

Les morts violentes et inattendues en milieu hospitalier

*Louise Nolet et Paul-André Perron,
avec la collaboration de June Bouffard et Denise Brûlé*

Les trois patients suivants sont décédés en cours d'hospitalisation.

Doit-on aviser le coroner ? Quel est son rôle ? Quels sont les devoirs du médecin dans ces cas ?

ÉTIENNE, 28 ANS, est admis en psychiatrie pour dépression majeure avec idées suicidaires, mais sans plan précis. Sept jours plus tard, lors de la tournée de fin de soirée, Étienne n'est plus dans sa chambre. Au matin, un agent de sécurité le trouve pendu dans les toilettes de la clinique externe.

Philippe, 60 ans, est hospitalisé pour une fracture du fémur. Les suites opératoires se déroulent normalement. Le matin de la 6^e journée suivant l'opération, il est trouvé mort dans son lit. Sur la table de nuit, une note d'adieu est trouvée. L'autopsie et les analyses toxicologiques demandées par le coroner permettent de conclure que la cause du décès de Philippe est une polyintoxication médicamenteuse.

Robert, 79 ans, n'a aucun antécédent suicidaire connu. Il souffre de problèmes cardiaques et d'une bronchopneumopathie chronique obstructive avancée. Lors d'une période de canicule, il est admis à l'hôpital pour une décompensation respiratoire. En soirée, il devient très agité et le médecin de garde est appelé à son chevet. À son arrivée, ce dernier constate que Robert n'est plus dans sa chambre et que les solutés ont été arrachés. La fenêtre est ouverte, et la moustiquaire est brisée.

Robert est trouvé mort dans la cour de l'hôpital, sous la fenêtre de sa chambre. Le coroner conclut que la cause de son décès est un polytraumatisme com-

patible avec une chute de six étages.

Le médecin devait-il aviser le coroner, et pourquoi ?

Au Québec, la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2) prévoit qu'un officier public doit, par une investigation ou une enquête publique, rechercher l'identité de la personne décédée, la date et le lieu de son décès, les causes médicales probables et les circonstances, et ce pour certains types de décès, notamment tous ceux qui surviennent dans des circonstances violentes ou obscures. Ce rôle est confié au coroner.

Bien que la loi donne au coroner compétence sur tout décès qui survient au Québec, la détermination des causes de décès se fait par les médecins du réseau de la santé dans la très grande majorité des cas (plus de 90 % des décès). **Mais les morts survenant dans des circonstances obscures ou violentes nécessitent une recherche ainsi qu'une analyse à la fois médicale et circonstancielle des événements ayant mené au décès ; le législateur a alors confié exclusivement ce rôle au coroner.**

Les décès traumatiques en milieu hospitalier sont-ils fréquents ?

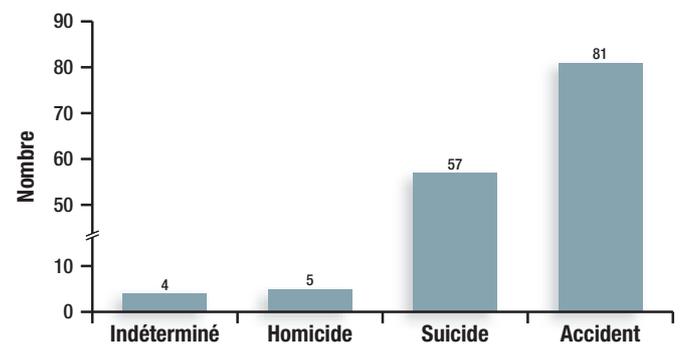
Selon les rapports d'investigation des coroners, un total de 147 traumatismes* mortels sont survenus dans les hôpitaux du Québec pendant la période de

La D^{re} Louise Nolet est coroner en chef adjointe au Bureau du coroner à Québec. M. Paul-André Perron est agent de recherche au Bureau du coroner à Québec. Il est titulaire d'un doctorat en sciences politiques. M^{mes} June Bouffard et Denise Brûlé sont nosologues au Bureau du coroner à Québec.

*La notion de traumatisme est ici utilisée au sens large et désigne toute lésion corporelle causée volontairement ou involontairement par un transfert d'énergie, ou par le manque d'un élément essentiel à la vie, comme l'oxygène. C'est la définition communément admise en santé publique.

Figure 1

Répartition des traumatismes mortels en milieu hospitalier selon le type, 1999-2003 (n=147)



cinq ans s'étalant de 1999 à 2003 (figure 1).

Quel est le portrait des suicides en milieu hospitalier ?

Cinquante-sept suicides en milieu hospitalier sont survenus entre 1999 et 2003, ce qui représente 0,8 % de tous les suicides au Québec pendant la même période.

La répartition des suicides à l'hôpital selon le sexe et l'âge montre une surreprésentation des hommes, comme pour l'ensemble des suicides au Québec (figure 2).

On observe, par ailleurs, le poids relativement élevé des suicides chez les personnes de 65 ans et plus, qui représentent 21 % des personnes mortes par suicide en milieu hospitalier, alors que 10 % de l'ensemble des suicidés au Québec appartiennent à

cette tranche d'âge. Ces données doivent cependant être interprétées en tenant compte de la proportion élevée de personnes de 65 ans et plus parmi les patients hospitalisés au Québec. La figure 3 indique la répartition des suicides en milieu hospitalier selon le moyen utilisé.

La plupart des personnes s'étant suicidées avaient fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique et étaient hospitalisées en psychiatrie. Les suicides surviennent généralement dans la chambre du patient ou dans les toilettes.

Quels types d'accident mortel surviennent en milieu hospitalier ?

Parmi les causes externes de traumatismes mortels involontaires, les accidents médicaux et chirurgicaux viennent au premier rang, suivis de près par les chutes (figure 4).

Les effets indésirables des médicaments incluent uniquement les effets nuisibles de substances thérapeutiques administrées selon les règles de l'art, alors que les intoxications résultant d'une erreur de prescription ou de posologie d'une substance médicamenteuse sont regroupées parmi les accidents médicaux et chirurgicaux (figure 5).

Les accidents chirurgicaux comprennent un ensemble d'événements très hétéroclites. Aucune intervention particulière ne semble responsable d'une série de décès. Les erreurs de prescription ou de posologie sont également très diversifiées. On note toutefois trois décès attribuables à une surdose d'opiacés, seuls ou en association.

Répartition des suicides en milieu hospitalier selon l'âge et le sexe, 1999-2003 (n=57)

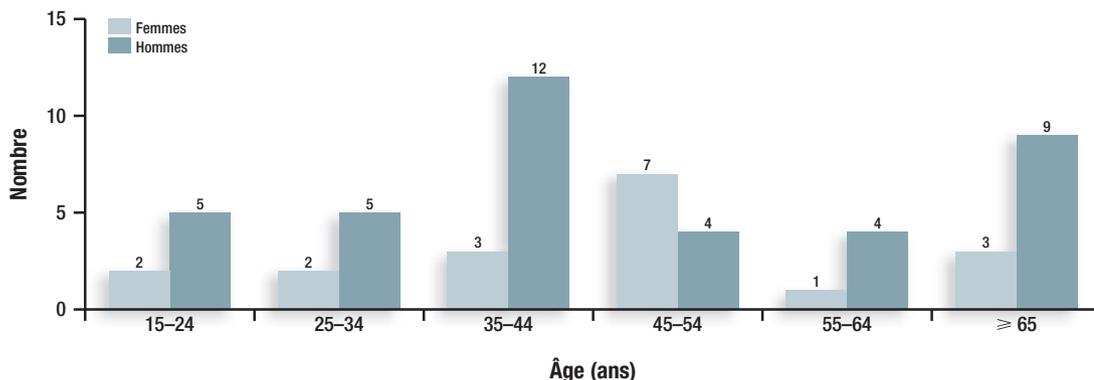
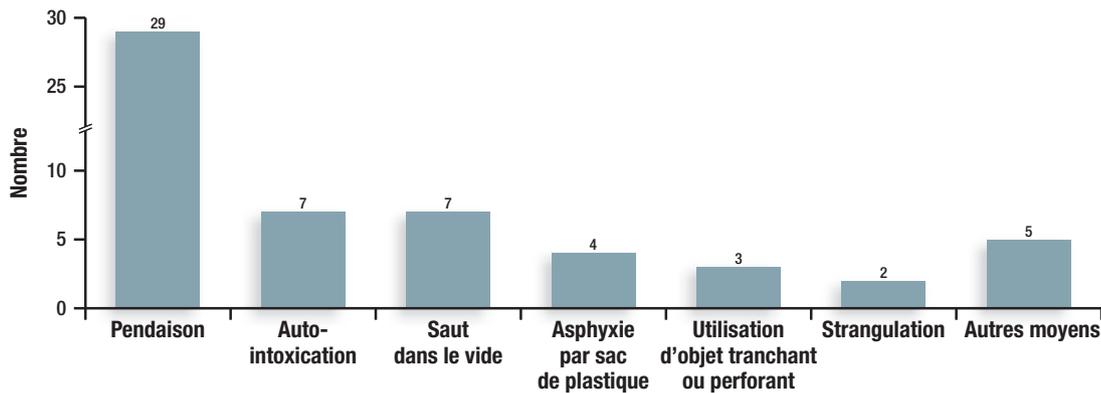


Figure 3**Suicides en milieu hospitalier selon le moyen utilisé, 1999-2003 (n=57)**

À l'inverse des accidents médicaux et chirurgicaux, les chutes involontaires correspondent presque toutes à un nombre limité de scénarios récurrents. Ce sont presque toujours des patients âgés qui meurent à la suite d'une chute de plain-pied ou d'une chute d'un lit. Les chutes d'un édifice sont le plus souvent des défenestrations de patients atteints de problèmes psychiatriques (figure 6).

Les homicides et les traumatismes d'intention indéterminée

Cinq homicides en milieu hospitalier sont survenus entre 1999 et 2003. Ces actes sont presque toujours commis par des patients atteints de problèmes psychiatriques. On compte aussi quatre traumatismes mortels d'intention indéterminée. Il s'agit

d'autodestruction de patients en *delirium*.

Quels sont les devoirs du médecin envers le coroner ?

Lorsqu'un événement traumatique mortel survient, même si la cause médicale probable du décès est connue, le coroner doit en être avisé. Cette exigence s'applique peu importe le lieu de l'événement, donc même dans un hôpital.

En outre, le coroner doit être avisé quel que soit le délai entre l'événement traumatique et la mort clinique : **le décès d'une personne âgée qui fait une chute à domicile et meurt trois semaines plus tard de complications médicales consécutives à cette chute doit faire l'objet d'un avis au coroner**, tout comme celui du conducteur d'une voiture qui succombe à

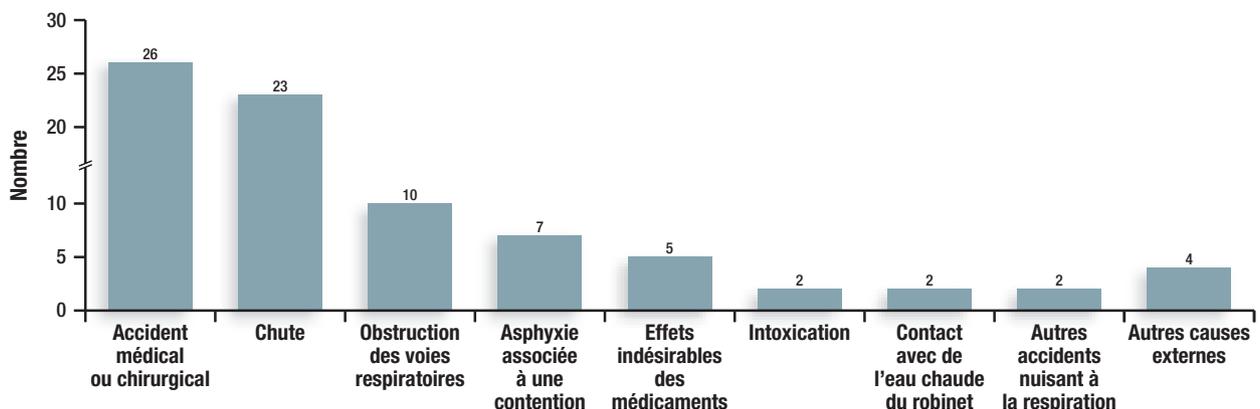
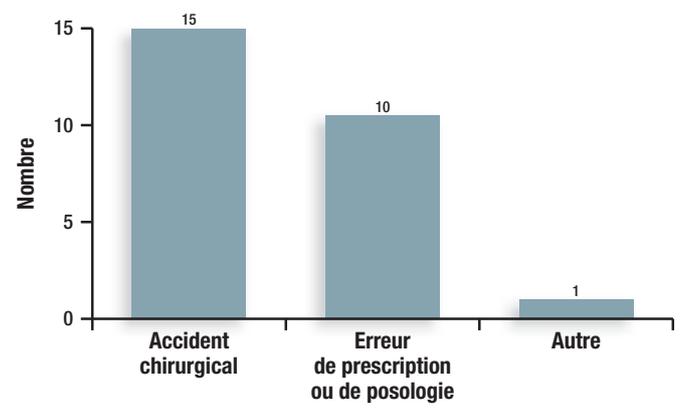
Répartition des traumatismes mortels involontaires en milieu hospitalier selon la cause externe, 1999-2003 (n=81)

Figure 5

Accidents médicaux et chirurgicaux selon la cause externe, 1999-2003 (n=26)



ses blessures quelques mois après une collision.

Dans tous les cas où le coroner procède à une investigation, le médecin n'a pas à remplir le formulaire SP3 (*Bulletin de décès*) : c'est au coroner de le faire (Art. 46 de la *Loi sur la santé publique*).

Quels sont les outils de travail du coroner ?

Une fois avisé, le coroner procède nécessairement à une investigation. Lors de cette investigation, il demandera à un agent de la paix de faire enquête, ce qui signifie que des témoins seront rencontrés afin de donner leur version des faits. Le coroner a aussi accès au dossier médical du patient et peut en obtenir copie ou en saisir l'original. Le coroner peut examiner ou faire examiner un cadavre, le photographe ou le faire photographe, ordonner une autopsie, des ana-

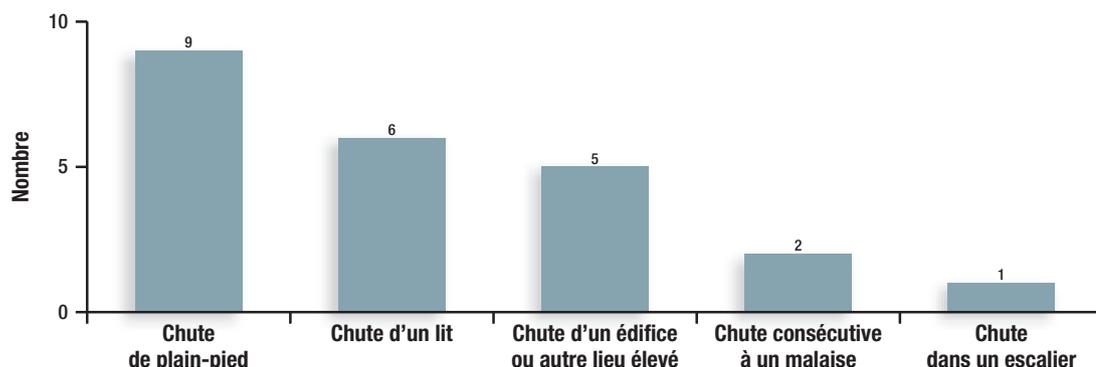
lyses toxicologiques ou encore toute autre expertise utile aux fins de son mandat, et ce, sans le consentement des proches de la personne décédée. Le coroner peut aussi inspecter le lieu où est survenu l'événement mortel et y saisir tout objet ou document utile aux fins de son investigation. Grâce à ces pouvoirs, le coroner pourra recueillir tous les renseignements nécessaires pour déterminer les causes et les circonstances du décès qui fait l'objet de son investigation.

Le coroner protecteur de la vie humaine

La *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* attribue au coroner un rôle de catalyseur de changements, tant à l'égard de l'environnement que des activités et des comportements humains, ainsi qu'un rôle de protecteur de la vie humaine. En lien avec ce dernier rôle, elle lui permet de formuler, à l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, toute recommandation visant à éviter d'autres décès semblables. Chaque année, plus de 200 décès font l'objet de recommandations des coroners. Parmi les décès causés par un traumatisme survenu à l'hôpital, 42 % font l'objet de telles recommandations. Il faut garder à l'esprit que les recommandations du coroner qui touchent les gestes posés par un professionnel de la santé ne constituent ni un blâme, ni une réprimande, mais visent plutôt à éviter la répétition de tels décès. De plus, le coroner ne peut se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

Le travail des coroners permet également de documenter l'ensemble des décès traumatiques au Québec. Au Bureau du coroner, les renseignements

Répartition des chutes mortelles involontaires en milieu hospitalier selon le type, 1999-2003 (n=23)



contenus dans les rapports des coroners sont codifiés en une centaine de variables emmagasinées dans une banque de données exploitée quotidiennement à des fins de surveillance épidémiologique et de prévention. De plus, les documents recueillis pour l'investigation (rapports d'autopsie et de toxicologie, rapports médicaux, etc.) peuvent être consultés à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, avec l'autorisation du coroner en chef.

Nos trois décès

Étienne est décédé violemment à la suite d'une autodes-truction alors que son état mental était fortement perturbé.

Philippe a volontairement accumulé certains médicaments tandis que des parents et amis lui en avaient apporté d'autres. Dans un geste volontaire, il a mis fin à ses jours.

Quant à Robert, son décès est accidentel. Il était aux prises avec un syndrome confusionnel aigu et dans un état de *delirium*. Les causes sont multifactorielles et sont notamment liées à une hypoxie chronique, à son état pathologique sous-jacent, à une composante iatrogénique en lien avec les mé-

dicaments associés à son âge, et au fait d'être seul dans un endroit restreint et peu familial.

LES DÉCÈS d'Étienne, de Philippe et de Robert *doivent* faire l'objet d'une investigation du coroner. De 1995 à 2004, le nombre de décès dont se sont occupés les coroners est passé de 5129 à 4094; même les suicides ont décliné, passant de 1625 à 1267 entre 1999 et 2003. Ces chiffres semblent indiquer que la prévention des décès évitables porte des fruits et rappellent au médecin qu'aviser le coroner est l'un des gestes qui, combiné à d'autres, peut contribuer à la protection de la vie humaine. 

Date de réception : 14 juillet 2005

Date d'acceptation : 27 juillet 2005

Bibliographie

- Bureau du coroner. *L'investigation*. Québec; 2001.
- Bureau du coroner, *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Québec; 2004.
- Morin P, Nolet L, Perron P-A. *Séjour à l'hôpital: péril en la demeure?* Présentation à la Journée du Barreau; 2002.
- Site Internet du Bureau du coroner : www.msp.gouv.qc.ca/coroner.