



Métier médecin coroner investigateur permanent

Claude Paquin

LORSQUE LE BUREAU du coroner m'a demandé d'écrire un article dans *Le Médecin du Québec*, j'ai été incapable de refuser. Que voulez-vous, je suis un fonctionnaire soumis ! J'ai toutefois accepté à la condition que mon sujet ne soit pas d'ordre didactique, ni en lien avec un dossier médical sur lequel j'aurais enquêté. Ayant cessé de pratiquer la médecine générale il y a 18 ans pour devenir coroner investigateur permanent, j'ai choisi de vous entretenir de ce métier particulier.

Définitions arides et très simplifiées

Le coroner investigateur peut être médecin, avocat ou notaire, tandis que le coroner enquêteur est avocat ou notaire. Le coroner investigateur permanent (CIP) est coroner à temps plein, tandis que le coroner investigateur à temps partiel (CITP) est un professionnel qui agit à titre de coroner dans une région donnée et auquel on fait appel lors d'un décès. Le CIP et le CITP font des investigations sur les morts violentes (suicide, homicide, accident) et sur les décès dont la cause semble naturelle mais est inconnue ou encore lorsqu'on ignore l'identité de la victime. Le CITP est rémunéré à l'acte tandis que le CIP reçoit le salaire annuel prévu à son décret et est nommé à vie. Le CIP couvre surtout les grandes régions de Montréal et de Québec, selon des listes de garde. Il fait aussi l'investigation des dossiers plus complexes lorsque le CITP ne dispose pas du temps nécessaire ou encore lorsqu'il peut y avoir apparence de conflits d'intérêt. Les enquêtes publiques sont faites par des coroners avocats ou notaires.

Pourquoi devenir coroner permanent ?

Pourquoi devenir coroner investigateur permanent en 1986, alors que je pratiquais la médecine

générale depuis 14 ans ? Parce que j'exerçais la médecine depuis 14 ans justement et que la pratique générale commençait à me peser. Lorsqu'on me proposa en 1983 de devenir coroner à temps partiel dans la région de Waterloo-Bromont-Cowansville-Granby, en remplacement du coroner qui venait de mourir, je me suis dit « Pourquoi pas ? ». J'ai pris le poste en ne sachant pas trop en quoi consistait ce métier et sans aucune formation préalable. À cette époque, la *Loi du coroner* était judiciairisée et visait à établir la responsabilité criminelle au moyen d'enquêtes publiques menées par un avocat (ou un médecin !). Les témoins devaient comparaître devant la Cour du coroner. S'ils étaient jugés responsables d'un décès, ils devaient alors se présenter devant un tribunal criminel. Le travail du coroner à l'époque portait sur le même type de décès qu'aujourd'hui. Cependant, s'il n'y avait pas matière à des poursuites criminelles, ce qui se produisait dans 98 % des cas, le coroner se contentait d'apposer sa griffe au bas d'un document portant une des mentions suivantes : mort naturelle, suicide, accident. Point final !

De 1983 à 1986, je m'acquittais de mes fonctions de coroner et j'apprenais sur le tas. Ce sont, en effet, les policiers-enquêteurs qui m'expliquaient les ficelles du métier, quand ce n'était pas les pathologistes du Laboratoire de médecine légale ou les chimistes et physiciens du Laboratoire de police scientifique qui venaient à ma rescousse. Un des premiers dossiers que l'on m'a confié a été d'élucider la mort de trois enfants qui avaient péri carbonisés dans l'incendie de la demeure familiale. Pas de tout repos comme initiation !

Mais j'aimais le travail et son côté spectaculaire : traverser les périmètres de sécurité en toute impunité avec les « cerises multicolores » et le bruit des sirènes, se rendre sur la scène d'un drame où règne toujours une certaine fébrilité, côtoyer les policiers autrement que comme conducteur le long

Le Dr Claude Paquin, omnipraticien, est coroner investigateur permanent au Bureau du coroner, à Montréal.

de l'accotement... et mieux comprendre leur métier. Et j'apprenais des tas de choses dans des domaines bien éloignés de la médecine.

Qui plus est, ça me permettait aussi de quitter mon cabinet d'urgence pour une raison autre qu'un accouchement... Bref, c'était pour moi un après-midi de congé... Les autres confrères me couvraient avec plaisir...

Faire l'investigation d'une scène de décès me stressait tout autant que travailler aux soins intensifs ou faire un accouchement, parce que je ne savais jamais à quoi m'en tenir, ni ce que je devais faire exactement. Mais j'apprenais toujours et je vivais ce que j'appelais un stress « positif ». Par contre, j'en étais rendu à vivre un stress « négatif » au cabinet, aux soins intensifs, à l'urgence ou dans la salle d'accouchement.

En 1986, la *Loi du coroner* fut abrogée et remplacée par la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. La loi donnait dorénavant au coroner un rôle de protection de la vie humaine. Il n'était plus question de chercher le responsable du décès, mais de prévenir la mort par des recommandations, le cas échéant. **Le Coroner n'était plus un justicier, mais un protecteur de la vie humaine.** Il avait donc un rôle social qui s'apparentait plus à celui du médecin.

Pour mettre en application cette nouvelle loi, le gouvernement cherchait des médecins, sans dossier judiciaire ni disciplinaire, qui comptaient au moins huit années de pratique. C'est ainsi que je me suis retrouvé dans la boîte en 1986, et que j'exerce depuis le métier de coroner.

Ai-je des regrets ? Depuis 1986, le Bureau du coroner a toujours compté six coroners investigateurs permanents (quatre à Montréal et deux à Québec). Aucun n'a quitté son poste autrement que pour prendre une retraite bien méritée... C'est faux ! Un coroner a déjà démissionné dans le passé pour des motifs personnels... vous avez noté la belle honnêteté intellectuelle ? Merci ! S'cusez le style ! Ça fait 25 ans que je lis Foglia.

Être CIP, ça veut dire...

*... Voir le monde autrement
qu'à travers la lunette d'un médecin*

Avant de devenir coroner, j'évoluais dans un uni-

vers qui se résumait à peu près à la médecine et à ma famille. En devenant CIP, le monde s'est élargi à l'infini. J'apprenais une multitude de choses sur une foule de sujets. De grand sorcier, je devenais étudiant à temps plein de la société qui m'entourait, car ce métier nous oblige à nous renseigner sur à peu près tout. Avant d'être en mesure de formuler des recommandations sensées à la suite d'un décès, surtout accidentel, il faut connaître tous les mécanismes qui y ont conduit, vérifier les lois existantes sur le sujet et faire des recommandations qui soient applicables. Bref, il faut que les recommandations aient du gros bon sens. Par exemple, on ne peut recommander la création d'une Régie de la coutellerie pour prévenir les décès par arme blanche... Quoique Ottawa nous ait bien concocté la *Loi sur le contrôle des armes à feu*. Mais ça, c'est une autre histoire !

Après dix années d'expérience, un CIP aura consulté à peu près tous les types d'experts : ingénieur, architecte, médecin expert, mécanicien, armurier, directeur de police et de prison, chimiste, physicien, avocat, etc. Il aura aussi visité toutes les scènes de décès possibles : usine, aéroport, poste de police, prison, bateau, immeuble, casino, piquerie, sentier de motoneige, piste de ski, etc. La liste n'en finit plus. Pensez aux diverses activités humaines se déroulant pendant une journée au Québec. Chacune peut vraisemblablement causer un décès... sauf peut-être le bridge. Et encore ! Examinez une journée type de votre vie et vous constaterez que plein de choses peuvent vous tuer durant cette période de 24 heures. Vous n'y arrivez pas ? C'est que vous manquez d'imagination ou alors que vous n'êtes pas CIP depuis 18 ans. Juste prendre un bain, par exemple. J'y vois déjà quatre façons de mourir accidentellement... sans compter l'homicide. Je sais. Dans ce métier, on finit par avoir l'esprit tordu. Je dirais même que c'est une qualité nécessaire.

...Réfléchir autrement

En médecine, tout va vite. On a la version du patient et on doit juger immédiatement s'il en met trop, assez ou pas assez dans la description de ses symptômes. On examine son patient, puis on essaie de faire corroborer ses impressions diagnostiques avec le labo. Après analyse, on fait une pres-

cription ou on transfère le patient en chirurgie ou on le dirige vers un spécialiste, de façon urgente ou non. Bref, il faut réfléchir vite, poser rapidement un diagnostic probable et traiter le patient selon une recette conforme à la science médicale du jour.

Le coroner, par contre, ne doit prendre que quelques décisions rapides dans les 24 heures suivant un décès. Une autopsie est-elle nécessaire ou est-ce que mon examen externe suffit pour expliquer la cause du décès ? Si une autopsie est nécessaire, doit-elle avoir lieu au Laboratoire de médecine légale (si une poursuite est possible) ou peut-elle avoir lieu dans un hôpital ? Si l'hôpital est un choix possible, pour lequel faut-il opter ? Des prélèvements toxicologiques sont-ils nécessaires ? Faut-il saisir l'auto ou des objets impliqués ? Puis-je libérer le corps sans autopsie ni examen externe ?

Pour le reste du dossier, il ne faut jamais aller vite. Le CIP doit réfléchir plus comme le ferait un avocat qu'un médecin. Lorsqu'il commence à obtenir un peu de renseignements (par exemple, de la famille, d'Urgences Santé, de la police, de l'urgentologue, etc.), son cerveau est porté à juger rapidement les circonstances (« c'tu effrayant, y'aurait pas dû faire ci ou ça... »). Toutefois, quand il a tous les éléments en main et toutes les expertises (ce qui peut prendre des semaines, voire des mois...), il nuance souvent son jugement. D'une impression première en noir et blanc, son jugement final va plutôt être dans les teintes de gris. C'est plutôt rare qu'un décès résulte de la « faute » d'une seule personne. C'est plus souvent la rencontre de plusieurs éléments qui mène au décès. C'est pourquoi les recommandations (environ 10 % de tous les dossiers) s'adressent souvent à plus d'un organisme.

... Vivre en solitaire

Je me souviens d'un reportage à la télé sur la fonction de coroner où on voyait, à la fin, un coroner qui marchait en campagne, seul avec son chien. L'image était bucolique, mais montrait bien la solitude d'un CIP. En médecine, le praticien voit tellement de monde au cours d'une

journee qu'il a hâte de se retrouver seul à la fin de la journée. Pour le coroner, c'est l'inverse. À Montréal, nous sommes quatre médecins permanents à occuper le même type d'emploi. Nous pouvons être deux de garde en même temps, mais sur des territoires différents. Les deux autres travaillent à leurs dossiers à domicile, de sorte que nous avons très peu de contact, sauf par téléphone. Pourtant, seul un autre CIP sait exactement en quoi consiste le travail d'un CIP et vit les mêmes préoccupations. Cette particularité de mon travail m'est parfois difficile à vivre. C'est vrai que mon métier m'oblige moi aussi à aller marcher en montagne (avec mon chien) quand vient le temps de dicter des dossiers difficiles. C'est que je ne peux pas, à titre de coroner, pondre à la légère un rapport complexe contenant des recommandations, sans réfléchir longuement à la fois au contenu et au contenant. Et cette réflexion ne se fait qu'en solitaire, car il faut la laisser mûrir. Le CIP est vraiment en délibéré, comme un juge qui peut prendre deux semaines ou deux mois pour faire connaître son jugement. Le CIP est un professionnel dont la responsabilité est liée à la victime qu'il représente, puis à la famille et à l'institution du coroner. Nos rapports d'investigation doivent donc refléter ce professionnalisme. Les rapports sont publics et peuvent donc être lus par tout expert que le sujet en cause intéresse ainsi que par tout média qui veut suivre le dossier. Voilà un autre motif pour avoir un dossier étoffé, que l'on maîtrise bien et que l'on peut donc bien défendre.



Dr Claude Paquin, coroner

... Ne pas attendre de gratifications

La médecine est un domaine très valorisant. En effet, le médecin voit constamment les résultats positifs de ses traitements et il lui arrive réellement de sauver des vies. Ses patients l'aiment, et tout ça est très gratifiant. C'est même dangereux pour l'ego qui, chez certains, peut par-

fois prendre une expansion démesurée...

Pour le coroner, les résultats gratifiants ne sont pas

spectaculaires, sauf avec les familles. C'est étonnant le réconfort que l'on peut apporter seulement à écouter et à manifester de l'empathie. C'est la seule gratification palpable du métier. Le reste est de l'ordre de l'imaginaire. On sait fort bien que nous jouons un rôle social nécessaire et que nos recommandations vont sauver des vies, mais ce n'est ni palpable ni quantifiable. Dans le tissu social, le coroner est un maillon d'une chaîne de prévention et, plus souvent qu'autrement, la chaîne ne bouge que lentement. Ce n'est pas parce que le coroner recommande l'interdiction des cellulaires au volant que ça va se faire demain matin. Ça peut prendre 15 ans... c'est le temps qu'il a fallu pour sensibiliser les gens au port de la ceinture et aux dangers de l'alcool au volant et de la cigarette. Il est aussi possible que notre recommandation ne soit jamais appliquée pour toutes sortes de raisons. Il faut vivre avec ça et c'est correct ainsi.

Il nous arrive toutefois de voir des résultats palpables. Comme dans ce dossier, par exemple, sur lequel j'avais fait investigation, en lien avec les coups de chaleur. Un travailleur était décédé 48 heures après son arrivée à l'urgence. Il avait été hospitalisé pour hyperthermie, convulsions, etc. L'impression diagnostique au départ était qu'il souffrait d'une méningite compliquée d'une septicémie. Il tomba rapidement en choc multisystémique et décéda. J'ai été avisé du cas parce qu'il y avait possibilité de prise de drogue peut-être involontaire avant l'admission. L'investigation a démontré, hors de tout doute, que le patient avait subi un coup de chaleur au travail. La CSST a donc été mise au courant. Avec son aide, nous avons répertorié quelque six cas de décès liés à des coups de chaleur au cours des dernières années. Tous ces cas étaient passés inaperçus, et les décès avaient donc été considérés comme étant d'ordre naturel. Une conférence de presse a été organisée au début de l'été suivant pour sensibiliser la population aux dangers du coup de chaleur... Par hasard, elle a eu lieu par une journée de canicule épouvantable... La conférence a alors été très médiatisée. Depuis, je sais par mon épouse qui est infirmière en santé au travail, qu'en mai ou en juin de chaque année, la CSST fait une grosse compagne de prévention sur les contraintes thermiques auprès de ses membres et des industries. Mon ego a alors dangereusement aug-

menté de volume. J'avais enfin réussi à faire parler une victime qui n'était donc pas morte en vain.

Se faire aimer ou détester des docteurs

Comme CIP et CITP, il nous arrive de trouver dans des dossiers médicaux des lacunes ayant conduit au décès. Pour certains dossiers, nous utilisons notre bagage de connaissances ou notre expérience sur le terrain. Pour d'autres, nous faisons appel à des médecins experts afin d'éclairer notre lanterne. S'ensuit alors notre rapport d'investigation, parfois accompagné de recommandations qui portent toujours le libellé final suivant : « que le dossier soit revu par le Collège des médecins, par le Conseil des médecins, des dentistes (CMD) ou des pharmaciens du centre hospitalier concerné ou par l'Association professionnelle concernée. » Notre démarche s'arrête là. Nous ne faisons pas de telles recommandations de gaieté de cœur, mais bien parce que notre métier est de prévenir les décès. Est-ce que notre rapport peut mener à des poursuites ? Je répondrais qu'indirectement oui. La famille qui consulte un avocat en ayant en main un rapport du coroner qui fait mention de lacunes médicales peut vouloir s'en servir pour appuyer sa démarche légale.

Il faut aussi voir l'autre côté de la médaille, qui prend diverses formes. Nous rencontrons très souvent des familles qui demandent une enquête parce qu'elles jugent qu'une erreur médicale a conduit au décès d'un proche. Après étude du dossier et analyse préjuridictionnelle, il arrive que nous confirmons que la victime est morte d'une cause naturelle connue et que le suivi s'est fait dans les règles de l'art médical. Il n'y a alors pas lieu d'ouvrir un dossier. On évite ainsi beaucoup de problèmes d'ordre juridique aux médecins et aux hôpitaux.

Souvent, c'est le médecin qui nous appelle. Le patient vient de mourir d'une cause médicale connue, mais un membre de la famille accuse les médecins de l'avoir tué et menace de les poursuivre. En pareil cas, nous allons ouvrir un dossier et exiger une autopsie qui confirmera souvent le diagnostic du médecin, ce qui évitera des poursuites. Dans d'autres circonstances, la victime est morte naturellement, mais la cause exacte du décès est inconnue. Le médecin demande une autopsie, mais la famille refuse,

souvent pour des motifs d'ordre religieux. Le coroner peut alors ordonner l'autopsie, car la cause exacte du décès est inconnue.

Nous ne sommes donc pas juste des empêcheurs de tourner en rond pour les médecins. Très souvent, nous leurs venons aussi en aide.

Accepter la fin de la vie

Je ne sais pas si les psychiatres seront d'accord, mais je pense qu'inconsciemment nous étudions la médecine pour apprivoiser les maladies, trouver les moyens de les contrer et, partant, reculer l'heure angoissante de notre propre mort. C'est probablement pourquoi les confrères et amis nous demandent souvent comment nous arrivons à côtoyer la mort chaque jour sans perdre les pédales. Au début, c'est difficile en raison de nos réflexes de docteurs pour qui la mort est synonyme d'échec de la médecine. Toutefois, à force de la fréquenter, on l'apprivoise. On finit par accepter le fait qu'elle représente inéluctablement la fin de la vie. Le visage des morts est souvent empreint d'une sérénité et d'un calme qui expliquent probablement l'expression « qu'il repose en paix ». Leur combat dans la vie est maintenant terminé : « La vie est difficile », écrivait le psychiatre Scott Peck dans son livre *Le chemin le moins fréquenté*. Pour moi, le praticien a besoin de beaucoup plus de courage que le coroner. Quand on voit un film où l'espion se fait torturer avant d'être assassiné, on pousse un soupir de soulagement au moment de sa mort. On fait « Ouf », et notre tension diminue à l'image suivante. Dans la vie, c'est le médecin qui vit concrètement les horreurs que la maladie engendre. Le coroner arrive en scène au « Ouf ». C'est beaucoup moins demandant.

C'est Jacques Brel qui disait, dans sa chanson « La ville s'endormait... Je sais déjà que l'on meurt de hasard... en allongeant les pas ». Des centaines de fois, je me

suis remémoré ces paroles en voyant des gens qui étaient morts subitement de cause naturelle ou accidentelle. Foi de coroner, et sans vouloir plonger dans le mélodrame, je vous suggère de ne pas remettre à demain la réalisation de certains de vos vieux rêves, parce que... *de hasard... en allongeant les pas...* ☞



À louer
Clinique médicale

6 350 pi.ca
située en haut
d'une pharmacie
800, boul. Chomedey, Laval

Pour renseignements :
ANTREV

(514) 284-0229

Recherche 2 médecins

GMF Clinique médicale de Lauzon

213, rue St-Joseph, Lévis (Québec) G6V 1C8

Pour compléter une équipe de 7 médecins :

- Travail varié
- Frais de bureaux très compétitifs
- Horaire flexible
- 3 infirmières affectées au GMF
- Clientèle variée et assurée
- Équipe dynamique

Contacteur : **André Lévesque, m.d.**, (médecin responsable)
Téléphone : (418) 833-2473