

Introduction à la chronique du coroner

NOUS AVONS ENCORE EN TÊTE l'image du détective qui cherche le crime dès qu'une mort lui semble suspecte. Le rôle du coroner a changé. Sa vocation, qui est celle de sauvegarder et de protéger la vie humaine, illustre bien cette valeur fondamentale des sociétés canadienne et québécoise.

Dès le présent numéro, *Le Médecin du Québec* publiera quatre fois l'an une chronique rédigée par des médecins coroners. Loin des récits macabres que nous livrent les romans policiers, les enquêtes des auteurs sauront devenir une source de formation pour les médecins omnipraticiens. La vision du coroner apporte un éclairage nouveau à des situations cliniques que nous rencontrons régulièrement dans notre pratique quotidienne.

Bonne lecture ! ☞

Le coroner et le praticien

89

par Serge Turmel

En ce soir de janvier, pendant votre garde à la salle d'urgence d'un centre hospitalier de Montréal, on vous amène un itinérant d'environ 30 ans, retrouvé sous un viaduc. Vous ne pouvez que constater le décès. Hormis une hygiène laissant à désirer, votre examen physique ne révèle pas grand chose de particulier, le corps étant rigide et complètement gelé. Vous concluez à un décès par hypothermie probable. Devez-vous aviser le coroner ?

La raison d'être de l'Institution du coroner

L'entrée en vigueur, en 1986, de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (LRCCD) est venue modifier de façon tangible le rôle de l'Institution du coroner, autrefois axé sur la détection du crime, en l'orientant vers la prévention des décès évitables et la santé publique. Cette vocation transformée du coroner illustre bien la place qu'occupe la sauvegarde et la protection de la vie humaine, comme valeur fondamentale dans les sociétés canadienne et québécoise. Ainsi, la *Charte des droits et libertés de la personne*, dans son premier article, énonce :

« Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sécurité, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »

En corollaire de la valeur qu'elle accorde à la vie humaine, la société refuse que le décès prématuré de tout être humain, qu'il survienne par suicide, accident ou autre, soit banalisé, et ne suscite aucun questionnement fondamental sur les causes et circonstances du décès et sur la façon de le prévenir. L'essence même de la mission et du mandat du coroner est de répondre à ce questionnement.

Essentiellement, au Québec, le coroner a pour objectif :

- d'identifier les causes médicales et les circonstances de chaque décès relevant de sa compétence ;
- de participer à la prévention des décès évitables, particulièrement par la formulation de recommandations et

Le Dr Serge Turmel est coroner en chef du Québec.

par l'étude des phénomènes de mortalité ;

- de faciliter l'exercice de la reconnaissance des droits par des citoyens ou des organismes privés ou publics à la suite d'un décès en colligeant toutes les informations expliquant les causes et circonstances de ce dernier et en les rendant accessibles ;

- d'informer le public.

Bien qu'ayant compétence sur les 53 000 décès survenant au Québec annuellement, le coroner l'exerce d'abord sur les décès dont les causes et circonstances sont violentes, obscures ou indéterminées.

Le décès de notre itinérant relève-t-il de ces catégories ?

Quand aviser le coroner d'un décès ?

Bien qu'aucun signe de violence n'ait été mis en évidence lorsque vous avez examiné le corps de la victime, il est sûrement anormal de mourir à 30 ans sous un viaduc. Un tel décès n'est donc pas sans soulever de multiples questions quant à ses causes et circonstances. Cet itinérant a pu mourir à la suite d'une infection, d'une intoxication ou d'un acte violent non apparent, sans compter les causes sociales qui sous-tendent le problème de l'itinérance. La décision d'aviser le coroner s'impose. En effet, la LRCCD oblige le médecin qui constate un décès à aviser le coroner si le décès en question est :

- survenu dans des circonstances violentes : homicide, suicide, accident ;
- survenu dans des circonstances obscures, en l'absence d'un traumatisme évident, si les renseignements relatifs au décès laissent entrevoir la possibilité que des éléments extérieurs aient pu causer ce décès ou y contribuer ;
- survenu, quelles qu'en soient les causes ou les circonstances, dans un centre de réadaptation, un lieu où une personne est admise sous garde, un établissement de détention provincial ou fédéral, un poste de police, un centre jeunesse, une garderie ou une famille d'accueil. Dans ces cas, même si la cause du décès est naturelle et que les circonstances ne sont ni obscures ni violentes, le coroner a l'obligation légale de procéder à une investigation.

Dans les situations précédemment décrites, le coroner a l'obligation de faire enquête à la suite de l'avis que vous lui transmettez. Cependant, il en va différemment pour les décès présumés naturels dans un centre hospitalier. En effet, si un décès de cause présumée naturelle survient à l'urgence ou dans une unité de soins, le coroner n'a pas à intervenir, car la responsabilité d'établir les causes médicales du décès revient à l'établissement en vertu de l'article 46 de la *Loi sur*

la santé publique qui prévoit notamment que :

« ... un établissement qui maintient une installation dans laquelle décède une personne doit prendre les mesures pour qu'un bulletin de décès soit dressé par un médecin, aux fins de la présente loi. »

En pareil cas, afin d'établir les causes médicales probables du décès, le médecin qui constate le décès devrait effectuer les démarches suivantes :

- vérification, auprès de la famille et des proches de la personne décédée, des circonstances immédiates entourant le décès, entre autres, les symptômes qu'aurait pu présenter la personne et qui permettrait de trouver une cause probable au décès. Dans certains cas, les policiers et les ambulanciers qui se sont rendus sur les lieux pourront également aider à préciser les circonstances, le cas échéant ;
- vérification des antécédents médicaux de la personne décédée, dans le dossier détenu par l'établissement ;
- vérification auprès du médecin traitant de l'état de santé récent de la personne décédée, si l'établissement ne détient aucun dossier.

Si, à la suite des informations reçues, l'établissement n'est pas en mesure d'établir les causes probables du décès, il est conseillé de demander à la famille ou aux proches de consentir à l'autopsie. Devant un refus, le coroner pourrait être consulté afin de donner, après discussion avec le médecin de l'urgence ou les autorités de l'établissement, la meilleure orientation possible au cas soumis. Puisqu'il est parfois difficile pour le clinicien de la salle d'urgence de départager un décès de cause purement naturelle d'un autre ayant pu survenir dans des circonstances obscures ou violentes, il ne devrait en aucune façon hésiter à consulter le coroner de sa région pour toute situation ambiguë ou problématique.

Dans le cas particulier d'un décès peropératoire ou postopératoire, il n'y a pas, au Québec, d'obligation juridique d'aviser le coroner dans tous les cas. Il faudrait cependant le faire si les facteurs suivants sont présents :

- la cause du décès est reliée à une erreur humaine ou à un problème technique ou mécanique, dans le cadre de l'intervention chirurgicale ou de l'anesthésie ;
- la qualité des soins reçus est mise en cause ;
- l'opération était nécessaire pour traiter une lésion traumatique à la suite d'un accident ou encore d'une tentative d'homicide ou de suicide.

Il va de soi que si le décès est lié à un risque opératoire normal, sans relation avec les situations précédentes, il n'est

pas nécessaire d'en aviser le coroner.

Dans le cas d'un décès de causes naturelles, survenant à l'extérieur d'un centre hospitalier, l'intervention du coroner est obligatoire si le médecin qui constate le décès n'est pas en mesure d'en établir les causes médicales probables et de les inscrire dans le bulletin de décès.

Que faire après avoir avisé le coroner ?

Conformément à la Loi, vous avez donc avisé le coroner de votre région du décès du jeune itinérant. L'étape suivante consiste à attendre les instructions de ce dernier concernant le corps. Entre-temps, vous devez sécuriser le corps, en le gardant isolé dans la salle d'urgence ou en le faisant transporter à la morgue de votre établissement. Il sera important, le cas échéant, que tous les vêtements et objets accompagnant la personne ou trouvés sur son corps soient remis au coroner, à moins d'instructions contraires de sa part, de façon à protéger tout élément de preuve qui pourrait être utile dans le processus d'enquête. Le coroner devra, par la suite, remettre aux ayants droit lesdits vêtements et objets.

Les pouvoirs du coroner

Dès le moment où il reçoit un avis de décès, le coroner dispose, pour mener à bien son mandat, de pouvoirs très vastes lui permettant de réunir tous les éléments d'information nécessaires pour clarifier l'identité de la personne décédée de même que les causes et les circonstances du décès. Ainsi, le coroner a toute autorité pour ordonner une autopsie, qui sera pratiquée selon les circonstances en milieu hospitalier ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale de Montréal. Il peut également demander toute autre expertise jugée appropriée : examen toxicologique, radiologique, anthropologique, biologique, etc.

Sauf exception, le coroner peut aussi, avec l'autorisation d'un juge de paix, entrer dans un lieu privé pour l'inspecter, ainsi que pour examiner et saisir des documents, dans la mesure où il croit avoir des motifs raisonnables de le faire.

Un des pouvoirs du coroner, susceptible d'avoir un effet immédiat sur un médecin ou un professionnel de la santé assujetti au *Code des professions*, est celui de saisir le dossier que détient ce dernier. Ainsi, le détenteur d'un tel dossier doit le faire parvenir au coroner sur réception du formulaire *Ordonnance de communication de dossiers*, dûment rempli par le coroner. Il va de soi que ce pouvoir ne s'applique qu'au dossier d'une personne décédée et n'est pas valable dans le cas d'une personne vivante.

Sur le plan pratique, le coroner demandera habituellement à obtenir une copie du dossier de la personne décédée que détient un professionnel de la santé ou un établissement. Toutefois, dans certains cas, il pourrait saisir l'original qui, généralement, sera remis à l'établissement ou au professionnel, une fois l'enquête terminée.

Il faut rappeler que, dans le cadre d'une investigation, le coroner peut être appelé à examiner les faits et gestes ou la conduite d'un professionnel de la santé à l'égard de la personne décédée, d'où l'importance de la tenue des dossiers répondant aux normes les plus élevées.

L'assignation d'un professionnel de la santé devant le coroner

À l'étape de l'investigation, le coroner n'a pas le pouvoir d'obliger quiconque à comparaître devant lui afin de révéler des informations. Il peut cependant demander à un professionnel de la santé de le rencontrer de son propre gré pour obtenir des éclaircissements sur le dossier de la personne décédée. Lors d'une telle rencontre, si la situation l'exige, le professionnel de la santé pourrait être accompagné d'un avocat. Dès lors, le coroner peut utiliser toute information qu'il a reçue au cours de son investigation, si elle s'avère pertinente et utile.

Le médecin peut fournir au coroner tous les renseignements sur une personne décédée, sans contrevenir aux dispositions entourant la non-divulgence des renseignements confidentiels. Cependant, si le coroner voulait obtenir des données concernant une personne vivante, il (ou le médecin) devrait, au préalable, obtenir le consentement de cette dernière.

Dans le cadre d'une enquête publique, tout professionnel de la santé peut être assigné à témoigner. Ce témoignage, sous serment, jouit alors de toutes les protections et garanties procédurales sur le plan juridique. Dans un tel cas, il faut rappeler que l'objectif premier d'une enquête publique n'est pas de trouver un coupable ou de repérer quelque responsabilité que ce soit au niveau criminel ou civil, car la LRCCD interdit au coroner de se prononcer à ce chapitre. L'assignation d'un professionnel de la santé a comme unique objectif de mieux comprendre son intervention auprès d'une personne décédée ou l'état de santé de cette personne.

Quand faut-il le remplir le bulletin de décès (SP-3) ?

L'article 46 de la *Loi sur la santé publique* prévoit qu'un

ANDRIOL^{MD}

(médicament de testostérone)
capsule de 40 mg

CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE

Androgène

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Andriol^{MD} (médicament de testostérone) est indiqué comme traitement de remplacement chez les hommes dont les troubles sont associés aux symptômes de déficience ou d'absence de testostérone endogène : pour la maîtrise de l'hypogonadisme primaire congénital ou acquis et de l'hypogonadisme hypogonadotrophique pour développer et conserver les caractères sexuels secondaires chez les hommes dont la production de testostérone est diminuée. Andriol^{MD} est également indiqué pour soulager la puberté chez des garçons identifiés avec soin et qui démontrent un net retard de l'apparition de la puberté, retard qui n'est pas dû à un trouble pathologique. Andriol^{MD} est aussi employé comme traitement de remplacement dans l'impuissance ou pour soulager les symptômes dépressifs chez l'homme lorsque les troubles sont causés par une déficience établie en androgènes.

CONTRE-INDICATIONS

Hypercalcémie connue à l'impérie qui composent du produit; hommes ayant un cancer du sein; femmes chez qui on soupçonne ou connaît l'existence d'un cancer de la prostate; patients souffrant de maladies cardiaques, hépatiques ou rénales graves; hypercalcémie; insuffisance hépatique; garçons prépubertaires; patients qui sont facilement irritables. Les androgènes sont également contre-indiqués chez les patients atteints de néphrose ou de sépsis au stade sévère.

MISE EN GARDE

L'hypercalcémie peut survenir chez les patients immobilisés et chez ceux qui sont atteints d'un cancer du sein. Dans ces cas, on doit interrompre l'administration du médicament. On a aussi l'emploi prolongé de fortes doses d'androgènes (notamment les 17-alpha-alkyl-androgènes) avec l'apparition d'adénomes hépatiques, d'épauements et de pilonnes hépatiques, qui représentent tous des complications menaçant dangereusement la vie du patient. D'autres effets secondaires et la justice peuvent apparaître avec les 17-alpha-alkyl-androgènes. Si le cas se présente, il faut interrompre l'administration du médicament. À la suite de l'arrêt, l'action est réversible. Les patients légers qui reçoivent des androgènes peuvent présenter un risque accru d'hypertrophie de la prostate et de cancer de la prostate bien que l'on manque de preuves convaincantes pour appuyer ces constatations. L'absence, avec ou sans insuffisance cardiaque, peut être une complication grave chez des patients atteints d'une affection cardiaque, risquée ou hépatique préexistante. La plus de la documentation du médicament, un traitement diurétique peut être requis. La gynécomastie peut apparaître et parfois persister chez les patients traités pour l'hypogonadisme. On doit administrer avec beaucoup de précaution par androgènes chez les garçons dont la puberté est retardée. Les androgènes peuvent accélérer la maturation osseuse sans pour autant produire un gain de croissance linéaire. On doit surveiller l'influence inattendue sur la maturation osseuse en évaluant l'âge des os des poignets et des mains tous les six mois. Ces réactions adverses peuvent modifier la taille adulte. Plus l'enfant sera jeune, plus les risques seront grands de compromettre la taille à maturité.

PRÉCAUTIONS

Les patients atteints d'hypertrophie bénigne de la prostate peuvent manifester une obstruction aiguë de l'urètre. De précaution ou une excitation sexuelle excessive peuvent apparaître à la suite d'une administration prolongée ou d'une posologie excessive. L'hypertrophie peut survenir. Si l'une de ces réactions apparaît, on doit interrompre l'administration d'androgènes et si l'on reconstruit le traitement, on emploiera des doses plus faibles.

Interactions médicamenteuses

Les androgènes peuvent accélérer la sensibilité aux anticoagulants oraux. Il peut s'avérer nécessaire de réduire la posologie des anticoagulants de façon à conserver l'hypoprothrombinémie à un niveau thérapeutique satisfaisant. On doit surveiller de près les patients qui prennent des anticoagulants oraux, surtout lorsqu'ils commencent le traitement par androgènes et lorsqu'ils l'arrêtent. Chez les patients diabétiques, les effets métaboliques des androgènes peuvent entraîner une diminution de la glycémie, et par conséquent les besoins en insuline sont plus faibles. Les androgènes peuvent activer la cyclophosphamide et augmenter le risque de toxicité rénales. L'administration simultanée de testostérone ou de testostérone et d'androgènes chez les garçons prépubertaires peut accélérer la maturation épiphysaire. On a observé une augmentation des taux sériques d'acétylsalicylate lors de l'administration simultanée d'androgènes et d'acétylsalicylate.

Possibilité d'interaction avec les corticostéroïdes : les glucocorticostéroïdes surtout ceux qui présentent une activité minéralocorticoïde importante; les minéralocorticoïdes ou les corticostéroïdes, spécialement lorsque l'emploi est prolongé; les médicaments ou la nourriture contenant du sodium.

Interférence avec les tests de laboratoire

Les modifications peuvent survenir dans les tests cliniques de laboratoire qui servent : test à la Phosphatase, glycémie à jeun et glycémie de l'après-midi; test de la fonction thyroïdienne (diminution de la capacité de se lier à la thyroxine, diminution de la fixation de l'iodure radioactif et suppression de la fixation de l'I₁₃₁ par les globules rouges ou la sérum); les taux de sérum libre diminue; les sérum électrolytes (présence de chlorure de sodium, de fer, de potassium, de calcium et des phosphates inorganiques); test de coagulation sanguine (suppression des facteurs de coagulation II, V, VII et X); modification aux tests de fonction hépatique; augmentation de l'activité sérique et de test de laboratoire (diminution de la créatinine et excrétion de la créatinine qui peut durer 2 semaines après la discontinuation du traitement). Les androgènes stimulent l'activité sérologique du sang et augmentent la valeur de l'hématoxime ainsi que les tests sériques d'hémoglobine; les effets sur les lipides du plasma sont variables. L'administration de testostérone, mais non pas celle des dérivés alkylés de 17-alpha-alkyl, augmente le taux des 17-corticostéroïdes sériques.

Tests de laboratoire

En raison de la toxicité hépatique associée à l'emploi des androgènes 17-alpha-alkylés, on devrait effectuer des examens de la fonction hépatique de façon périodique. On devrait vérifier périodiquement les taux d'hémoglobine et d'hématocrite (pour détecter la polycythémie) chez les patients à qui on administre des androgènes pendant une longue période. Le cholestérol sérique peut augmenter en cours de traitement. Si l'on traite des garçons prépubertaires, on doit effectuer des examens radiographiques périodiques (tous les 6 mois) pour évaluer l'âge des os afin de déterminer la vitesse de maturation osseuse et l'influence que peut avoir le traitement par androgènes sur les ossements épiphysaires.

RÉACTIONS ADVERSES

Les réactions adverses suivantes sont apparues lors du traitement par androgènes : inhibition de la fonction testiculaire, atrophie des testicules et oligospermie, impuissance, gynécomastie, épiphysaire et instabilité de la vue, légers et durés excitatifs des érections, castration, jaunisse (cholestase, jaunisse hépatique, polycythémie, maux de tête, anxiété, dépression, parésie généralisée et, rarement, réaction anaphylactique). De plus, on sait que les réactions suivantes peuvent survenir avec l'emploi des dérivés androgéniques : baisse ou augmentation du désir sexuel, rougeur de la peau, acné, acromégalie, excitation et insomnie, irritabilité, leucopénie et capotement chez les patients soumis à un traitement continu par androgènes. Quelques cas de d'algues ont été observés chez les patients à qui on avait administré de la méthyldéhydroépiandrostérone ou d'autres dérivés androgéniques et androgéniques, surtout lorsque le traitement était de longue durée.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Aucun épisode de surdosage n'a été observé. Aucun antidote spécifique n'est disponible.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie sera adaptée en fonction de la réaction de chaque patient. Habituellement, une dose initiale de 120-160 mg/jour prise en deux doses fractionnées pendant 1 à 3 semaines s'est révélée adéquate, suivie d'une dose d'entretien de 40-120 mg/jour. On doit prendre les capsules de Andriol^{MD} immédiatement après les repas, en évitant de les mâcher.

PRÉSENTATION

Chaque capsule de Andriol^{MD} contient 40 mg d'androgènes de testostérone dans de l'acide oléique. Chaque capsule de Andriol^{MD} est présentée sous forme d'une capsule ovale de gélatine molle de couleur brun rouge sur laquelle est inscrit B.Y.T. On peut se procurer Andriol^{MD} 40 mg en flacons de 30 ou de 100 capsules.

Monographie de produit complète offerte sur demande aux médecins et aux pharmaciens.

1. Tenby, R.B., Marlet, R., «Canadian practice recommendations for screening, monitoring and treating men affected by andropause or partial androgen deficiency», *The Aging Male*, [1]1998] 215-218.

2. Behre, R., Jerny, P.W. et al., «Andropause: A Primer for U.S. Clinical Endocrinology», *J. Clin. Endocrinol.*, vol. 183, 305-312, mai 2008.

3. Behre, R. et al., «Long-Term Effect of Testosterone Therapy on Bone Mineral Density in Hypogonadal Men», *Clin. Endocrinol. & Metab.*, vol. 42, no. 8, 1993.

4. «Andriol^{MD} (médicament de testostérone) Monographie de produit, Organon Canada Ltd., 1992.

Organon Canada Ltd./Océ
Suite 300-300 Caspary Place,
Carleton Place, Ontario N1R 3E4



Bureau du coroner

établissement qui maintient une installation dans laquelle décède une personne doit prendre des mesures pour qu'un bulletin de décès soit établi par un médecin au sujet du défunt. Lorsqu'une personne décède ailleurs que dans un établissement, c'est le dernier médecin ayant soigné cette personne qui doit le remplir.

Dans le cas d'un décès faisant l'objet d'une enquête du coroner, c'est à ce dernier que revient la responsabilité de remplir le bulletin de décès. Une telle démarche est logique, car, pour ce faire, il doit disposer de tous les renseignements pouvant expliquer les causes médicales du décès. Plusieurs établissements ou médecins continuent, malgré tout, de remplir un bulletin de décès, bien qu'il s'agisse d'un cas relevant de la compétence du coroner. Cette démarche est inutile, car c'est le document produit par le coroner qui sera ultimement retenu par l'Institut de la statistique du Québec.

Dans le cas de notre jeune itinérant, l'intervention du médecin de l'urgence se limitera au constat de décès et à l'inscription de ses observations cliniques dans le dossier, le coroner se chargeant d'identifier le défunt, de remettre ses biens personnels aux ayants droit, de demander les expertises nécessaires et, enfin, de remplir le bulletin de décès à la fin de son investigation. L'autopsie aura d'ailleurs mis en évidence une bronchopneumonie bilatérale expliquant le décès.

EN CONCLUSION, un nombre restreint de principes de base régissent le lien entre le coroner et le médecin en pratique. Il est cependant fort important que le médecin les connaisse et les applique correctement. En cas de doute, il faut voir le coroner comme un consultant qui pourra vous aider à clarifier une situation ambiguë. Le coroner est en fonction dans toutes les régions du Québec, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. ☞

Pour en savoir plus

- *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* L.R.Q., c. R-0.2.
- *L'investigation*, Bibliothèque nationale du Québec ISBN 2-550-37275-1, document interne du Bureau du coroner.
- *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., c. S-2.2.
- *Charte canadienne des droits et libertés, Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c.11 (R.-U.) Ann. B., Partie I, dans L.R.C. (1985), App. II, n° 44.
- *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12.