexagénaire à qui l'on a commencé à administrer du fentanyl par voie transdermique (75 mcg/heure) au service des urgences (SU) d'un hôpital, posologie qui a été augmentée 3 jours plus tard à 125 mcg/heure par son médecin de famille pour une douleur sciatique.

Résumé du cas

Cet homme avait des antécédents de sciatique, de MPOC et d'autres troubles respiratoires connexes. Le patient avait pris des analgésiques opioïdes durant un certain nombre d'années. Cela se limitait au Tylenol n° 3 pour diverses douleurs dont le patient se plaignait (postopératoires, blessure à l'épaule, douleur à la hanche gauche). Aucune prescription d'opioïdes n'a été consignée par la suite jusqu'à plusieurs mois avant sa mort. À l'époque, le patient a reçu une prescription de 100 comprimés de Tylenol n° 3, sans aucune indication. (Le dossier du coroner indique qu'il restait 61 comprimés.)

Environ deux semaines et demie avant la mort du patient, le médecin de famille de ce dernier a observé que le patient présentait une intolérance au MS Contin en raison d'éruptions cutanées et de démangeaisons. (La posologie prescrite, la quantité, la date et l'indication sont inconnues; le dossier de médicaments de la pharmacie communautaire comporte des lacunes.) La liste de médicaments fournie par la femme du patient au cours d'une visite au SU pour essoufflement deux jours plus tard confirme que l'administration de ce médicament a cessé et qu'aucun autre opioïde n'est administré.

Environ 11 jours plus tard, le patient a été examiné par son médecin de famille pour « réapparition de sa sciatique » et une douleur aiguë non contrôlée avec la prise de Tylenol n° 4. Une nouvelle ordonnance de 1 à 2 comprimés de 2 mg d'hydromorphone toutes les 4 heures au besoin a été faite et il a été convenu que le patient prenne rendez-vous pour une tomographie par ordinateur de sa colonne vertébrale.

Environ une semaine avant sa mort, le patient s'est présenté au SU par ambulance en raison d'une douleur aiguë au dos. On lui a prescrit et administré 30 mg de Toradol par voie intraveineuse et on lui a diagnostiqué une sciatique. Le plan de suivi du dossier du SU indique un « timbre de fentanyl », bien qu'aucune ordonnance écrite

n'ait été consignée et que les documents fournis ne fassent pas état d'une vérification de l'administration du timbre. Les dossiers du coroner indiquent que l'administration de 75 mcg/heure de fentanyl par voie transdermique a probablement commencé au SU. Le patient a reçu son congé à 9 h 35. Plus tard le même jour, à 18 h 45, le patient est retourné au SU souffrant d'une « douleur dans la région lombaire ». Les notes des médecins du SU indiquent le besoin de faire une tomographie par ordinateur afin d'exclure toute source maligne relativement à la douleur actuelle ressentie depuis « 3/52 » ou 3 semaines. À ce moment, le dossier du patient indiquait qu'il prenait les médicaments suivants : 2 à 4 mg d'hydromorphone toutes les quatre heures et un timbre Duragesic de 75 mcg. On lui a administré 60 mg de Toradol, on lui a indiqué qu'il « pouvait prendre ses médicaments contre la douleur » et on lui a donné son congé à 21 h 45.

Deux jours avant sa mort, le patient a été examiné par son médecin de famille qui a augmenté la posologie de fentanyl par voie transdermique de 50 mcg/heure à 125 mcg/heure. De plus, la prise d'hydromorphone devait se poursuivre pour les percées de douleur. Le dossier de médicaments de la pharmacie communautaire indique que 10 timbres de fentanyl de 25 mcg/heure et 10 timbres de 100 mcg/heure lui ont été remis.

Le jour suivant, le patient a été examiné une fois de plus par son médecin de famille. Une note indique qu'il a subi un examen médical et que sa douleur s'était atténuée.

Le matin suivant, sa femme l'a trouvé inanimé et a appelé les services médicaux d'urgence (SMU). Les SMU sont arrivés et ont constaté l'ASV du patient. Les SMU ont prodigué les soins immédiats en réanimation cardio-respiratoire et ont utilisé un appareil électronique automatisé. On a transféré le patient au SU tout en poursuivant les manœuvres de RCR. Malgré l'emploi de la technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire au SU, les efforts de réanimation n'ont rien donné.

L'enquête complémentaire du bureau du coroner indique que la cause de la mort est une intoxication au fentanyl.

Principaux problèmes

Le présent examen se limite aux dossiers susmentionnés. Aucune entrevue ni enquête complémentaire n'a été menée. Des renseignements importants qui ne sont pas accessibles aux fins du présent examen pourraient mener à l'établissement de facteurs responsables, d'autres causes profondes et de conclusions incidentes.

Il existe deux questions importantes qui devraient être abordées.

1. Le patient a commencé à recevoir un traitement de 75 mcg/heure de fentanyl par voie transdermique.

Si le patient a reçu 75 mcg/heure de fentanyl par voie transdermique au SU, il s'agit d'un point tournant, compte tenu que cela a laissé croire au médecin de famille que la prescription initiale de 75 mcg/heure de fentanyl par voie transdermique était appropriée. La question plus vaste vise donc à comprendre quels manquements ont pu se produire au cours du processus de prise du médicament, qui ont mené à l'administration d'une dose de 75 mcg/heure de fentanyl par voie transdermique.

L'absence de consignation d'une ordonnance écrite qui suggérerait la possibilité d'une ordonnance verbale, qui est mentionnée dans les documents examinés du coroner, est connexe à cette question. (La possibilité que le fentanyl transdermique ait été prescrit et [ou] reçu ailleurs n'a pu être écartée, compte tenu que les dossiers sur les narcotiques du SU de l'hôpital relatifs au quart de jour n'apparaissent pas parmi les documents reçus aux fins de l'examen.) Il semble que trois événements auraient possiblement pu survenir. Les voici.

- Le médecin du SU souhaitait que le patient commence à recevoir un traitement de fentanyl par voie transdermique à une dose de 75 mcg/heure.
- Le médecin du SU souhaitait que le patient commence à recevoir un traitement de fentanyl par voie transdermique, mais à une dose inférieure, comme 25 mcg/heure, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :
 - i. l'infirmière ou l'infirmier croyait qu'une dose de 75 mcg/heure avait été prescrite;
 - ii. l'infirmière ou l'infirmier a bien reçu l'ordonnance de fentanyl par voie transdermique à 25 mcg/heure, mais des manquements sont survenus au cours du processus de sélection ou d'administration.
- Le médecin du SU souhaitait que le patient reçoive une dose de 75 mcg/heure de fentanyl par voie intraveineuse, mais le patient a reçu une dose de 75 mcg/heure de fentanyl par voie transdermique.

2. Trois jours plus tard, le médecin de famille du patient lui a prescrit une augmentation de (66 %) de la dose de fentanyl par voie transdermique, qui est passée à 125 mcg/heure.

En plus du timbre de fentanyl de 75 mcg/heure, le médecin de famille a ajouté un timbre de 50 mcg/heure. (Selon la monographie de produit, jusqu'à six jours peuvent être nécessaires pour atteindre un niveau stable de fentanyl.)

En outre, nul ne sait si le médecin de famille a réévalué le plan de traitement au fentanyl par voie transdermique ou s'il a vérifié de façon indépendante la dose de départ de 75 mcg/heure. Le médecin de famille a eu l'occasion d'atténuer les préjudices grâce à une compréhension des antécédents médicaux du patient, notamment les antécédents de prise d'opioïdes (il a vu le patient régulièrement jusqu'à la semaine précédant sa mort).

Analyse des causes fondamentales

Questions initiatrices

1. Est-ce que des problèmes liés à l'évaluation du patient ont été un facteur dans cette situation? Oui
2. Est-ce que des problèmes liés à la formation ou à la compétence du personnel ont été un facteur dans cet événement? Oui
3. Est-ce que du matériel est en cause d'une quelconque façon dans cet événement? Non
4. Est-ce que le milieu de travail a été un facteur dans cet événement? Renseignements insuffisants pour répondre à cette question.
5. Est-ce que le manque de renseignements (ou l'interprétation erronée de renseignements) a été un facteur dans cet événement? Oui
6. Est-ce que la communication a été un facteur dans cet événement? Oui
7. Est-ce que des procédures, des politiques ou des règles appropriées – ou leur absence – ont été un facteur dans cet événement? Oui
8. Est-ce que l'absence d'une barrière – conçue pour protéger le patient, le personnel, le matériel ou le milieu – a été un facteur dans cet événement? Oui
9. Est-ce que des questions personnelles ou de personnel ont été un facteur dans cet événement? Oui

En fonction de ces questions initiatrices, les secteurs d'intervention privilégiés ci-après sont établis.

Facteurs humains – Communication

- Le dossier sur les antécédents pharmaceutiques des SMU est incomplet. Les médicaments énumérés sont le Tylenol n° 4 et l'hydromorphone en comprimés de 2 mg; les renseignements sur la fréquence, la dernière dose reçue et la durée d'utilisation ne sont pas compris.
- Le dossier du SU n'indique pas que l'on a prescrit ou administré un timbre de fentanyl au patient.
- Il n'y a pas assez de renseignements dans le dossier du SU pour déterminer qu'il y a eu prise chronique d'opioïdes et tolérance à ceux-ci. On ne sait pas quels renseignements ont servi à évaluer la tolérance aux opioïdes avant de commencer l'administration du fentanyl par voie transdermique.
- . Il y est écrit « consulter la liste ». Cela fait probablement référence à une copie du dossier de médicaments de la pharmacie communautaire, mais celui-ci est également incomplet et ne permet pas de déterminer l'utilisation quotidienne réelle d'opioïdes ni d'évaluer la tolérance aux opioïdes.

- Il n'y a aucune mention d'une autre fiche qui fournirait une liste complète des antécédents médicaux (c.-à-d. le médicament, la dose, la fréquence, la dernière dose et la durée du traitement) relativement à une visite au SU.
- Aucun antécédent médical n'est consigné concernant la visite du patient au SU six jours avant sa mort, alors qu'on lui a administré du fentanyl par voie transdermique. On ne sait pas si ces renseignements étaient connus (p. ex., les antécédents de maladie pulmonaire grave du patient).
- On ne sait pas quels renseignements ni quels détails étaient accessibles au personnel du SU lorsque l'on a commencé à traiter le patient avec du fentanyl par voie transdermique à 75 mcg/heure ou au médecin de famille du patient lorsque la dose a été augmentée environ 3 jours plus tard à 125 mcg/heure. (Les dossiers du médecin de famille ne font pas état de la réception de renseignements ou d'un message directement de l'hôpital concernant les visites du patient au SU.)
- L'ordonnance visant à augmenter la dose de fentanyl par voie transdermique à 125 mcg/heure est incomplète. On ne sait pas si le pharmacien communautaire a communiqué avec le médecin afin de clarifier si les calculs de conversion ont été vérifiés.
- On ne sait pas comment le médecin du SU ou le médecin de famille ont calculé l'équivalence en opioïdes et par conséquent la dose de fentanyl par voie transdermique. On ne sait pas quels renseignements l'un ou l'autre des médecins ont consultés (ou les renseignements auxquels ils avaient accès) pour contribuer au processus d'ordonnance.
- On ne sait pas si l'alerte de Santé Canada a été efficacement diffusée et reçue par les médecins (ou d'autres membres du personnel hospitalier) après la mort de deux adolescents qui NE toléraient PAS les opioïdes et à qui l'on avait prescrit du fentanyl par voie transdermique pour une douleur aiguë. De plus, de nombreuses alertes concernant la sécurité en matière de médicaments ont été émises par ISMP concernant le fentanyl administré par voie transdermique. On ne sait pas si ces alertes étaient accessibles aux membres du personnel du SU ou au médecin de famille ou s'ils les ont lues.

Facteurs humains – Formation

- Il semble que du fentanyl transdermique ait été prescrit pour une douleur aiguë ou une douleur chronique aiguë (sciatique). Le fentanyl transdermique n'est pas indiqué pour le traitement des douleurs aiguës. *Duragesic est indiqué dans le traitement des douleurs chroniques persistantes d'intensité modérée à grave qui 1) nécessitent une analgésie continue aux opioïdes pendant une période prolongée et qui 2) ne peuvent être traitées par d'autres moyens, comme des analgésiques non stéroïdiens, une association de produits opioïdes ou des opioïdes à libération immédiate.*

Règles, politiques et procédures

- On ne sait pas quels renseignements étaient directement accessibles au personnel de première ligne (politiques, lignes directrices, exigences en matière de formation des patients) concernant la prescription et l'administration de fentanyl transdermique à un patient du SU.
- On ne sait pas quelles sont les directives de suivi en place après l'administration de tout opioïde au SU ou quels renseignements sont fournis au patient au moment de son congé.

Protection

- On ne sait pas si le fentanyl transdermique est accessible dans l'armoire de narcotiques du SU ou si des dispositifs de protection sont en place lorsqu'une ordonnance est écrite (p. ex., examen de l'ordonnance par un pharmacien).
- Le médecin de famille a eu l'occasion de réévaluer le plan de traitement au fentanyl et la dose élevée commencée trois jours auparavant au SU.
- Le pharmacien communautaire a eu l'occasion de vérifier le caractère approprié du timbre et de la dose pour le patient. On ne sait pas s'il y a un avertissement informatisé dans le système informatique de la pharmacie communautaire ni en quoi consiste le protocole de vérification normal pour une première prescription d'une dose de fentanyl transdermique supérieure à 25 mcg/heure, surtout compte tenu du fait que les dossiers de médicaments ne faisaient pas état d'une administration compatible avec une dose transdermique de 125 mcg/heure. (On ne sait pas s'il y a une autre pharmacie communautaire dans la région à laquelle le patient aurait pu aller).

Causes profondes

Énoncés causaux

1. La prescription de fentanyl transdermique pour une crise de douleur aiguë a accru la probabilité que la douleur NE soit PAS bien traitée et le potentiel d'une intoxication au fentanyl.
2. Les antécédents du patient en matière de consommation d'opioïdes au SU ont accru la probabilité qu'une dose inappropriée de fentanyl transdermique soit prescrite, menant à une intoxication au fentanyl.
3. Une autre augmentation importante de la dose de fentanyl (66 %) seulement trois jours après le début du traitement d'un patient qui n'était pas entièrement tolérant aux opioïdes a accru la probabilité d'intoxication au fentanyl.
4. L'absence de consignation des antécédents médicaux complets (y compris la maladie pulmonaire grave du patient) au SU a réduit la probabilité que les praticiens prodiguant les soins au patient connaissent les renseignements essentiels au moment d'évaluer l'opportunité de commencer un traitement au fentanyl transdermique, de choisir la dose et d'évaluer le potentiel d'intoxication.

5. L'absence de messages de rappel concernant des antécédents complets du patient en matière de consommation de médicaments dans les fiches des dossiers du SU a accru la probabilité d'une collecte et d'une communication incomplètes de renseignements, entraînant un traitement inapproprié au fentanyl transdermique.
6. L'utilisation d'un tableau de doses équivalents dans la monographie de produit, qui inclut une équivalence pour une dose unique et une dose chronique de morphine a accru la probabilité de mauvaise interprétation des renseignements (utilisation de la dose unique pour faire la conversion) et de prescription d'une dose inappropriée, entraînant une intoxication au fentanyl.
7. La variabilité en ce qui a trait à la façon dont les renseignements sont affichés aux fins d'interprétation dans les tableaux de conversion (les tableaux en deux volets n'exigent aucun calcul) par rapport à la façon dont ils sont affichés dans les tableaux de doses équivalents (qui exigent de multiples calculs, mais qui ne présentent aucune directive) dans la monographie de produit a accru la probabilité de confusion au moment de la prescription et au cours des processus de vérification, entraînant possiblement la prescription et l'administration d'une dose incorrecte de fentanyl transdermique (au début du traitement et au moment du titrage).
8. Les renseignements indiquant que des opioïdes avaient été distribués par une pharmacie communautaire sans consignation d'antécédents réels d'une récente prise d'opioïdes a accru la probabilité que les praticiens de la santé partent du principe que le patient était tolérant aux opioïdes plutôt que de penser qu'il n'avait jamais pris d'opioïdes, entraînant la prescription et l'administration d'une dose inappropriée de fentanyl transdermique.
9. Les plaintes incessantes du patient relativement à une douleur lors du suivi avec le médecin de famille a réduit la probabilité que le médecin de famille diagnostique une intoxication imminente au fentanyl, entraînant une augmentation inappropriée de la dose et l'intoxication au fentanyl qui s'est ensuivie.

Recommandations

Hôpitaux

1. Le fentanyl transdermique ne devrait pas figurer dans le stock du SU (ou dans l'armoire à médicaments pour les quarts de nuit). Si un patient du SU a besoin de fentanyl transdermique, on devrait lui en administrer seulement une dose à la fois (p. ex, trois fois par jour), qui proviendrait d'une pharmacie, et seulement après un examen du pharmacien. (Le timbre de fentanyl n'est jamais requis d'urgence.)

2. Examiner et réviser les fiches du SU afin de fournir les messages appropriés aux praticiens pour leur rappeler d'écrire les antécédents complets du patient en matière de consommation de médicaments (médicament, dose, fréquence et moment de la dernière dose).
3. Examiner et réviser les fiches du SU afin de prévoir un espace permettant aux prescripteurs d'écrire des ordonnances de médicaments et aux praticiens de consigner leur administration.
4. Améliorer la communication entre l'hôpital et les médecins de famille. Envisager de fournir une copie du dossier du SU au médecin de famille directement ou au patient.

Fabricants de fentanyl transdermique

5. Financer la mise en œuvre d'une ligne d'urgence accessible 24 heures sur 24 destinée aux praticiens de la santé qui auraient des questions ou qui auraient besoin de soutien quant à la gestion du fentanyl transdermique (et d'autres opioïdes).
6. Inclure une liste de vérification relative au début d'un traitement au fentanyl transdermique et au titrage de ce dernier dans la monographie du produit, sur tous les emballages de produits et sur un site Web facilement accessible (le principe est le même que celui d'une liste de vérification utilisée par un pilote avant le décollage). Subsidiairement, un algorithme serait utile.
7. Examiner et réviser les tableaux de doses équi-analgésiques fournis relativement au fentanyl transdermique afin de mettre en évidence la référence à la puissance de la dose chronique équi-analgésique. Le facteur de conversion des doses chroniques pour la morphine devrait être dominant dans le tableau de conversion équi-analgésique de la monographie du fentanyl transdermique – le fentanyl transdermique n'est indiqué que pour le traitement de la douleur chronique chez des patients tolérants aux opioïdes.
8. Il est recommandé de mettre en place une expertise technique en ce qui a trait aux facteurs humains pour faciliter l'utilisation du tableau de doses équi-analgésiques aux fins de conversion en une dose équivalente de morphine administrée par voie orale, pour tenir compte de la nécessité de réduire le nombre de calculs (c.-à-d. possiblement suivre un format de tableau en deux volets afin de convertir une dose de morphine administrée par voie orale en dose de fentanyl transdermique) et finalement pour rendre le tableau intuitif (c.-à-d. réduire le niveau de formation requis pour l'utiliser).
9. Inclure des renseignements supplémentaires dans la monographie du fentanyl transdermique afin d'aider les praticiens à évaluer la tolérance aux opioïdes.

Fournisseurs de logiciels pour pharmacies

10. Intégrer des alertes informatisées dans les systèmes informatiques des pharmacies pour toute nouvelle ordonnance ou tout nouveau titrage de fentanyl transdermique supérieur à 25 mcg/heure, afin de rappeler aux pharmaciens de confirmer le caractère approprié de l'ordonnance d'un timbre de fentanyl (p. ex., pour de nouvelles prescriptions, afin de savoir si le patient est tolérant aux opioïdes, etc.).

[REMARQUE : Les autres systèmes automatisés, comme les systèmes informatisés d'entrée des ordonnances, devraient au minimum générer des alertes pour les prescripteurs.]

Bureau du coroner en chef de l'Ontario

11. Envisager de diffuser largement le présent cas aux professionnels de la santé aux fins d'apprentissage et de prévention d'une récurrence.

(Remarque : Le présent cas a été publié et a été utilisé à des fins pédagogiques dans un certain nombre de forums.)

Comité d'examen des décès d'enfants et 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 oeuvre 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.
1. 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.
1. 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 2007, le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 91 cas. Parmi ces cas, 73 avaient fait l'objet d'une intervention d'une société de l'aide à l'enfance. Les 18 autres cas faisaient état de morts d'enfants médicalement complexes sans intervention de la SAE.

Comité d'examen des décès d'enfants : Examens de cas médicaux et de cas avec intervention d'une SAE pour **2006 et 2007**

	2006		2007	
Manner of Death	Medical	CAS	Medical	CAS
Natural	16	18	17	10
Accident	1	13	0	23
Homicide	3	7	0	10
Suicide	0	9	1	8
Undetermined	3	9	0	15
Ongoing Investigation		7		7
Total Case Reviews:	23	63	18	73

Thèmes relevés

Depuis sa création en 1991, le Comité d'examen des décès d'enfants a compilé un certain nombre de thèmes récurrents apparus dans le cadre d'examen de morts d'enfants. Les résultats des examens rejoignent ceux présentés dans une quantité croissante de documentation sur les erreurs médicales, qui suggère que les tragédies découlent rarement d'une seule erreur ou faille fatale et qu'elles sont plus susceptibles de découler d'une série de failles latentes à la fois dans les systèmes et l'exécution. La présence de plusieurs imperfections est souvent synergique.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 18 cas médicaux en 2007 et bon nombre de ces thèmes continuent d'être relevés. Le thème dominant en 2007 était clairement « l'omission de consigner ou de prendre les **signes vitaux**, surtout la tension artérielle ».

Il a été déterminé que sur ces 18 cas, 9 (50 %) présentaient des problèmes de consignation et (ou) d'analyse des signes vitaux.

Le « refus d'accepter d'autres explications après l'événement » ou le refus de poser un diagnostic différentiel constituait le deuxième thème en importance, relevé dans 5 (28 %) des 18 cas.

Pour ce qui est du troisième plus important thème en 2007, 3 (17 %) des 18 cas étaient liés à la situation suivante : « lorsque des analyses de laboratoire sont demandées, particulièrement dans un service des urgences, il est essentiel que les résultats de ces analyses soient connus *avant qu'une décision ne soit prise concernant un autre traitement* ».

Exemple de cas médical examiné par le Comité d'examen des décès d'enfants

Antécédents

Un garçon de 17 ans s'est présenté au service des urgences d'un hôpital communautaire en se plaignant de constipation et en affirmant qu'il ne se sentait pas bien depuis 4 jours. Sa température était de 35,2 °C, son pouls de 150, sa tension artérielle de 83/49. On lui a administré un bolus de solution saline et on lui a fait un lavement pour la constipation, qui ont donné de bons résultats. L'analyse sanguine a révélé une pancytopénie, avec une concentration d'hémoglobine de 69, une numération plaquettaire de 24 et une leucocytémie de 0,5. On a aiguillé le patient vers un centre de soins tertiaires et l'urgentologue a rempli un Formulaire 1 en vertu de la *Loi sur la santé mentale* afin d'obliger le patient à respecter le plan de traitement. Le garçon a été transporté en ambulance au centre de soins tertiaires environ 6 heures après son arrivée à l'hôpital communautaire. À son arrivée, on a observé qu'il était instable sur le plan hémodynamique et qu'il présentait un degré de conscience altéré. On l'a intubé et on lui a administré des stéroïdes, des antibiotiques et des inotropes (isotopes) avant qu'il ne meure, environ 5 heures après son arrivée.

Cause de la mort

Choc septique attribuable à une sepsie mettant en cause *E. coli*.

Circonstances

Mort naturelle

Thèmes

1. Il semble que l'état du choc septique n'ait pas été relevé par le personnel du SU, malgré les signes vitaux du patient.
2. La pancytopenie n'a pas été traitée une fois diagnostiquée.
3. Le patient a été transporté en ambulance en ne recevant que les soins de base. Cela laisse croire à une sous-évaluation de la gravité de l'affection. On n'a pas eu recours à des ambulanciers paramédicaux spécialisés dans les soins critiques pour le transport.
4. Une fois arrivé au centre de soins tertiaires, le patient était moribond, présentait une grave décompensation et n'a pas pu être réanimé.

Recommandation : L'hôpital communautaire devrait effectuer un examen interne de la qualité des soins prodigués pour ce cas.

Recommandation : L'examen de la qualité des soins devrait traiter des éléments ci-après.

1. Les signes vitaux pouvant indiquer une affection grave et une mort imminente.
2. Les signes et les symptômes d'un choc septique.
3. L'intégration des signes vitaux à l'attribution d'une cote sur l'ÉTG par les infirmières ou infirmiers de triage.
4. Les mesures appropriées prises par les infirmières ou les infirmiers et les médecins en fonction des cotes sur l'ÉTG.
5. La pancytopenie et ses complications relativement à l'exécution de lavements en tant qu'option de traitement.
6. Les indications concernant l'utilisation du Formulaire 1 relatif à un refus de traitement ou de soins.

Recommandation : L'hôpital communautaire devrait partager ses recommandations, y compris ses plans de mise en œuvre, avec le coroner régional principal.

Examens de cas impliquant une SAE menés par le Comité d'examen des décès d'enfants

Parmi les décès signalés au Comité d'examen des décès d'enfants par une SAE en 2007, 76 ont fait l'objet d'un examen préalable, et il a été déterminé qu'un examen et un rapport complets par le Comité n'étaient pas nécessaires pour 36 d'entre eux. Ces 36 cas ne feront pas l'objet d'un examen détaillé parce qu'il était apparent qu'une intervention médicale ou une intervention de la SAE n'auraient pu prévenir la mort. Les exemples comprenaient des cas d'enfants fragiles du point de vue médical et dont la mort n'était ni subite ni imprévue ou des cas où la SAE était intervenue seulement à la suite de l'incident qui a mené à la mort de l'enfant. Des 76 cas examinés en 2007, 40 seront soumis au Comité aux fins d'examens et de rapports complets ultérieurs, qui comprendront probablement des recommandations.

En 2007, le Comité d'examen des décès d'enfants a mené des examens approfondis de 37 cas de mort d'enfants dont les familles avaient eu à faire avec une société de l'aide à l'enfance (SAE) dans les 12 mois précédant la mort. Un incident, un homicide, a mené à la mort de trois enfants; par conséquent, 35 rapports contenant des recommandations ont été publiés.

Principaux messages

- Les causes naturelles sont les plus courantes dans les décès d'enfants.
- Bon nombre de morts d'enfants peuvent être évitées; les examens de morts d'enfants visent à comprendre le passé et à apprendre de celui-ci afin d'éviter que de tels événements se reproduisent.
- Les services de protection de l'enfance et les systèmes médicaux apprennent plus en examinant les erreurs qu'en examinant les réussites.
- En relevant les thèmes récurrents et en formulant des recommandations de pratiques exemplaires, il est possible d'apporter des changements sans blâmer qui que ce soit.
- La sensibilisation du public est un élément essentiel de la prévention.
- La façon la plus sécuritaire de dormir pour un nourrisson est sur le dos, dans un lit à barreaux attesté muni d'un matelas ferme.
- L'intervention d'une SAE n'est pas un facteur dans la grande majorité des morts en Ontario; en ce qui a trait aux enfants morts alors qu'ils bénéficiaient de services d'une SAE, la plupart des morts n'auraient pu être prévues ou prévenues par une SAE.
- Les enfants les plus vulnérables sont ceux âgés de moins de 12 mois et ceux âgés de 12 à 18 ans.

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

En 1995, le Bureau du coroner en chef a mis en place un protocole à utiliser pour enquêter sur la mort d'enfants de moins de deux ans. Au fil des ans, le protocole a été considérablement raffiné, et en décembre 2006, on a jugé qu'il était approprié de publier une mise à jour du protocole que pourrait utiliser l'équipe d'enquête sur la mort (les services de police, les coroners, les pathologistes) afin d'enquêter sur tous les cas de mort subite et inattendue d'enfants de moins de cinq ans. Par conséquent, le *Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans* a été renommé le *Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans* afin d'englober le nouveau groupe d'âge.

Age 0 to 5 yrs Manner of Death	2007
Natural	101
Accident	34
Homicide	6
Undetermined	42
Total	183

Cas examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2006-2007

- A total of 186 cases were reviewed in this 2 year period (2006 – 69; 2007 – 117)
- 77 (41%) cases involved unsafe sleeping environments (2006 – 27; 2007 – 50)
- 41 (53%) of these unsafe sleeping related cases involved bed-sharing

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

Un bébé de trois mois a été trouvé mort un matin par sa mère. La maison a été décrite comme étant encombrée de vêtements, de jouets, d'articles ménagers et de déchets. De la vaisselle sale, des biberons, etc. jonchaient le dessus des comptoirs et de la table de la cuisine. Il était connu que la mère dormait régulièrement sur le divan avec le bébé; l'autre jeune enfant dormait dans un parc d'enfants.

Cause de la mort

Mort soudaine et inattendue, partage d'un lit dans un environnement de sommeil non sécuritaire

Circonstances entourant la mort

Non déterminées

Conclusion

En examinant les morts d'enfants, nous apprenons de tout ce qui suit :

- les études;
- les examens internes;
- les comités d'examen des décès;
- les enquêtes;
- la diffusion de résultats et de recommandations.

Les erreurs sont un bon formateur si l'on est assez honnête pour les admettre et apprendre d'elles. (anonyme)

Examens du coroner régional principal

Les examens du coroner régional principal sont effectués par le Bureau du coroner en chef depuis un certain nombre d'années comme solution de rechange à une enquête si des domaines précis semblent pouvoir faire l'objet de recommandations et relativement aux affaires pouvant présenter des problèmes médicaux complexes. Cela est particulièrement vrai si les problèmes relevés se confinent à un service d'un hôpital. Par le passé, les examens du coroner régional principal ont été effectués dans des hôpitaux; toutefois, on peut appliquer le processus à d'autres institutions pouvant en retirer des avantages semblables.

Le format des rencontres est moins officiel que pour une enquête. On invite le personnel de l'hôpital ayant prodigué directement des soins à la personne décédée, le personnel administratif concerné, le chef de service (soins infirmiers et médecin), le médecin en chef de l'hôpital et d'autres que l'hôpital juge concernés à une réunion présidée par le coroner régional principal.

Ces réunions permettent aux personnes qui ont prodigué des soins de commenter les problèmes relevés dans le cadre de la première partie de l'enquête du coroner portant sur la vérification ou la clarification des événements. L'expérience a démontré que le dossier médical, habituellement l'une des principales sources de renseignements du coroner, peut ne pas rendre compte de tous les faits cliniques. Les réunions offrent l'occasion de clarifier les questions soulevées et permettent un apprentissage réfléchi au moyen d'une discussion. L'objectif est de susciter des recommandations détaillées,

raisonnables et pratiques, en plus d'accroître l'efficacité organisationnelle médicale des personnes ayant pris part à la prestation de soins à la personne décédée.

En 2007, le Bureau du coroner en chef a effectué 11 examens du coroner régional. Bien que la majorité de ces cas impliquent des hôpitaux, un de ces examens a été effectué relativement au problème que posent la sécurité routière et les dangers liés à la conduite en hiver. Voici le nombre d'examens effectué dans les régions

Centre – 4 Est – 2 Ouest – 2 Nord – 3

Bien que les conclusions et les recommandations formulées dans ces examens ne soient pas rendues publiques, la famille de la personne décédée est informée de tout changement découlant du processus d'examen du coroner régional principal. Le Bureau du coroner en chef reconnaît le soutien des établissements médicaux, des fournisseurs de services, des praticiens et d'autres institutions ou organismes concernés en ce qui a trait à leur participation et à leur préparation en vue d'avoir une incidence sur des changements importants visant à accroître la sécurité du public.

Documents juridiques

Le droit qui régit le travail des coroners provient généralement de deux sources principales :

1. la législation, par l'adoption de nouvelles lois ou de nouveaux règlements;
2. les principes juridiques qu'expriment les tribunaux dans le cadre des décisions qui interprètent et appliquent la loi.

En 2007, les décisions judiciaires ont contribué au corpus croissant de textes législatifs touchant les coroners, les personnes qui travaillent avec eux durant les enquêtes sur les morts et leurs importantes responsabilités à l'égard du public. Plusieurs décisions ont fait en sorte que 2007 soit une année marquante dans l'histoire du Bureau du coroner en chef. Le rôle de la médecine légale dans le processus d'enquête sur les morts, surtout dans le contexte du système de justice pénale, a particulièrement fait l'objet d'un examen approfondi.

Enquêtes

Ontario (procureur général) c. Ontario (Commission ontarienne des droits de la personne)

Date de l'audience : 25-27 juin; date de la décision : 18 décembre 2007

Cette affaire consistait en un examen de la décision d'un arbitre du Tribunal des droits de la personne de l'Ontario qui avait déterminé que l'article 10 de la *Loi sur les coroners* était discriminatoire en ce sens qu'il ne prévoyait pas la tenue obligatoire d'une enquête en cas de mort d'une personne détenue contre son gré dans un établissement psychiatrique. La Cour divisionnaire de l'Ontario a statué qu'une telle omission n'était pas discriminatoire au sens du *Code des droits de la personne* de l'Ontario, L.R.O. 1990, chap. H. 19, dans sa version modifiée.

La Cour divisionnaire a réaffirmé le fait que le devoir du coroner est de servir l'intérêt public et non des intérêts particuliers.

En prévoyant des enquêtes obligatoires, la loi établit une distinction en fonction des différentes circonstances de vulnérabilité de certaines personnes, des divers degrés de surveillance publique de leurs conditions de vie et des différents risques associés à la mort dans certains endroits.

La Cour a fait des observations utiles concernant les objets généraux de la *Loi sur les coroners* et, ce faisant, a confirmé la compréhension qu'on en a toujours eue au sein du Bureau du coroner en chef. La Cour a énoncé ces objets en termes à la fois négatifs et positifs, comme suit :

- 1) La *Loi* a pour objet de faire en sorte qu'aucune mort ne soit oubliée, dissimulée ou ignorée.
- 2) Par contre, la *Loi* n'a pas pour objet de tenir quiconque responsable ni de jeter le blâme, même si certains peuvent souhaiter qu'il en soit ainsi.

Médecine légale

En 2005, le D^r Barry McLellan, coroner en chef de l'Ontario, a annoncé l'examen d'affaires de mort suspecte remontant à 1991, à l'égard desquelles le D^r Charles Smith, directeur de l'unité de médecine légale du Hospital for Sick Children, avait effectué des autopsies ou émis des avis de consultation. Le but proposé de cet examen était de déterminer si les conclusions du D^r Smith pouvaient être appuyées par tous les renseignements auxquels il avait accès. Finalement, 45 cas, y compris un cas de 1988, répondaient aux critères d'examen.

Le Bureau du coroner en chef (BCC) a mis en place un comité composé de cinq spécialistes de réputation internationale en médecine légale afin d'examiner les 45 cas et de déterminer :

- s'ils convenaient que les examens importants avaient été effectués;
- s'ils convenaient que les faits signalés découlaient des examens effectués;
- s'ils étaient d'accord avec l'interprétation des examens effectués en ce qui a trait à la cause de la mort et, dans la mesure où un avis a été formulé, au mécanisme l'ayant entraînée.

En avril 2007, le D^r McClellan a annoncé les résultats de cet examen. Pour l'ensemble des 45 cas sauf un, les examinateurs ont convenu que le D^r Smith avait effectué les examens importants qui s'imposaient. Dans neuf cas, les experts se sont trouvés en désaccord avec des faits importants énoncés dans un rapport écrit ou exposés au cours d'un témoignage d'expert devant le tribunal. Dans 20 des 45 cas, les examinateurs ont exprimé leur désaccord concernant l'avis du D^r Smith formulé dans un rapport écrit, exposé au cours d'un témoignage devant le tribunal ou les deux.

Compte tenu des résultats de l'examen, le 25 avril 2007, le gouvernement de l'Ontario a, en vertu de la *Loi sur les enquêtes publiques*, mis sur pied l'Enquête sur la médecine pédiatrique légale en Ontario.

Enrichissement de la jurisprudence dans les tribunaux

Les trois décisions judiciaires ci-dessous, rendues en 2007, ont mis en évidence l'importance de fournir des preuves d'ordre pathologique justes et exactes au sein du système de justice pénale.

Reference re Truscott, 2007 ONCA 575, [2007] O.J. No. 3221, 225 C.C.C. (3rd) 321
Date de l'audience : 31 janvier au 14 février; date du jugement : 28 août 2007

Dans l'un des cas de meurtre les plus connus de l'histoire canadienne, la Cour d'appel de l'Ontario a acquitté M. Truscott après avoir cassé sa déclaration de culpabilité pour le meurtre de Lynne Harper en 1959 dans le Sud-Ouest de l'Ontario. La déclaration de culpabilité a été cassée en raison de l'admission de nouvelles preuves médicales, dont le témoignage du médecin légiste en chef de l'Ontario (le D^r Michael Pollanen). La Cour d'appel a indiqué dans son jugement que ce témoignage a permis d'établir que la preuve médicale présentée au procès, relativement à l'intervalle de temps pendant lequel la mort est survenue, n'était pas valide du point de vue scientifique. L'acceptation de cette preuve avait été un élément essentiel du dossier de la Couronne contre M. Truscott.

Sa Majesté la Reine c. William Mullins-Johnson, 2007 ONCA 720, 87 O.R. (3rd) 425, [2007] O.J. No. 3978, 228 C.C.C. (3rd) 505
Date de l'audience : 15 octobre; date du jugement : 19 octobre 2007

Dans cette affaire, M. Mullins-Johnson avait été déclaré coupable de meurtre au premier degré de sa nièce. Il a passé 12 ans en détention. Les appels interjetés devant la Cour d'appel et la Cour suprême du Canada ont été rejetés. Le ministre de la Justice a renvoyé l'affaire devant la Cour d'appel. La Cour a déterminé que de nouvelles preuves médico-légales (qui ont été révélées seulement depuis 2005) démontraient de façon concluante que la preuve des experts, dont deux pathologistes, qui ont déclaré lors de leur témoignage au procès que la défunte avait été victime de violence, était erronée. La nouvelle preuve, qui comprenait le témoignage du

D^r Pollanen et les rapports de cinq autres experts, démontrait que, contrairement à ce qu'avait affirmé la Couronne au procès, rien ne prouvait que l'enfant avait été agressée sexuellement ni n'appuyait une conclusion d'homicide par suffocation, la cause de la mort sur laquelle la Couronne s'était appuyée durant le procès. Certains de ces rapports ont été rédigés par des experts engagés par le coroner en chef dans le cadre de l'examen des travaux du D^r Smith.

En raison de la nouvelle preuve médicale, la Cour d'appel, avec l'accord conjoint des avocats de la défense et de la Couronne, a conclu qu'il n'existait aucune preuve d'infraction relativement à la mort de la nièce et a par conséquent ordonné l'acquittement de M. Mullins-Johnson.

Sa Majesté la Reine c. Marco et Anisa Trotta, 2007 SCC 49, [2007] 3 S.C.R. 453, 225 C.C.C. (3rd) 505

Date de l'audience : 12 octobre; date du jugement : 8 novembre 2007

Marco et Anisa Trotta avaient été déclarés coupables d'homicide et de violence envers leur fils en bas âge, Paolo. La Cour d'appel de l'Ontario avait confirmé les déclarations de culpabilité en 2004. Marco avait été déclaré coupable de meurtre au deuxième degré et Anisa, de négligence criminelle ayant causé la mort.

De nouveaux éléments de preuve, non disponibles au moment du procès et de l'audience devant la Cour d'appel, ont été présentés devant la Cour suprême du Canada. Ces éléments de preuve, qui comprenaient les avis du D^r Pollanen et du D^r Simon Avis, discréditaient les témoignages d'expert du D^r Smith et du D^r Chan, tous deux appelés à témoigner par la Couronne pendant le procès.

Dans cette affaire, la Cour suprême du Canada n'a pas prononcé d'acquittement, mais a plutôt ordonné la tenue de nouveaux procès relativement à tous les chefs d'accusation. Par conséquent, les motifs de la Cour contiennent très peu de références aux détails de la preuve présentée au procès ou de la nouvelle preuve admise à l'audience en appel.

Nota : À ce nouveau procès tenu en septembre 2009, Marco Trotta a été déclaré coupable en vertu d'un chef d'accusation de voies de fait causant des lésions corporelles et d'un chef d'accusation d'homicide involontaire, relativement à la mort de son fils Paolo.

Don de corps

En 2007, 323 personnes ont donné leur corps à une école ontarienne d'anatomie après leur mort. Ces écoles utilisent les corps des donateurs pour former les médecins en exercice et les futurs médecins. Sans la générosité des donateurs, les occasions de perfectionner les compétences et d'accroître les connaissances des médecins seraient considérablement limitées. L'Ontario compte 10 écoles d'anatomie :

- le Canadian Memorial Chiropractic College,
- le Collège Humber,
- l'Université McMaster,
- l'École de médecine du Nord de l'Ontario,
- l'Université Queen's,
- l'Université de Guelph,
- l'Université d'Ottawa,
- l'Université de Toronto,
- l'Université de Waterloo,
- l'Université Western Ontario.

Il est possible de consentir au don de son corps de l'une des trois façons suivantes :

- en remplissant un formulaire d'autorisation distribué par l'école d'anatomie;
- par écrit, conformément à l'article 4 de la *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*;
- de vive voix, en présence d'au moins deux témoins au cours de la dernière maladie.

Si l'autorisation n'a pas été donnée avant la mort, elle peut l'être par le plus proche parent après la mort, conformément à l'article 5 de la *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*. On suggère aux personnes qui souhaitent donner leur corps de l'indiquer dans leur testament.

Les dons se font habituellement le plus près possible du domicile du donateur; toutefois, cela dépend des besoins précis de l'école. Il est important de se rappeler que les écoles se gardent le droit de refuser un don dans certaines circonstances. Par exemple, un don ne sera pas accepté dans les situations suivantes :

- une autopsie a été pratiquée;
- il y a eu embaumement;
- il y a eu amputation;
- le mort souffrait de certaines maladies infectieuses ou était émacié;
- l'école n'a pas besoin de dons.

Chaque école d'anatomie organise une cérémonie annuelle à laquelle sont conviés la famille et les amis du défunt. Cela lui donne l'occasion d'honorer ses donateurs et de se rappeler leur générosité. La dépouille est respectueusement incinérée puis enterrée dans le lot de l'école ou peut être remise à la famille à sa demande.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus de don du corps entier, veuillez appeler votre école d'anatomie locale ou le Bureau du coroner en chef au 416 314-4028.

Recherche

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 exprimer mes remerciements à toutes les personnes qui travaillent pour le Bureau, y compris le personnel du bureau régional et du bureau principal, qui continuent d'offrir d'excellents services. J'aimerais plus particulièrement remercier Cheryl Mahyr, Dorothy Zwolakowski, Cathy Craig, Amanda Mattix, Katherine Stephen, le D^r Bert Lauwers et la D^{re} Bonita Porter. Ces personnes n'ont cessé d'effectuer un travail professionnel d'excellente qualité. La publication du présent rapport serait impossible sans elles.

Sources d'information

Bureau du coroner en chef :

http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/office_coroner/chief_coroner/chief_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 supplémentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des statistiques, veuillez vous adresser à :

Bureau du coroner en chef
26, rue Grenville
Toronto (Ontario)
M7A 2G9
416 314-4000