

.....  
**BUREAU DU CORONER**

**RAPPORT ANNUEL  
DE GESTION**

**2018-2019**

*Pour la vie!*

A pair of hands is shown from the wrist up, palms facing each other, holding a tangled string of warm white LED lights. The lights are glowing and casting a soft, warm light on the hands. The background is a solid, light blue color. The overall mood is hopeful and caring.

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le  
**Bureau du coroner**

Conception graphique : Pro-Actif

Édifice Le Delta 2  
2875, boulevard Laurier, bureau 390  
Québec (Québec) G1V 5B1  
Téléphone : 1 888 CORONER (267-6637)  
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée  
sur le site Internet du Bureau du coroner  
à l'adresse suivante :

[www.coroner.gouv.qc.ca](http://www.coroner.gouv.qc.ca)

Dépôt légal – 2019  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN Version imprimée : 978-2-550-84463-1  
ISBN Version électronique : 978-2-550-84464-8  
ISSN Version imprimée : 1707-987X  
ISSN Version électronique : 1913-7729

© Gouvernement du Québec, 2019

Tous droits réservés pour tout pays.  
La reproduction par quelque procédé que ce soit  
et la traduction, même partielles, sont interdites  
sans l'autorisation des Publications du Québec.

## MESSAGE DE LA MINISTRE

Monsieur François Paradis  
Président de l'Assemblée nationale  
Hôtel du Parlement  
Québec



Monsieur le Président,

Je vous présente le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'exercice financier ayant pris fin le 31 mars 2019.

Ce rapport répond aux exigences de la Loi sur l'administration publique et il présente les résultats obtenus par l'organisation en fonction de ses engagements ainsi que ses principales réalisations au cours de la dernière année financière.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La vice-première ministre, ministre de la Sécurité publique et ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale,

**Geneviève Guilbault**

Septembre 2019

## MESSAGE DE LA CORONER EN CHEF

Madame Geneviève Guilbault  
Vice-première ministre, ministre de la Sécurité publique  
et ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale  
2525, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Tour des Laurentides  
Québec (Québec) G1V 2L2



Madame la Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le Rapport annuel de gestion 2018-2019 du Bureau du coroner préparé conformément à l'article 24 de la Loi sur l'administration publique (RLRQ, chapitre A-6.01).

Ce rapport couvre la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019 et les résultats sont présentés en fonction des orientations de notre plan stratégique. Il contient une déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents.

Cette année, nous avons choisi de joindre le rapport des activités des coroners au rapport annuel plutôt que d'en faire un document distinct. Les données du rapport des activités sont séparées de celles du rapport annuel car les statistiques portant sur les décès sont calculées en fonction de l'année civile et non de l'année financière (voir la section 2 du présent document).

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, mes salutations distinguées.

La coroner en chef,

**Pascale Descary**

Septembre 2019

## DÉCLARATION ATTESTANT LA FIABILITÉ DES DONNÉES

En tant que coroner en chef, je suis responsable des renseignements contenus dans le présent rapport, et plus particulièrement de la fiabilité des données et des contrôles afférents à ces données.

Je déclare que le Rapport annuel de gestion 2018-2019 du Bureau du coroner :

- décrit fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'organisme;
- expose les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présente des données exactes et fiables.

Je déclare également que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait en date du 31 mars 2019.

La coroner en chef,

**Pascale Descary**

Septembre 2019



*Pour la vie!*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SECTION 1 : RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019</b> .....	9
<b>LE MOT DE LA CORONER EN CHEF</b> .....	10
1. Présentation du Bureau du coroner .....	12
1.1 L'organisation en bref .....	12
1.2 Contexte .....	14
1.3 Mission .....	14
1.4 Organisation interne .....	15
1.5 Domaines d'activité .....	16
1.6 Services offerts, clientèles et partenaires .....	17
<b>2. FAITS SAILLANTS</b> .....	18
2.1 Projets en cours .....	18
2.2 À venir dans la prochaine année .....	21
<b>3. RÉSULTATS OBTENUS EN 2018-2019</b> .....	22
3.1 Présentation sommaire des résultats .....	22
3.2 Orientation 1 : renforcer et maintenir la performance et la compétence des coroners et du personnel .....	25
3.3 Orientation 2 : Informer la population sur le rôle du coroner et diffuser les connaissances acquises sur les phénomènes de mortalité et la prévention des décès .....	30
3.4 Plaintes .....	32
3.5 Déclaration de services aux citoyens .....	33
<b>4. UTILISATION DES RESSOURCES</b> .....	34
4.1 Ressources humaines et gestion des effectifs .....	34
4.2 Ressources financières .....	37
4.3 Ressources matérielles .....	38
4.4 Ressources informationnelles .....	38
<b>5. AUTRES EXIGENCES</b> .....	41
5.1 Accès à l'égalité en emploi .....	41
5.2 Accès à l'information et protection des renseignements personnels .....	44
5.3 Plan d'action à l'égard des personnes handicapées .....	45
5.4 Plan d'action de développement durable .....	45
5.5 Divulgaration d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics .....	46
5.6 Politique linguistique .....	46
5.7 Éthique .....	46
5.8 Politique de financement des services publics .....	47
5.9 Renseignements relatifs aux contrats de service .....	47

<b>SECTION 2 : RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS</b> .....	49
<b>1. INVESTIGATIONS</b> .....	51
1.1 Les décès signalés aux coroners .....	51
1.2 Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport du coroner .....	53
1.3 Les autopsies et les examens de laboratoire .....	54
1.4 Quelques rapports d'investigation déposés en 2018 .....	55
<b>2. ENQUÊTES</b> .....	60
2.1 L'évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie .....	60
2.2 Les enquêtes en cours au 31 décembre 2018 .....	61
2.3 Les rapports d'enquête déposés en 2018 .....	61
<b>3. RECOMMANDATIONS</b> .....	64
<b>4. BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC</b> .....	65
<b>ANNEXES</b> .....	70
Loi et règlements .....	70
Code de déontologie des coroners .....	70
Procédure administrative préalable à une réprimande .....	73

A photograph of a couple holding hands in a grassy field. The person on the left is wearing a blue denim jacket and a brown leather watch. The person on the right is wearing a brown jacket and a colorful beaded bracelet. In the background, there is a large, leafy tree and a white fence. The overall mood is romantic and serene.

# SECTION 1

Rapport annuel de gestion 2018-2019

*Pour la vie!*

## LE MOT DE LA CORONER EN CHEF

C'est avec plaisir que je vous présente le Rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année 2018-2019. Ce bilan est d'autant plus significatif qu'il marque la fin de ma première année à la tête de l'organisation à titre de coroner en chef.

Dès le début de mon mandat, et jusqu'à ce jour, j'ai pu compter sur l'appui de toute l'équipe pour réaliser la mission du Bureau. Au cœur de ma gestion : le respect des personnes et le dialogue, des principes qui me sont chers et qui guident toutes mes actions.

Le Bureau du coroner est somme toute un petit organisme avec ses 53 employés et ses quelque 80 coroners. Pourtant, sa mission est de taille. En plus de rechercher les causes et les circonstances de certains types de décès, les coroners jouent un rôle essentiel de prévention. Leurs recommandations donnent lieu à des changements concrets et nourrissent le débat public sur plusieurs enjeux sociaux.

En adéquation avec nos valeurs d'empathie, de respect et de rigueur, je souhaite à la fois faciliter le travail des coroners et offrir des services de qualité à la population. Comme vous pourrez le lire dans les pages qui suivent, l'année 2018-2019 nous a permis de prendre plusieurs mesures concrètes en ce sens. Réduction des délais, formation des coroners et du personnel, suivi des recommandations... beaucoup de projets permettront à court et à moyen terme d'améliorer la qualité des investigations et les services à la population.

Après une année au Bureau du coroner, je réalise à quel point sa devise « Pour la vie » est significative. Même si notre mission porte sur les décès, nous travaillons avant tout pour la vie : celle des proches, celle des citoyens et des citoyennes, et toutes celles que la prévention permet de sauver.

Bonne lecture!



**Pascale Descary**  
Coroner en chef



*Pour la vie!*

# 1. PRÉSENTATION DU BUREAU DU CORONER

## 1.1 L'ORGANISATION EN BREF<sup>1</sup>

Le Bureau du coroner, c'est...

**1** **LOI**  
(la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès)

**5 515**

**INVESTIGATIONS**  
au cours de la dernière année

Près de

**80**

**CORONERS À TEMPS PARTIEL ACTIFS**  
répartis dans tout le Québec

**2**

**BUREAUX**  
(Québec et Montréal)

**8**

**CORONERS PERMANENTS,**  
y compris la coroner en chef

**2**

**MORGUES**  
(Québec et Montréal)



C'est aussi 53 employés, dont...

- des professionnels
- des juristes
- des techniciens
- des agents de bureau
- des gestionnaires
- des préposés au coroner
- des stagiaires
- des étudiants



Les coroners sont...

- des notaires, des avocats et des médecins
- des officiers publics indépendants et impartiaux

1. Données au 31 mars 2019, sauf le nombre d'investigations en 2018 qui est calculé en fonction de l'année civile (1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018).



#### Ils interviennent...

- en cas de décès obscur, violent ou survenu par suite de négligence
- lorsque le décès survient dans certains endroits particuliers (ex. une garderie, un pénitencier)
- lorsque le corps doit traverser les frontières du Québec



#### Ils travaillent avec plusieurs partenaires :

- les corps policiers
- les médecins et autres professionnels de la santé
- le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
- les organismes gouvernementaux



#### Les coroners ont pour mandat de rechercher :

- l'identité de la personne décédée
- la date et le lieu du décès
- les causes probables du décès
- les circonstances du décès



#### Ils ont deux moyens principaux pour le faire :

- l'investigation
- l'enquête publique

Ils formulent aussi des recommandations dans le but d'éviter des décès et de protéger la vie humaine.

## 1.2 CONTEXTE

La fonction de coroner est l'une des plus anciennes institutions de droit britannique, dont l'existence a été officialisée en 1194. L'appellation actuelle vient d'une dérivation du titre officiel *Keeper of the pleas of the Crown*, appelé communément *Crowner*, qui est devenu au fil du temps « coroner ». Au Québec, c'est à partir de 1764 que les coroners, aussi greffiers de paix, sont nommés par le gouverneur<sup>2</sup>.

La compétence et le pouvoir d'agir du coroner au Québec s'appuient, depuis 1986, sur la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2). Les coroners sont également soumis au Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 1), lequel prescrit leurs devoirs et leurs obligations, tels que l'intégrité, l'objectivité, la rigueur, l'indépendance, la diligence et la confidentialité des gestes posés dans le cadre de leurs fonctions.

Les coroners sont des officiers publics indépendants et impartiaux nommés par le gouvernement. Ils sont médecins, avocats ou notaires et desservent chacun un territoire de manière à couvrir l'ensemble du Québec. Le Bureau du coroner soutient les coroners dans l'accomplissement de leur mandat.

Conformément à la loi, le coroner a compétence sur tout décès survenant au Québec. Il intervient systématiquement lorsqu'un décès apparaît être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes. Il intervient également lors de l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans ces circonstances, et chaque fois que le corps d'une personne décédée au Québec est transporté à l'extérieur de la province. Il est aussi avisé de tout décès qui se produit dans des endroits particuliers, notamment dans les garderies, les centres jeunesse, les familles d'accueil, les postes de police, les établissements de détention, les pénitenciers et les centres de réadaptation. À titre indicatif, en 2018, les coroners sont intervenus dans environ 8,5 % de tous les décès survenus au Québec.

Dans le cadre de son mandat, le coroner doit rechercher, au moyen d'une investigation ou d'une enquête, les causes probables et les circonstances du décès. Il doit également déterminer l'identité de la personne décédée ainsi que la date et le lieu de son décès. Il rédige ensuite un rapport résumant les conclusions de son investigation ou de son enquête publique. La loi interdit au coroner de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

## 1.3 MISSION

Le Bureau du coroner a pour mission de rechercher, de façon indépendante et impartiale, les causes probables et les circonstances des décès obscurs, violents ou survenus par suite de négligence, de manière à contribuer à la protection de la vie humaine, à acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité et à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits.

Les coroners exercent un important rôle social de prévention des décès, notamment par la formulation de recommandations dans leurs rapports. Ces recommandations donnent souvent lieu à des changements concrets et nourrissent les débats publics, ce qui permet d'éviter des décès tout en sensibilisant la population à certains risques.

---

2. Réналд Lessard et Stéphanie Tésio, « Les enquêtes des coroners du district de Québec, 1765-1930 : une source en histoire médicale et sociale canadienne », CBMH/BCHM, volume 25 : 2, 2008, p. 433-460.

### 1.4 ORGANISATION INTERNE<sup>3</sup>

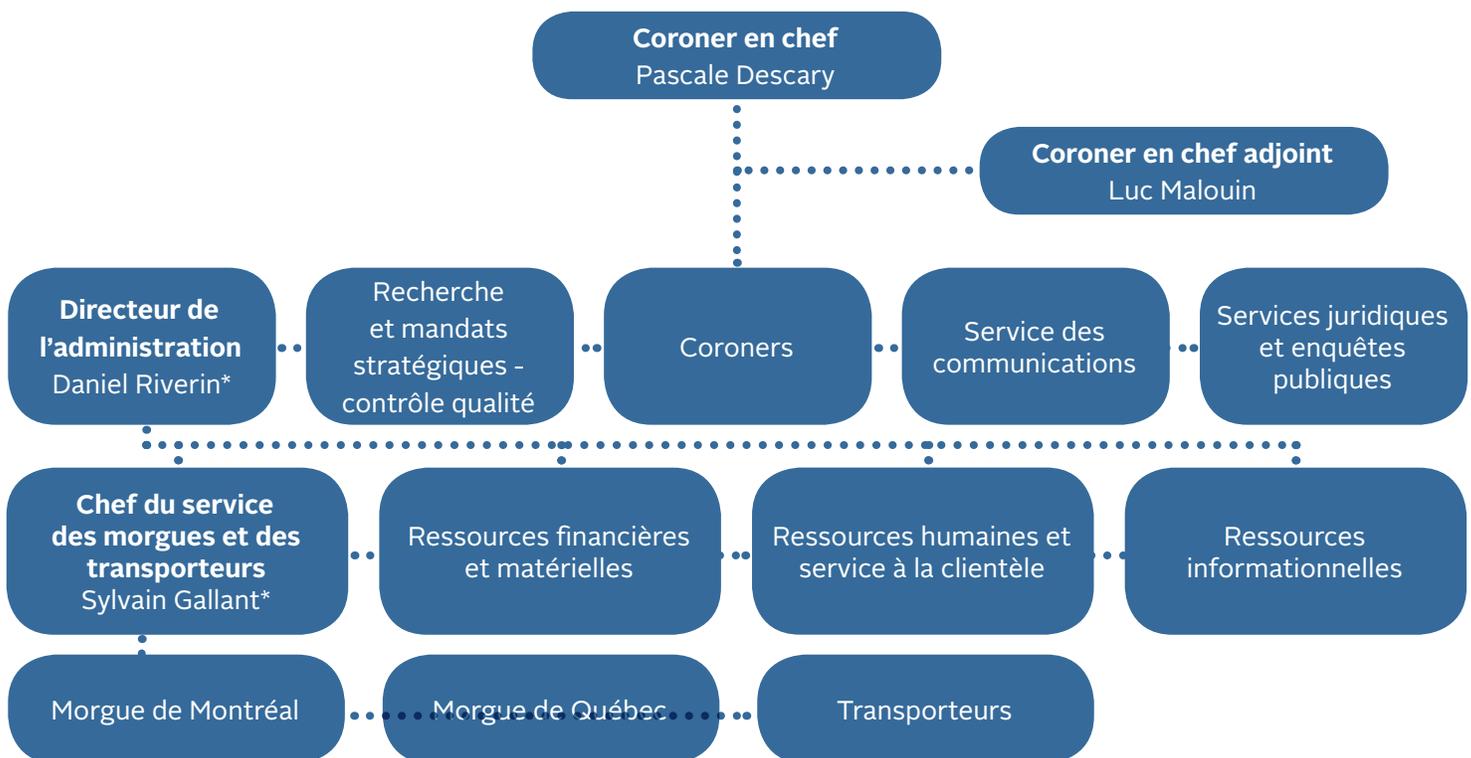
Le Bureau du coroner est dirigé par une coroner en chef qui est assistée d'un coroner en chef adjoint et d'un directeur de l'administration.

La coroner en chef est responsable de coordonner, de répartir et de surveiller le travail des coroners, et s'assure que l'ensemble du territoire du Québec est en tout temps desservi. Elle met aussi en place les ressources nécessaires afin que les coroners soient en mesure de remplir le rôle qui leur est dévolu, par exemple en appuyant les coroners mentors qui, à leur tour, soutiennent les coroners investigateurs à temps partiel.

Le coroner en chef adjoint a pour fonction d'épauler la coroner en chef dans son rôle de supervision et de la remplacer en cas d'absence ou d'empêchement. Il s'implique beaucoup auprès des coroners et des partenaires du Bureau du coroner, notamment en offrant de la formation.

La coroner en chef peut également compter sur le soutien des services juridiques, du service des communications ainsi que du service affecté à la recherche et au contrôle de la qualité, tous sous sa responsabilité immédiate.

Le directeur de l'administration et son personnel fournissent à la coroner en chef leur expertise et leur soutien en matière de renseignements et de services aux citoyens. Ils sont également affectés à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, de même qu'à celle des morgues et des transporteurs contractuels. Ils s'assurent enfin du respect des normes et des politiques gouvernementales et apportent le soutien administratif et technologique nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme.



\* Personnel d'encadrement

## 1.5 DOMAINES D'ACTIVITÉ

Les activités du Bureau du coroner peuvent être divisées en quatre grands domaines :

### **Investigation et enquête**

La Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2) prévoit que le coroner a deux moyens pour réaliser son mandat : l'investigation et l'enquête. Dans le premier cas, il s'agit d'un processus privé au cours duquel le coroner collecte lui-même l'information. Dans le second cas, les faits sont présentés au coroner lors d'audiences publiques.

### **Soutien à la reconnaissance et à l'exercice des droits**

Bien que le rapport du coroner soit public, l'accès à ses annexes est restreint en raison du caractère confidentiel des documents qui peuvent s'y trouver (rapport de police, rapport d'autopsie, photographies, etc.) Malgré tout, le Bureau du coroner peut en fournir une copie lorsqu'une personne, une association, un ministère ou un organisme établit que ces documents lui serviront pour connaître ou faire connaître ses droits ou dans la poursuite de l'intérêt public.

### **Prévention des décès et protection de la vie humaine**

Le Bureau du coroner contribue à protéger la vie humaine de différentes façons :

- recherche de recommandations appropriées par le coroner;
- transmission des recommandations aux intervenants concernés;
- conservation d'archives et de données;
- soutien aux chercheurs travaillant en prévention.

### **Information et communication**

Le rapport du coroner est un document public et il peut être consulté par quiconque en fait la demande. Les renseignements nécessaires à la connaissance des causes probables et des circonstances des décès qui sont recueillis lors d'une investigation ou d'une enquête publique sont également consignés dans les banques de données du Bureau du coroner.

## 1.6 SERVICES OFFERTS, CLIENTÈLES ET PARTENAIRES

Outre la conduite d'investigations et d'enquêtes publiques, le Bureau du coroner :

- communique et transmet des rapports d'investigation et des rapports d'enquête publique à toute personne qui en fait la demande;
- donne accès aux documents annexés à ces rapports lorsque la loi le permet;
- rend publiques les recommandations des coroners et les transmet aux intervenants concernés;
- informe le public relativement au mandat et aux activités des coroners et du Bureau du coroner;
- diffuse des données épidémiologiques concernant les décès obscurs, violents ou survenus à la suite de négligence;
- rend accessibles les archives des coroners aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique;
- conclut des ententes avec des milieux de recherche engagés dans la prévention des décès;
- chapeaute des comités multidisciplinaires dont les objectifs sont complémentaires à ceux du Bureau du coroner.

En plus d'offrir des services aux proches de la personne décédée, à ses représentants et à ses ayants droit, le Bureau du coroner est appelé à interagir avec diverses clientèles, notamment :

- les citoyens;
- les médias;
- les ministères et les organismes;
- les compagnies d'assurance;
- les chercheurs.

Depuis de nombreuses années, le Bureau du coroner mise sur la collaboration de partenaires publics et privés qui participent activement à la réalisation des mandats qui sont confiés aux coroners. Parmi ces partenaires, mentionnons :

- les corps de police;
- les intervenants du réseau de la santé;
- le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale;
- le Centre de toxicologie du Québec;
- l'Institut national de santé publique du Québec;
- les maisons funéraires;
- les organismes ayant une fonction d'enquête (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, Régie du bâtiment du Québec, etc.)

Quel que soit le service offert, la personne décédée et ses proches sont au cœur de l'accomplissement de la mission du Bureau du coroner.

## 2. FAITS SAILLANTS

La petite taille du Bureau du coroner ne l'empêche pas d'obtenir de grands résultats grâce à l'engagement des coroners et des membres du personnel. Il travaille activement, à son échelle, à améliorer la sécurité publique et à prévenir des décès. La section suivante présente quelques projets en cours ou à venir dans la prochaine année.

### 2.1 PROJETS EN COURS

#### Imagerie post mortem

Le Bureau du coroner poursuit ses efforts pour optimiser la disponibilité des autopsies en centres hospitaliers et pour en faciliter l'accès partout dans la province, notamment en développant l'imagerie post mortem.

Au terme du projet Vitrine, cet outil diagnostique novateur et économique permettra d'éviter l'autopsie conventionnelle dans certaines situations et, par le fait même, le transport de la personne décédée dans un grand centre urbain. Il s'agit donc d'une technologie particulièrement intéressante pour les régions où il n'y a pas de service de pathologie. Les délais se trouvent également réduits puisque le coroner obtient le rapport de l'expert radiologiste dans les jours qui suivent l'examen.

La phase 1 du projet ayant mené à des résultats concluants, la phase 2 a été lancée en octobre 2018 et s'échelonne sur environ une année. L'objectif est de réaliser une centaine d'« autopsies » par imagerie post mortem en parallèle des autopsies conventionnelles. Certains corps destinés à des autopsies au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale sont d'abord orientés au Centre d'imagerie post mortem de l'Hôtel-Dieu de Lévis ou au Centre d'imagerie post mortem de l'Institut de cardiologie de Montréal, selon leur provenance, puis les autopsies conventionnelles suivent leur cours au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

À la fin de la phase 2 du projet, les résultats des deux types d'examens seront comparés et les conclusions probantes tirées de cette étude permettront de mieux définir les indications de l'imagerie post mortem. La phase 3 du projet rendra ensuite l'imagerie post mortem disponible à travers la province, en collaboration avec le Réseau québécois d'imagerie post mortem (RQIPM).

En marge de la phase 2 du projet Vitrine, l'Hôtel-Dieu de Lévis et l'Institut de cardiologie de Montréal offrent depuis peu le Service d'autopsie virtuelle (SAV) à tous les coroners. Ceux-ci bénéficient donc d'un nouvel outil dans le cadre de leurs investigations qui leur permet entre autres de documenter des lésions traumatiques et ainsi de mieux comprendre les circonstances des décès.

#### Analyses toxicologiques

Le Bureau du coroner annonçait l'an dernier que les analyses toxicologiques seraient centralisées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, alors qu'elles étaient autrefois réparties entre le laboratoire et le Centre de toxicologie du Québec. C'est chose faite depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018. De façon concomitante, le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale a revu ses pratiques afin de diminuer le délai de production de ses rapports, ce qui permet aux coroners de recevoir les résultats rapidement et dans un format standardisé.

Le processus lié aux analyses toxicologiques a aussi été grandement facilité par la mise en place d'un projet pilote. Depuis novembre 2018, la réception des trousse de prélèvements est centralisée à la morgue de Montréal et une préposée au coroner assure un important rôle de coordination entre les coroners et le laboratoire. Elle vérifie le contenu des trousse et des ordonnances et contacte les coroners au besoin, puis achemine les prélèvements au laboratoire. C'est aussi cette personne qui reçoit les résultats d'analyses et les verse dans le système. Ce projet est un franc succès pour toutes les parties impliquées et il souhaitable qu'il se poursuive dans le futur.

### **Vigie et surveillance de phénomènes de mortalité**

En plus de collaborer à des enquêtes épidémiologiques, le Bureau du coroner s'implique activement dans la vigie et la surveillance de certains phénomènes de mortalité, dont les intoxications aux opioïdes et le suicide.

Le Bureau du coroner participe au Comité multisectoriel sur l'implantation de la Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes, chapeauté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans le cadre de ce projet, il a notamment contribué, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à la mise sur pied d'un système de vigie des intoxications aux opioïdes et autres stupéfiants. Il alimente ce système en y versant quotidiennement tous les signalements de décès qui pourraient être causés par des intoxications à des opioïdes ou d'autres stupéfiants, ce qui permet une meilleure observation de ce phénomène et facilite les efforts de prévention des directions de santé publique de toutes les régions du Québec. Le Bureau du coroner s'implique également à l'échelle nationale par le biais d'un groupe de travail sur la surveillance des opioïdes coordonné par l'Agence de santé publique du Canada.

Rappelons que le Bureau du coroner élabore annuellement, conjointement avec l'INSPQ, un rapport sur la mortalité par suicide au Québec. Les données colligées par les coroners permettent de dresser un portrait du suicide et de surveiller son évolution et servent d'assises aux actions de prévention partout en province. Afin d'épauler ses partenaires en santé publique, le Bureau du coroner effectue aussi des vigies lors d'événements particuliers comme les épisodes de chaleur accablante. Les données ainsi colligées alimentent plusieurs enquêtes épidémiologiques ordonnées par des directeurs de santé publique.

### **Suivi des recommandations**

Le mandat de prévention des coroners se traduit en bonne partie par les recommandations qu'ils formulent dans leurs rapports. Plus que jamais, le Bureau du coroner s'efforce d'améliorer le suivi de ces recommandations et d'établir des canaux de communications avec les principaux destinataires. Ces démarches améliorent non seulement le suivi des recommandations, mais aussi le partage d'information à l'étape de la rédaction du rapport, avec pour conséquences des recommandations plus concrètes et plus précises. Ainsi, le Bureau du coroner peut déjà compter sur la collaboration du ministère des Transports, qui a mis sur pied un Bureau de suivi des recommandations des coroners. Le Bureau du coroner participe également à une table de concertation avec le Collège des médecins, qui a désigné une personne ressource pour répondre aux questions des coroners en cours d'investigation. L'Ordre de pharmaciens, l'Ordre des infirmières et des infirmiers ainsi que le Ministère de la Santé et des Services sociaux ont également désigné des personnes ressources pour aider les coroners à explorer des pistes de prévention en cours d'investigation.

À l'interne, l'organisation a aussi récemment embauché un conseiller en prévention. Celui-ci est responsable du traitement administratif, de la diffusion et du suivi de toutes les recommandations. Il appuie également les coroners dans la formulation de recommandations efficaces et bien ciblées.

### **Comités multipartites chapeautés par le Bureau du coroner**

Le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, dont la première rencontre a eu lieu en janvier 2018, est déjà bien en selle. Formé d'une vingtaine de groupes, d'institutions et de ministères intéressés à contrer la violence conjugale, ce comité a pour mandat d'étudier les enjeux systémiques, les facteurs de risques et de protection de même que les tendances émergentes à partir de l'analyse des dossiers du Bureau du coroner. Les membres, qui se sont déjà réunis à dix reprises, élaboreront au cours des prochains mois des pistes de recommandations à partir des dossiers qu'ils ont étudiés.

Le Comité d'examen des décès d'enfants, qui poursuit les mêmes objectifs mais dans la sphère des enfants de 0 à 17 ans, continue lui aussi ses travaux. Il prépare d'ailleurs le bilan de ses activités pour les années 2017 et 2018.

### **Nominations de nouveaux coroners**

À la fin de l'été 2018, le Bureau du coroner a lancé un concours visant à recruter des coroners dans sept régions du Québec : Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Nord-du-Québec et Montérégie. Ce concours a mené à la nomination de 23 nouveaux coroners en avril 2019. Le Bureau du coroner peut donc compter sur de nouvelles forces pour combler les besoins dans ces régions.

## 2.2 À VENIR DANS LA PROCHAINE ANNÉE

### **Comité sur la mortalité de personnes autochtones**

Un tout nouveau comité verra le jour au cours de l'année 2019 afin d'étudier la mortalité chez les personnes autochtones. Ce comité découle de la forte volonté du Bureau du coroner d'engager le dialogue avec les communautés, de faire connaître davantage le rôle du coroner et, surtout, de mieux comprendre les besoins et les attentes des communautés autochtones.

Avant de lancer officiellement le projet, le Bureau du coroner offrira de la formation aux coroners impliqués, en collaboration avec le Secrétariat aux affaires autochtones et avec une chercheuse de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Des représentants du comité pourraient aussi se rendre à Kuujjuaq pour créer des liens avec la communauté inuite et discuter notamment du taux élevé de suicide qui l'afflige.

### **Sous-déclaration des décès**

Le Bureau du coroner poursuit ses travaux visant à contrer l'importante sous-déclaration de certains décès traumatiques, notamment les chutes accidentelles chez les personnes âgées. Au moyen d'une entente à conclure avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique, le Bureau du coroner pourra obtenir des renseignements issus du Registre des événements démographiques qui lui permettront d'amorcer des investigations sur des morts violentes non déclarées à un coroner au moment du décès. Cette entente sera soumise à la Commission d'accès à l'information avant sa mise en vigueur.

Il est difficile pour l'instant d'évaluer le nombre de décès qui auraient dû être déclarés, mais les premières données laissent présager une quantité importante. Le Bureau du coroner s'affaire à trouver des solutions pour minimiser l'impact d'un tel afflux de dossiers.

## 3. RÉSULTATS OBTENUS EN 2018-2019

### 3.1 PRÉSENTATION SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Le Plan stratégique 2017-2022 du Bureau du coroner a été déposé en mars 2018. Ce plan s'inscrit dans la démarche de changement et d'amélioration entamée au cours des dernières années et reflète la volonté du Bureau du coroner de remplir sa mission de protection de la vie humaine tout en offrant un service de qualité aux personnes endeuillées et à la population en général.

La section qui suit présente les résultats les plus récents pour chacun des objectifs du plan stratégique.

ORIENTATION 1 : RENFORCER ET MAINTENIR LA PERFORMANCE ET LA COMPÉTENCE DES CORONERS ET DU PERSONNEL					
OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS		PAGE
			2018-2019	2017-2018	
<b>AXE D'INTERVENTION 1.1 : LES PROCESSUS D'INVESTIGATION ET D'ENQUÊTE</b>					
<b>Objectif 1.1.1</b> Offrir aux personnes endeuillées un service diligent empreint d'empathie	Nombre de plaintes portant sur les services reçus	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022  Valeur 2016 <sup>4</sup> : 37	Atteinte  4 plaintes	À poursuivre  18 plaintes	25
<b>Objectif 1.1.2</b> Améliorer la qualité des investigations	Nombre de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022  Valeur 2016 : 48	À poursuivre  74 plaintes (dont 53 erreurs matérielles)	À poursuivre  49 plaintes	26
	Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners	Au moins six formations de mise à niveau d'ici 2022	En cours de réalisation  Colloque de deux jours en septembre 2018	En cours de réalisation  Colloque de deux jours en septembre 2017	
	Nombre d'aide-mémoire et de guides rédigés	Un nouveau document chaque année	À poursuivre  Plusieurs guides mis à jour	À poursuivre  Un guide en 2017	

**ORIENTATION 1 : RENFORCER ET MAINTENIR LA PERFORMANCE ET LA COMPÉTENCE DES CORONERS ET DU PERSONNEL (SUITE)**

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS		PAGE
			2018-2019	2017-2018	
<b>AXE D'INTERVENTION 1.1 : LES PROCESSUS D'INVESTIGATION ET D'ENQUÊTE</b>					
<b>Objectif 1.1.3</b> Réduire les délais de production des rapports d'investigation	Délai moyen de production des rapports d'investigation	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019  Valeur 2016 : 10,9 mois	En cours de réalisation  Délai moyen de 12,5 mois	En cours de réalisation  Délai moyen de 12,5 mois	27
	Nombre de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation	Diminution de 50 % d'ici 2022  Valeur 2016 : 93	À poursuivre  57 plaintes	À poursuivre  113 plaintes	
<b>Objectif 1.1.4</b> Conscientiser les partenaires au mandat du coroner	Nombre de rencontres de sensibilisation	10 rencontres par année	Cible atteinte  Plus de 20 rencontres et formations	Cible atteinte <sup>5</sup>  25 rencontres et formations	28
<b>Objectif 1.1.5</b> Revoir les procédures actuelles (pré-enquête et tenue d'audience) afin de simplifier les délais	Délai entre l'ordonnance d'enquête et le dépôt du rapport	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022  Valeur 2014-2017 : 13,9 mois	À poursuivre  Délai moyen de 23 mois en 2018-2019	À poursuivre <sup>6</sup>  Délai moyen de 21 mois <sup>7</sup> en 2017-2018	28
<b>AXE D'INTERVENTION 1.2 : LES COMPÉTENCES</b>					
<b>Objectif 1.2.1</b> Assurer le développement et le maintien des compétences	Proportion des coroners et des employés qui participent annuellement à des formations	100 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	À poursuivre  Environ 91 % des employés et 80 % des coroners ont reçu de la formation	Cible atteinte  100 % des coroners et des employés ont participé à au moins une formation	29

- Dans le Rapport annuel de gestion 2017-2018, cette cible est indiquée comme étant « À poursuivre ». On devrait plutôt lire qu'elle est atteinte puisque le nombre de rencontres et de formation est supérieur à 10.
- Dans le Rapport annuel de gestion 2017-2018, cette cible est indiquée comme étant « En cours de réalisation ». On devrait plutôt lire qu'elle est à poursuivre.
- La donnée indiquée dans le rapport annuel 2017-2018 (délai moyen de 19,3 mois) a été corrigée, car elle tenait compte d'un rapport d'enquête déposé avant le 1<sup>er</sup> avril 2017.

ORIENTATION 2 : INFORMER LA POPULATION SUR LE RÔLE DU CORONER ET DIFFUSER LES CONNAISSANCES ACQUISES SUR LES PHÉNOMÈNES DE MORTALITÉ ET LA PRÉVENTION DES DÉCÈS					
OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS		PAGE
			2018-2019	2017-2018	
<b>AXE D'INTERVENTION 2.1 : IMAGE ET RÔLE DES CORONERS</b>					
<b>Objectif 2.1.1</b> Mieux faire connaître le mandat du coroner en matière de prévention et de santé publique	Nombre annuel de consultations du site Internet et d'abonnés au compte Twitter	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations  Valeurs 2016 : 97 859 consultations et 455 abonnés	Cible atteinte  116 396 consultations du site Internet (355 959 pages vues)  Approximativement 1 600 abonnés au compte Twitter	Cible non mesurée  Plus de 900 abonnés au compte Twitter au 31 mars 2018	30
	Nombre de présentations et de conférences données	12 présentations par année	Cible atteinte  Plus de 16 présentations et conférences	Cible atteinte  18 présentations	
<b>AXE D'INTERVENTION 2.2 : MEILLEURE CONNAISSANCE DES RISQUES DE MORTALITÉ DE MANIÈRE À PRÉVENIR DES DÉCÈS</b>					
<b>Objectif 2.2.1</b> Favoriser les forums permettant de traiter d'enjeux de société et de sujets d'intérêt public dans une optique de prévention des décès	Nombre d'enquêtes publiques portant sur des enjeux de société ou des sujets d'intérêt public	Une enquête par année	Cible atteinte  6 enquêtes ordonnées et 2 rapports déposés	Cible atteinte  2 enquêtes ordonnées et 3 rapports déposés <sup>8</sup>	31
	Mise en place de comités multipartites d'examen des décès portant sur des enjeux de société	Nombre de comités mis en place : 3 comités d'ici 2022	À poursuivre	À poursuivre  Un nouveau comité	

8. Le nombre de rapports déposés ne figurait pas dans le Rapport annuel 2017-2018. Il s'agit d'un ajout.

### 3.2 ORIENTATION 1 : RENFORCER ET MAINTENIR LA PERFORMANCE ET LA COMPÉTENCE DES CORONERS ET DU PERSONNEL

Les citoyens qui doivent faire face à la perte d'un être cher dont le décès est survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes ont de grandes attentes à l'égard des coroners, de leurs investigations et de leurs recommandations. Il est donc essentiel de maximiser les efforts pour assurer la qualité des rapports et pour en réduire les délais de production.

Pour ce faire, les coroners doivent pouvoir compter sur une organisation efficace et performante dont les membres, compétents et mobilisés, soutiennent énergiquement les processus d'investigation et d'enquête publique. L'atteinte d'un tel objectif appelle un savoir-faire et des connaissances que favorisent une formation continue et un encadrement adéquat du rendement.

#### AXE D'INTERVENTION 1.1 : LES PROCESSUS D'INVESTIGATION ET D'ENQUÊTE

Les processus d'investigation sont au cœur de la mission, des opérations et de l'allocation des ressources du Bureau du coroner. Leur optimisation doit donc être une priorité, d'abord en offrant aux proches endeuillés un service attentif, proactif et respectueux de l'épreuve difficile qu'ils vivent.

Les citoyens s'attendent par ailleurs à obtenir des rapports de coroners de qualité dans des délais raisonnables. Si la qualité des rapports est du ressort exclusif du coroner, la durée d'une investigation ou d'une enquête ne relève pas entièrement de sa responsabilité. Certes, les coroners doivent faire preuve de la plus grande diligence lors de la rédaction de leurs rapports d'enquête et d'investigation en les complétant dans les meilleurs délais possible. Il est à noter toutefois que la production de rapports est souvent tributaire des délais nécessaires pour obtenir les documents produits par d'autres organisations, tels les rapports de police, d'autopsie, de toxicologie ou tout autre rapport d'expertise requis pour déterminer les causes probables et les circonstances d'un décès. Une collaboration accrue avec les partenaires, visant notamment à les conscientiser davantage à l'importance de réduire leurs propres délais de transmission des résultats de leurs analyses, est ainsi cruciale pour permettre au Bureau du coroner d'atteindre ses objectifs quant au délai de traitement de ses dossiers d'enquête et d'investigation.

#### Objectif 1.1.1 Offrir aux personnes endeuillées un service diligent empreint d'empathie

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Nombre de plaintes portant sur les services reçus	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022  Valeur 2016 : 37	Atteinte  4 plaintes

Au cours de l'année 2018-2019, le Bureau du coroner a reçu seulement quatre plaintes portant sur les services reçus de la part du personnel et du coroner. Il a donc atteint et même largement dépassé la cible prévue dans son plan stratégique.

### Objectif 1.1.2 Améliorer la qualité des investigations

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Nombre de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022  Valeur 2016 : 48	À poursuivre  74 plaintes (dont 53 erreurs matérielles)
Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners	Au moins six formations de mise à niveau d'ici 2022	En cours de réalisation  Colloque de deux jours en septembre 2018
Nombre d'aide-mémoire et de guides rédigés	Un nouveau document chaque année	À poursuivre  Plusieurs guides mis à jour

Au cours de l'année 2018-2019, le Bureau du coroner a reçu 74 plaintes portant sur le contenu d'un rapport. Il faut savoir que de ce nombre, 53 plaintes avaient pour but de signaler une erreur matérielle, c'est-à-dire une erreur portant sur la forme (par exemple une faute d'orthographe dans un nom propre). Ce sont donc 21 plaintes qui portent réellement sur une insatisfaction quant au contenu du rapport, ce qui est peu si l'on considère le nombre élevé de dossiers (en 2018, l'équipe administrative a fermé presque 50 % plus de dossiers qu'au cours de l'année précédente). Le nombre total de plaintes a d'ailleurs diminué au cours de la dernière année (167 plaintes en 2018-2019, comparé à 213 plaintes l'année précédente).

Afin de rehausser la qualité des rapports, le Bureau du coroner mise notamment sur la formation des coroners et sur le mentorat. Un tout nouveau comité a d'ailleurs été mis sur pied en février 2018 : le Comité sur la formation, dont le mandat touche à la fois la formation continue, le mentorat, le partage de l'expertise, le colloque annuel, le coaching individuel, les groupes de soutien et les ateliers de français. Le comité est aussi responsable de la formation continue offerte au personnel administratif. Le fait de regrouper tous ces sujets permettra au comité d'avoir une vue d'ensemble des activités et d'en assurer la cohérence, et ainsi de mieux répondre aux besoins exprimés par les coroners et le personnel.

La principale activité de formation des coroners est sans contredit le colloque annuel. Pendant deux jours, les coroners de toutes les régions sont conviés à assister à une quinzaine de conférences et d'ateliers sur des sujets qui les touchent de près. Cette occasion de perfectionnement et de réseautage contribue nécessairement à hausser la qualité des investigations.

Par ailleurs, au cours de la prochaine année, le Bureau du coroner souhaite présenter des formations sous forme de webinaires. Cette technologie permettra de rejoindre les coroners de toutes les régions du Québec et de leur offrir une mise à niveau sur une foule de sujets.

Le Bureau du coroner fournit différents outils aux coroners afin de faciliter leur travail d'investigation. Le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale travaille à l'élaboration d'un aide-mémoire pour les coroners, et le Comité d'examen des décès d'enfants leur a transmis la grille qu'il utilise pour analyser les dossiers. Les coroners ont également reçu une liste de critères à tenir en compte lors d'un décès possiblement lié à la chaleur. Plusieurs outils de formation ont également été mis à jour, dont le guide de formation des nouveaux coroners et le guide des utilisateurs du système GECCO.

**Objectif 1.1.3 Réduire les délais de production des rapports d'investigation**

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Délai moyen de production des rapports d'investigation	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019  Valeur 2016 : 10,9 mois	En cours de réalisation  Délai moyen de 12,5 mois
Nombre de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation	Diminution de 50 % d'ici 2022  Valeur 2016 : 93	À poursuivre  57 plaintes

En janvier dernier, la Protectrice du citoyen a reconnu les efforts constants du Bureau du coroner pour réduire le délai de production des rapports d'investigation. Pour rappel, ces délais ont fait l'objet d'un rapport en 2014 et le Bureau du coroner devait depuis produire un plan d'action annuel. Même si elle reste attentive à la situation, la Protectrice du citoyen a officiellement fermé son dossier. Portée par cette reconnaissance, l'équipe administrative du Bureau du coroner redouble d'efforts pour améliorer ses services.

L'embauche d'une quatrième technicienne en assurance qualité en 2018, l'implication des coroners mentors et la révision des critères d'analyse ont donné des résultats concrets : en 2018, l'équipe administrative a fermé presque 50 % plus de dossiers qu'au cours de l'année précédente. Pourtant, le délai moyen était toujours de 12,5 mois au 31 mars 2019. Pourquoi?

D'abord, parce que le nombre d'investigations ne cesse d'augmenter (5 515 en 2018, contre 4 946 en 2017). Cette augmentation s'explique notamment par le vieillissement de la population et les phénomènes dus aux changements climatiques comme les canicules. La pression exercée sur l'équipe administrative est aussi de plus en plus forte et les demandes des partenaires, des chercheurs, des médias, des citoyens de plus en plus nombreuses (vigies, statistiques, etc.) Le Bureau du coroner a aussi dû faire face aux mouvements de personnel et aux périodes de transition qui en ont découlé, en plus de composer avec les défis de recrutement occasionnés par le plein emploi.

Il faut également mentionner que l'implantation du nouveau système informatique GECCO en mai 2016 a comporté son lot d'impondérables, sollicité des ressources normalement affectées à l'assurance qualité et augmenté globalement le temps de traitement des dossiers. Bien que fort positive à long terme, cette implantation est la source d'une accumulation de dossiers qui ne s'est pas encore résorbée.

Dans ce contexte, il est essentiel de trouver des solutions pour réduire les délais administratifs. C'est pourquoi le Bureau du coroner accueille actuellement l'équipe du Service de développement de l'amélioration continue du ministère de la Sécurité publique. Celle-ci étudie les processus administratifs avec une approche de type LEAN dans le but de proposer des moyens concrets pour faciliter le traitement des dossiers et ainsi revenir à un délai de quelques semaines tout au plus. Cette démarche, qui a déjà un impact positif, permettra ultimement d'offrir un meilleur service aux proches des personnes décédées.

En parallèle, le personnel du bureau de Québec mise sur la période estivale 2019 pour mener une période de rattrapage. Toute l'équipe redouble d'efforts pour traiter le plus grand nombre de dossiers possible et les résultats sont fort prometteurs.

#### Objectif 1.1.4 Conscientiser les partenaires au mandat de coroner

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Nombre de rencontres de sensibilisation	10 rencontres par année	Cible atteinte Plus de 20 rencontres et formations

Les efforts du Bureau du coroner portent leurs fruits : la cible de 10 rencontres par année a été atteinte et même largement dépassée. Le coroner en chef, le coroner en chef adjoint et plusieurs coroners permanents s'impliquent beaucoup auprès des partenaires et contribuent à faire connaître le rôle des coroners. Parmi les personnes qui ont bénéficié de ces formations, on trouve surtout des médecins et des policiers. Les formateurs vont généralement rencontrer les partenaires dans leur milieu, dans les hôpitaux par exemple.

Ces formations, en plus de faire connaître le travail des coroners, favorisent à plus long terme la collaboration avec les différents partenaires. Elles sont aussi l'occasion de les sensibiliser à l'importance de réduire leurs propres délais de transmission des résultats de leurs analyses, lorsque cela est applicable.

#### Objectif 1.1.5 Revoir les procédures actuelles (pré-enquête et tenue d'audience) afin de simplifier les délais

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Délai entre l'ordonnance d'enquête et le dépôt du rapport	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022 Valeur 2014-2017 : 13,9 mois	À poursuivre Délai moyen de 23 mois en 2018-2019

La donnée indiquée dans le rapport annuel 2017-2018 (délai moyen de 19,3 mois) a été corrigée, car elle tenait compte d'un rapport d'enquête déposé avant le 1<sup>er</sup> avril 2017. Compte tenu de cette correction, le délai moyen entre l'ordonnance d'enquête et le dépôt du rapport a augmenté de deux mois au cours de la dernière année.

Plusieurs facteurs peuvent allonger la durée d'une enquête. Certains sont liés aux opérations du Bureau du coroner, mais d'autres sont hors de son contrôle, comme la non-disponibilité des locaux, des témoins, des parties intéressées ou de leurs représentants, ou encore la découverte d'éléments nouveaux qui amènent la prolongation des audiences. Par exemple, l'une des deux enquêtes ayant pris fin en 2018-2019 présentait un degré de complexité particulier. Les audiences ont d'abord été reportées en raison de la non-disponibilité d'un témoin expert, puis ont dû être prolongées afin de répondre à une demande de certaines parties intéressées concernant une contre-expertise. Parce que le processus d'enquête est public, contrairement à celui de l'investigation, il implique de vivre avec des impondérables similaire à ceux pouvant être vécus devant les tribunaux judiciaires. Il faut savoir aussi que jusqu'à récemment, le Bureau du coroner ne disposait que d'un nombre restreint de coroners-enquêteurs.

Le Bureau du coroner a mis plusieurs mesures en place pour réduire le délai entre l'ordonnance d'enquête et le dépôt du rapport. Il a d'abord créé un comité sur les enquêtes, dont le premier mandat était de former trois nouvelles coroners permanentes. Celles-ci ont déjà pris en charge leurs premières enquêtes, ce qui permet d'agrandir l'équipe des coroners-enquêteurs. Le comité poursuit ses travaux et travaille notamment à revoir le processus d'analyse des dossiers qui pourraient faire l'objet d'une enquête.

Par ailleurs, le Bureau du coroner a aussi revu la procédure intitulée « Traitement d'un dossier d'enquête publique ». Ce document détaille, étape par étape, le cheminement d'un dossier d'enquête publique et clarifie le rôle des intervenants. Cette démarche aura certainement un impact positif sur le déroulement des prochaines enquêtes et permettra par la même occasion de réduire le délai entre l'ordonnance et le dépôt du rapport.

## AXE D'INTERVENTION 1.2 : LES COMPÉTENCES

La consolidation des processus d'investigation repose bien sûr sur le travail des coroners, mais également sur la valorisation d'une équipe compétente, motivée et résolument capable de soutenir les coroners dans leurs activités de même que sur les plans administratif et juridique.

Une telle synergie s'obtient d'abord en assurant le développement et le maintien des compétences. Le Bureau du coroner compte diversifier l'offre de formation s'adressant aux coroners en leur permettant de développer des habiletés et des compétences professionnelles adaptées à leurs fonctions. Des formations spécifiques seront également offertes pour répondre aux besoins des employés du Bureau du coroner. L'ensemble de l'organisation se trouvera ainsi encore mieux outillé pour accomplir son mandat de manière optimale.

### Objectif 1.2.1 Assurer le développement et le maintien des compétences

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Proportion des coroners et des employés qui participent annuellement à des formations	100 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	À poursuivre Environ 91 % des employés et 80 % des coroners ont reçu de la formation

Pour les coroners, la principale activité de formation est le colloque qui a lieu au mois de septembre de chaque année. Environ 80 % des coroners ont participé à la dernière édition. Des midis-conférences sont aussi offerts aux coroners de la région de Montréal. Ces présentations pourront bientôt être visionnées en ligne par les coroners de toutes les régions. Quelques coroners ont aussi participé à une formation sur les relations avec les médias qui a eu lieu à Québec à la fin du mois de mars.

Environ 91 % du personnel a reçu au moins une formation dans l'année, que ce soit sur un sujet général ou adapté au corps d'emploi. Seize employés ont également participé au colloque annuel.

Comme cela a déjà été mentionné à l'objectif 1.1.2, le Bureau du coroner a mis sur pied un tout nouveau comité sur la formation. Ce comité est entre autres responsable de la formation continue offerte aux coroners et au personnel administratif. L'offre de formation sera donc bonifiée au cours des prochains mois. L'équipe du Bureau du coroner étant répartie dans toutes les régions du Québec, le recours à des technologies comme les webinaires permettra certainement de faciliter le partage de connaissances.

### 3.3 ORIENTATION 2 : INFORMER LA POPULATION SUR LE RÔLE DU CORONER ET DIFFUSER LES CONNAISSANCES ACQUISES SUR LES PHÉNOMÈNES DE MORTALITÉ ET LA PRÉVENTION DES DÉCÈS

Les coroners ont pour mission la protection de la vie humaine par la prévention des décès évitables. Cette mission ne saurait s’accomplir sans l’important volet de vulgarisation et de communication de l’information recueillie au fil des investigations et des enquêtes publiques que mènent les coroners. Il en est de même pour les recommandations formulées par les coroners dont la transmission aux intervenants concernés et la diffusion auprès de la population augmentent la portée.

#### AXE D’INTERVENTION 2.1 : IMAGE ET RÔLE DES CORONERS

Les rapports de coroners sont des documents publics diffusés aux proches des personnes décédées ainsi qu’à diverses clientèles, principalement gouvernementales et médiatiques. Cette médiatisation régulière des conclusions et des recommandations des coroners contribue à assurer à l’organisme une certaine visibilité.

Au delà de cette circulation des rapports, c’est aussi le mandat global des coroners qu’il faut faire connaître du grand public, car les coroners sont investis d’un rôle important en matière de prévention et de santé publique dont la population aurait avantage à être informée.

Alors qu’ils sont souvent perçus uniquement comme des investigateurs de décès, les coroners sont en plus des agents de prévention, des promoteurs d’avancées sociales et des protecteurs de la vie humaine. Ce sont ces rôles que le Bureau du coroner souhaite faire valoir entre autres par l’entremise de son site Internet et de son compte Twitter.

#### Objectif 2.1.1 Mieux faire connaître le mandat du coroner en matière de prévention et de santé publique

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Nombre annuel de consultations du site Internet et d’abonnés au compte Twitter	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations  Valeurs 2016 : 97 859 consultations et 455 abonnés	Cible atteinte  116 396 consultations du site Internet (355 959 pages vues)  Approximativement 1 600 abonnés au compte Twitter
Nombre de présentations et de conférences données	12 présentations par année	Cible atteinte  Plus de 16 présentations et conférences

L’augmentation du nombre de consultations du site Internet et du nombre d’abonnés au compte Twitter laisse croire à un intérêt grandissant pour les outils électroniques du Bureau du coroner. L’équipe du Bureau du coroner s’efforce d’ailleurs de maintenir son site à jour afin de renseigner adéquatement les visiteurs et de faire connaître davantage la mission des coroners.

Le Bureau du coroner fait aussi connaître le mandat des coroners en donnant des conférences et des présentations à des publics variés. Il s’implique notamment auprès des aspirants-policiers et des étudiants de plusieurs universités (étudiants en médecine de l’Université de Montréal et de l’Université Laval, étudiants en droit de l’Université de Sherbrooke). Par ailleurs, le coroner en chef et le coroner en chef adjoint sont régulièrement invités à présenter le travail des coroners lors d’événements ponctuels.

Les événements médiatiques comme les conférences de presse sont également l'occasion de faire connaître le message de prévention des coroners à un vaste public. Deux conférences de presse ont eu lieu au cours de l'année 2018-2019, dont une portant sur les dangers associés aux boissons sucrées alcoolisées.

## **AXE D'INTERVENTION 2.2 : MEILLEURE CONNAISSANCE DES RISQUES DE MORTALITÉ DE MANIÈRE À PRÉVENIR DES DÉCÈS**

Chaque année, les coroners se penchent sur les causes probables et les circonstances de plus de 5 000 décès au Québec. L'information recueillie permet notamment d'acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité, d'informer le public et d'ainsi prévenir des décès.

Si la diffusion des rapports de coroners contribue significativement à la sensibilisation du public, le partage de l'information sur les risques de mortalité et la prévention des décès passent également par la tenue d'enquêtes publiques portant sur des enjeux de société, forums propices à l'émergence de solutions porteuses en matière de prévention.

En outre, la documentation des facteurs contributifs aux décès non naturels, la multiplication des recommandations pour les éviter et la manière dont ces recommandations sont appliquées ou non par leurs destinataires sont utiles à condition d'être connues de la population.

Tout comme la tenue d'enquêtes publiques thématiques, la mise en place par la coroner en chef de comités multipartites d'examen des décès est importante. Ces comités permettent de mieux documenter les phénomènes de mortalité et d'ainsi travailler à la prévention des décès.

### **Objectif 2.2.1 Favoriser les forums permettant de traiter d'enjeux de société et de sujets d'intérêt public dans une optique de prévention des décès**

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2018-2019
Nombre d'enquêtes publiques portant sur des enjeux de société ou des sujets d'intérêt public	Une enquête par année	Cible atteinte  6 enquêtes ordonnées et 2 rapports déposés
Mise en place de comités multipartites d'examen des décès portant sur des enjeux de société	Nombre de comités mis en place : 3 comités d'ici 2022	À poursuivre

Le nombre d'ordonnances d'enquête publique a triplé en un an et continuera probablement à augmenter au cours de la prochaine année. Cette cible est donc atteinte et même largement dépassée. Les enquêtes en cours sont détaillées à la section 2 du présent document intitulée « Rapport des activités des coroners ».

Aucun nouveau comité multipartite n'a été mis en place au cours de la dernière année. Il faut toutefois mentionner qu'un tout nouveau comité verra le jour au cours de l'année 2019 afin d'étudier la mortalité chez les personnes autochtones, comme cela est annoncé dans la section « Faits saillants » du présent rapport.

### 3.4 PLAINTES

En 2018-2019, le délai moyen de traitement d'une plainte était de 38 jours. Ce délai était de 30,3 jours en 2017-2018.

Cette année, le Bureau du coroner a reçu 167 plaintes et en a traité 175 (13 plaintes reçues au cours de l'année 2017-2018 et 158 plaintes reçues et traitées en 2018-2019). Neuf plaintes étaient toujours en traitement au 31 mars 2019. À noter que depuis 2018, les données sont calculées en fonction de l'année financière (1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019) plutôt que de l'année civile.

Voici un tableau résumant la nature et le nombre de plaintes reçues :

NATURE DE LA PLAINTÉ	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2018-2019	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2017-2018
Comportement du coroner	3	4
Comportement d'un employé	0	2
Délai de production du rapport d'investigation ou d'enquête	57	113
Désaccord avec le contenu du rapport d'investigation ou d'enquête	21	5
Difficulté à joindre le coroner	1	11
Difficulté à joindre un employé	0	1
Erreur matérielle dans un rapport d'investigation ou d'enquête	53	44
Liée au transporteur funéraire	5	4
Autre	27	29
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>213</b>

De plus, le Bureau du coroner a produit 68 amendements (modification d'un rapport d'investigation ou d'enquête déjà signé). Ces amendements étaient nécessaires en raison d'erreurs matérielles ou de faits nouveaux.

### 3.5 DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

Le Bureau du coroner met tout en œuvre pour respecter l'ensemble des engagements énoncés dans sa Déclaration de services aux citoyens.

Offrir un service courtois, rapide et personnalisé figure parmi les engagements pris envers les citoyens dans sa Déclaration de services aux citoyens. Plus particulièrement, le Bureau du coroner s'engage à émettre dans un délai de 5 jours ouvrables un accusé de réception d'une correspondance et à fournir l'information demandée dans un délai maximal de 25 jours ouvrables, ou, à défaut, indiquer les motifs du retard et le nouveau délai.

On y retrouve des explications sur la mission des coroners et les moyens dont ils disposent pour la réaliser, de même que les valeurs du Bureau du coroner, ses objectifs en matière de service à la clientèle et les coordonnées pour joindre ses différents points de services.

Au cours de la prochaine année, le Bureau du coroner a l'intention de revoir sa Déclaration de services aux citoyens afin qu'elle soit encore plus complète et accessible et qu'elle traduise les orientations du plan stratégique en vigueur.

## 4. UTILISATION DES RESSOURCES

### 4.1 RESSOURCES HUMAINES ET GESTION DES EFFECTIFS

Le territoire du Québec est desservi par des coroners qui, en tout temps, prennent avis pour des décès signalés principalement par des intervenants du réseau de la santé ou par les corps de police. Au 31 mars 2019, le Bureau du coroner comptait 8 coroners permanents, y compris la coroner en chef, et 77 coroners à temps partiel actifs<sup>9</sup>. Ces derniers sont des professionnels qui, en plus de leur travail habituel, acceptent d'agir à titre de coroners dans un territoire que leur assigne la coroner en chef. Les coroners sont assistés par le personnel de la coroner en chef sur les plans professionnel, technique et administratif.

#### Répartition de l'effectif par catégorie d'emploi<sup>10</sup>

Le Bureau du coroner est un organisme dont le personnel est assujéti à la Loi sur la fonction publique (RLRQ, chapitre F-3.1.1) et, à cet effet, il doit faire état de son effectif en heures rémunérées. Pour l'année 2018-2019, la cible d'heures rémunérées fixée par le Conseil du trésor est de 96 000 heures (52,6 ETC<sup>11</sup>). Le Bureau du coroner a respecté la cible allouée. Le tableau ci-après détaille les heures rémunérées par catégories d'emploi.

CATÉGORIE D'EMPLOI	2018-2019			2017-2018
	NOMBRE D'EMPLOYÉS <sup>12</sup>	HEURES RÉMUNÉRÉES <sup>13</sup>	TOTAL EN ETC TRANSPOSÉS <sup>14</sup>	TOTAL EN ETC TRANSPOSÉS
Emplois supérieurs (coroners) <sup>15</sup>	8	14 805	8,1	6,7
Personnel d'encadrement	2	3 360	1,8	2,0
Professionnels	11	17 940	9,8	8,8
Personnel de bureau, technicien et assimilé	32	50 058	27,4	29,9
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>86 163</b>	<b>47,2<sup>16</sup></b>	<b>47,3</b>

9. La liste des coroners actifs peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.coroner.gouv.qc.ca/les-coroners/repertoire-des-coroners.html>

10. Exclut les étudiants et les stagiaires.

11. Équivalent temps complet (ETC).

12. Au 31 mars 2019. Inclut les occasionnels.

13. Comprend les heures travaillées et les heures effectuées en temps supplémentaire.

14. Le total en ETC transposés est calculé en divisant les heures rémunérées par 1 826,3. Cette valeur correspond au nombre d'heures annuelles pour 35 heures par semaine.

15. Les coroners à temps partiel ne font pas partie des employés.

16. Le total des ETC transposés est calculé sur le nombre d'heures total. Il peut donc différer du total par catégorie d'emploi.

### Formation et perfectionnement du personnel

Les données relatives à la formation et au développement du personnel sont présentées pour l'année civile, en conformité avec la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3). Elles incluent les données relatives à la formation des coroners à temps partiel. En vertu de la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D8.1), une proportion de 1 % de la masse salariale doit être réservée à la formation. En 2018<sup>17</sup>, le Bureau du coroner a consacré 77 273 \$ à la formation et au perfectionnement du personnel, soit 1,3 % de la masse salariale.

### Répartition des dépenses totales allouées à la formation et au développement du personnel par champ d'activité<sup>18</sup>

CHAMP D'ACTIVITÉ	2018	2017
Développement des compétences	72 623 \$	80 187 \$
Acquisition des habiletés de gestion	425 \$	–
Acquisition de nouvelles connaissances technologiques	3 250 \$	7 198 \$
Intégration du personnel et cheminement de carrière	429 \$	–
Amélioration des capacités de communication orale et écrite	546 \$	3 380 \$
<b>TOTAL</b>	<b>77 273 \$</b>	<b>90 765 \$</b>

### Évolution des dépenses en formation

RÉPARTITIONS DES DÉPENSES DE FORMATION	2018	2017
Proportion de la masse salariale (%)	1,3 %	1,8 %
Nombre moyen de jours de formation par personne	2,6	3
Somme allouée par personne	684 \$	908 \$

17. La reddition de comptes s'effectue en fonction du calendrier de l'année civile.

18. Les frais liés au colloque annuel sont inclus dans les dépenses liées à la formation.

### Jours de formation selon la catégorie d'emploi<sup>19</sup>

CATÉGORIE D'EMPLOI	2018	2017
Coroners et cadres	150,6 <sup>20</sup>	220,6 <sup>21</sup>
Professionnels	32,6	22,9
Fonctionnaires	36,0	52,5
Étudiants/stagiaires	74,1 <sup>22</sup>	0,1

### Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

Au cours de l'année 2018-2019, 9 employés ont quitté le Bureau du coroner (5 mutations, 2 promotions dans un autre ministère et 2 départs à la retraite).

	2018	2017
Taux de départ volontaire (%)	24,1	5,4

19. Nombre d'heures de formation reçues par année civile, converti en jours.

20. La majorité des coroners ainsi que les deux membres du personnel d'encadrement ont participé à un colloque de deux jours en septembre 2018. Cinq nouveaux coroners à temps partiel ont aussi été formés au mois de mai de la même année.

21. La majorité des coroners ainsi qu'un membre du personnel d'encadrement ont participé à un colloque de deux jours en septembre 2017.

22. Ce nombre s'explique par la réalisation d'un stage de 14 semaines que l'organisation a offert à un étudiant universitaire.

## 4.2 RESSOURCES FINANCIÈRES<sup>23</sup>

Les dépenses totales pour 2018-2019 se sont élevées à 9 550 400 dollars, ce qui représente une hausse de 549 900 dollars par rapport à 2017-2018.

### Répartition du budget et des dépenses réelles en 2018-2019

	2018-2019 (k\$) <sup>24</sup>		2017-2018	ÉCART <sup>25</sup> (k\$)	VARIATION <sup>26</sup> (%)
	BUDGET <sup>27</sup>	DÉPENSES RÉELLES <sup>28</sup>	(k\$) DÉPENSES RÉELLES		
<b>Rémunération</b>					
Employés réguliers et occasionnels	3 599,1	3 599,1	3 331,4	267,7	8,0
Coroners à temps partiel nommés par décret	2 466,6	2 466,6	2 305,0	161,6	7,0
<b>Sous-total</b>	6 065,7	6 065,7	5 636,4	429,3	7,6
<b>Fonctionnement</b>	3 484,7	3 484,7	3 364,1	120,6	3,6
<b>Investissements</b>	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>9 550,4</b>	<b>9 550,4</b>	<b>9 000,5</b>	<b>549,9</b>	<b>6,1</b>

L'augmentation des dépenses de 267,7 kilodollars pour la rémunération des employés réguliers et occasionnels par rapport à 2017-2018 provient des augmentations salariales, du comblement de certains postes qui avaient été laissés vacants l'année précédente et de la rémunération des trois nouveaux coroners permanents nommés à l'automne 2017, assumée pour une année entière, comparativement à 7 mois pour l'année précédente.

23. Les données financières présentées dans la section suivante correspondent à des résultats préliminaires considérant que le ministre des Finances présentera les données vérifiées.

24. 1 kilodollar (k\$) équivaut à 1 000 dollars.

25. Écart entre les dépenses réelles de 2018-2019 et celles de 2017-2018.

26. Résultat de l'écart divisé par les dépenses réelles de 2017-2018.

27. Comprend les modifications budgétaires de 2018-2019.

28. Exclut les dépenses payées centralement par le ministère de la Sécurité publique.

Quant à l'augmentation des dépenses de rémunération des coroners à temps partiel, elle s'explique par le nombre plus élevé de dossiers d'investigation qui leur sont confiés, par l'augmentation de leurs honoraires et par les mesures mises en place pour donner suite au rapport du Protecteur du citoyen sur les délais d'investigation des coroners.

Les dépenses de fonctionnement augmentent d'année en année, notamment en raison de la progression du nombre de cas soumis au Bureau du coroner et de l'augmentation des tarifs pour ces services. Les deux tiers de ces dépenses sont attribuables aux services de transports funéraires, d'autopsies et d'analyses toxicologiques requis dans le cadre des investigations.

Concernant le budget initial accordé au Bureau du coroner, un ajustement à son enveloppe est prévu pour l'exercice 2019-2020 afin de lui permettre de rencontrer les obligations liées à sa mission.

### 4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Le Bureau du coroner occupe des bureaux à Québec et à Montréal et gère une morgue à chaque endroit. Le bureau administratif de Québec est situé dans l'édifice Le Delta 2, sur le boulevard Laurier. Pour ce qui est de Montréal, le bureau administratif ainsi que la morgue sont situés dans l'édifice Wilfrid-Derome, rue Parthenais.

La morgue de Québec, située sur le boulevard Wilfrid-Hamel, comprend une salle d'examen ainsi que des espaces réfrigérés pouvant recevoir 15 personnes décédées. La morgue de Montréal dispose quant à elle d'une salle pour examens externes et d'espaces réfrigérés pouvant recevoir 138 personnes.

### 4.4 RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des technologies de l'information (DTI) du ministère de la Sécurité publique offre les services de soutien et de développement informatique ainsi que d'acquisitions au Bureau du coroner.

Afin que les organismes relevant de la ministre de la Sécurité publique et assujettis à la Loi sur l'administration publique (RLRQ, Chapitre A-6.01) puissent produire leur reddition de compte en ressources informationnelles, le ministère transmet l'information propre à chacun puisque les services informatiques sont desservis par la Direction des technologies de l'information du ministère. Toutefois, l'imputation des résultats réels et des prévisions budgétaires demeure la responsabilité du ministère. Ainsi, les données en ressources informationnelles n'affectent pas les résultats du Bureau du coroner.

Le tableau qui suit présente les données du Bureau du coroner calculées selon une méthode de répartition au prorata des ressources humaines.

Les dépenses relatives aux activités et aux projets pouvant être attribués spécifiquement au Bureau du coroner l'ont été sans tenir compte de la répartition.

**Coûts prévus et coûts réels en ressources informationnelles (en k\$)**

CATÉGORIE DE COÛTS	COÛTS CAPITALISABLES PRÉVUS (INVESTISSEMENTS)	COÛTS CAPITALISABLES RÉELS (INVESTISSEMENTS)	COÛTS NON CAPITALISABLES PRÉVUS (DÉPENSES)	COÛTS NON CAPITALISABLES RÉELS (DÉPENSES)
Activités d'encadrement	-	-	-	13,1
Activités de continuité	-	31,1	-	106,0
Projets	-	0,3	-	-
Total	-	31,4	-	119,1

Un investissement de 20 300 \$ (projet) pour une solution d'impression centralisée a été réparti entre les organismes et le ministère, dont 300 \$ au Bureau du coroner.

**Liste et état d'avancement des principaux projets en ressources informationnelles**

LISTE DES PROJETS	AVANCEMENT (%)	EXPLICATION SOMMAIRE DES ÉCARTS
Aucun		

**Liste des principaux projets en ressources informationnelles des autres ressources y étant affectées (en k\$)**

LISTE DES PROJETS	RESSOURCES HUMAINES PRÉVUES	RESSOURCES HUMAINES UTILISÉES	RESSOURCES FINANCIÈRES PRÉVUES	RESSOURCES FINANCIÈRES UTILISÉES
Aucun				

Une des principales ressources informationnelles du Bureau du coroner est le système GECCO (Gestion des Cas de Coroners), implanté en 2016. Ce système est au coeur de la gestion des décès, de la prise d'avis à la diffusion du rapport, et contribue à l'accomplissement de la mission de l'organisme. Il permet notamment :

- de soutenir et gérer les opérations de la morgue de Montréal et de Québec;
- d'inscrire et d'ajouter toutes les informations jugées utiles et obligatoires pour compléter les investigations de coroners;
- de gérer les factures des différents partenaires et préparer les paiements des honoraires des coroners pour les travaux effectués;
- de corroborer les informations des rapports d'investigation selon les différents documents déposés dans GECCO par les coroners;
- d'administrer les demandes de copies de documents et les abonnements;
- de gérer le suivi des recommandations formulées aux organismes.

Les livraisons effectuées par la DTI au cours de la dernière année visaient principalement l'entretien du système, l'amélioration de fonctionnalités et la correction d'anomalies. Le gabarit des rapports d'investigation a aussi été modifié afin de protéger davantage les renseignements personnels des personnes décédées et de leur famille.

La DTI a aussi poursuivi les travaux en lien avec l'entrepôt de données DRAGON. Celui-ci permet au Bureau du coroner de produire des rapports statistiques et des données de gestion sur ses activités de façon autonome (sans avoir à solliciter le ministère) et de fonder ses décisions sur des renseignements précis et à jour.

Enfin, la DTI a réalisé un projet né de la collaboration entre le Bureau du coroner et le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018, l'ensemble des analyses toxicologique est réalisé au laboratoire. Afin d'améliorer la transmission et le traitement des demandes d'analyses, la DTI a créé un pont entre le système informatique du laboratoire et celui du Bureau du coroner. Cela assure une transmission fiable des données entre les deux organisations et contribue à réduire les délais de production des rapports d'analyses toxicologiques.

## 5. AUTRES EXIGENCES

### 5.1 ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI

Divers programmes gouvernementaux sont en vigueur afin d'augmenter la représentation des membres des minorités visibles et ethniques. Le Bureau du coroner doit donc respecter les objectifs fixés pour chacun de ces programmes et en faire état dans son rapport annuel de gestion. Il a la volonté de participer à l'effort collectif afin d'augmenter la présence des membres des minorités visibles et ethniques au sein de la fonction publique québécoise.

En date du 31 mars 2019, le Bureau du coroner comptait 38 personnes au sein de son effectif régulier.

Au cours de 2018-2019, le Bureau du coroner a embauché six employés réguliers ou occasionnels et trois étudiants ou stagiaires.

#### Membres des minorités visibles et ethniques, anglophones, Autochtones et personnes handicapées embauchés en 2018-2019

STATUT D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE <sup>29</sup>	MEMBRE DES MINORITÉS VISIBLES ET ETHNIQUES	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI (%)
Régulier	0	–	–	–	–	–	–
Occasionnel	6	2	–	–	–	2	33,3
Étudiant	3	–	–	–	–	–	–
Stagiaire	–	–	–	–	–	–	–

#### Évolution du taux d'embauche global des membres des groupes cibles par statut d'emploi

STATUT D'EMPLOI	2018-2019	2017-2018	2016-2017
Régulier (%)	–	–	11,1
Occasionnel (%)	33,3	–	–
Étudiant (%)	–	–	–
Stagiaire (%)	–	–	–

29. Si, dans l'année financière ciblée, une personne a été embauchée selon deux statuts d'emploi différents, elle apparaît dans deux statuts.

**Évolution de la présence des membres des groupes cibles (excluant les membres des minorités visibles et ethniques) au sein de l'effectif régulier – résultats comparatifs au 31 mars de chaque année**

GRUPE CIBLE	NOMBRE AU 31 MARS 2019	TAUX DE PRÉSENCE AU 31 MARS 2019	NOMBRE AU 31 MARS 2018	TAUX DE PRÉSENCE AU 31 MARS 2018	NOMBRE AU 31 MARS 2017	TAUX DE PRÉSENCE AU 31 MARS 2017
Anglophones	–	–	–	–	N. D.	N. D.
Autochtones	–	–	–	–	N. D.	N. D.
Personnes handicapées	–	–	1	2,6 %	N. D.	N. D.

**Évolution de la présence des membres des minorités visibles et ethniques (MVE) au sein de l'effectif régulier et occasionnel – résultats comparatifs au 31 mars de chaque année**

GRUPE CIBLE	NOMBRE AU 31 MARS 2019	TAUX DE PRÉSENCE AU 31 MARS 2019	NOMBRE AU 31 MARS 2018	TAUX DE PRÉSENCE AU 31 MARS 2018	NOMBRE AU 31 MARS 2017	TAUX DE PRÉSENCE AU 31 MARS 2017
MVE Montréal/ Laval	2	14,2 %	1	7,7 %	N. D.	N. D.
MVE Outaouais/ Montréal	–	–	–	–	–	–
MVE Estrie/ Lanaudière/ Laurentides	–	–	–	–	–	–
MVE Capitale- Nationale	1	3,3 %	1	3,6 %	N. D.	N. D.
MVE Autres régions	–	–	–	–	–	–

**Présence des membres des minorités visibles et ethniques au sein de l'effectif régulier et occasionnel – résultat pour le personnel d'encadrement au 31 mars 2019**

GRUPE CIBLE	PERSONNEL D'ENCADREMENT (NOMBRE)	PERSONNEL D'ENCADREMENT (%)
Minorités visibles et ethniques	0	–

**Femmes**

Les femmes représentaient 88,9 % des personnes embauchées en 2018–2019 et elles se répartissaient comme suit :

STATUT D'EMPLOI	NOMBRE TOTAL DE PERSONNES EMBAUCHÉES	NOMBRE DE FEMMES EMBAUCHÉES	TAUX D'EMBAUCHE DES FEMMES (%)
Régulier	–	–	–
Occasionnel	6	5	83,3
Étudiant	3	3	100,0
Stagiaire	–	–	–
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>88,9</b>

Le nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier représente 71,1 % de l'effectif régulier du Bureau du coroner. Ce nombre se répartit comme suit :

CATÉGORIE D'EMPLOI	EFFECTIF TOTAL (HOMMES ET FEMMES)	FEMMES	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES FEMMES (%)
Emplois supérieurs (coroners)	8	5	62,5
Personnel d'encadrement	2	–	–
Professionnels	10	7	70,0
Techniciens	9	9	100,0
Personnel de bureau	2	2	100,0
Préposés au coroner	7	4	57,1
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>27</b>	<b>71,1</b>

**Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH)**

Le Bureau du coroner n'a pas soumis de projet dans le cadre du Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH) en 2018–2019.

## 5.2 ACCÈS À L'INFORMATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le Bureau du coroner a reçu 245 demandes d'accès à l'information en vertu de la Loi sur l'accès des documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1). Le délai moyen pour traiter ces demandes est établi à 17,7 jours. Seize demandes ont été refusées en tout ou en partie en s'appuyant sur les motifs prescrits par les articles 1, 15, 23, 37, 38, 48, 53, 54 et 59 de cette loi.

Au cours de l'année 2018-2019, la Commission d'accès à l'information n'a rendu aucune décision en lien avec des décisions du Bureau du coroner. Une demande de révision a été annulée, trois demandes ont été retirées et cinq demandes de révision sont en attente d'être fixées pour audition devant la Commission d'accès à l'information.

### Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et des délais

DÉLAI DE TRAITEMENT	DEMANDES D'ACCÈS À DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	DEMANDES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RECTIFICATION
0 à 20 jours	18	166	0
21 à 30 jours	1	14	0
31 jours et plus (le cas échéant)	5	41	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>221</b>	<b>0</b>

### Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et de la décision rendue

DÉCISION RENDUE	DEMANDES D'ACCÈS À DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	DEMANDES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RECTIFICATION	DISPOSITIONS DE LA LOI INVOQUÉES
Acceptée (entièrement)	21	203	0	S. O.
Partiellement acceptée	0	5	0	Art. 53, 54 et 59
Refusée (entièrement)	3	12	0	Art. 1, 15, 23, 37, 38, 48, 53 et 54
Autres	0	1	0	Art. 1 et 48

### **Demandes de copies conformes de documents annexés aux rapports des coroners**

En 2018-2019, le Bureau du coroner a reçu 1 409 demandes visant à obtenir des documents annexés aux rapports des coroners. De ce nombre, 470 copies de documents ont été transmises à des citoyens. Les documents envoyés sont, notamment, des rapports d'autopsie, de toxicologie ou d'enquête policière et des dossiers médicaux.

Par ailleurs, 449 demandes d'annexes ont été refusées, le demandeur ne se conformant pas aux conditions prévues à l'article 101 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

### **5.3 PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Au cours des dernières années, le nombre d'employés a oscillé autour de 50 personnes. Ce seuil a été franchi en 2019 puisqu'au 31 mars, le Bureau du coroner comptait 53 employés. Il veillera donc à élaborer un plan d'action identifiant les moyens de favoriser l'intégration des personnes handicapées, comme cela est prévu par la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E20.1).

Même s'il ne dispose pas encore d'un plan d'action, le Bureau du coroner est soucieux des besoins particuliers des personnes handicapées et s'efforce déjà de réduire, voire d'éliminer les obstacles que rencontrent les personnes handicapées dans l'accès aux documents et de leur offrir des services adaptés. De plus, des outils sont mis à la disposition des personnes handicapées employées par le Bureau du coroner pour faciliter leur travail.

Par ailleurs, le Bureau du coroner prend les mesures nécessaires pour que toute personne handicapée qui en fait la demande ait accès aux documents et aux services offerts au public. Ainsi, les personnes qui en font la demande peuvent obtenir, sans frais additionnels, une copie d'un rapport dans un format qui convient à leur handicap (braille, gros caractères, format audio, langage simplifié, etc.). Le Bureau du coroner offre également les services d'un interprète qualifié aux personnes qui désirent témoigner lors d'une enquête publique du coroner et qui présentent une incapacité liée au langage ou à l'audition. Finalement, les bureaux administratifs sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

### **5.4 PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

Le Bureau du coroner travaille toujours à l'élaboration d'un plan d'action de développement durable. Il fera les efforts nécessaires pour se conformer aux exigences de la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020 du gouvernement du Québec au cours de la prochaine année.

Même en l'absence d'un plan formel, le Bureau du coroner pose déjà des actions concrètes pour réduire son impact environnemental. Par exemple, les projets d'imagerie post mortem et d'autopsie virtuelle, lesquels sont décrits à la section « Faits saillants » du présent rapport, permettront à moyen terme d'éviter de nombreux transports de dépouilles entre les régions et les grands centres urbains.

Le Bureau du coroner poursuit aussi les démarches entamées au cours de l'année 2017-2018 afin de réduire la quantité de déchets qu'il produit. Par exemple, les trousseaux servant aux prélèvements toxicologiques sont réutilisés dans la mesure où elles ne sont pas souillées. Dans une année, cela représente plus de 2 500 trousseaux utilisés contenant entre autres du polystyrène. Cette mesure contribue à réduire l'impact écologique du Bureau du coroner et celui-ci entend l'élargir à d'autres équipements.

Enfin, un officier de développement durable s'efforce de faire connaître et de promouvoir les principes de développement durable auprès de l'ensemble du personnel.

### 5.5 DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS

La dénonciation d'un acte répréhensible commis au Bureau du coroner était auparavant faite directement auprès du Protecteur du citoyen, conformément à la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics (RLRQ, chapitre D-11.1). Le Bureau du coroner ne dispose donc pas de données précises pour l'année 2018-2019.

Toutefois, au cours du mois de mai 2019, un responsable des divulgations d'actes répréhensibles a été nommé au Bureau du coroner, ce qui permettra de colliger des données d'ici au prochain rapport annuel. Cette nouvelle personne met actuellement en place les procédures et les formulaires requis par la loi pour encadrer la divulgation.

### 5.6 POLITIQUE LINGUISTIQUE

Le Bureau du coroner applique la même politique linguistique que le ministère de la Sécurité publique. Ainsi, dans l'ensemble des textes et des documents produits, seul le français est utilisé. Cependant, à la demande d'un membre d'une famille éprouvée par la perte d'un proche, un rapport de coroner peut être traduit dans la langue demandée afin d'assurer une bonne compréhension des causes et des circonstances du décès.

Au cours des dernières années, le nombre d'employés a oscillé autour de 50. Ce seuil a été franchi en 2019 puisqu'au 31 mars, le Bureau du coroner comptait 53 employés. Il veillera donc à mettre sur pied un comité permanent comme cela est prévu dans la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. Par ailleurs, le Bureau du coroner a fourni une analyse de sa situation linguistique à la Direction de la francisation de l'Office québécois de la langue française et est en attente des résultats de cette évaluation.

Un nouveau mandataire a été nommé en novembre 2018. Cette personne, en plus de s'assurer du respect de la Charte de la langue française et de la politique linguistique, joue un rôle-conseil en matière de langue française auprès des coroners et du personnel.

### 5.7 ÉTHIQUE

En 2018-2019, le répondant en éthique a été consulté trois fois pour des problématiques soulevant des enjeux éthiques.

## 5.8 POLITIQUE DE FINANCEMENT DES SERVICES PUBLICS

Le Bureau du coroner facture ses services de copies d'annexes aux rapports d'investigation et d'enquête publique. La tarification pour la production de copies de rapports d'investigation et d'enquête publique et d'annexes a généré des revenus de 4 596 \$ en 2018-2019. Comme les coûts engendrés pour fournir ces services ont été de 3 585 \$, ils ont donc pu être récupérés en totalité au cours de l'exercice.

Les tarifs sont indexés le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année selon le taux correspondant à la variation annuelle de l'indice moyen d'ensemble, pour le Québec, des prix à la consommation, sans les boissons alcoolisées et les produits du tabac, pour la période de 12 mois qui se termine le 30 septembre de l'année qui précède celle pour laquelle un tarif doit être indexé.

## 5.9 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX CONTRATS DE SERVICE

**Contrats de service dont le montant est de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2018 et le 31 mars 2019**

CATÉGORIE	NOMBRE	VALEUR (\$)
Contrats de service avec une personne physique	0	-
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>30</sup>	23	1 249 920
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>1 249 920</b>

30. Ne comprend pas les contrats avec des ministères et des organismes gouvernementaux ou avec les réseaux.



A close-up photograph of a couple holding hands. The person on the right is wearing a plaid shirt and a brown patterned cardigan. The person on the left is wearing a light-colored sleeve. They are standing outdoors near a body of water, with a blurred background of water and sky. A vertical dotted line is on the left side of the page.

# SECTION 2

Rapport des activités des coroners

*Pour la vie!*



*Pour la vie !*

Jusqu'à l'an dernier, le rapport des activités des coroners faisait l'objet d'une publication distincte. Afin d'offrir une meilleure vue d'ensemble de sa mission et de ses activités au public, le Bureau du coroner a choisi de le joindre à son rapport annuel de gestion et de ne publier qu'un seul document.

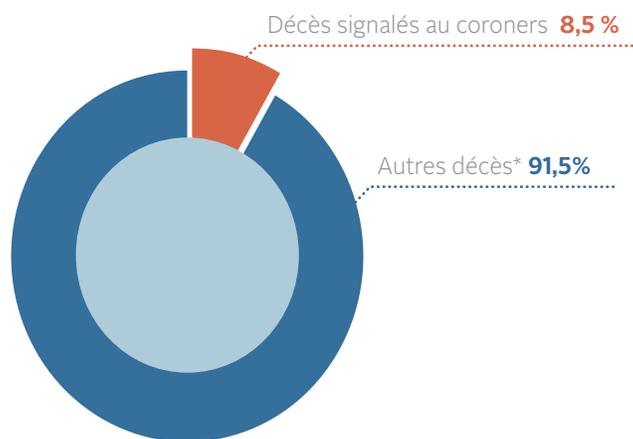
Les résultats présentés dans la présente section sont calculés en fonction de l'année civile (1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018), contrairement à ceux de la section précédente qui sont plutôt basés sur l'année financière (1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019). Ils reflètent l'état des données en date du 4 février 2019.

# 1. INVESTIGATIONS

## 1.1 LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

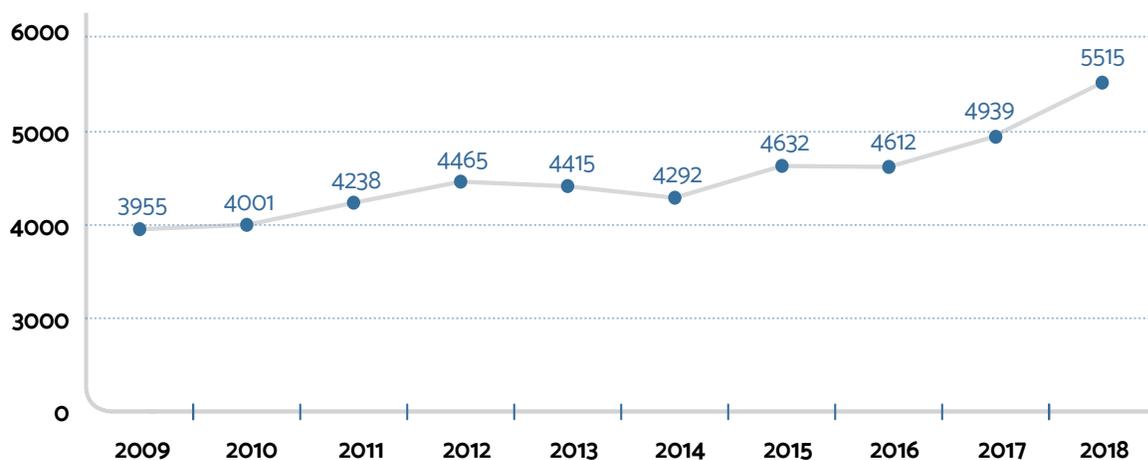
En 2018, 5 515 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 8,5 % de tous les décès survenus au Québec. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (88,5 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2018 sur l'ensemble des décès survenus au Québec



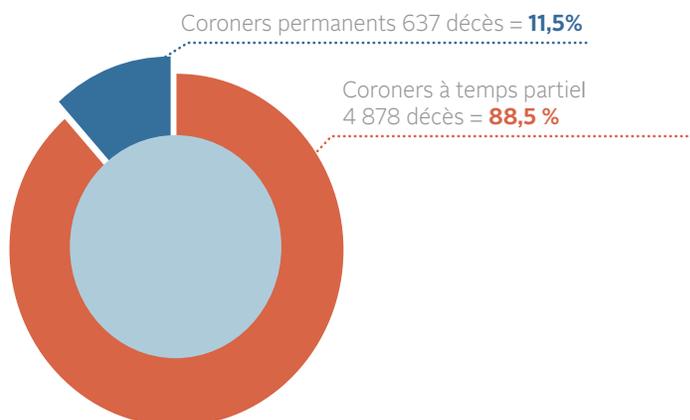
\* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2015 à 2017.

Évolution des décès signalés aux coroners de 2009 à 2018\*



\* Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

### Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2018



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, celui-ci prend connaissance de la situation et détermine s'il y a lieu d'investiguer. Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2018. Les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies constituent la plus grande part (46,9 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence (39,6 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,1 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,4 %). D'autres raisons peuvent également justifier l'intervention des coroners, par exemple lorsque des décès surviennent dans des lieux bien précis comme les milieux de détention, les familles d'accueil et les garderies.

### Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2018

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Causes médicales indéterminées	2 588	46,9
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 184	39,6
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	501	9,1
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	21	0,4
Autres raisons ou raison inconnue	221	4,0
<b>TOTAL DES DÉCÈS SIGNALÉS</b>	<b>5 515</b>	<b>100 %</b>

## 1.2 LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT DU CORONER

Au cours de l'année 2018, 4 963 dossiers ont été terminés, soit une forte hausse de 49,9 % par rapport à 2017. En date du 31 décembre 2018, les investigations en cours (6 052 dossiers) l'étaient depuis en moyenne 8,9 mois, tandis qu'à pareille date en 2017, les investigations en cours (5 565 dossiers) l'étaient depuis en moyenne 8,6 mois.

Comme l'indique le tableau qui suit, la pratique d'une autopsie ou d'une expertise contribue à augmenter le délai de production du rapport d'investigation, le coroner devant alors attendre les résultats pour être en mesure de produire le sien.

### Délai moyen en mois pour terminer une investigation, selon la catégorie

CATÉGORIE D'INVESTIGATION	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012*
Sans autopsie ni autre expertise	11,8	11,8	10,5	10,4	11,5	10,4	9,6
Sans autopsie, avec autre expertise	13,0	12,0	10,0	10,8	11,6	11,1	10,5
Avec autopsie, sans autre expertise	13,6	14,9	11,8	15,3	16,0	13,0	12,3
Avec autopsie et autre expertise	13,1	13,5	11,8	13,2	15,4	15,0	15,1

\* Les délais de 2012 ont été comptabilisés par le Protecteur du citoyen.

Les notions relatives au délai entre le signalement d'un décès et de dépôt du rapport ont déjà été détaillées dans la section précédente (voir les résultats pour l'objectif 1.1.3 du plan stratégique).

### 1.3 LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées dans 29,0 % des cas de décès signalés aux coroners, pour un total de 1 598 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2018 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners dans 60,7 % des cas. Jusqu'au 31 octobre 2018, elles étaient réalisées soit au Centre de toxicologie du Québec<sup>31</sup>, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre, toutes les analyses toxicologiques sont centralisées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, à Montréal.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (3,8 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2018.

#### Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%*
Autopsie	1 598	29,0
Toxicologie	3 348	60,7
Autres expertises	208	3,8

\* Les pourcentages sont calculés en fonction des 5 515 décès signalés en 2018.

31. Le Centre de toxicologie du Québec relève de l'Institut national de santé publique du Québec.

## 1.4 QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2018

### Un meilleur suivi de la douleur chez les patients atteints d'un cancer

Un homme de 59 ans qui souffrait d'un cancer de l'oesophage avancé et incurable s'est enlevé la vie dans sa résidence de Mont-Joli. Son espérance de vie était estimée entre deux et douze mois. Il n'avait jamais souffert de dépression ni exprimé des symptômes dépressifs ou des idées suicidaires, sauf à la toute fin de sa vie. Il était très souffrant et ne pouvait plus s'alimenter correctement, et il éprouvait même de la difficulté à avaler les médicaments destinés à le soulager. Il aurait réclamé l'aide médicale à mourir à chacun des oncologues qu'il rencontrait.

Comme le relate la coroner, Dre Renée Roussel, il avait rendez-vous avec son médecin de famille le mercredi suivant son décès afin de demander officiellement l'aide médicale à mourir. Toutefois, acculé à une maladie incurable, à une souffrance physique importante qui avait été augmentée par les traitements palliatifs au lieu d'être soulagée et aussi à un traitement de la douleur insuffisant, il a mis fin à ses jours.

Afin d'éviter qu'un tel événement se reproduise, la coroner recommande à la Direction du Centre intégré de santé et de Services sociaux du Bas-Saint-Laurent de faire connaître l'histoire de cette personne à ses équipes traitantes en oncologie et de s'assurer que les symptômes de leurs patients, en particulier la douleur, soient bien pris en compte, bien évalués et suivis afin de les contrer le plus possible.

### Un feu prioritaire pour protéger les piétons

Une dame de 77 ans a été heurtée par un camion-benne alors qu'elle traversait l'intersection du boulevard Rosemont et de la rue Chambord à Montréal, à quelques pas de la résidence pour personnes retraitées où elle habitait.

Au moment de la collision, il n'y avait ni feu de circulation, ni traverse de piétons à cette intersection. Un automobiliste s'est immobilisé à l'intersection du boulevard Rosemont pour permettre à la dame de traverser vers l'est. Alors que celle-ci se trouvait au milieu de l'intersection, un camion-benne a effectué un virage à gauche sur la rue Chambord et l'a heurtée avec son pare-chocs avant.

L'enquête policière a permis d'établir que le conducteur du camion était expérimenté et que ni la vitesse, ni les infrastructures, ni l'environnement, ni l'état mécanique du camion ne sont en cause. Le camionneur a possiblement précipité son virage vers la gauche puisqu'une voiture s'approchait de l'intersection en sens inverse.

Selon la coroner, M<sup>e</sup> Stéphanie Gamache, ce décès met en lumière la cohabitation difficile entre les usagers vulnérables et les véhicules lourds en milieu urbain. Dans l'optique de la stratégie « Vision zéro » mise de l'avant par la Ville de Montréal, la coroner encourage la Ville à sensibiliser la population à cette stratégie et à ouvrir le dialogue avec l'industrie du camionnage, notamment pour lui proposer de s'inspirer des formations offertes par la Société de transport de Montréal.

Afin d'éviter d'autres décès semblables, la coroner recommande aussi à la Ville de Montréal de revoir l'aménagement de l'intersection du boulevard Rosemont et de la rue Chambord afin d'y installer des feux de circulation ainsi qu'un feu prioritaire et exclusif pour piétons dans toutes les directions.

### **Une population mieux informée sur les risques liés aux boissons énergisantes**

Un homme de 21 ans s'est noyé dans le lac où il venait de plonger devant le chalet d'un ami à Val-des-Monts. Il était pourtant en excellente santé physique et avait l'habitude de plonger à cet endroit. Il avait consommé de l'alcool, mais pas suffisamment pour affecter sa capacité de nager. Il avait aussi bu des boissons énergisantes.

Une analyse effectuée par le Centre de génétique cardiovasculaire de l'Institut de cardiologie de Montréal a démontré que le jeune homme était porteur d'une anomalie génétique pouvant entraîner une arythmie dans un contexte de stress adrénérgique (exercice physique ou stress émotionnel). Or, la consommation de boissons énergisantes est suffisante pour causer de l'arythmie chez les sujets porteurs d'un tel gène.

À la lumière des circonstances et de la preuve recueillie durant son investigation, la coroner, M<sup>re</sup> Pascale Boulay, conclut que le défunt a été victime d'un malaise arythmique à la suite de son plongeon, ce qui a mené à une perte de conscience et, ultimement, à une noyade. L'arythmie est probablement consécutive à l'effet combiné de l'anomalie cardiaque et de la consommation de boissons énergisantes.

La coroner constate que la réglementation portant sur les boissons énergisantes n'est pas suffisante et que les mises en garde présentes sur ces produits n'informent pas les consommateurs adéquatement des risques liés à leur consommation. C'est pourquoi elle recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'entreprendre une vaste campagne de sensibilisation publicitaire auprès d'un jeune public sur les risques associés à une consommation de boissons énergisantes tout en réitérant les risques associés à la combinaison de ces produits avec l'alcool. Elle recommande également à la Direction des aliments de Santé Canada de modifier sa réglementation afin que les compagnies propriétaires de boissons énergisantes, à l'image des compagnies de tabac, préviennent les consommateurs des risques sur la santé associés à une consommation régulière et excessive de ces boissons, et qu'elles cessent d'associer ces boissons aux pratiques sportives.

### **Des mesures pour mieux servir les patients nécessitant une aide ventilatoire à domicile**

Un homme de 27 ans atteint de dystrophie musculaire et nécessitant une assistance respiratoire de tous les instants est décédé à son domicile de Montréal lorsqu'une panne d'électricité a éteint son respirateur artificiel.

Comme l'explique dans son rapport le coroner, D<sup>r</sup> Louis Normandin, en raison d'une insuffisance respiratoire sévère, le jeune homme requérait une assistance ventilatoire 24 heures par jour. Cette assistance était assurée par deux appareils, un pour le jour et un autre pour la nuit. L'appareil qui fonctionnait au moment du décès ne comportait pas de batterie et en cas de panne d'électricité, il était impératif qu'une batterie auxiliaire externe soit branchée dans les minutes suivant l'interruption. Or, dans ce cas précis, l'alarme sonore émise par l'appareil au moment de la panne n'a pas suffi pour alerter les proches.

Le coroner s'est intéressé au Programme national d'aide ventilatoire à domicile et a constaté que bon nombre de patients ne disposent pas d'un appareil avec une batterie intégrée. Afin d'éviter qu'une telle situation se reproduise, il recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que ce programme dispose des ressources nécessaires pour que tous les patients nécessitant une aide ventilatoire 24 heures par jour puissent bénéficier d'un appareil de ventilation muni d'une batterie intégrée.

### **Des comportements sécuritaires à adopter en cas de tempête**

Deux hommes âgés respectivement de 42 ans et de 33 ans sont décédés d'une intoxication au monoxyde de carbone durant une tempête de neige à Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud.

Ce jour-là, les deux collègues quittent leur travail plus tôt que prévu afin de regagner leur domicile, une importante tempête faisant rage depuis le début de l'après-midi. Ils prennent place dans une camionnette de type « pick-up » à traction intégrale. Toutes les routes qui leur permettraient de rentrer à maison sont fermées en raison des mauvaises conditions routières. Ils décident malgré tout de contourner une barrière et parviennent jusqu'à la rue Principale de Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud. C'est là que le véhicule s'enlise dans une lame de neige d'environ 1,5 mètre de haut.

Les deux hommes contactent des connaissances afin d'obtenir de l'aide, sans succès, puis ils communiquent avec les policiers. En attendant les secours, ils tentent de dégager le tuyau d'échappement et les vitres du véhicule, mais n'y parviennent pas. La Sûreté du Québec envoie des secours, mais ceux-ci éprouvent des difficultés à se rendre sur les lieux. Le véhicule étant complètement enseveli, ils ne parviennent à le localiser que le lendemain matin.

Le coroner, M<sup>e</sup> Luc Malouin, identifie plusieurs facteurs qui ont pu contribuer au décès, dont le sentiment de sécurité que peuvent éprouver les propriétaires d'un véhicule à traction intégrale. Il note une tendance de ces personnes à circuler rapidement malgré les mauvaises conditions routières et à emprunter des routes peu ou pas déneigées. Il réitère l'importance pour tous les conducteurs de tenir compte des prévisions météorologiques, d'adapter leur conduite aux conditions routières et de ne pas s'en remettre entièrement aux équipes de secours, qui doivent circuler dans les mêmes conditions météorologiques que les automobilistes.

### **Un contrôle accru pour assurer la sécurité des conducteurs diabétiques**

Un homme de 55 ans a perdu la vie lorsque sa moto est entrée en collision avec un tracteur à Bury, dans les Cantons-de-l'Est.

L'accident est survenu après une zone de travaux. Des automobilistes ont témoigné que le motocycliste louvoyait dans sa voie et semblait avoir de la difficulté à maintenir sa moto dans sa ligne de conduite. Il se déplace dans la voie inverse face à un véhicule motorisé et regagne sa voie de justesse. Peu après, il se dirige de nouveau vers la voie inverse. Le tracteur circulant en sens inverse applique les freins au maximum, mais ne peut éviter la collision. L'investigation a révélé que la personne décédée était diabétique depuis son enfance et qu'il se trouvait fréquemment en situation d'hypoglycémie.

M<sup>e</sup> Kathleen Gélinas s'est penchée sur plusieurs accidents routiers mortels survenus lors d'épisodes d'hypoglycémie sévère. Ses investigations nous permettent d'apprendre que des mesures concrètes très simples peuvent permettre d'éviter de malheureux décès accidentels, par exemple :

- vérifier sa glycémie avant de prendre le volant;
- avoir des réserves de glucides à absorption rapide à la portée de sa main;
- demeurer prudent sur la route et s'arrêter en cas de malaise afin de mesurer sa glycémie;
- déclarer à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) tout problème de santé pouvant affecter la conduite automobile.

Elle recommande au Collège des médecins et à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec de poursuivre la formation et la sensibilisation auprès de leurs membres sur l'importance d'évaluer régulièrement l'aptitude à conduire d'un conducteur diabétique.

Elle recommande également à la Société de l'assurance automobile du Québec de déployer des efforts supplémentaires pour dépister les conducteurs à risque médical, notamment en revoyant son programme de sensibilisation auprès des professionnels de la santé, et pour sensibiliser sa clientèle à l'importance de déclarer tout problème de santé pouvant affecter la conduite automobile.

### **Des mesures pour une aviation plus sécuritaire**

Sept personnes (deux femmes et cinq hommes) ont perdu la vie dans l'écrasement d'un avion privé aux Îles-de-la-Madeleine. L'aéronef avait quitté l'aéroport de Saint-Hubert environ deux heures plus tôt.

L'enquête du Bureau de la sécurité des transports du Canada a permis de déterminer que l'approche aux Îles-de-la-Madeleine n'était pas stabilisée dans la mesure où l'avion volait trop haut et trop vite, a été configuré pour l'atterrissage très tardivement et les dernières listes de vérification (« checklists ») n'étaient pas complétées.

De plus, en dépit d'un plafond nuageux sous l'altitude minimale de descente publiée pour l'approche choisie, il n'y a pas eu de discussion dans le poste de pilotage concernant les risques associés à la poursuite de l'approche, ni sur l'éventuelle remise des gaz advenant le cas où cela deviendrait nécessaire. Le plan initial a donc été maintenu, soit celui d'atterrir à l'aéroport des Îles-de-la-Madeleine.

Durant le dernier segment de l'approche, à environ 2,6 km de la piste, il y a perte de contrôle de l'avion à la suite d'une application maximale de la puissance des moteurs alors que la vitesse diminuait dangereusement tout en s'approchant de celle de décrochage, à basse altitude. Le taux de descente qui en résulte est très élevé et l'altitude est insuffisante pour que le contrôle soit rétabli. L'avion percute le sol violemment et les sept occupants décèdent consécutivement aux lésions subies lors de l'écrasement.

Le coroner, Dr Martin Clavet, souligne qu'un système de détection d'angle d'attaque aurait pu être un allié précieux pour le pilote dans un régime de vol à basse vitesse ou de décrochage imminent, afin d'éviter la perte de contrôle de l'avion. Il est d'avis qu'il faut encourager leur utilisation comme moyen de prévenir la perte de maîtrise d'un avion en aviation générale au Canada.

C'est pourquoi il recommande au ministère des Transports du Canada :

- d'encourager l'utilisation de systèmes de détection d'angle d'attaque en aviation générale au Canada comme moyen de prévenir la perte de maîtrise d'un avion liée à des situations de décrochage imminent ou de régime de vol à basse vitesse, permettant ainsi de diminuer les risques d'accident découlant de telles situations;
- de considérer de mettre en place une politique visant l'aviation générale et favorisant l'installation de systèmes de détection d'angle d'attaque dûment conçus et produits selon des exigences et procédures à être établies. De plus, dans l'optique d'une telle politique, considérer ce type d'installation comme une modification mineure n'exigeant pas de certificat de type supplémentaire et non une modification majeure;
- de diffuser à large échelle un rappel destiné aux pilotes de l'aviation générale au Canada sur les dangers et les risques liés aux approches non stabilisées et l'importance fondamentale d'effectuer une remise des gaz si une approche ne peut pas continuer à l'intérieur des paramètres d'une approche stabilisée. À ce sujet, et dans un tel contexte, il est essentiel de rappeler que la décision d'effectuer une remise des gaz ne représente pas un signe d'incompétence, mais reflète plutôt un processus décisionnel prudent de la part du pilote.

## 2. ENQUÊTES

### 2.1 L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE<sup>32</sup>

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
2013	3	3
2014	5	36
2015	4	4
2016	4	9
2017	2	2
2018	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>93</b>

En 2018, le coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques. Ces quatre enquêtes étaient toujours en cours au 31 décembre 2018, de même que les deux enquêtes ordonnées en 2017.

Deux enquêtes ordonnées respectivement en 2015 et en 2016 se sont terminées au cours de l'année 2018. Celles-ci sont résumées dans les pages qui suivent.

32. Les données du rapport des activités sont calculées en fonction de l'année civile, contrairement à celles du rapport annuel de gestion qui sont plutôt calculées en fonction de l'année financière.

2.2 LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2018<sup>33</sup>

NOM / PRÉNOM	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
<b>Boucher, Mario-Nelson</b> Pendaison dans un centre de réinsertion sociale Le ou vers le 2016-06-01	2017-05-17	M <sup>e</sup> Andrée Kronström	Palais de justice de Montréal
<b>Maurice, Brandon</b> Décès au cours d'une intervention policière 2015-11-16	2017-05-19	M <sup>e</sup> Luc Malouin	Palais de justice de Gatineau
<b>Hamel, Lyndia</b> Décès survenu dans une maison de thérapie pour traiter les dépendances 2016-12-27	2018-05-01	M <sup>e</sup> Andrée Kronström	Palais de justice de Trois-Rivières
<b>Sancartier, Nicole</b> Décès survenu au cours d'un séjour dans un centre d'hébergement pour personnes itinérantes 2018-01-24	2018-11-13	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	Palais de justice de Laval
<b>Ponton-Bernard, Geoffroy</b> Décès par électrocution lors de l'abattage d'un arbre 2018-04-28	2018-11-13	M <sup>e</sup> Karine Spénard	Point de service du palais de justice de Longueuil
<b>Côté, Adrienne</b> Décès survenu dans une résidence pour personnes âgées 2018-04-23	2018-11-14	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Rivière-du-Loup

33. Les chiffres présentés dans la section du rapport annuel de gestion tiennent compte des enquêtes ordonnées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 mars 2019.

## 2.3 LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2018

### Des poursuites policières mieux encadrées

Au cours du mois de juin 2014, un homme est décédé des suites d'un accident de la route survenu à Saint-Roch-de-Mékinac. Il était alors poursuivi par des patrouilleurs de la Sûreté du Québec. L'enquête publique a permis au coroner, Me Luc Malouin, de conclure à un suicide et de soulever plusieurs enjeux liés aux poursuites policières.

L'homme de 69 ans a été pris en chasse par les policiers après avoir refusé d'immobiliser son véhicule. Il a d'abord été poursuivi par un agent au volant d'un véhicule banalisé. Celui-ci a cessé la poursuite en raison de la dangerosité de la situation. Il a cependant demandé aux autres policiers du secteur d'intercepter le véhicule plus loin sur la route.

Un autre agent a ainsi déployé un hérisson à pointes creuses (tapis à clous) près de l'intersection des routes 155 et 159. De façon concomitante, une remorqueuse s'est arrêtée à cette même intersection, bloquant en partie cette voie de circulation. Le véhicule de l'homme poursuivi a surgi et, sans freiner, a heurté violemment le devant de la remorqueuse du côté conducteur.

Lors du transport en ambulance, et malgré la pratique ininterrompue des manoeuvres de réanimation, le conducteur ne présentait pas de signes vitaux. Fait à noter, les ambulanciers ont fait un court arrêt pour permettre la substitution du policier qui les accompagnait dans l'ambulance.

Au cours de l'enquête, M<sup>e</sup> Malouin a soulevé de nombreuses questions, particulièrement en ce qui concerne la poursuite policière. Il conclut qu'elle aurait normalement dû être effectuée par un véhicule policier clairement identifié et que le superviseur aurait dû jouer un rôle actif tout au long de l'opération, notamment pour autoriser le déploiement du hérisson à pointes creuses. Me Malouin s'est aussi demandé si la poursuite policière était justifiée dans les circonstances.

Au terme de son enquête, le coroner a fait les recommandations suivantes à la Direction nationale des services préhospitaliers d'urgence :

- Diffuser une note de service à tous les techniciens ambulanciers paramédics pour leur rappeler qu'en tout temps, lors d'une intervention auprès d'une personne dont la vie est en péril, ils sont les premiers responsables du patient et qu'aucune intervention des policiers ne doit être acceptée si elle nuit de quelque façon à leur travail.
- Acheminer une copie de cette note aux principaux corps policiers du Québec afin de clarifier le rôle des ambulanciers et la priorité de leurs décisions médicales lorsqu'ils interviennent en situation d'urgence.

Il a aussi recommandé à la Sûreté du Québec de prendre des mesures concrètes afin de s'assurer que ses membres connaissent les directives opérationnelles en matière de poursuite policière et qu'ils les respectent en tout temps.

### **Des mesures pour réduire les récidives de conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool**

Au cours de la nuit du 30 avril 2015, un homme de 26 ans a percuté violemment l'arrière d'une autopatrouille avec son véhicule. Il circulait à 161 km/h, en état d'ébriété, sans avoir bouclé sa ceinture de sécurité. Il est décédé sur les lieux de l'accident de plusieurs traumatismes, à peine quelques semaines après la fin de période où il devait conduire en utilisant un éthylomètre.

Le conducteur avait été arrêté à deux reprises dans le passé pour alcool au volant. Selon ses proches, le risque qu'il récidive était présent. Il avait de plus l'habitude d'utiliser son cellulaire au volant. Son véhicule a été muni pendant près de 3 ans et 8 mois d'un antidémarrreur éthylométrique, mais le dispositif a été retiré dès qu'il a recouvré un permis régulier.

L'enquête publique a fait ressortir les facteurs en lien avec le décès : l'alcool, la vitesse, la distraction et le non-port de la ceinture de sécurité. Elle a aussi permis de dégager des pistes de solutions pour contrer des comportements potentiellement mortels comme ceux adoptés dans cette situation.

D'ailleurs, quelques mois après la fin des auditions, la loi modifiant le Code de sécurité routière (CSR) afin de renforcer les règles quant à la distraction au volant, aux récidivistes de l'alcool et au port de la ceinture de sécurité a été adoptée. Cette loi prévoit notamment que tous les récidivistes de l'alcool au volant auront l'obligation de conduire avec un antidémarrreur éthylométrique, et ce, pour une période minimale de 10 ans. L'entrée en vigueur de cette disposition n'avait toutefois pas encore été décrétée au moment du dépôt du rapport.

Malgré ces avancées, il reste du travail à accomplir. C'est pourquoi la coroner, M<sup>e</sup> Andrée Kronström, recommande à la Société de l'assurance automobile du Québec de :

- mieux faire connaître la dénonciation et la faciliter par de meilleurs outils;
- faire la promotion de la condition I (antidémarrreur volontaire) en ciblant prioritairement les centres de thérapie;
- terminer rapidement les travaux requis pour que le gouvernement décrète la mise en vigueur des mesures concernant l'antidémarrreur éthylométrique;
- demeurer à l'affût des avancées de la recherche concernant la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool.

Compte tenu de l'entrée en vigueur des récentes modifications du Code de la sécurité routière qui viennent augmenter la sévérité des amendes, la coroner recommande aussi à la Société de l'assurance automobile du Québec de continuer à faire la promotion de comportements sécuritaires, notamment en ce qui a trait au port de la ceinture de sécurité, à l'atténuation des sources de distraction ainsi qu'à la réduction de la vitesse.

### 3. RECOMMANDATIONS

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler des recommandations afin de prévenir les décès et de protéger la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les rapports de coroners portant sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2018, les coroners ont déposé 145 rapports comportant des recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou à plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Les recommandations formulées depuis 2001 peuvent cependant être consultées sur le site Internet du Bureau du coroner, au [www.coroner.gouv.qc.ca](http://www.coroner.gouv.qc.ca).

#### Rapports de coroners avec recommandations en 2018

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	%
Traumatisme non intentionnel	96	66,2
Suicide	25	17,2
Cause naturelle	23	15,9
Décès de cause indéterminée	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

## 4. BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

### FICHER DU CORONER EN CHEF

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages suivantes présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2015 et 2016, en le comparant à la moyenne des années 2010 à 2014.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10<sup>e</sup> Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

### DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles sont intégrées aux bilans, lorsque possible, car elles traduisent bien la réalité et permettent de produire des statistiques annuelles plus précises. C'est d'ailleurs ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux qui suivent.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données est en constante évolution. L'information contenue dans chaque nouveau rapport est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, quelle que soit l'année du décès.

#### État des rapports de 2015, selon les données à jour au 4 février 2019

4 632 décès soumis au coroner

- 4 583 rapports déposés (98,9 %)
- 49 rapports à venir (1,1 %)

#### État des rapports de 2016, selon les données à jour au 4 février 2019

4 612 décès soumis au coroner

- 4 370 rapports déposés (94,8 %)
- 242 rapports à venir (5,2 %)

### Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
Occupant d'une automobile	247	213	-13,8	181
Piéton	68	52	-23,5	64
Motocycliste	47	49	4,3	56
Occupant d'un VTT	30	28	-6,7	29
Occupant d'une motoneige	24	35	45,8	27
Occupant d'un véhicule agricole	7	3	-57,1	11
Occupant d'une camionnette	21	13	-38,1	7
Cycliste	23	19	-17,4	6
Occupant d'un camion lourd	8	5	-37,5	4
Occupant d'un véhicule à trois roues	1	1	0,0	3
Occupant d'un véhicule de construction	2	1	-50,0	2
Occupant d'un véhicule industriel	2	2	0,0	1
Occupant d'un autobus	2	1	-50,0	0
Autre	2	7	250,0	3
En cours	0	7	-	8
<b>TOTAL</b>	<b>484</b>	<b>436</b>	<b>-9,9</b>	<b>402</b>

### Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
Événements entraînant la noyade et la submersion	18	11	-38,9	17
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	3	0	-100,0	0
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>-47,6</b>	<b>17</b>

## Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>15</b>

## Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
Chute	287	399	39,0	417
Intoxication	252	323	28,2	332
Suffocation, strangulation et obstructions des voies respiratoires	72	68	-5,6	71
Noyade*	54	57	5,6	53
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	57	58	1,8	28
Complications de soins médicaux	25	24	-4,0	25
Exposition aux forces de la nature	27	18	-33,3	20
Heurt par ou contre un objet	16	18	12,5	18
Compression entre des objets	4	7	75,0	11
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	12	11	-8,3	7
Décharge d'arme à feu	2	3	50,0	5
Exposition au courant électrique	5	8	60,0	3
Explosion	2	0	-100,0	1
Contact avec de l'eau chaude	3	2	-33,3	0
Autre	21	22	4,8	28
En cours	0	2	-	28
<b>TOTAL</b>	<b>818</b>	<b>1020</b>	<b>24,7</b>	<b>1047</b>

\* Décès associés au transport par eau exclus

### Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
Pendaison et strangulation	596	596	0	556
Intoxication à des substances liquides ou solides	178	177	-1	168
Décharge d'armes à feu	127	126	-1	122
Intoxication à un gaz	50	59	18	42
Collision d'un véhicule à moteur	35	41	17	41
Précipitation dans le vide	44	47	7	39
Noyade	41	33	-20	29
Utilisation d'un objet tranchant	30	30	0	24
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	9	6	-33	4
Autre	8	15	88	7
En cours	0	7	-	31
<b>TOTAL</b>	<b>1118</b>	<b>1137</b>	<b>2</b>	<b>1063</b>

## Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
Agression par arme à feu	29	27	-6,9	21
Agression par objet tranchant	23	27	17,4	16
Agression par strangulation	8	6	-25,0	3
Agression par objet contondant	9	5	-44,4	6
Bagarre, rixe (sans arme)	5	4	-20,0	5
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	3	0	-100,0	1
Autre	7	7	0,0	3
En cours		1	-	7
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>76</b>	<b>-8,4</b>	<b>55</b>

## Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2010-2014	NOMBRE 2015	% VARIATION 2015/2010-2014	NOMBRE 2016
Intoxication	42	29	-31,0	39
Noyade	6	7	16,7	8
Collision d'un véhicule à moteur	2	2	0,0	3
Chute	4	2	-50,0	2
Pendaison	3	1	-66,7	1
Autre	8	3	-62,5	4
En cours*	1	5	-	21
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>49</b>	<b>-25,8</b>	<b>78</b>

\*Pour une grande partie des investigations en cours, l'intention associée au traumatisme qui a causé le décès sera connue une fois le rapport du coroner terminé.

## ANNEXES

### LOI ET RÈGLEMENTS<sup>34</sup>

La présente annexe contient la liste des principaux textes législatifs et réglementaires encadrant le travail des coroners :

- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2);
- Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 1);
- Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 2);
- Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 3);
- Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel (Décret n° 168787 du 4 novembre 1987 et ses modifications subséquentes);
- Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 4);
- Tarif sur les frais d'autopsies (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 5);
- Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 7).

### CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS

Le Code de déontologie des coroners est adopté par le coroner en chef et approuvé par le gouvernement en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 1).

#### SECTION 1 – DEVOIRS GÉNÉRAUX

1. Dans l'exercice de ses fonctions en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2), notamment lors d'une investigation ou d'une enquête, le coroner doit respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée ainsi que le secret professionnel à l'égard de cette personne.
2. Le coroner doit respecter les croyances et les opinions religieuses de la personne décédée et celles de ses proches dans la mesure où les exigences que la loi lui impose le permettent.
3. Le coroner doit s'assurer que tout cadavre dont il a la garde et la possession est traité avec dignité et respect.
4. Le coroner doit agir de telle sorte que son comportement envers les proches de la personne décédée ainsi qu'envers les personnes impliquées dans les circonstances du décès reflète le respect et la courtoisie qu'imposent les circonstances.

34. La loi et les règlements encadrant le travail des coroners peuvent être consultés à l'adresse suivante : <https://www.coroner.gouv.qc.ca/organisation/loi-et-reglements.html>

5. Le coroner doit éviter tout acte, toute omission, tout comportement ou tout propos relatif à l'exercice de ses fonctions qui serait de nature à porter atteinte à l'institution du coroner ou aux autres personnes qui y exercent également la fonction de coroner.
6. Le coroner doit maintenir de bons rapports avec les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête, se comporter à leur égard avec courtoisie et respect et leur accorder son entière disponibilité.
7. Le coroner ne doit pas s'immiscer dans une investigation ou une enquête du ressort d'un autre coroner.
8. Les coroners doivent agir de façon courtoise entre eux et maintenir des relations empreintes de bonne foi.
9. Le coroner doit témoigner, dans l'exercice de ses fonctions, d'un constant souci du respect de ses devoirs de protection de la vie humaine.

## SECTION II – DEVOIRS PARTICULIERS

### Intégrité et dignité

10. Le coroner doit exercer ses fonctions avec intégrité et dignité.
11. Le coroner ne doit pas, dans l'exercice de ses fonctions, faire un usage immodéré de substances psychotropes, incluant alcool, ou de toute autre substance produisant des effets analogues.
12. Le coroner doit dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
13. Le coroner doit s'assurer du maintien de l'ordre et du décorum durant une enquête tout en manifestant une attitude courtoise envers les personnes présentes.
14. Le coroner doit faire preuve de réserve et de mesure à l'occasion de tout commentaire public concernant ses recherches ou ses activités et en restreindre l'expression aux seules fins pédagogiques ou scientifiques découlant de l'exercice de ses fonctions.

### Objectivité, rigueur et indépendance

15. Le coroner doit, de façon manifeste, faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
16. Le coroner doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions de façon objective, rigoureuse et indépendante.
17. Le coroner doit se comporter de façon à ne pas encourager ou inciter quiconque à lui offrir quoi que ce soit auquel il n'a pas le droit en vertu de la loi. Il doit refuser tout ce qui serait, malgré tout, offert ou en disposer de la façon prévue par la loi, le cas échéant.
18. Le coroner doit s'abstenir de poursuivre une investigation ou de tenir une enquête lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment :
  - de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires avec la personne décédée, avec une personne impliquée dans les circonstances du décès ou avec une personne appelée à participer à l'investigation ou à l'enquête;

- de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion se rapportant au décès;
- de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme à l'égard de la personne décédée ou à l'égard d'une personne impliquée dans les circonstances du décès.

19. Le coroner doit s'assurer que son rapport contienne les faits qui lui sont connus se rapportant aux causes et aux circonstances du décès.

20. Le coroner doit s'assurer de la valeur probante, de l'authenticité et de la pertinence de tout fait sur lequel il s'appuie pour établir l'identité de la personne décédée, la date, le lieu, les causes et les circonstances du décès.

21. Le coroner doit s'assurer de l'authenticité de tout fait qu'il divulgue publiquement avant la production de son rapport et apprécier les risques et les inconvénients pouvant résulter de cette divulgation.

#### **Disponibilité et diligence**

22. Le coroner doit faire preuve d'une disponibilité et d'une diligence raisonnable.

23. Le coroner doit prendre les mesures nécessaires à l'examen du cadavre ou à la visite des lieux, lorsque les circonstances du décès l'exigent.

24. Le coroner doit être à la disposition des proches de la personne décédée afin de les rencontrer et de les renseigner lorsque la situation l'exige.

25. Le coroner doit faciliter la libération du cadavre et y donner suite avec toute la diligence à laquelle peuvent raisonnablement s'attendre les proches de la personne décédée.

26. Le coroner doit faire en sorte que les conditions d'exercice de sa garde d'objets et de documents en garantissent la conservation et en permettent la remise aux réclamants conformément à la loi.

27. Le coroner doit informer les proches de la personne décédée que le choix des dispositions funéraires leur revient.

#### **Compétence et connaissance**

28. Le coroner doit maintenir ses connaissances et ses capacités dans les domaines pertinents à l'exercice de ses fonctions de façon à ce qu'elles concordent avec les exigences de son travail et en garantissent la qualité.

29. Le coroner doit connaître les lois, règlements et directives régissant l'exercice de ses fonctions.

30. Le coroner doit s'assurer que la personne à qui il délègue des pouvoirs, dans les cas prévus par la loi, connaisse les lois, règlements et directives régissant l'exercice des fonctions du coroner.

31. Le coroner doit participer, dans la mesure du possible, aux programmes de perfectionnement mis en œuvre par le coroner en chef.

32. Le coroner doit fournir la contribution attendue de lui dans le perfectionnement des autres coroners, notamment par l'échange avec eux de ses connaissances et expériences.

33. Le coroner doit respecter les limites de son expertise et de ses connaissances, en particulier dans des domaines qui lui sont étrangers, et s'assurer personnellement de la compétence des sources auxquelles il doit recourir.

#### **Confidentialité**

34. Le coroner doit respecter, même au cours des communications privées, la confidentialité de tout document ou renseignement qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions, à moins que la divulgation n'en soit autorisée par la loi.
35. Le présent code rentre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication dans la Gazette officielle du Québec.

## **PROCÉDURE ADMINISTRATIVE PRÉALABLE À UNE RÉPRIMANDE<sup>35</sup>**

### **PRÉAMBULE**

ATTENDU l'article 28 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2) qui indique que le coroner en chef adopte, par règlement, le Code de déontologie des coroners et veille à son application;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 165 de la même loi, le coroner en chef peut publier à la Gazette officielle du Québec tout règlement relatif à la déontologie des coroners;

ATTENDU QU'en vertu des articles ci-dessus mentionnés, un Code de déontologie des coroners a dûment été soumis à l'approbation du gouvernement, qu'il a été approuvé et publié;

ATTENDU l'article 14 de la même loi qui donne le pouvoir au coroner en chef, pour cause, de réprimander un coroner;

ATTENDU QUE le coroner en chef juge nécessaire d'établir une procédure administrative à être suivie préalablement à l'imposition d'une réprimande à un coroner;

ATTENDU QUE la procédure administrative doit avoir pour objectif de mettre en place un processus à la fois simple, efficace et dans le respect des règles de justice naturelle.

#### **Le coroner en chef adopte la procédure administrative suivante :**

1. Le préambule de la présente procédure administrative en fait partie intégrante comme s'il était reproduit au long.

#### **Le mandat**

2. Le coroner en chef informé de l'existence d'une plainte à l'endroit d'un coroner, ou de son propre chef, peut désigner une personne pour enquêter sur la conduite du coroner visé.
3. L'enquête a pour objet d'établir tous les faits de façon à permettre au coroner en chef de décider s'il y a lieu d'imposer ou non une réprimande à un coroner.

---

35. Aucune situation n'a entraîné une procédure administrative préalable à une réprimande en 2018-2019.

### **Le processus d'enquête**

4. La personne désignée à titre d'enquêteur doit, sans délai, informer par écrit le coroner visé de la nature de son enquête, à moins que le déroulement de l'enquête en soit perturbé.
5. L'enquêteur doit chercher à établir tous les faits pertinents et, dans la mesure du possible, obtenir des personnes concernées des déclarations écrites ou, à défaut, consigner les déclarations verbales par écrit sans délai.
6. L'enquêteur peut mettre fin prématurément à une enquête déjà commencée si, à son avis, la plainte s'avère frivole, vexatoire ou de mauvaise foi, ou si la tenue ou la poursuite de son enquête n'est pas nécessaire eu égard aux circonstances. Il en avise alors le coroner en chef et le coroner visé.
7. Avant de compléter son enquête, l'enquêteur doit fournir au coroner visé l'occasion de faire valoir son point de vue, si ce dernier le désire, en l'invitant par écrit à le rencontrer à moins qu'il ne préfère faire part par écrit de ses commentaires à l'enquêteur.
8. Tout coroner ou toute autre personne du Bureau du coroner, rencontré à titre de témoin relativement à une plainte portée contre un coroner, doit collaborer avec l'enquêteur.

### **Le rapport de l'enquêteur**

9. Le rapport de l'enquêteur doit être remis au coroner en chef dans un délai de trois (3) mois suivant la désignation de l'enquêteur, à moins de circonstances exceptionnelles dont la démonstration doit être faite à la satisfaction du coroner en chef.
10. Lorsque l'enquêteur a terminé son enquête, il transmet un rapport écrit au coroner en chef avec copie au coroner visé par la plainte.
11. L'enquêteur peut :
  - a) REJETER la plainte, en motivant sa décision par écrit s'il estime que la plainte n'est pas fondée, qu'elle est frivole ou vexatoire, ou qu'il y a insuffisance de preuves;
  - b) INVITER le coroner visé à modifier sa conduite;
  - c) RECOMMANDER au coroner en chef l'imposition d'une réprimande à l'endroit du coroner visé.
12. Le coroner en chef peut, sur réception du rapport de l'enquêteur, ordonner un complément d'enquête dans le délai et suivant les modalités qu'il détermine.

### La recommandation d'une réprimande

- d) Dans le cas où l'enquêteur recommande une réprimande, sa recommandation doit être motivée afin que le coroner en chef ainsi que le coroner visé puissent prendre connaissance des motifs justifiant une éventuelle réprimande.
- e) L'enquêteur qui recommande l'imposition d'une réprimande à un coroner doit, en lui transmettant copie de son rapport, l'informer qu'il bénéficie d'un délai de vingt (20) jours pour faire part par écrit au coroner en chef de ses observations.

### Le rôle du coroner en chef

- 13. Le coroner en chef, qui reçoit de l'enquêteur un rapport recommandant l'imposition d'une réprimande, doit :
  - a) S'ASSURER que le coroner visé par la recommandation a dûment été appelé à faire valoir son point de vue lors de l'enquête préalable à cette recommandation;
  - b) PRENDRE CONNAISSANCE de tous les éléments recueillis par l'enquêteur ainsi que des motifs l'ayant conduit à recommander une réprimande;
  - c) PRENDRE CONNAISSANCE des représentations écrites du coroner visé, s'il y a lieu, à l'expiration du délai de vingt (20) jours mentionné au paragraphe 14.
- 14. Le coroner en chef, après avoir pris en considération le rapport de l'enquêteur et les représentations écrites du coroner visé, s'il y a lieu, peut :
  - a) RETOURNER le dossier à l'enquêteur afin de lui demander de compléter son enquête;
  - b) REJETER la recommandation d'une réprimande eu égard à l'analyse du dossier et des représentations faites par le coroner visé, s'il y a lieu;
  - c) ACCUEILLIR la recommandation de l'enquêteur et, conformément au pouvoir qui lui est conféré par l'article 14 de la loi, imposer une réprimande au coroner visé.
- 15. La procédure administrative ne limite nullement le pouvoir du coroner en chef, lorsque la situation le requiert, de demander au ministre de la Sécurité publique d'ordonner une enquête sur la conduite d'un coroner, le tout en conformité avec la loi.

## NOUS JOINDRE

**1 888 CORONER (1 888 267-6637)**

Site Internet : [www.coroner.gouv.qc.ca](http://www.coroner.gouv.qc.ca)

Twitter : @CoronerQuebec

Courriel : [clientele.coroner@coroner.gouv.qc.ca](mailto:clientele.coroner@coroner.gouv.qc.ca)

### **BUREAU DE QUÉBEC (SIÈGE SOCIAL)**

Édifice Le Delta 2, bureau 390

2875, boulevard Laurier

Québec (Québec) G1V 5B1

Télécopie : 418 643-6174

### **MORGUE DE QUÉBEC**

1685, boulevard Wilfrid-Hamel

Québec (Québec) G1N 3Y7

Télécopie : 418 643-8510

### **BUREAU DE MONTRÉAL**

Édifice Wilfrid-Derome, 11<sup>e</sup> étage

1701, rue Parthenais

Montréal (Québec) H2K 3S7

Télécopie : 514 873-8943

### **MORGUE DE MONTRÉAL**

Édifice Wilfrid-Derome, rez-de-chaussée

1701, rue Parthenais

Montréal (Québec) H2K 3S7

Télécopie : 514 873-6792

**Bureau  
du coroner**

**Québec** 