

Encadré 3 – Les données des coroners au Québec : utiles pour la recherche, la surveillance et la prévention des décès / *Box 3 – Coroner's data in Quebec: useful for research, surveillance and prevention of deaths*

Rédigé à partir d'un texte de Paul-André Perron (paul-andre.perron@mhp.gouv.qc.ca), Bureau du coroner en chef du Québec, Canada

En 1986 au Québec (Canada), une loi a dévolu aux coroners¹ le rôle de déterminer les causes et les circonstances des décès survenus dans des circonstances violentes ou obscures et d'en retirer des recommandations pour la prévention. Ceci a permis l'établissement de collaborations très fructueuses entre médecine légale, veille épidémiologique et prévention.

Les décès soumis au coroner

Les coroners doivent être avisés et ont l'obligation de mener une investigation pour tout décès d'origine traumatique ou de cause inconnue, ou lorsque l'identité de la personne décédée est inconnue, ou encore lorsque le décès survient dans certains milieux fermés (détection, garderie, centre de réadaptation ou cure fermée). Ainsi, sur les quelque 55 000 décès survenant annuellement au Québec, environ 4 000 font l'objet d'une investigation pour en déterminer les causes et circonstances, dans une perspective de prévention.

Le processus d'investigation

Le coroner peut pratiquer ou faire pratiquer un examen externe du cadavre, ordonner une autopsie, des tests toxicologiques ou toute autre expertise qu'il juge nécessaire. Il peut saisir les objets ou documents utiles à son investigation, y compris le dossier médical du défunt, et demander une enquête policière aux fins de sa propre investigation. À l'issue de cette dernière, il établit un rapport, où figurent l'identité de la personne décédée, la date, le lieu, la cause et la description des circonstances du décès. Ces rapports, ainsi que tous les documents recueillis lors de l'investigation, sont conservés dans un dépôt d'archives. Les rapports sont publics, quoiqu'en fait la demande peut en obtenir une copie.

La banque de données des coroners

La banque de données (BDD) des coroners se constitue en deux temps : saisi d'un cas, le coroner transmet dans les 48 h les premiers renseignements sommaires concernant le décès sur un formulaire standardisé. Ces renseignements sont alors saisis dans la BDD, ce qui permet de produire presque en temps réel des estimations sur l'évolution des principales causes de décès traumatiques. Lorsque le coroner dépose son rapport quelques mois plus tard, les renseignements provisoires déjà saisis sont validés et enrichis de toute la documentation figurant au dossier.

Les principales variables retenues dans la BDD sont : l'âge et le sexe de la personne décédée ; la cause de décès codifiée selon la CIM-10 ; le lieu du traumatisme ; la municipalité de résidence du défunt ; l'alcoolémie et les substances détectées par les analyses toxicologiques.

Pour mieux soutenir la recherche, la surveillance et la prévention, certaines variables complémentaires sont recueillies pour des décès particuliers :

– par exemple, la nature des véhicules impliqués dans les traumatismes non-intentionnels associés au transport terrestre est systématiquement décrite par des catégories beaucoup plus fines que celles de la CIM-10. Ceci permet d'en pallier quelques lacunes, comme l'absence de distinction entre les différents véhicules hors route. Dans une contrée nordique comme le Québec, il est indispensable de pouvoir surveiller les traumatismes associés à l'usage de motoneiges ;

– de la même manière, d'autres variables complémentaires permettent de regrouper tous les décès par agression dans un contexte de violence intrafamiliale, les suicides associés au jeu pathologique et les intoxications médicamenteuses non intentionnelles causées par une erreur de prescription ou d'administration. La BDD des coroners est largement utilisée par les professionnels impliqués dans la veille épidémiologique et la prévention. La combinaison des variables collectées au début et la fin de l'investigation (9 à 10 mois plus tard) permet de produire des données solides assez rapidement. Ainsi, chaque année, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) utilise cette BDD pour dresser un bilan de l'évolution récente des suicides au Québec [1]. Périodiquement, les Centres de prévention du suicide reçoivent aussi un bilan provisoire des suicides dans leur région. Cette BDD est d'autant plus utile que son accès est facile : les données qui la composent provenant pour la plupart de documents publics, aucune démarche juridique n'est requise pour en obtenir des extractions.

Les archives des coroners

La BDD des coroners ne peut pas répondre à tous les besoins. Lorsqu'une collecte de données plus précises est nécessaire, les chercheurs peuvent accéder aux archives des coroners : leurs rapports sont accessibles sans restriction et les autres documents (dossiers médicaux, rapports d'autopsie, de toxicologie, etc.) peuvent être consultés sur autorisation du coroner en chef. Il est même possible de consulter les rapports de police à des fins de recherche, sur autorisation du ministre de la sécurité publique.

Plusieurs recherches dans des domaines très variés ont été réalisées grâce à ces archives, notamment sur les morts subites et inexpliquées des nourrissons [2], les suicides dans différents milieux, la violence intrafamiliale [3], les collisions de véhicules hors route [4] et les traumatismes non intentionnels lors d'activités agricoles [5]. Chaque année, l'organisme canadien chargé de dresser un bilan national des noyades consulte les archives des coroners pour y colliger les données québécoises [6].

L'enquête publique

Une enquête publique peut être organisée sur un décès ou un ensemble de décès survenus dans des circonstances analogues. Elle permet d'attirer l'attention du grand public sur des enjeux de prévention particulièrement sensibles, de réunir toute l'expertise sur les connaissances les plus récentes et de favoriser un dialogue constructif entre les principaux acteurs impliqués dans la prévention. Elle s'achève également par

le dépôt d'un rapport public. Chaque année, 5 à 10 décès font l'objet d'une enquête publique au Québec.

Les recommandations

La loi confère au coroner le pouvoir de faire toute recommandation pour la protection de la vie humaine. Chaque année, de 200 à 300 décès donnent ainsi lieu à des recommandations de prévention. Ces recommandations ne sont pas exécutoires, mais on peut estimer qu'elles sont appliquées dans environ 60% des cas. Ainsi, l'interdiction réglementaire du téléphone cellulaire au volant et l'obligation de rouler avec des pneus à neige en hiver ont été recommandées à maintes reprises par des coroners, pour finalement être appliquées sous la pression des milieux œuvrant dans le domaine de la sécurité routière.

La majorité des recommandations concerne d'une part les traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre et, d'autre part, la qualité des soins médicaux. Certaines recommandations visent des cas particuliers, comme l'installation en 2004 de barrières anti-suicide sur le pont Jacques-Cartier à Montréal où, auparavant, une dizaine de personnes perdaient la vie chaque année en se jetant dans le vide. D'autres s'intéressent à des problèmes systémiques, comme la gestion sécurisée des narcotiques en milieu hospitalier.

Des pistes pour l'avenir

L'institution du coroner au Québec se distingue d'autres systèmes publics d'investigation des décès par ses liens avec la recherche, et par la facilité avec laquelle les rapports des coroners ainsi que les données des enquêtes et investigations peuvent être obtenus. Il sera bientôt possible d'aller encore plus loin : depuis 2006, tous les rapports des coroners sont numérisés et largement distribués sous cette forme au fur et à mesure de leur dépôt, entre autres à diverses composantes du réseau de la santé intéressées par tel ou tel type de décès. Dans un avenir assez proche, il est envisageable que ces documents numérisés soient versés progressivement sur un site web accessible sans aucune restriction. En diffusant aussi largement le résultat de l'investigation des décès violents et obscurs, le coroner accomplit une des dimensions essentielles de sa mission : scruter la mort pour mieux protéger la vie.

Références

- [1] Gagné M, Saint-Laurent D. La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2009.
- [2] Dancea A, Côté A, Rohlicek C, Bernard C, Oligny LL. Cardiac pathology in sudden unexpected infant death. *J Pediatr*. 2002;141(3):336-42.
- [3] Bourget D, Gagné P, Labelle ME. Parricide: a comparative study of matricide versus patricide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35(3):306-12.
- [4] Gagné M, Légaré G. Étude comparative de la gravité des blessures chez les utilisateurs de véhicules hors route et de motocyclettes au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- [5] Paré L, Tran, CD. Portrait des blessures mortelles en milieu agricole, Québec, 1989-2003. Lévis : Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis, 2008.
- [6] Water Incident Research Alliance (WIRA). <http://www.waterincident.ca>

¹ Officier public de formation médicale ou juridique. Au nombre d'environ 70, ils couvrent l'ensemble du territoire du Québec.