



Pour la vie!

Bureau du coroner

Rapport annuel de gestion

2019-2020

Québec 

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 :

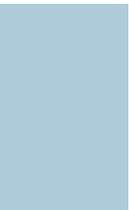
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal – 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN Version imprimée : 978-2-550-86882-8
ISBN Version électronique : 978-2-550-86883-5
ISSN Version imprimée : 1707-987X
ISSN Version électronique : 1913-7729

© Gouvernement du Québec, 2020

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



Bureau du coroner

Rapport annuel de gestion

2019-2020



Pour la vie!

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA MINISTRE	VII
MESSAGE DE LA CORONER EN CHEF	IX
DÉCLARATION ATTESTANT LA FIABILITÉ DES DONNÉES	X
SECTION 1 : RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020	1
1. L'ORGANISATION	2
1.1 L'organisation en bref	2
1.2 Contexte	2
1.3 Mission	3
1.4 Organisation interne	3
1.5 Domaines d'activité	4
1.6 Services offerts, clientèles et partenaires	5
1.7 Faits saillants de l'année 2019-2020	6
2. LES RÉSULTATS	12
2.1 Plan stratégique	12
2.2 Traitement des plaintes	31
2.3 Déclaration de services aux citoyens	33
3. LES RESSOURCES UTILISÉES	34
3.1 Utilisation des ressources humaines	34
3.2 Utilisation des ressources financières	36
3.3 Utilisation des ressources informationnelles	38
4. AUTRES EXIGENCES	40
4.1 Gestion et contrôle des effectifs	40
4.2 Développement durable	41
4.3 Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics	42
4.4 Accès à l'égalité en emploi	42
4.5 Accès aux documents et protection des renseignements personnels	46
4.6 Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration	48
4.7 Égalité entre les femmes et les hommes	49
4.8 Politique de financement des services publics	50

SECTION 2 : RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS.....	51
1. INVESTIGATIONS.....	53
1.1 Les décès signalés aux coroners	53
1.2 Les autopsies et les examens de laboratoire.....	55
1.3 Quelques rapports d'investigation déposés en 2019.....	55
2. ENQUÊTES.....	62
2.1 L'évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie.....	62
2.2 Les enquêtes en cours au 31 décembre 2019.....	62
2.3 Les rapports d'enquête déposés en 2019.....	64
3. RECOMMANDATIONS.....	69
3.1 Principes généraux.....	69
3.2 Suivi des recommandations.....	70
4. BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC	71
ANNEXES	76
LOI ET RÈGLEMENTS.....	76
CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS	76
PROCÉDURE ADMINISTRATIVE PRÉALABLE À UNE RÉPRIMANDE.....	79

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 2020.

Ce rapport répond aux exigences de la *Loi sur l'administration publique* ainsi qu'aux autres exigences législatives et gouvernementales et il rend compte notamment des résultats atteints au regard du plan stratégique et de la Déclaration de services aux citoyens de l'organisation.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

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

ORIGINAL SIGNÉ

Geneviève Guilbault

Québec, septembre 2020

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^e étage
Tour des Laurentides
Québec (Québec) G1V 2L2



Madame la Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2019-2020 du Bureau du coroner. Comme l'an dernier, nous y avons inclus le rapport sur les activités des coroners.

Ce rapport est certes l'occasion de faire le bilan des activités de l'organisation, mais aussi de ma deuxième année à titre de coroner en chef. Les derniers mois ont été riches en projets de toutes sortes ayant pour but d'améliorer les services à la population et de soutenir davantage les coroners dans leur importante mission.

Toute l'équipe a redoublé d'efforts et vous pourrez en constater des résultats tangibles dans les pages qui suivent. Je pense notamment aux délais qui se sont considérablement améliorés au cours de la dernière année, dont le délai de production des rapports d'investigation. Plusieurs démarches concrètes ont permis de réduire le temps alloué au traitement administratif des dossiers et le personnel continue de travailler à l'amélioration de ses processus. Les rapports d'enquête sont aussi produits plus rapidement, notamment grâce à l'apport de trois nouveaux coroners enquêteurs. Le délai de traitement des plaintes a également connu une nette amélioration. D'autres projets s'annoncent fort prometteurs à moyen et à long terme, dont les travaux du Comité sur la formation qui sont essentiels pour assurer la qualité des services et la performance de l'ensemble des coroners et du personnel.

Le Bureau du coroner peut compter sur une équipe compétente et dévouée ainsi que sur des partenaires engagés. Les événements liés à la pandémie et tous les bouleversements qui en ont découlé ont montré à quel point l'organisation est solide malgré sa petite taille. Toute l'équipe a fait preuve d'une capacité d'adaptation remarquable, ce qui a permis le maintien de la majorité des services même au plus fort du confinement. Plus que jamais, la mission «pour la vie» des coroners est essentielle et mérite d'être valorisée.

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

La coroner en chef,

ORIGINAL SIGNÉ

Pascale Descary

Québec, août 2020

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 2019-2020 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 objectives, exactes et vérifiables.

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 2020.

La coroner en chef,

ORIGINAL SIGNÉ

Pascale Descary

Québec, août 2020

A person wearing a grey knit hat and a dark winter coat with a fur-lined hood is seen from behind, looking up towards the sky. Sunlight filters through the trees in the background, creating a warm, golden glow. The scene is set in a forest with tall, thin trees.

Section 1

Rapport annuel
de gestion 2019-2020

Pour la vie!

1. L'organisation

1.1 L'ORGANISATION EN BREF¹

Quelques chiffres clés

CHIFFRES CLÉS	DESCRIPTION
54	Effectif du Bureau du coroner
10,5 M\$	Dépenses du Bureau du coroner
5 668	Nombre d'investigations
84	Coroners à temps partiel actifs
8	Coroners permanents, dont la coroner en chef
2	Bureaux administratifs
2	Morgues

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 gouverneur².

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. Ils doivent en tout temps respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée.

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 en tout temps. Le Bureau du coroner soutient les coroners dans l'accomplissement de leur mandat.

1. Données au 31 mars 2020, sauf le nombre d'investigations qui est calculé en fonction de l'année civile (1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019).

2. Régnald 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.

Seulement huit coroners, dont la coroner en chef, sont nommés à temps plein. Tous les autres exercent leurs fonctions de coroner à temps partiel, en plus de leur carrière de juriste ou de médecin.

Conformément à la loi, le coroner a compétence sur tout décès survenant au Québec. Il intervient systématiquement lorsqu'un décès survient dans des circonstances violentes ou obscures ou possiblement liées à la négligence, ou lorsque l'identité de la personne décédée n'est pas connue. 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 2019, les coroners sont intervenus dans environ 8,6% 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. Ce rapport est public et est remis à toute personne qui en fait la demande.

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 possibilité qu'ils ont de formuler des 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.

1.4 ORGANISATION INTERNE³

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.

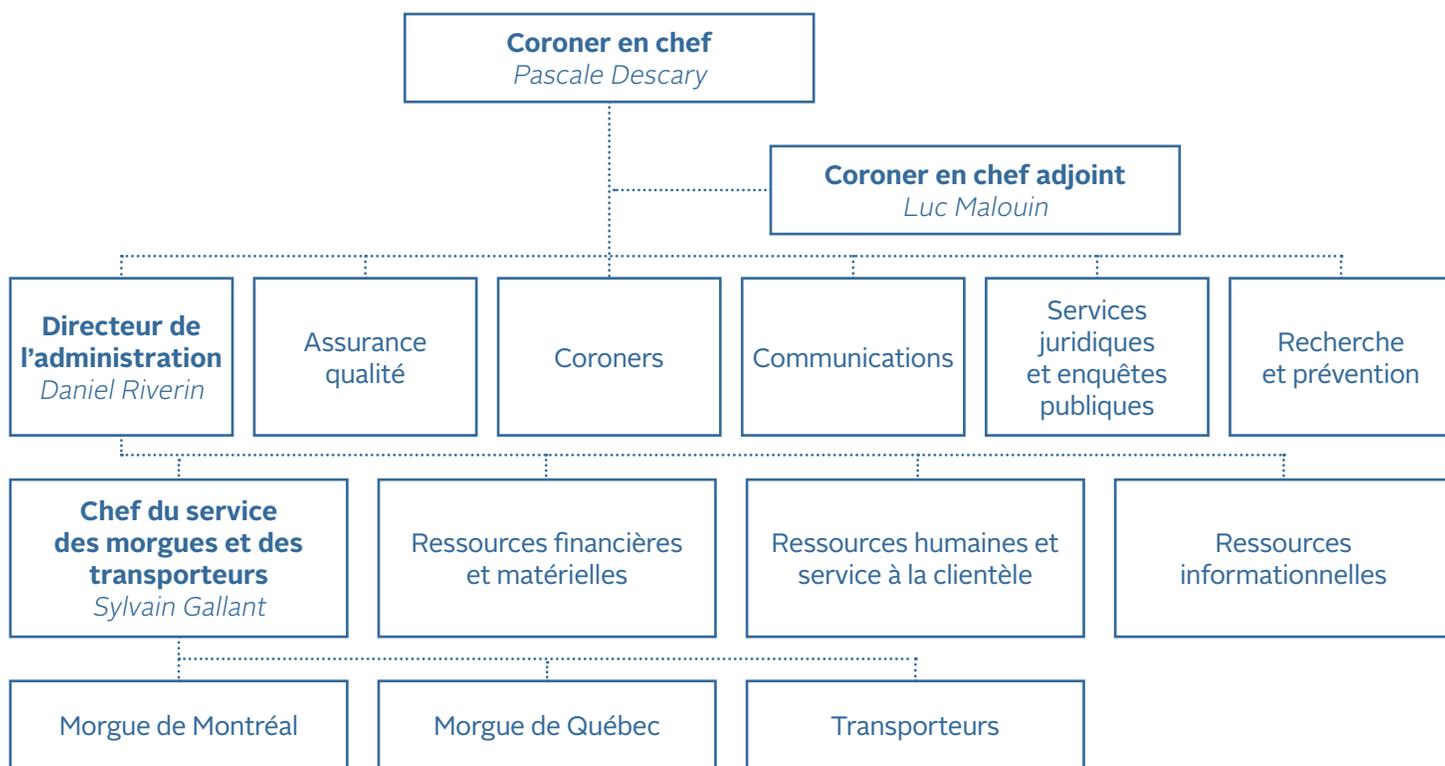
La coroner en chef est responsable de coordonner, de répartir et de surveiller le travail des coroners, et s'assure que l'ensemble du territoire du Québec est en tout temps desservi. Elle met aussi en place les ressources nécessaires afin que les coroners soient en mesure de remplir le rôle qui leur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

3. Au 31 mars 2020.

La coroner en chef peut également compter sur le soutien du service juridique, du service des communications, du service affecté à l'assurance qualité ainsi que celui responsable de la recherche et de la prévention, tous sous sa responsabilité immédiate.

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 notamment auprès des coroners en contribuant à leur formation, à leur encadrement et à leur évaluation.

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 ministérielles et gouvernementales, notamment en matière d'attribution de contrats, et apportent le soutien administratif et technologique nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme.



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-O.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 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 le cas d'un ministère ou d'un organisme, que ces documents lui serviront 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;
- surveillance épidémiologique de plusieurs types de décès;
- collaboration scientifique avec les 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 sont également consignés dans les banques de données du Bureau du coroner.

Par ailleurs, un des volets de la mission des coroners est d'informer le public sur des phénomènes de mortalité. À cette fin, le Bureau du coroner collabore activement avec les représentants des médias qui, tout en faisant connaître le travail des coroners, contribuent à relayer leurs importants messages de prévention.

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;

- transmet des données épidémiologiques concernant les décès obscurs, violents ou survenus à la suite de négligence, en collaboration avec les acteurs de la santé publique;
- 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 (LSJML);
- l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- les maisons funéraires et leurs transporteurs;
- 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.

1.7 FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2019-2020

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. La section suivante présente quelques-uns des projets marquants de la dernière année.

Projet de refonte de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

Le 30 octobre 2019, la ministre de la Sécurité publique a déposé un projet de loi ayant pour but d'actualiser la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-O.2), entrée en vigueur en 1986. Ce projet prévoit notamment ce qui suit :

- un mandat de cinq ans pour les coroners à temps plein et d'au plus cinq ans pour les coroners à temps partiel, renouvelable dans tous les cas;
- un mandat de cinq ans non renouvelable pour le coroner en chef et les coroners en chef adjoints;
- la révision du processus de nomination et de renouvellement des coroners, y compris le coroner en chef et le coroner en chef adjoint;
- l'accroissement des pouvoirs d'encadrement du coroner en chef;
- le pouvoir pour le coroner en chef d'exiger un suivi des recommandations émises dans un rapport et d'être informé des mesures qui seront prises pour corriger la situation;
- la possibilité pour le coroner en chef d'émettre un avis afin d'informer les autorités concernées ou la population des risques de décès et des mesures qui pourraient être mises en place.

Advenant l'adoption du projet de loi, le Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners (RLRQ, chapitre R-O.2, r. 2) sera modifié afin d'y établir un nouveau processus d'évaluation et de renouvellement. Les règles d'admissibilité et de sélection seront aussi mises à jour pour tous les types de fonctions. Le Bureau du coroner souhaite que le Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel soit également revu (Décret n° 1687-87 du 4 novembre 1987 et ses modifications subséquentes).

Processus d'évaluation des coroners

Le Bureau du coroner a bonifié le processus d'évaluation des coroners à temps partiel. Depuis janvier 2020, les coroners sont évalués annuellement, et non plus seulement au moment du renouvellement de leur mandat. La procédure d'évaluation implique maintenant plusieurs membres de l'équipe afin que le coroner en chef et le coroner en chef adjoint obtiennent un portrait complet du travail des coroners. Ce processus rigoureux et transparent a notamment pour but de comprendre les besoins des coroners et de leur offrir tout le soutien dont ils ont besoin pour réaliser leur mission. Il vise également à améliorer la qualité des rapports tout en réduisant le délai pour les produire.

Par ailleurs, dans le cadre du renouvellement de leur mandat, tous les coroners à temps partiel sont maintenant invités à évaluer les services administratifs qui leur sont offerts. Cette démarche fort constructive favorise les échanges et permet de prendre des moyens concrets pour assurer la cohésion entre les coroners et le personnel administratif.

Collaboration avec Héma-Québec

Après plusieurs années de collaboration, Héma-Québec et le Bureau du coroner viennent de franchir une nouvelle étape dans leur partenariat. En effet, les deux organismes ont conclu une entente inédite et novatrice qui pourrait être un exemple à suivre à l'échelle canadienne, voire internationale.

Les missions des deux organismes sont certes différentes, mais elles ont pour but ultime de sauver des vies, que ce soit par la prévention ou le don de tissus. Un enjeu important pour Héma-Québec est d'avoir accès aux donneurs potentiels, et le Bureau du coroner est en mesure de l'aider à atteindre ses objectifs.

Depuis la fin du mois de février 2020, une employée d'Héma-Québec est présente dans les locaux du Bureau du coroner afin de cibler des donneurs potentiels parmi les nouveaux avis de décès soumis aux coroners. Héma-Québec peut ensuite communiquer avec les familles de ces défunts avec toute la délicatesse nécessaire et solliciter leur consentement pour procéder à des dons de tissus. À noter que la Commission d'accès à l'information a donné son aval à ce projet.

Comités

Après des mois de préparation, le Bureau du coroner a donné le coup d'envoi au Comité sur la mortalité dans les communautés autochtones et inuites. Les objectifs de ce comité et ses premières démarches sont présentés dans la section portant sur les résultats obtenus en 2019-2020.

Le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, mis sur pied en janvier 2018, n'a pas ménagé ses efforts pour formuler ses premières recommandations. Celles-ci seront dévoilées dans un rapport à paraître au cours de l'année 2020. 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 risque et de protection de même que les tendances émergentes à partir de l'analyse des dossiers du Bureau du coroner.

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 a d'ailleurs déposé le bilan de ses activités pour les années 2017 et 2018, lesquelles ont été consacrées plus spécifiquement au syndrome de mort subite du nourrisson.

À l'interne, le Comité sur la formation a redéfini sa structure et son mandat afin d'atteindre encore mieux ses objectifs et élabore actuellement son premier plan de formation. Il faut dire que ses activités touchent le cœur du travail des coroners : formation initiale, formation continue, partage de l'expertise, colloque, coaching individuel, groupes de soutien, ateliers de rédaction. Le comité est aussi responsable de la formation continue offerte au personnel administratif. Plusieurs sous-comités ont été formés afin d'offrir des formations et un soutien adaptés aux besoins de l'ensemble de l'organisation.

Le Bureau du coroner a aussi remis sur pied le Comité sur les enquêtes publiques, dont le principal objectif est le partage d'informations et de connaissances en lien avec les enquêtes. Un sous-comité procède à l'analyse de toutes les demandes d'enquêtes publiques et transmet ensuite ses recommandations à la coroner en chef, ce qui assure rigueur et cohérence au processus. Les enquêtes publiques sont un levier important de la mission des coroners et leur nombre est en constante augmentation. Une nouvelle juriste a d'ailleurs été embauchée pour, entre autres, prêter main-forte au procureur aux enquêtes.

Nominations de nouveaux coroners

En avril 2019, 23 nouveaux coroners ont été nommés par le Conseil des ministres et 8 autres l'ont été au printemps 2020. Ces nominations permettent d'assurer une couverture adéquate de l'ensemble du Québec. Malgré tout, le besoin de recrutement est constant, particulièrement chez les coroners médecins, qui sont actuellement sous-représentés. Afin de revenir à un équilibre, un nouvel appel de candidatures destiné aux médecins a été lancé en mars 2020.

Vigie et surveillance de phénomènes de mortalité

En plus de collaborer à des enquêtes épidémiologiques avec plusieurs directions de santé publique, 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'INSPQ, à la mise sur pied d'un système de vigie des intoxications aux opioïdes et à d'autres stupéfiants. Il alimente ce système en y versant chaque semaine tous les signalements de décès qui pourraient être causés par des intoxications à des opioïdes ou à 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 canadienne 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 épidémiologique du suicide et de surveiller son évolution, et servent d'assise aux actions de prévention partout en province. Le Bureau du coroner collabore également à la mise sur pied de la Banque nationale de données sur le suicide. Par le jumelage des données du Bureau du coroner avec celles de diverses sources (MSSS, Régie de l'assurance maladie du Québec et Institut de la statistique du Québec), cette nouvelle banque de données permettra une surveillance plus fine du suicide, notamment en permettant de dresser un portrait de la trajectoire de soins des personnes décédées.

En plus de ses activités de surveillance épidémiologique, le Bureau du coroner participe de surcroît aux consultations en vue de l'élaboration de la prochaine stratégie nationale en prévention du suicide, dont le MSSS est le maître d'œuvre.

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.

Projet de réfection de la morgue de Montréal

En collaboration avec le ministère de la Sécurité publique (MSP) et la Société québécoise des infrastructures (SQI), le Bureau du coroner travaille sur un important projet de réfection de la morgue de Montréal. La plus grande morgue du Québec a maintenant atteint la fin de sa vie utile et ses équipements ont besoin d'être mis à niveau. Sa capacité de 138 places réfrigérées répond tout juste aux besoins et sera insuffisante à moyen terme.

Le Bureau du coroner a fourni un programme de besoins en fonction des projections démographiques et la SQI en est à évaluer la faisabilité du projet dans les locaux actuels. Le LSJML participe également aux discussions puisque certains de ses locaux, dont ses salles d'autopsies, sont attenants aux espaces de la morgue.

Autopsies par imagerie post mortem

Le Bureau du coroner poursuit ses efforts pour optimiser la disponibilité des autopsies en centre hospitalier et pour en faciliter l'accès partout dans la province. Il a d'ailleurs déposé un plan d'action en ce sens au MSSS, lequel est en cours d'analyse.

Un des éléments de ce plan d'action est de développer les autopsies par imagerie post mortem. Rappelons que cet outil diagnostique novateur et économique permet, dans certaines situations, d'éviter l'autopsie conventionnelle. Il réduit aussi les besoins de transports de personnes décédées, particulièrement dans les régions où il n'y a pas de service de pathologie. Les délais sont également plus courts puisque le coroner obtient le rapport de l'expert radiologiste dans les jours qui suivent l'examen.

Le projet Vitrine, qui a pour but de développer l'utilisation de l'imagerie post mortem, en est maintenant à sa phase 2. 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 LSJML sont d'abord dirigés vers l'Hôtel-Dieu de Lévis ou à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM), selon leur provenance, afin d'y effectuer des autopsies par imagerie post mortem, puis les autopsies conventionnelles suivent leur cours au LSJML. Les résultats des deux types d'autopsies seront comparés et les conclusions tirées de cette étude permettront de mieux définir les indications de l'autopsie par imagerie post mortem. La phase 2 tire à sa fin puisqu'en février 2020, 85 autopsies par imagerie post mortem avaient déjà été réalisées.

En collaboration avec le MSSS, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) Chaudière-Appalaches et l'ICM, le Bureau du coroner s'apprête à lancer la phase 3 du projet d'autopsie par imagerie post mortem, soit le déploiement de ce service sur tout le territoire québécois. Ce réseau, qui a pour but de soutenir les coroners dans la recherche des causes et des circonstances des décès, s'annonce très prometteur autant pour améliorer les services d'autopsie que pour réduire les délais et minimiser le transport des dépouilles. En attendant, les coroners peuvent déjà bénéficier du Service d'autopsie virtuelle offert à l'Hôtel-Dieu de Lévis et à l'ICM, déjà fort apprécié.

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. L'Institut de la statistique du Québec, en puisant dans le registre des événements démographiques, est en mesure de fournir des données qui permettent de répertorier les décès qui auraient dû être signalés à un coroner mais qui, pour diverses raisons, ne l'ont pas été. Des pourparlers sont en cours avec cet organisme pour établir une plate-forme d'échange de données qui, une fois en fonction, permettra d'assigner ces décès à un coroner.

2. Les résultats

2.1 PLAN STRATÉGIQUE

Résultats relatifs au plan stratégique

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.

Sommaire des résultats 2019-2020 relatifs aux engagements du Plan stratégique 2017-2022

ORIENTATION 1 : RENFORCER ET MAINTENIR LA PERFORMANCE ET LA COMPÉTENCE DES CORONERS ET DU PERSONNEL				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2019-2020	RÉSULTATS 2019-2020	PAGE
AXE D'INTERVENTION 1.1 : LES PROCESSUS D'INVESTIGATION ET D'ENQUÊTE				
Objectif 1.1.1 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 Mesure de départ : 37 plaintes en 2016	20 plaintes (À poursuivre)	16
Objectif 1.1.2 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 Mesure de départ : 48 plaintes en 2016	108 plaintes, dont 60 sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	17
	Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Colloque de 2 jours en septembre 2019 (À poursuivre)	18
	Nombre d'aide-mémoire et de guides rédigés	Un nouveau document chaque année	Deux nouveaux documents et plusieurs guides mis à jour (Atteinte)	19

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

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2019-2020	RÉSULTATS 2019-2020	PAGE
Objectif 1.1.3 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 Mesure de départ : délai moyen de 10,9 mois en 2016	Délai moyen de 11,0 mois (Non atteinte en 2019, mais réduction marquée des délais au cours des derniers mois)	21
	Nombre de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022 Mesure de départ : 93 plaintes en 2016	25 plaintes (Atteinte)	22
Objectif 1.1.4 Conscientiser les partenaires au mandat du coroner	Nombre de rencontres de sensibilisation	10 rencontres par année	Plus de 12 rencontres et formations (Atteinte)	23
Objectif 1.1.5 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 Mesure de départ : délai moyen de 13,9 mois pour la période 2014-2017	Délai moyen de 17 mois (À poursuivre)	24
AXE D'INTERVENTION 1.2 : LES COMPÉTENCES				
Objectif 1.2.1 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	Environ 45% des employés et 82% des coroners ont reçu de la formation (Non atteinte)	25

**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**

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2019-2020	RÉSULTATS 2019-2020	PAGE
-----------	-------------	---------------------	------------------------	------

AXE D'INTERVENTION 2.1 : IMAGE ET RÔLE DES CORONERS

Objectif 2.1.1 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 et d'abonnés Mesures de départ : 97 859 consultations et 455 abonnés en 2016	119 734 consultations du site Internet (augmentation de 2,9%) 2 384 abonnés au compte Twitter (augmentation de 49%) (Non atteinte pour le nombre de consultations du site Internet, mais atteinte pour le nombre d'abonnés à Twitter)	27
	Nombre de présentations et de conférences données	12 présentations par année	Plus de 15 présentations et conférences (Atteinte)	28

AXE D'INTERVENTION 2.2 : MEILLEURE CONNAISSANCE DES RISQUES DE MORTALITÉ DE MANIÈRE À PRÉVENIR 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	Nombre d'enquêtes publiques portant sur des enjeux de société ou des sujets d'intérêt public	Une enquête par année	4 enquêtes ordonnées et 4 rapports déposés (Atteinte)	29
	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	Un nouveau comité (À poursuivre)	30

Résultats détaillés 2019-2020 relatifs aux engagements du Plan stratégique 2017-2022

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. Autant pour les coroners que pour le personnel du Bureau du coroner, 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, puis un rapport de grande qualité dans un délai raisonnable.

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

Les coroners et le personnel du Bureau du coroner sont régulièrement en contact avec des personnes endeuillées à différentes étapes du cheminement d'un dossier. Ces personnes sont en droit de s'attendre à un excellent service à la clientèle, mais aussi à l'empathie et au respect qui s'imposent dans un contexte de décès.

Afin de mesurer la satisfaction des usagers, le Bureau du coroner a choisi, dans le cadre de son plan stratégique, de considérer le nombre de plaintes qu'il a reçues au sujet de ses services.

Indicateur 1 : Nombre de plaintes portant sur les services reçus

Mesure de départ : 37 plaintes en 2016

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022
Résultats	20 plaintes (À poursuivre)	4 plaintes (Atteinte)	18 plaintes (À poursuivre)

Le nombre de plaintes portant sur les services reçus a connu une hausse significative au cours de la dernière année. La plupart de ces plaintes portent sur une situation survenue au tout début de l'investigation, dans les jours suivant le décès. D'autres sont en lien avec des processus administratifs mis en place récemment, dont une nouvelle procédure ayant pour but d'assurer l'envoi du rapport à au moins un membre de la famille du défunt. En effet, certaines personnes ont reçu le rapport alors qu'elles n'en avaient pas fait la demande. Le Bureau du coroner est à l'écoute des citoyens et a déjà apporté des correctifs à ses méthodes afin d'éviter d'autres insatisfactions.

Objectif 1.1.2 : Améliorer la qualité des investigations

Cet objectif porte plus spécifiquement sur le travail des coroners et sur le contenu du rapport qu'ils produisent à la fin de leur investigation ou de leur enquête. Comme c'est le cas pour l'objectif précédent, le nombre de plaintes a été retenu comme indicateur.

Le Bureau du coroner a toujours accordé de l'importance à la formation, mais au cours de la dernière année, il en a fait son principal outil pour mieux soutenir les coroners et ainsi rehausser la qualité de leurs investigations. Le Comité sur la formation récemment constitué a eu l'occasion de préciser son mandat et d'entreprendre plusieurs chantiers. Ses membres coordonnent de nombreuses activités : mentorat, partage de l'expertise, colloque annuel, coaching individuel, groupes de soutien, ateliers de rédaction. Le fait de regrouper tous ces sujets permet au comité d'avoir une vue d'ensemble des activités et d'en assurer la cohérence tout en répondant aux besoins exprimés par les coroners et le personnel. Les aide-mémoire et les guides constituent un outil supplémentaire pour soutenir les coroners dans leur travail.

Indicateur 1 : Nombre de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners

Mesure de départ : 48 plaintes en 2016

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022
Résultats	108 plaintes, dont 60 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	74 plaintes, dont 53 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	49 plaintes, dont 44 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)

Au cours de l'année 2019-2020, le Bureau du coroner a reçu 108 plaintes portant sur le contenu d'un rapport. Il faut savoir que, de ce nombre, 60 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 48 plaintes qui portent réellement sur une insatisfaction quant au contenu du rapport.

Il est important de mentionner que le Bureau du coroner a mené une importante opération de rattrapage au cours de la dernière année dans le but de réduire le délai du traitement administratif des dossiers. En 2019-2020, l'équipe administrative a fermé 6 268 dossiers, soit 28 % de plus qu'en 2018-2019. Le nombre de plaintes est donc relativement peu élevé si l'on considère le volume élevé de dossiers.

Fait à noter : 12 de ces plaintes (dont 4 portant sur des erreurs matérielles) ont été jugées non fondées après analyse.

Indicateur 2 : Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022
Résultats	Colloque de 2 jours en septembre 2019 (À poursuivre)	Colloque de 2 jours en septembre 2018 (À poursuivre)	Colloque de 2 jours en septembre 2017 (À poursuivre)

La principale activité de formation des coroners est 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.

Grâce à l'implication d'une coroner à temps partiel, le Bureau du coroner offre également des formations sous la forme de midis-conférences dans ses locaux de Montréal. Cinq formations ont eu lieu au cours de la dernière année sur des sujets variés. Des employés du LSJML, proche partenaire du Bureau du coroner, ont ainsi eu l'occasion de présenter plusieurs aspects de leur travail (toxicologie, balistique, etc.). Le midi-conférence qui devait avoir lieu en mars 2020 a malheureusement été reporté en raison de la pandémie. Ces activités n'ont pas été comptabilisées dans le nombre de formations, mais pourraient l'être au cours des prochaines années si elles rejoignent un plus vaste auditoire.

En matière de formation, le plus grand défi du Bureau du coroner est de joindre les coroners aux quatre coins du Québec. La formation en salle, bien que fort appréciée, n'est pas accessible à tous en raison des contraintes de déplacement. C'est pourquoi il est essentiel pour le Bureau de développer les outils informatiques qui permettent de tenir des formations à distance. Les derniers midis-conférences ont été filmés et les vidéos ont été déposées sur l'extranet de l'organisation, mais il en fallait plus pour répondre efficacement aux besoins des coroners. Le personnel a donc testé un logiciel permettant d'organiser des webinaires avec un succès mitigé, jusqu'à ce que Microsoft Teams soit déployé au Bureau du coroner. Il reste encore des démarches à effectuer pour que les coroners aient accès à Teams, mais ce logiciel s'annonce prometteur à court terme. L'accès à cette technologie amènera sans doute le Bureau à repenser sa façon de dispenser de la formation.

Le bel élan du Bureau du coroner est malheureusement freiné par les mesures de protection découlant de la pandémie de COVID-19. Le colloque prévu en septembre 2020, activité phare des coroners, a dû être annulé. Même si la formation en ligne est en plein développement, il faudra encore quelques mois avant qu'elle soit pleinement opérationnelle, ce qui risque d'avoir un impact sur les résultats de l'an prochain.

Il est important de mentionner qu'en plus des activités de formation, les coroners peuvent en tout temps communiquer avec un mentor. Le Bureau du coroner offre aussi plusieurs ressources aux coroners, que ce soit sous la forme de comités, de personnes-ressources ou d'outils.

Indicateur 3 : Nombre d'aide-mémoire et de guides rédigés

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année
Résultats	Deux nouveaux documents et plusieurs guides mis à jour (Atteinte)	Plusieurs guides mis à jour (À poursuivre)	Un guide en 2017 (Atteinte)

Le Bureau du coroner met à la disposition des coroners plusieurs guides et aide-mémoire sur une foule de sujets : guide rédaction d'un rapport, aide-mémoire en cas de suicide, etc. Ces documents peuvent être consultés sur l'extranet de l'organisation. La coroner en chef diffuse également une grande quantité d'information sous forme de notes internes, qui sont aussi accessibles en ligne.

Au cours de l'année 2019-2020, au moins deux nouveaux documents ont été publiés. Le premier constitue un rappel des notions de base en matière de toxicologie ayant pour but d'aider les coroners à mieux cibler leurs demandes d'analyses. Les coroners ont aussi reçu un aide-mémoire intitulé «Les 10 qualités d'une bonne recommandation» ayant pour but de les aider à formuler des recommandations efficaces et bien ciblées.

Plusieurs documents ont été mis à jour, dont le guide de l'utilisateur du système de mission GECCO à deux reprises. Le guide formation des nouveaux coroners a également été refait sous la forme d'une présentation PowerPoint. Le Bureau du coroner s'efforce par ailleurs de bonifier son extranet afin qu'il soit plus convivial et davantage consulté par les coroners.

Plusieurs comités travaillent à élaborer des directives ou à bonifier des guides existants, notamment en ce qui concerne la rédaction des rapports et la formulation de recommandations efficaces. D'autres guides devraient donc voir le jour au cours de la prochaine année.

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

Réduire le délai de production des rapports d'investigation est l'un des objectifs les plus importants et les plus ambitieux du Bureau du coroner, et ce, depuis plusieurs années. Au cours des derniers mois, il a concentré ses efforts sur la portion des délais liée au traitement des dossiers et les résultats sont très positifs. Le délai moyen de production des rapports est maintenant de 11 mois, mais si l'on ne tient compte que des trois premiers mois de 2020, il est plutôt de 10 mois. C'est 2,5 mois de moins qu'en 2018-2019.

Avant de détailler ces résultats, il semble opportun de rappeler le contexte entourant cet objectif. Au cours des dernières années, le Bureau du coroner a été interpellé à plusieurs reprises au sujet du délai nécessaire pour produire les rapports d'investigation. Les proches de la personne décédée attendent souvent ce rapport pour obtenir des réponses, régler la succession ou simplement cheminer dans le processus de deuil. Leurs attentes sont légitimes, mais la question des délais est complexe et mérite d'être mieux comprise de la part des différents intervenants.

Certes, les coroners doivent faire preuve de diligence dans la rédaction de leurs rapports. Toutefois, ils sont souvent eux-mêmes tributaires des délais nécessaires pour obtenir les documents produits par d'autres organisations, dont les rapports d'expertise requis pour déterminer les causes et les circonstances des décès. Par exemple, le délai pour terminer une investigation comportant une autopsie est supérieur d'environ deux mois par rapport à la moyenne générale des investigations. Les coroners doivent aussi éviter de nuire au processus judiciaire, ce qui implique parfois d'attendre la décision du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) d'entamer ou non des procédures ou de suspendre l'investigation pendant toute la durée du procès.

À l'interne, le traitement administratif des dossiers contribue aussi à augmenter les délais. Numérisation de documents, classement, analyse des dossiers, traitement des recommandations, alimentation de la banque de données : lorsque le coroner a terminé son travail, plusieurs autres personnes prennent le relais pour mener le dossier à terme.

Au fil des ans, le Bureau du coroner a fait de nombreuses démarches pour améliorer le délai de production des rapports d'investigation, avec des résultats concrets à l'interne. Par exemple, en 2018, l'équipe administrative a fermé presque 50 % plus de dossiers qu'au cours de l'année précédente. Le délai moyen a pourtant peu diminué, pour plusieurs raisons. D'abord, le nombre d'investigations est en hausse constante depuis 2014. 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 et 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.

Malgré tout, les démarches entreprises au cours de la dernière année sont prometteuses et les résultats laissent croire que le délai moyen va continuer de diminuer.

Indicateur 1 : Délai moyen de production des rapports d'investigation

Mesure de départ : 10,9 mois en 2016

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019
Résultats	Délai moyen de 11,0 mois (Non atteinte en 2019, mais réduction marquée des délais au cours des derniers mois)	Délai moyen de 12,4 mois ⁴ (À poursuivre)	Délai moyen de 13 mois (À poursuivre)

En 2019-2020, le délai moyen entre le moment où le coroner est avisé du décès et celui où son rapport est rendu public a été de 11 mois. Il s'agit d'une diminution de 1,4 mois par rapport à l'année précédente. Cette amélioration s'explique avant tout par la densification des ressources consacrées au traitement des dossiers à l'interne. En effet, grâce à des heures de travail supplémentaires, le personnel consacré à l'assurance qualité des rapports de coroner a fermé un nombre exceptionnellement élevé de dossiers (6 268, soit 28 % de plus qu'en 2018-2019), ce qui se traduit par une amélioration du délai total pour produire les rapports d'investigation. Par ailleurs, si l'on se fie aux données pour les trois premiers mois de 2020, ce délai continue à diminuer puisqu'il a été de 10 mois durant cette période.

Afin de réduire le délai administratif de traitement des dossiers à long terme, le Bureau du coroner a aussi fait appel au Service de l'amélioration continue et de l'information de gestion du ministère. L'équipe a ainsi analysé toutes les étapes du traitement des dossiers avec une approche de type LEAN et travaille actuellement à implanter les recommandations et les solutions retenues.

La stabilisation du nombre d'avis au coroner est également une condition favorable à la réduction des délais. Après une augmentation de 28 % entre 2014 et 2018, la croissance du nombre d'avis a ralenti à 3 % de 2018 à 2019.

En parallèle, le Bureau du coroner s'efforce également de réduire la durée des investigations en offrant outils et soutien aux coroners. C'est d'ailleurs l'un des objectifs du Comité sur la formation.

4. Il est important de mentionner que les valeurs indiquées dans le tableau pour les années 2017-2018 et 2018-2019 ne correspondent pas à celles qui ont été diffusées dans les rapports précédents. Les chiffres antérieurs, bien qu'exactes, représentent le délai moyen pour l'année civile (1^{er} janvier au 31 décembre). Puisque le rapport annuel est basé sur l'année financière (1^{er} avril au 31 mars), il a été jugé pertinent de modifier les données afin qu'elles soient conséquentes avec le reste du rapport. À titre indicatif, voici le délai moyen en mois pour terminer une investigation, calculé en fonction de l'année civile : 11,5 mois en 2019, 12,5 mois en 2018, 12,5 mois en 2017, 10,9 mois en 2016 et 11,7 mois en 2015

Il faut savoir qu'une partie du délai moyen est attribuable à certaines investigations qui se prolongent sur plusieurs mois, voire plusieurs années en raison de circonstances hors du contrôle du coroner. C'est le cas, par exemple, lorsque des accusations criminelles sont portées en lien avec le décès. Le coroner doit alors attendre la fin des procédures avant de finaliser son investigation. Récemment, une fonction a été ajoutée à GECCO afin que ces dossiers soient mis en suspens, ce qui permettra de comptabiliser les délais de manière plus précise. Une agente de bureau a aussi été mandatée pour faire des suivis réguliers auprès des partenaires impliqués.

Le Bureau du coroner vise toujours un délai moyen de six mois à moyen terme et prend tous les moyens pour y parvenir. Il faut toutefois reconnaître que l'objectif initial, fixé à décembre 2019, n'était pas réaliste dans le contexte des dernières années. Tout porte à croire que le délai moyen continuera à s'améliorer, mais que les effets positifs des efforts fournis par le personnel et les coroners s'échelonneront sur une période plus longue que prévu.

Indicateur 2 : Nombre de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation

Mesure de départ : 93 plaintes en 2016

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution de 50 % d'ici 2022	Diminution de 50 % d'ici 2022	Diminution de 50 % d'ici 2022
Résultats	25 plaintes (Atteinte)	57 plaintes (À poursuivre)	113 plaintes (À poursuivre)

Les efforts constants du Bureau du coroner pour réduire le délai de production des rapports transparaissent également dans le nombre de plaintes à ce sujet. Au cours de la dernière année, seulement 25 plaintes ont été déposées en lien avec le délai de production d'un rapport d'investigation. C'est 32 plaintes de moins qu'en 2018-2019 et 88 de moins qu'en 2017-2018. On peut croire que le nombre de plaintes continuera à baisser jusqu'à ce que l'objectif d'un délai moyen de six mois soit atteint.

Objectif 1.1.4 : Conscientiser les partenaires au mandat du coroner

Pour bien comprendre la relation entre le Bureau du coroner et ses partenaires, il faut savoir à quel point le travail du coroner est intimement lié à celui de ses proches collaborateurs.

Lorsqu'une personne décède, plusieurs personnes sont impliquées, dont les policiers, les ambulanciers, le médecin qui constate le décès et les transporteurs funéraires. Le coroner ordonne différentes expertises, selon le contexte : examen externe, autopsie, analyses toxicologiques, analyses en biologie/ADN, expertise en balistique, etc. Tous ces intervenants et ces experts lui fournissent les renseignements dont il a besoin pour déterminer les causes et les circonstances du décès et ainsi mener son investigation à terme.

Il est donc essentiel que le Bureau du coroner travaille en équipe avec ses partenaires et que tous soient à l'écoute des besoins. C'est cette synergie qui permet à toutes les personnes impliquées d'offrir des services efficaces aux citoyens.

Indicateur : Nombre de rencontres de sensibilisation

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	10 rencontres par année	10 rencontres par année	10 rencontres par année
Résultats	Plus de 12 rencontres et formations (Atteinte)	Plus de 20 rencontres et formations (Atteinte)	25 rencontres et formations (Atteinte)

La coroner en chef, le coroner en chef adjoint et plusieurs coroners s'impliquent activement auprès des partenaires en leur offrant des conférences et des formations. Au cours de la dernière année, ces activités ont surtout été offertes à des policiers et à des médecins. Les formateurs vont généralement rencontrer ces personnes dans leur milieu, dans les hôpitaux par exemple.

En plus de faire connaître la réalité des coroners, ces rencontres 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

Les enquêtes publiques, même si elles sont relativement peu nombreuses comparé aux investigations, représentent une partie importante du travail du Bureau du coroner en raison de leur complexité et du défi logistique qu'elles posent.

Avant d'aborder le résultat de l'année 2019-2020, il importe d'expliquer les facteurs qui 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. Parce que le processus d'enquête est public, contrairement à celui de l'investigation, il implique de vivre avec des impondérables similaires 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.

Afin de diminuer ses délais, le Bureau du coroner a pris trois mesures principales : il a d'abord 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. Il a aussi remis sur pied le Comité sur les enquêtes et formé trois nouvelles coroners enquêteuses.

Indicateur : Délai entre l'ordonnance d'enquête et le dépôt du rapport

Mesure de départ : 13,9 mois pour la période 2014-2017

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022
Résultats	Délai moyen de 17 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 24 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 21 mois (À poursuivre)

Il faut d'abord mentionner que le délai de 23 mois pour la période 2018-2019 a été corrigé pour 24 mois en raison de la méthode utilisée lors du dernier exercice de reddition de comptes. En effet, ce délai avait été calculé en fonction de la date de signature du rapport plutôt que de la date de fin de l'enquête, ce qui explique qu'il ait été légèrement revu à la hausse. Par ailleurs, le délai de l'an dernier a été calculé en fonction de seulement deux enquêtes.

Comme cela a été mentionné précédemment, il existe de nombreux impondérables qui peuvent allonger la durée d'une enquête. Il est tout de même possible d'améliorer le délai de production des rapports d'enquête. Les chiffres de la dernière année en sont la preuve : le délai est passé de 24 mois à 17 mois, ce qui représente une amélioration de 7 mois.

Dans son rapport annuel de l'an dernier, le Bureau du coroner annonçait déjà la mise en place d'un comité sur les enquêtes, dont le premier mandat était de former trois nouvelles coroners enquêteuses. L'apport de ces trois coroners permanentes a enlevé une grande pression sur les épaules des enquêteurs seniors. Elles ont ainsi mené leurs premières enquêtes et remis leurs premiers rapports. Une nouvelle avocate a été embauchée notamment pour appuyer son collègue procureur aux enquêtes publiques. Un coroner à temps partiel a également participé à une enquête en tant que procureur.

Après s'être doté d'un mandat clair, le Comité sur les enquêtes a entièrement revu le processus d'analyse des dossiers pouvant faire l'objet d'une enquête. Il a notamment créé un sous-comité chargé d'étudier toutes les demandes en ce sens et de conseiller la coroner en chef quant à la décision d'ordonner ou non une enquête.

Toutes ces démarches ont contribué à réduire les délais, et ce, malgré une hausse marquée du nombre d'ordonnances d'enquête. Les mesures de prévention entourant la pandémie de la COVID-19 ont toutefois freiné cet élan, notamment en raison de la fermeture des palais de justice. Des audiences prévues en mars ont déjà dû être reportées et il est difficile de prévoir quand les prochaines audiences publiques pourront avoir lieu. Le Bureau du coroner évalue la possibilité d'utiliser une plateforme virtuelle pour poursuivre les travaux.

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. C'est pourquoi, dans son dernier plan stratégique, le Bureau du coroner exprime sa volonté de diversifier l'offre de formation s'adressant aux coroners en leur permettant de développer des habiletés et des compétences professionnelles adaptées à leurs fonctions. Il manifeste aussi son intention d'offrir des formations spécifiques aux membres du personnel afin de répondre à leurs besoins.

Objectif 1.2.1 : Assurer le développement et le maintien des compétences

La formation des coroners a déjà été abordée à l'objectif 1.1.2, notamment en ce qui concerne les travaux du Comité sur la formation. À noter que ce comité est également responsable d'offrir de la formation continue au personnel du Bureau du coroner.

Indicateur : Proportion des coroners et des employés qui participent annuellement à des formations

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	100% des coroners et des employés participent annuellement à des formations	100% des coroners et des employés participent annuellement à des formations	100% des coroners et des employés participent annuellement à des formations
Résultats	Environ 45% des employés et 82% des coroners ont reçu de la formation (Non atteinte)	Environ 91% des employés et 80% des coroners ont reçu de la formation (Non atteinte)	100% des coroners et des employés ont participé à au moins une formation (Atteinte)

Au cours de la dernière année, au moins 100 personnes différentes ont reçu de la formation (76 coroners et 24 membres du personnel). La principale activité de formation est le colloque annuel, qui rassemble pendant deux jours des coroners des quatre coins du Québec. Plusieurs coroners ont également participé à au moins un midi-conférence, mais il n'a pas été possible de les comptabiliser dans les résultats.

Les renseignements concernant la formation des coroners et le mandat du Comité sur la formation ont déjà été exposés à l'objectif 1.1.2. Ce comité mise beaucoup sur la consultation pour déterminer les besoins de chaque corps d'emploi. Les coroners ont été sondés en janvier 2019, puis un autre sondage a été envoyé à l'ensemble du personnel en février 2020. Plusieurs employés devaient d'ailleurs recevoir une formation sur un nouvel outil de sondage offert par le MSP, mais celle-ci a dû être annulée en raison de la pandémie.

Comme cela a déjà été mentionné, le Bureau du coroner s'efforce de développer de nouvelles méthodes de formation en ligne, ce qui permettra de joindre plus facilement les coroners. L'objectif est également de rendre la formation plus accessible aux membres du personnel, quel que soit leur corps d'emploi.

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 la visibilité de l'organisme.

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

Même si les coroners jouent un rôle essentiel en matière de prévention et de santé publique, leur mission reste encore peu connue de la population québécoise. Les médias contribuent en grande partie à diffuser les recommandations des coroners, mais cette tribune, bien qu'essentielle, n'est pas la seule. Au cours de la dernière année, le Bureau du coroner a multiplié les démarches visant le grand public. Il continue également à s'impliquer auprès des aspirants policiers et des étudiants en médecine et en droit.

Le Web et les médias sociaux s'imposent de plus en plus comme moyen de faire connaître le mandat des coroners, d'où l'importance de les utiliser de manière efficace et bien ciblée.

Indicateur 1 : Nombre annuel de consultations du site Internet et d'abonnés au compte Twitter

Mesure de départ : 97 859 consultations et 455 abonnés en 2016

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Augmentation annuelle de 5% du nombre de consultations	Augmentation annuelle de 5% du nombre de consultations	Augmentation annuelle de 5% du nombre de consultations
Résultats	119 734 consultations du site Internet (augmentation de 2,9%) 2 384 ⁵ abonnés au compte Twitter (augmentation de 49%) (Non atteinte pour le nombre de consultations du site Internet, mais atteinte pour le nombre d'abonnés à Twitter)	116 396 consultations du site Internet Approximativement 1 600 abonnés au compte Twitter (Atteinte)	Nombre de consultations non mesuré Plus de 900 abonnés au compte Twitter (À poursuivre)

En cette époque où le Web est en voie de devenir la principale source d'information, le site Internet d'un organisme est bien souvent la porte d'entrée vers ses services. Le Bureau du coroner ne fait pas exception à cette règle, si l'on en croit les chiffres : au cours de la dernière année, son site a été consulté 119 734 fois dans 136 pays différents (110 299 consultations au Canada). Le compte Twitter a aussi connu une hausse importante du nombre d'abonnés.

5. En date du 11 mai 2020.

L'équipe du Bureau du coroner s'efforce de maintenir son site à jour et de faire connaître davantage la mission des coroners. Les annonces importantes, par exemple l'ordonnance d'une enquête publique, sont systématiquement publiées sur la page d'accueil du site. Plusieurs outils sont mis à la disposition des visiteurs et des partenaires, ce qui en fait un site utile et dynamique. Bien qu'aucune date n'ait été avancée pour le moment, une refonte du site est souhaitée dans les prochaines années afin de le rendre encore plus convivial. Le personnel planche aussi sur un projet de moteur de recherche qui rendrait l'information beaucoup plus facilement accessible à la population.

Indicateur 2 : Nombre de présentations et de conférences données

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	12 présentations par année	12 présentations par année	12 présentations par année
Résultats	Plus de 15 présentations et conférences (Atteinte)	Plus de 16 présentations et conférences (Atteinte)	18 présentations (Atteinte)

Au-delà de son site Internet, 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 dans la formation 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). La coroner en chef a offert une conférence au Salon de la mort, un événement grand public tenu à Montréal en novembre 2019. Elle a également eu l'occasion d'expliquer la mission des coroners aux consuls de plusieurs pays. Par ailleurs, la coroner en chef et le coroner en chef adjoint sont régulièrement invités à présenter le travail des coroners lors d'événements ponctuels.

Le nombre de présentations et de conférences est un bon indicateur, mais il n'est pas le seul. En effet, il existe plusieurs façons de faire connaître la mission des coroners au public. On peut penser aux événements médiatiques comme les conférences de presse portant sur un décès particulier, aux communiqués transmis aux médias, aux nombreuses entrevues accordées sur toutes les plateformes. Dans certains cas, ces événements sont l'occasion de présenter les recommandations d'un coroner en lien avec un décès. Dans d'autres cas, comme l'entrevue accordée à l'émission Les Francs-Tireurs diffusée sur les ondes de Télé-Québec, il s'agit de faire connaître la réalité des coroners.

Au cours de la dernière année, le Bureau du coroner a participé à un projet de taille : le tournage d'une série télé portant sur le travail des coroners. Le grand public pourra ainsi découvrir les multiples facettes d'une investigation. La diffusion, initialement prévue au printemps 2020, a été reportée à l'automne 2020 en raison de la pandémie. Il s'agit là d'une formidable occasion de faire rayonner les coroners et leur importante mission.

Axe d'intervention 2.2 : Meilleure connaissance des risques de mortalité de manière à prévenir les décès

Chaque année, les coroners se penchent sur les causes probables et les circonstances de plus de 5 500 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 de prévenir des décès, en plus de favoriser le dialogue entre les intervenants de différents milieux.

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

Les nombreuses améliorations apportées au processus d'enquête publique ont déjà été abordées à l'objectif 1.1.5. Grâce à ces démarches, le Bureau du coroner peut s'investir encore davantage dans ce volet de sa mission et ainsi favoriser les forums sur des sujets d'intérêt public.

Indicateur 1 : Nombre d'enquêtes publiques portant sur des enjeux de société ou des sujets d'intérêt public

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Une enquête par année	Une enquête par année	Une enquête par année
Résultats	4 enquêtes ordonnées et 4 rapports déposés (Atteinte)	6 enquêtes ordonnées et 2 rapports déposés (Atteinte)	2 enquêtes ordonnées et 3 rapports déposés (Atteinte)

Au cours de la dernière année financière, la coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques, dont la grande enquête thématique sur le suicide annoncée en septembre 2019. Cette enquête d'envergure, présidée par M^e Andrée Kronström, a une large portée en matière de prévention du suicide au Québec. Elle permettra notamment d'entendre des témoins et des acteurs privilégiés de la prévention du suicide, d'informer le public et de formuler des recommandations visant une meilleure protection de la vie humaine, s'il y a lieu. Différents groupes d'intérêt et personnes touchées par le suicide seront invités à partager leur point de vue et leurs pistes de solution dans le cadre du volet recommandation de cette enquête, qui reste à venir. Pour le moment, cinq cas de décès sont à l'étude, mais d'autres pourraient s'ajouter. Les premières audiences ont eu lieu en décembre 2019 au palais de justice de Québec.

Le Bureau du coroner enquêtera également sur les décès très médiatisés de deux fillettes ainsi que sur celui d'un homme blessé par balle lors d'une intervention policière. Dans les rapports qui ont été déposés, il est question d'émondage, de chute dans une résidence privée pour aînés, de l'hébergement des personnes vulnérables. Cette grande variété dans les sujets et les enjeux enrichit le débat public et contribue assurément à faire entendre des voix et à porter des messages de prévention.

Par ailleurs, la coroner en chef a ordonné, en juin 2020, la tenue d'une enquête de grande envergure sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la pandémie de la COVID-19 au Québec. Cette enquête permettra à la population québécoise d'être informée des faits soulevés lors des audiences et de suivre la réflexion sur cet important enjeu de société.

Indicateur 2 : Mise en place de comités multipartites d'examen des décès portant sur des enjeux de société

Mesure de départ : s. o.

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022
Résultats	Un nouveau comité (À poursuivre)	Aucun nouveau comité (À poursuivre)	Un nouveau comité (À poursuivre)

C'est maintenant chose faite : après des mois de préparation, le Bureau du coroner a donné le coup d'envoi au Comité sur la mortalité dans les communautés autochtones et inuites. Ce nouveau comité découle de la forte volonté du Bureau du coroner d'engager le dialogue avec les différentes communautés afin de mieux comprendre leurs besoins et leurs attentes, tout en faisant connaître davantage le rôle des coroners. Il faut savoir que le Bureau du coroner a participé à la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (la «Commission Viens») et qu'il a fait de ses recommandations une priorité.

Dans un premier temps, le mandat du comité est de se pencher sur la mortalité par suicide des personnes inuites du Nunavik dans une perspective de prévention des décès et de protection de la vie humaine. Avant d'entamer leurs travaux, les membres du comité et les coroners desservant le Nord-du-Québec ont reçu de la formation et ont été sensibilisés à la réalité culturelle de ces communautés.

Des représentants du comité devaient se rendre au Nunavik au cours du mois de mai 2020 afin d'établir un réseau de contacts. Cet événement a malheureusement dû être annulé en raison de mesures de prévention liées à la COVID-19. Les démarches du comité reprendront dès qu'il sera à nouveau possible d'aller à la rencontre des communautés.

2.2 TRAITEMENT DES PLAINTES

Soucieux de la qualité de ses services, le Bureau du coroner a établi un processus clair permettant aux citoyens de déposer une plainte en cas d'insatisfaction autant par téléphone que par écrit. Un formulaire peut également être rempli directement sur le site Internet de l'organisation.

Au cours de la dernière année, le délai de traitement des plaintes s'est considérablement amélioré puisqu'il est passé de 38 jours à seulement 21 jours, une diminution de 17 jours.

Cette année, le Bureau du coroner a reçu 167 plaintes et en a traité 156 (y compris celles qui n'avaient pas été fermées au cours de la période précédente). Vingt-trois plaintes étaient toujours en traitement au 31 mars 2020.

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

NATURE DE LA PLAINTÉ	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2019-2020	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2018-2019	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2017-2018
Comportement du coroner	17	3	4
Comportement d'un employé	3	0	2
Délai de production du rapport d'investigation ou d'enquête	25	57	113
Désaccord avec le contenu du rapport d'investigation ou d'enquête	48	21	5
Difficulté à joindre le coroner	0	1	11
Difficulté à joindre un employé	0	0	1
Erreur matérielle dans un rapport d'investigation ou d'enquête	60	53	44
Transporteur funéraire	4	5	4
Autre	10	27	29
TOTAL	167	167	213

De plus, le Bureau du coroner a produit 96 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.

Comme cela a déjà été mentionné à l'objectif 1.1.2, l'organisation a mené une importante opération de rattrapage au cours de la dernière année dans le but de réduire le délai du traitement administratif des dossiers. Le volume élevé de dossiers explique en grande partie l'augmentation du nombre d'amendements. Le nombre de plaintes en lien avec le délai de production du rapport d'investigation ou d'enquête a d'ailleurs diminué de plus de moitié.

Par ailleurs, le Bureau du coroner a l'intention de revoir son processus de gestion des plaintes au cours de la prochaine année et de sonder la clientèle sur sa satisfaction.

2.3 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, comme offrir un service courtois, rapide et personnalisé, émettre un accusé de réception dans les 5 jours de la réception d'une correspondance, 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 et ses objectifs en matière de service à la clientèle.

Cette déclaration, même si elle est toujours en vigueur, date de plusieurs années et le Bureau du coroner a l'intention de la revoir afin qu'elle soit encore plus complète et accessible et qu'elle traduise les orientations du plan stratégique en vigueur

3. Les ressources utilisées

3.1 UTILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Répartition de l'effectif par secteur d'activité

Le Bureau du coroner est un organisme de petite taille dont la raison d'être est de soutenir les coroners dans l'accomplissement de leur mission. Il s'agit en quelque sorte d'un seul grand secteur dont les activités sont interreliées. C'est pourquoi le tableau présenté ci-dessous ne comporte qu'un seul secteur.

Effectif au 31 mars incluant le nombre de personnes occupant un poste régulier ou occasionnel, à l'exclusion des étudiants et des stagiaires

SECTEUR D'ACTIVITÉ	2019-2020	2018-2019	ÉCART
Bureau du coroner	54	53	+1

Formation et perfectionnement du personnel

Les données relatives à la formation et au perfectionnement 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 cette loi, une proportion de 1% de la masse salariale doit être réservée à la formation. En 2019⁶, le Bureau du coroner a consacré 131 257\$ à la formation et au perfectionnement du personnel, soit 1,8% de la masse salariale.

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au perfectionnement du personnel par champ d'activité

CHAMP D'ACTIVITÉ	2019	2018
Favoriser le perfectionnement des compétences	124 072\$	72 623\$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	0\$	425\$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	1 331\$	3 250\$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	0\$	429\$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	5 854\$	546\$

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

Évolution des dépenses en formation

RÉPARTITION DES DÉPENSES EN FORMATION	2019	2018
Proportion de la masse salariale (%)	1,9	1,3
Nombre moyen de jours de formation par personne	3,7	2,6
Somme allouée par personne	1 287\$	684\$

Jours de formation selon les catégories d'emploi

CATÉGORIE D'EMPLOI	2019	2018
Cadre et coroner	254,1	150,6
Professionnel	32,6	32,6
Fonctionnaire	27,9	36,0

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

Le taux de départ volontaire de la fonction publique est le rapport, exprimé en pourcentage, entre le nombre d'employés réguliers (temporaires et permanents) qui ont volontairement quitté l'organisation (démission ou retraite) durant une période de référence, généralement l'année financière, et le nombre moyen d'employés au cours de cette même période. Le taux de départ volontaire ministériel comprend aussi les mouvements de sortie de type mutation.

Les départs involontaires comprennent toutes les situations indépendantes de la volonté de l'employé, notamment les situations où celui-ci se voit imposer une décision. Cela comprend, par exemple, les mises à pied et les décès.

Données accessibles concernant le taux de départ volontaire

Le taux de départ volontaire de la fonction publique ne comprend pas les mouvements de type mutation et n'est donc pas comparable au taux de départ volontaire ministériel. Toutefois, le taux de départ volontaire ministériel serait comparable à la moyenne de l'ensemble des taux de départ volontaire de chaque organisation, puisqu'il comprendrait alors les mouvements de type mutation.

Au cours de l'année 2019-2020, 4 employés ont quitté le Bureau du coroner (3 mutations et 1 départ à la retraite).

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

	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Taux de départ volontaire (%)	9,8	24,1	5,4

Taux d'employés ayant reçu des attentes et taux d'employés dont la performance a été évaluée

Le taux d'employés ayant reçu des attentes et le taux d'employés dont la performance a été évaluée incluent le personnel d'encadrement, mais excluent les titulaires d'emplois supérieurs.

Taux d'employés ayant reçu des attentes et taux d'employés dont la performance a été évaluée

	2019-2020
Taux d'employés ayant reçu des attentes (%)	51
Taux d'employés dont la performance a été évaluée (%)	51

3.2 UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Dépenses par secteur d'activité

Les dépenses totales pour 2019-2020 se sont élevées à 10 466 200\$, ce qui représente une hausse de 915 800\$ par rapport à 2018-2019.

Comme cela a été mentionné au point 3.1, le Bureau du coroner représente un seul grand secteur d'activité. Le tableau ci-dessous présente donc la répartition du budget et des dépenses en fonction de trois grandes catégories : la rémunération des membres du personnel et des coroners, les dépenses de fonctionnement et les investissements.

Répartition du budget et des dépenses

	BUDGET DE DÉPENSES 2019-2020 ⁷ (000 \$)	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 2020 ⁸ (000 \$)	DÉPENSES RÉELLES 2018-2019 ⁹ (000 \$) Source : Comptes publics 2018-2019	ÉCART ¹⁰ (000 \$)	VARIATION ¹¹ (%)
Rémunération					
Employés réguliers et occasionnels	4 680,5	4 680,5	3 599,1	1 081,4	30,0
Coroners à temps partiel nommés par décret	2 629,6	2 629,6	2 466,6	163,0	6,6
Sous-total	7 310,1	7 310,1	6 065,7	1 244,4	20,5
Fonctionnement	3 156,1	3 156,1	3 484,7	(328,6)	(9,4)
Investissements	–	–	–	–	–
TOTAL	10 466,2	10 466,2	9 550,4	915,8	9,6

L'augmentation des dépenses de 1 081 400 \$ pour la rémunération des employés réguliers et occasionnels par rapport à 2018-2019 provient des augmentations salariales, du comblement de certains postes qui avaient été laissés vacants l'année précédente et des contributions de l'employeur qui sont maintenant assumées par l'organisme, à même son budget. Ces dernières dépenses étaient, jusqu'en 2018-2019, assumées centralement par le MSP. Il est également à noter que sont incluses dans ce poste de dépenses les contributions de l'employeur relatives à la rémunération des coroners à temps partiel.

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 et par l'augmentation de leurs honoraires.

7. Comprend les modifications budgétaires de 2019-2020.

8. Inclut les dépenses qui étaient payées centralement par le MSP lors des années précédentes et qui sont maintenant assumées à même le budget de l'organisme.

9. Exclut les dépenses payées centralement par le MSP.

10. Écart entre les dépenses réelles de 2019-2020 et celles de 2018-2019.

11. Résultat de l'écart divisé par les dépenses réelles de 2018-2019.

Malgré la progression du nombre de cas soumis au Bureau du coroner et l'augmentation des tarifs relatifs aux services liés à la mission, le Bureau du coroner a connu une baisse de ses dépenses de fonctionnement de l'ordre de 328 600\$. Cette économie a été rendue possible grâce à une entente conclue avec le LSJML pour des services d'analyses toxicologiques et d'interprétation des résultats. Près des deux tiers des dépenses de fonctionnement sont attribuables aux services de transports funéraires et d'autopsies requis dans le cadre des investigations.

3.3 UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Bilan des réalisations en matière de ressources informationnelles

La Direction générale adjointe des technologies de l'information (DGATI) du MSP offre les services de soutien et de développement informatiques 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 DGATI du ministère. Toutefois, l'imputation des dépenses réelles et des prévisions budgétaires demeure la responsabilité du ministère. Ainsi, les données en ressources informationnelles n'ont pas d'influence sur 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.

Dépenses et investissements réels en ressources informationnelles en 2019-2020

TYPE D'INTERVENTION	INVESTISSEMENTS (000 \$)	DÉPENSES (000 \$)
Projet ¹²	0	14
Activités ¹³	0	164
TOTAL	0	178

12. Interventions en ressources informationnelles constituant des projets en ressources informationnelles au sens de l'article 16.3 de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (RLRQ, chapitre G-1.03).

13. Toutes autres interventions en ressources informationnelles, récurrentes et non récurrentes, qui ne constituent pas des projets en ressources informationnelles au sens de l'article 16.3 de la Loi.

Une des principales ressources informationnelles du Bureau du coroner est le système de mission GECCO, implanté en 2016. Ce système est au cœur 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 DGATI au cours de la dernière année visaient principalement l'entretien du système, l'amélioration de fonctionnalités et la correction d'anomalies.

4. Autres exigences

4.1 GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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 2019-2020, la cible d'heures rémunérées fixée par le Conseil du trésor est de 96 000 heures (52,6 ETC¹⁴). Le Bureau du coroner a respecté la cible allouée. Le tableau ci-après détaille les heures rémunérées par catégories d'emploi.

Répartition des effectifs en heures rémunérées pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

CATÉGORIE	HEURES TRAVAILLÉES [1]	HEURES SUPPLÉMENTAIRES [2]	TOTAL DES HEURES RÉMUNÉRÉES [3] = [1] + [2]	TOTAL EN ETC TRANSPOSÉS [4] = [3]/1 826,3
Titulaires d'un emploi supérieur (coroners)	14 672	0	14 672	8,0
Personnel d'encadrement	3 668	0	3 668	2,0
Personnel professionnel	20 980	132,2	21 112,2	11,6
Personnel de bureau, techniciens et assimilés	52 726	911,2	53 637,2	29,4
TOTAL 2019-2020	92 046	1043,4	93 089,4	51,0
TOTAL 2018-2019			86 163	47,2

Contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique (en affaires ou non)	–	–
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ¹⁵	12	1 087 850 \$
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE	12	1 087 850 \$

14. Équivalent temps complet (ETC).

15. Un contractant autre qu'une personne physique inclut les personnes morales de droit privé et les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

4.2 DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Bureau du coroner n'a pas encore adopté de plan d'action de développement durable depuis le dernier plan paru pour la période 2009-2015. L'organisation est en contact avec le Bureau de coordination du développement durable, mais la rencontre prévue en mars 2020 a dû être annulée en raison de la pandémie de la COVID-19. Elle 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 l'année 2020-2021.

Même en l'absence d'un plan formel, le Bureau du coroner pose déjà des actions concrètes pour réduire son impact environnemental. En cette période de pandémie, l'organisation préconise l'utilisation d'équipements de protection individuels réutilisables, particulièrement dans ses morgues. On peut penser également au projet d'autopsie par imagerie post mortem, décrit à la section «Faits saillants» du présent rapport, qui permettra d'éviter de nombreux transports de dépouilles entre les régions et les grands centres urbains.

Le Bureau du coroner poursuit aussi ses efforts pour 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.

En conformité avec la Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents, l'organisation encourage aussi son personnel à utiliser un mode de transport collectif comme le train ou l'autobus de même que le covoiturage pour ses déplacements d'affaires. De plus, elle incite ses collaborateurs et les membres de son personnel à envisager la vidéoconférence pour leurs rencontres dans la mesure du possible. Par exemple, des comités utilisent cette technologie pour rassembler leurs membres basés dans différentes villes.

Le Bureau du coroner a aussi modifié ses pratiques d'impression de documents. Grâce au système informatique GECCO, les coroners et le personnel utilisent la numérisation pour la majorité des documents administratifs et opérationnels des dossiers de coroners. Plusieurs formulaires sont maintenant disponibles en version électronique et le courriel est privilégié à l'envoi postal. Ainsi, la pratique d'impression systématique des documents est en voie de disparaître. Par ailleurs, les deux bureaux administratifs et les deux morgues sont dotés de bacs destinés à récupérer certaines fournitures d'écriture. Des numériseurs performants seront bientôt installés dans les quatre emplacements dans le but, à plus long terme, de tendre vers un environnement sans papier et de limiter l'espace nécessaire pour entreposer des documents.

Par ailleurs, au bureau de Québec, des efforts particuliers ont été déployés dans la salle à manger, où un plus grand bac à recyclage a été installé. Les membres du personnel sont sensibilisés en continu sur ce qui peut être récupéré, ce qui a pour effet de diminuer la quantité de déchets.

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.

4.3 DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD D'ORGANISMES PUBLICS

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 s'est doté d'une procédure interne de divulgation d'actes répréhensibles qu'il a diffusée à l'ensemble du personnel. Il a également désigné un responsable du suivi des divulgations. Celui-ci n'a reçu aucune divulgation au cours de l'année 2019-2020.

4.4 ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI

Données globales

Divers programmes gouvernementaux sont en vigueur afin d'augmenter la représentation des membres des minorités visibles et ethniques. Le Bureau du coroner doit respecter les objectifs fixés pour chacun de ces programmes et en faire état dans son rapport annuel de gestion. Il a, par ailleurs, 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 2020, le Bureau du coroner comptait 40 personnes au sein de son effectif régulier.

Effectif régulier au 31 mars 2020

NOMBRE DE PERSONNES OCCUPANT UN POSTE RÉGULIER

40

Au cours de 2019-2020, le Bureau du coroner a embauché six employés réguliers ou occasionnels et quatre étudiants ou stagiaires.

Nombre total des personnes embauchées, selon le statut d'emploi, au cours de la période 2019-2020

RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
2	4	3	1

Membres des minorités visibles et ethniques (MVE), anglophones, Autochtones et personnes handicapées

Embauche des membres de groupes cibles en 2019-2020

STATUT D'EMPLOI	NOMBRE TOTAL DE PERSONNES EMBAUCHÉES 2019-2020	NOMBRE DE MEMBRES DES MINORITÉS VISIBLES ET ETHNIQUES EMBAUCHÉS	NOMBRE D'ANGLOPHONES EMBAUCHÉS	NOMBRE D'AUTOCHTONES EMBAUCHÉS	NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES EMBAUCHÉES	NOMBRE DE PERSONNES EMBAUCHÉES MEMBRES D'AU MOINS UN GROUPE CIBLE	TAUX D'EMBAUCHE DES MEMBRES D'AU MOINS UN GROUPE CIBLE PAR STATUT D'EMPLOI (%)
Régulier	2	0	0	0	0	0	0,0
Occasionnel	4	0	0	0	0	0	0,0
Étudiant	3	0	0	0	0	0	0,0
Stagiaire	1	0	0	0	0	0	0,0

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

STATUT D'EMPLOI	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Régulier (%)	0,0	0,0	0,0
Occasionnel (%)	0,0	33,3	0,0
Étudiant (%)	0,0	0,0	0,0
Stagiaire (%)	0,0	0,0	0,0

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 2020	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2020 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2019	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2019 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2018	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2018 (%)
Anglophones	-	-	-	-	-	-
Autochtones	-	-	-	-	-	-
Personnes handicapées	-	-	-	-	1	2,6

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 PAR REGROUPEMENT DE RÉGIONS	NOMBRE AU 31 MARS 2020	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2020 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2019	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2019 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2018	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2018 (%)
MVE Montréal/Laval	2	13,3	2	14,3	Données non disponibles pour l'année de transition	Données non disponibles pour l'année de transition
MVE Outaouais/Montérégie	-	-	-	-		
MVE Estrie/Lanaudière/Laurentides	-	-	-	-		
MVE Capitale-Nationale	0	0,0	1	3,3		
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 2020

GROUPE CIBLE	PERSONNEL D'ENCADREMENT (NOMBRE)	PERSONNEL D'ENCADREMENT (%)
Minorités visibles et ethniques	0	0,0

Femmes

Les femmes représentent 70% des personnes embauchées en 2019-2020 et elles se répartissent comme suit :

Taux d'embauche des femmes en 2019-2020 par statut d'emploi

	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE	TOTAL
Nombre total de personnes embauchées	2	4	3	1	10
Nombre de femmes embauchées	2	4	1	-	7
Taux d'embauche des femmes (%)	100,0	100,0	33,3	0,0	70,0

Taux de présence des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2020

GROUPE CIBLE	EMPLOIS SUPÉRIEURS (CORONERS)	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PRÉPOSÉ AU CORONER	TOTAL
Effectif total (hommes et femmes)	8	2	12	10	2	6	40
Femmes	5	0	8	10	2	4	29
Taux de représentativité des femmes (%)	62,5	0,0	66,7	100,0	100,0	66,7	72,5

Autres mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOYABILITÉ À L'INTENTION DES PERSONNES HANDICAPÉES (PDEIPH)

Nombre de dossiers soumis au Centre de services partagés du Québec en lien avec le PDEIPH

AUTOMNE 2019 (COHORTE 2020)	AUTOMNE 2018 (COHORTE 2019)	AUTOMNE 2017 (COHORTE 2018)
1	0	0

Le projet soumis par le Bureau du coroner a été accepté. L'organisation devrait donc accueillir une personne handicapée au cours de l'automne 2020.

Nombre de nouveaux participants et participantes au PDEIPH accueillis du 1^{er} avril au 31 mars

2019-2020	2018-2019	2017-2018
0	0	0

Autres mesures ou actions en 2019-2020 (activités de formation des gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

MESURE OU ACTION	GROUPE CIBLE	NOMBRE DE PERSONNES VISÉES
Adoption du Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2019-2022	Personnes handicapées	s. o.

4.5 ACCÈS AUX DOCUMENTS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Au cours de la dernière année, le Bureau du coroner a reçu 111 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).

Nombre total de demandes reçues

NOMBRE TOTAL DE DEMANDES REÇUES	111 demandes
--	--------------

Le nombre de demandes est significativement moins élevé que l'an dernier (245 demandes en 2018-2019) en raison d'un changement dans la méthode de calcul. En effet, il a été jugé que certaines demandes auparavant comptabilisées ne devaient pas être considérées comme des demandes d'accès à l'information au sens de la Loi.

Le délai moyen pour traiter ces demandes a été de 42,8 jours. Vingt demandes ont été refusées en tout ou en partie en s'appuyant sur les motifs prescrits par les articles 15, 47,3, 48, 53 et 59 de cette loi.

Au cours de l'année 2019-2020, 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.

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	7	50	0
21 à 30 jours	1	14	0
31 jours et plus (le cas échéant)	2	37	0
TOTAL	10	101	0

Nombre de demandes traitées, en fonction de leur nature et des décisions rendues

DÉCISION RENDUE	DEMANDES D'ACCÈS À DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	DEMANDES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RECTIFICATIONS	DISPOSITIONS DE LA LOI INVOQUÉES
Acceptée (entièrement)	9	82	0	s. o.
Partiellement acceptée	0	4	0	Art. 47,3; 48; 53; 59
Refusée (entièrement)	1	15	0	Art. 15; 47,3; 48
Autres	0	0	0	s. o.

Mesures d'accommodement et avis de révision

NOMBRE TOTAL DE DEMANDES D'ACCÈS AYANT FAIT L'OBJET DE MESURES D'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE	NOMBRE D'AVIS DE RÉVISION REÇUS DE LA COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION
0	0

4.6 EMPLOI ET QUALITÉ DE LA LANGUE FRANÇAISE DANS L'ADMINISTRATION

Au cours de la dernière année, le Bureau du coroner a officiellement adopté la politique linguistique du MSP. Puisque le seuil des 50 employés a été franchi, il a aussi constitué un comité permanent composé de trois personnes, dont la mandataire déjà en fonction.

En janvier 2020, dans le cadre de son analyse linguistique, le Bureau du coroner a également reçu la visite de deux représentantes de l'Office québécois de la langue française. L'organisation a ainsi pu démontrer qu'elle se conforme aux exigences et qu'elle promeut l'usage de la langue française dans toutes ses activités.

Comité permanent et mandataire

QUESTIONS	RÉPONSE
Avez-vous un ou une mandataire ?	Oui
Combien d'employées et d'employés votre organisation compte-t-elle ?	Cinquante ou plus
Avez-vous un comité permanent ?	Oui
Si oui, y a-t-il eu des rencontres des membres du comité permanent au cours de l'exercice ?	Oui
Si oui, donnez le nombre de ces rencontres : 1	
Au cours de l'exercice, avez-vous pris des mesures pour faire connaître à votre personnel le ou la mandataire et, le cas échéant, les membres du comité permanent de votre organisation ?	Non
Si oui, expliquez lesquelles : s. o.	

Statut de la politique linguistique institutionnelle

QUESTIONS	RÉPONSE
Depuis mars 2011, avez-vous adopté une politique linguistique institutionnelle, qui a été approuvée par la plus haute autorité de votre organisation, et ce, après avoir reçu l'avis de l'Office québécois de la langue française, ou adopté celle d'une organisation? Si oui, donnez la date à laquelle elle a été adoptée : 21 janvier 2020	Oui
Depuis son adoption, cette politique linguistique institutionnelle a-t-elle été révisée? Si oui, donnez la date à laquelle les modifications ont été officiellement approuvées par la plus haute autorité de votre organisation, et ce, après avoir reçu l'avis de l'Office québécois de la langue française : s. o.	Non

Mise en œuvre de la politique linguistique institutionnelle

QUESTIONS	RÉPONSE
Au cours de l'exercice, avez-vous tenu des activités pour faire connaître votre politique linguistique institutionnelle et pour former votre personnel quant à son application? Si oui, expliquez lesquelles : s. o.	Non
Si non, durant le prochain exercice, quelles activités prévoyez-vous tenir pour la faire connaître et pour former votre personnel quant à son application?	Activité de formation sur la politique linguistique et les exigences qui en découlent

4.7 ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Le Bureau du coroner est très impliqué dans la recherche de solutions pour contrer la violence conjugale. Il est d'ailleurs l'un des acteurs du Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023, plus précisément aux actions 51 et 52.

L'action 51 de ce plan prévoit la création du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale. C'est chose faite puisqu'en janvier 2018, des représentants d'une vingtaine de groupes, d'institutions et de ministères se retrouvent à une même table pour examiner des décès survenus dans un contexte de violence conjugale. Cette analyse approfondie a pour but de faire ressortir les lacunes des processus d'intervention et d'émettre des recommandations afin de mieux protéger les victimes de cette forme de violence.

En parallèle des travaux du comité, l'INSPQ mène un important projet de recherche rétrospectif fondé sur les dossiers de coroners concernant des décès liés à la violence conjugale (action 52 du plan). Il élabore également une grille d'analyse lui permettant de recueillir de façon systématique des données utiles à la prévention de ces décès. En plus de soutenir les travaux du comité, les résultats de cette recherche permettront une meilleure compréhension de la violence conjugale au Québec.

4.8 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 2 856\$ en 2019-2020. Comme les coûts engendrés pour fournir ces services ont été de 2 227\$, ils ont donc pu être récupérés en totalité au cours de l'exercice.

Les tarifs sont indexés le 1^{er} 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.

The background of the entire page is a photograph showing two coroners in silhouette on the left, looking out over a vast mountain range at sunset. The sun is low on the horizon, creating a bright glow and lens flare. The mountains are dark and rugged, with some snow or light-colored patches visible. The sky transitions from a pale yellow near the sun to a deep blue-purple at the top.

Section 2

Rapport des activités
des coroners

Pour la vie!



Pour la vie!

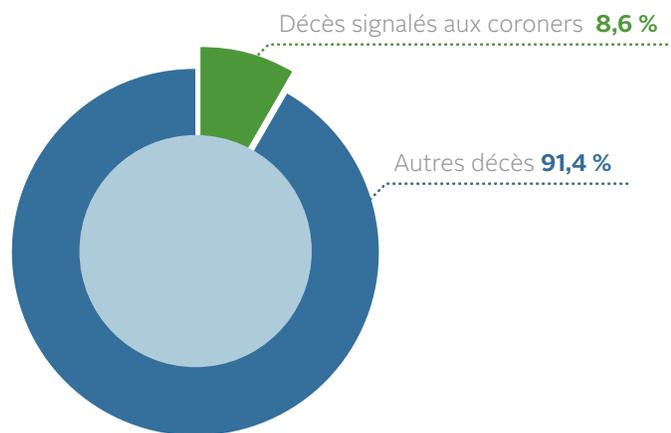
Les résultats présentés dans la présente section sont calculés en fonction de l'année civile (1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019), contrairement à ceux de la section précédente qui sont plutôt basés sur l'année financière (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020). Ils reflètent l'état des données en date du 14 avril 2020.

1. Investigations

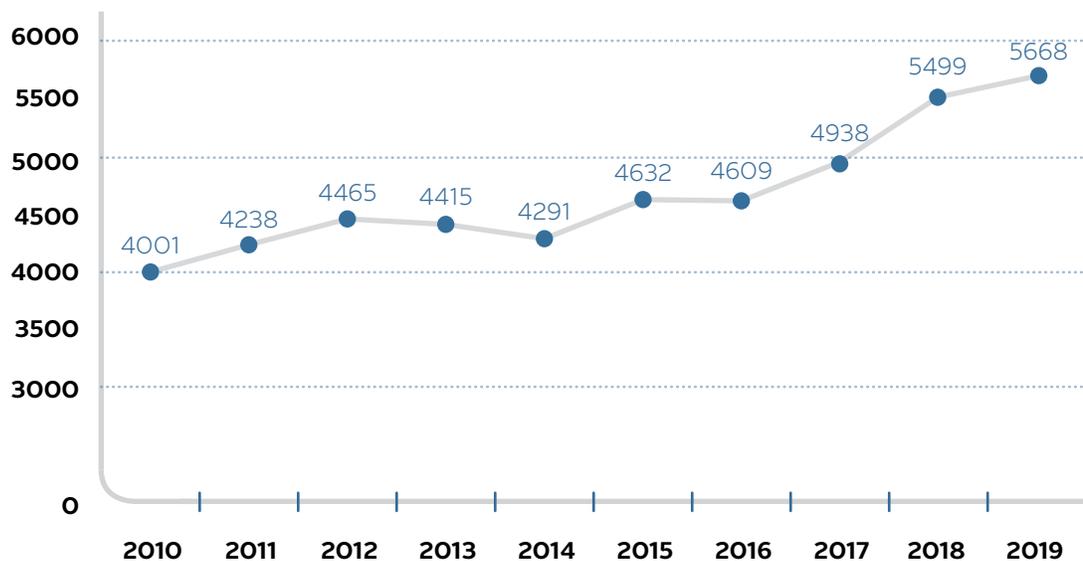
1.1 LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

En 2019, 5 668 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 8,6% de tous les décès survenus au Québec. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (89,1%).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2019 sur l'ensemble des décès survenus au Québec¹⁶



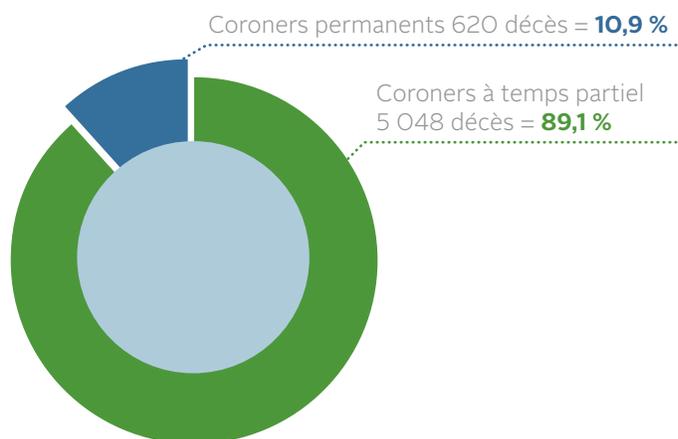
Évolution des décès signalés aux coroners de 2010 à 2019¹⁷



16. Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2016 à 2018.

17. Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coronier en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2019



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 2019. Les décès dont les causes 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 (38,9%). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,5%) 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 (0,5%). 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 2019

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Causes indéterminées	2 659	46,9
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 203	38,9
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	541	9,5
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	29	0,5
Autres raisons ou raison inconnue	236	4,2
TOTAL DES DÉCÈS SIGNALÉS	5 668	100%

1.2 LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées dans 25,7% des cas de décès signalés aux coroners, pour un total de 1 459 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au LSJML.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2019 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners dans 57,5% des cas. Toutes les analyses toxicologiques sont centralisées au LSJML, à Montréal.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (4,2%). 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 2019.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner¹⁸

EXPERTISES	NOMBRE	%
Autopsie	1 459	25,7
Toxicologie	3 261	57,5
Autres expertises	208	4,2

1.3 QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2019

Consommation excessive d'alcool

Le 26 février 2018, sur l'heure du dîner, une jeune étudiante de 14 ans a consommé de l'alcool près d'un dépanneur situé non loin de son école secondaire. Elle s'est ensuite rendue à l'intérieur de son école, mais en est ressortie peu de temps après, seule. Après de longues recherches, elle a été retrouvée sans vie le 1^{er} mars dans un ruisseau situé à l'arrière de l'établissement.

La journée de sa disparition, la jeune fille a ingéré une quantité importante de boissons sucrées alcoolisées sur une période de seulement 35 minutes. Elle a bu près de trois cannettes de 568 ml d'une teneur en alcool de 11,9%. Une telle consommation représente l'équivalent de 12 verres de vin. Ses fonctions cognitives ont été à ce point perturbées qu'elle est devenue désorientée et s'est retrouvée dans un ruisseau où elle s'est noyée, après avoir possiblement souffert d'hypothermie.

18. Les pourcentages sont calculés en fonction des 5 668 décès signalés en 2019.

Le coroner, M^e Martin Larocque, juge impératif qu'un ensemble de mesures soit adopté afin de prévenir les dangers inhérents à la consommation excessive d'alcool. Les statistiques concernant les intoxications aiguës à l'alcool et aux boissons sucrées alcoolisées chez les jeunes de 12 à 24 ans sont fort préoccupantes. Tout est mis en œuvre afin d'atteindre le consommateur ciblé. Les cannettes de ces produits sont positionnées dans des présentoirs installés à des endroits stratégiques afin d'assurer un maximum de visibilité. Leurs couleurs vives et attrayantes dynamisent l'attrait de leur consommation.

D'autres éléments sont préoccupants, dont le volume des cannettes en regard du pourcentage élevé d'alcool qu'elles contiennent, l'impossibilité de refermer les cannettes une fois ouvertes, l'effet stimulant des boissons sucrées à haute teneur en alcool qui masque l'effet dépressif de l'alcool, le faible prix d'achat et l'accessibilité des produits dans les dépanneurs et les marchés d'alimentation.

C'est pourquoi M^e Larocque recommande ce qui suit au gouvernement du Canada :

- à l'exemple des produits du tabac, établir des normes de commercialisation des produits alcoolisés afin qu'il y ait obligatoirement des composantes neutres quant à leur mise en marché, tant au niveau de l'apparence du produit que de leur accessibilité et leur positionnement stratégique dans les points de vente, et notamment interdire la commercialisation de boissons alcoolisées dont le nom ou l'image banalise la consommation excessive d'alcool, l'ébriété ou la dépendance à l'alcool;
- appliquer la recommandation du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, à l'effet de restreindre la teneur en alcool dans les boissons alcoolisées prémélangées à teneur élevée en sucre à l'équivalent d'une seule consommation standard, et non pas une et demie comme dans le projet de règlement actuel;
- dans l'esprit d'une des recommandations du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, étudier tous les moyens pour que les dispositions du Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées deviennent applicables aux médias sociaux et à Internet.

Décès par hypothermie dans la cour intérieure d'une résidence privée pour aînés

Le 20 janvier 2019, une dame de 93 ans a été trouvée sans vie dans la cour intérieure d'une résidence pour personnes âgées autonomes de Montréal en pleine tempête hivernale. C'est M^e Géhane Kamel qui a été mandatée pour faire la lumière sur les causes et les circonstances de ce décès.

Cette dame vivait aux Résidences Lux Gouverneur depuis un peu plus d'un an. Malgré ses 93 ans, elle avait toutes ses facultés cognitives et ne souffrait d'aucun problème de santé autre qu'un début de surdité.

Les Résidences Lux Gouverneur sont composées de trois tours reliées par des aires communes. La dame demeurait dans la Tour 3. Le 20 janvier, vers 4 h 12 du matin, une alarme s'est déclenchée dans la Tour 2 en raison d'une fuite de monoxyde de carbone dans les aires communes. À 4 h 55, l'alarme générale a été activée par erreur dans les trois tours

et a été arrêtée moins de cinq minutes après son déclenchement pour éviter l'évacuation des tours 1 et 3.

Lorsqu'elle a entendu l'alarme générale, la dame a quitté son appartement et s'est dirigée vers la porte de secours la plus proche et est sortie à l'extérieur. Elle n'a jamais pu revenir à l'intérieur puisque la porte de secours était barrée et que sa carte d'accès ne lui permettait pas de l'ouvrir. À ce moment, il neigeait abondamment, il ventait et la température ressentie était de -35 °C. Ce n'est que vers 11 h 40 qu'elle a été trouvée par un membre du personnel, quelques minutes après être décédée d'hypothermie.

Selon M^e Kamel, même si ce décès est accidentel, il n'en est pas moins le résultat d'une série d'événements et aurait pu être évité si différentes actions avaient été posées par les employés de la résidence avant et après le déclenchement de l'alarme. C'est pourquoi elle a soumis les mesures de prévention suivantes aux représentants des Résidences Lux Gouverneur :

- munir la résidence d'un système d'interphone avec sonnette aux six portes où se trouvent les sorties d'urgence;
- relier les six portes d'urgence à un panneau indicateur indépendant du panneau d'incendie pour indiquer une anomalie;
- faire une tournée visuelle obligatoire dans les cages d'escalier et à l'extérieur des bâtiments à chaque déclenchement d'une alarme incendie;
- s'assurer du décompte des résidents dès le déclenchement d'une alarme incendie pour les trois tours avec une procédure de vérification et de réintégration inscrite dans le plan des mesures d'urgence;
- désigner une personne dont le principal mandat sera de s'assurer de la sécurité des lieux et de la surveillance des caméras;
- informer les résidents, lors de la location d'un appartement, des limites du détecteur de non-mouvements;
- s'assurer que la fiche médicale des résidents reflète leur situation réelle et qu'ils sont codés en conséquence.

Lors de cette rencontre, les représentants des Résidences Lux Gouverneur avaient déjà commencé à modifier leur plan de mesures d'urgence. Ils ont accueilli favorablement l'ensemble des propositions de M^e Kamel et se sont engagés à les mettre en place à court terme.

Chute accidentelle de trois étages

Le 1^{er} août 2018, un homme de 32 ans est décédé d'un traumatisme crânien après être tombé d'un balcon situé au troisième étage d'un immeuble de Montréal où habitait un de ses proches. Il était connu en raison de sa carrière artistique et plusieurs médias ont avancé l'hypothèse du suicide. La coroner, M^e Mélissa Gagnon, a plutôt conclu qu'il s'agissait d'un accident.

Le soir des événements, cet homme est sorti sur le balcon pour fumer une cigarette. Les enregistrements vidéos montrent qu'il était seul, ce qui élimine toute possibilité d'une intervention extérieure.

Les analyses toxicologiques ont démontré qu'il était fortement intoxiqué par l'alcool avec un taux de 234 mg/dL dans son sang, soit presque trois fois la limite légale pour conduire. La présence de cannabis a aussi été détectée.

Il avait déjà consulté pour des problèmes de santé mentale dans le passé, mais il ne semblait pas être dans un état de psychose ni de délirium lorsqu'il est sorti fumer. Par ailleurs, selon ses proches, il était heureux. Il était très motivé par ses nombreux projets artistiques, il était bien entouré et il venait de se fiancer. L'investigation de la coroner n'a pas révélé d'intention de mettre fin à ses jours.

Il faut savoir qu'il avait l'habitude de s'asseoir sur la rampe extérieure du balcon. Compte tenu de cette habitude et son état d'ébriété très avancé, la coroner a retenu la thèse de la chute accidentelle.

Soins insuffisants dans une résidence privée pour aînés

Au cours de l'année 2019, D^r Paul Dionne et M^e Francine Danais ont tous les deux investigué des décès survenus à la Résidence de l'Île, une résidence privée pour aînés (RPA) située à Gatineau. Cet établissement héberge environ 300 résidents répartis dans 87 appartements pour personnes autonomes et 135 chambres pour personnes semi-autonomes. De ce nombre, 54 chambres font l'objet d'une entente avec le CISSS de l'Outaouais, qui peut y envoyer temporairement des personnes en attente d'une place dans un CHSLD.

La Résidence de l'Île est certifiée de catégorie 4, c'est-à-dire que ses services devraient être destinés à des personnes âgées semi-autonomes. Puisque les résidents en attente d'un transfert en CHSLD sont en perte d'autonomie et qu'ils nécessitent davantage de soins, le CISSS de l'Outaouais verse une compensation à la résidence.

Les trois investigations menées par D^r Dionne et M^e Danais ont démontré des lacunes importantes, notamment quant à la tenue des dossiers et à la qualité des soins dispensés aux résidents.

D^r Dionne s'est penché sur le décès d'une dame de 82 ans survenu le 11 mars 2019. Cette dame avait plusieurs problèmes de santé, dont une maladie pulmonaire obstructive (MPOC). Elle devait absolument être alimentée en oxygène. Après une hospitalisation de plusieurs semaines, elle a été admise le 8 mars 2019 à la Résidence de l'Île en attendant qu'une place se libère dans un CHSLD public. Elle y est décédée trois jours plus tard d'insuffisance respiratoire.

Le coroner note plusieurs éléments problématiques. Par exemple, l'évolution de l'état de santé de la patiente n'a pas été notée dans son dossier, même si on sait qu'il s'est détérioré au fil des jours. Il n'est pas possible non plus de savoir si elle a reçu l'oxygène vital pour sa condition pulmonaire puisqu'aucune mesure n'a été prise. L'enquête policière a aussi démontré que cette dame n'a pas reçu l'attention clinique nécessaire, que les infirmières

auxiliaires n'ont pas coordonné leurs soins et que certaines affirmations du personnel sont contradictoires ou inexactes.

Après une longue analyse, D^r Dionne conclut son rapport par plusieurs recommandations :

- Au MSSS et à la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants :
 - qu'ils soient saisis du dossier de cette patiente et de la problématique des admissions en résidence pour aînés en attendant un transfert en CHSLD public. Les soins offerts aux aînés doivent être dans un continuum de qualité, quel que soit le type du milieu d'hébergement.
- Au MSSS :
 - de rehausser les critères de certification des résidences privées pour aînés en incluant une évaluation des compétences du personnel et un contrôle de qualité des soins infirmiers.
- À la Direction générale du CISSS de l'Outaouais :
 - de poursuivre ses efforts pour améliorer la qualité des soins et des services dispensés par les RPA, en particulier par un suivi régulier et rigoureux de leur certification.
- À l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec :
 - d'établir un guide des obligations et de bonne pratique pour leurs membres travaillant en RPA.

M^e Danais a fait des constats similaires lors de son investigation sur le décès d'un homme de 98 ans survenu le 15 février 2019. Celui-ci est décédé d'un choc septique causé par des plaies de lit surinfectées, conséquence d'une période prolongée d'alitement et de l'absence de mobilisation. Bien que cela ne soit pas la cause du décès, il souffrait également de dénutrition.

Le 30 novembre 2018, cet homme a été admis à la Résidence de l'Île après qu'il ait été hospitalisé en raison d'une chute dans une autre résidence, la résidence Village Riviera. Il nécessitait beaucoup de soins pour les activités de la vie quotidienne, notamment pour tous les types de transferts. Son positionnement dans le lit devait aussi être changé toutes les deux heures.

Au fil des semaines, le patient a développé plusieurs plaies de pression. M^e Danais note plusieurs éléments préoccupants, dont le délai de plusieurs semaines pour le transférer à l'hôpital alors qu'il avait besoin de soins. Son état était alors tellement détérioré qu'on n'a pu lui donner que des soins de confort. La coroner relate également les événements entourant une chute survenue le 5 février qui, selon le personnel, était « sans conséquence et sans douleur ». Puisqu'il présentait un état de démence, le patient n'était pas en mesure de verbaliser ses besoins ni d'exprimer la douleur qu'il pouvait ressentir. Or, selon la coroner, il est évident qu'il ressentait de la douleur vu la gravité de ses plaies. Aucune mesure n'aurait été prise pour le soulager.

M^e Danais émet plusieurs recommandations dans son rapport :

- À la Résidence de l'Île :
 - de requérir les services d'une nutritionniste pour s'assurer d'une alimentation adéquate en fonction de l'état des résidents;
 - d'augmenter le ratio de personnel soignant lorsqu'elle accueille des résidents en attente de placement en CHSLD.
- Au CISSS de l'Outaouais :
 - que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique effectue une enquête sur la qualité des soins dispensés à ce patient à la Résidence de l'Île et à la Résidence Village Riviera, et prenne toutes les mesures appropriées afin qu'une telle situation ne se répète pas;
 - de donner une formation sur le « Guide de tenue des dossiers » en vigueur, à l'ensemble des infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et toute autre personne appelée à dispenser des soins à la Résidence de l'Île et à la Résidence Village Riviera, et de faire des vérifications sporadiques jusqu'à ce que la situation soit régularisée et que le contenu des dossiers soit jugé satisfaisant pour les deux résidences impliquées;
 - que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique revoie le processus de communication lors de transfert inter-établissement ou vers une RPA afin de s'assurer que toute l'information pertinente est transmise à qui de droit en temps opportun;
 - que le Comité de vigilance et de la qualité enquête sur la qualité des soins dispensés en général à la Résidence de l'Île et sur la compétence de son personnel et prenne les mesures correctrices nécessaires.
- À l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec :
 - d'enquêter sur la qualité des soins dispensés par les infirmières auxiliaires à ce patient à la Résidence de l'Île.
- Au MSSS :
 - de rehausser les critères de certification des résidences privées pour aînés, en incluant une évaluation des compétences du personnel et un contrôle de la qualité des soins infirmiers.

M^e Danais a aussi eu l'occasion d'investiguer le décès d'une dame de 94 ans survenu le 27 juillet 2018, toujours à la Résidence de l'Île. Elle y demeurait depuis 2011. Au moment des événements, elle vivait à l'étage réservé aux gens ayant des troubles neurocognitifs. Elle avait besoin d'assistance pour plusieurs activités de la vie quotidienne.

Cette dame avait déjà été hospitalisée du 26 février au 2 mars 2018 en raison de la détérioration de son état général. On avait alors noté un état de dénutrition sévère. Le 19 juillet 2018, elle a été hospitalisée à nouveau car elle se plaignait de douleurs. On a alors découvert une fracture du rameau pubien. Elle a ensuite été placée en soins de confort et est décédée le 27 juillet 2018 dans une maison de soins palliatifs.

Il n'y a aucune note ni aucun rapport d'accident dans le dossier de la Résidence de l'Île pouvant expliquer cette blessure, qui semble pourtant être d'origine traumatique. De manière générale, les notes sont peu nombreuses et ne permettent pas de suivre l'évolution de l'état de la patiente.

M^e Danais constate que ce milieu de vie n'était probablement pas adéquat compte tenu du niveau de soins requis par la condition de cette dame. Elle formule les recommandations suivantes dans son rapport :

- À l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec :
 - de faire enquête sur la qualité des soins dispensés par les infirmières auxiliaires à cette patiente.
- À la Résidence de l'Île :
 - de rappeler à l'ensemble de son personnel que la rédaction d'un rapport d'accident/incident est obligatoire lorsqu'un tel accident/incident se produit;
 - de demander à son personnel de faire un rapport quotidien pour chaque résident à l'unité de soins afin de permettre de suivre l'évolution et réagir en temps opportun, le cas échéant;
 - de requérir les services d'un(e) nutritionniste afin de pallier le problème de dénutrition et de déshydratation pour ses résidents aux unités de soins.

2. Enquêtes

2.1 L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE¹⁹

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
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
2019	4	6
TOTAL	37	92

En 2019, la coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques. Ces quatre enquêtes étaient toujours en cours au 31 décembre 2019, de même que trois enquêtes ordonnées en 2018.

Trois enquêtes ordonnées en 2017 et en 2018 se sont terminées au cours de l'année 2019. Celles-ci sont résumées dans les pages qui suivent.

2.2 LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2019

NOM / PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
Hamel, Lyndia M ^{me} Hamel est décédée dans un centre de thérapie pour traiter les dépendances.	2016-12-27	2018-05-01	M ^e Andrée Kronström	Palais de justice de Trois-Rivières

19. 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.

NOM / PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
Ponton-Bernard, Geoffroy ²⁰ M. Ponton-Bernard est décédé par électrocution lors de l'abattage d'un arbre.	2018-04-28	2018-11-13	M ^e Karine Spénard	Point de service du palais de justice de Longueuil
Côté, Adrienne ²¹ M ^{me} Côté est décédée des suites d'une chute survenue dans une résidence privée pour aînés.	2018-04-23	2018-11-14	M ^e Julie-Kim Godin	Palais de justice de Rivière-du-Loup
Coriolan, Pierre M. Coriolan est décédé de plaies par balle à la suite d'une intervention du Service de police de la Ville de Montréal.	2017-06-27	2019-04-01	M ^e Luc Malouin	Palais de justice de Montréal
Jeune fille de Granby ²² Cette jeune est décédée dans des circonstances obscures.	2019-04-30	2019-05-10	M ^e Géhane Kamel	À déterminer
Gagnon, Rosalie Cette fillette de deux ans a été trouvée sans vie à Québec.	2018-04-18	2019-05-29	M ^e Géhane Kamel	À déterminer
ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LE SUICIDE ²³				
Ryan, Mikhaël M. Ryan est décédé à la suite d'une chute du balcon de sa chambre d'hôtel.	2017-05-11	2019-03-08	M ^e Andrée Kronström	Palais de justice de Québec
Lamothe, Joceline M ^{me} Lamothe est décédée de blessures mortelles qui auraient été infligées par son fils Mikhaël Ryan.	2017-05-10	2019-03-08	M ^e Andrée Kronström	Palais de justice de Québec
Boudreau, Marc M. Boudreau a perdu la vie durant un séjour dans un centre de traitement des dépendances.	2018-09-21	2019-09-10	M ^e Andrée Kronström	Palais de justice de Québec

20. Cette enquête a pris fin le 4 mars 2020.

21. Cette enquête a pris fin le 14 janvier 2020.

22. Un interdit de publication empêche de divulguer le nom de la jeune fille.

23. En septembre 2019, la coroner en chef a annoncé la tenu d'une enquête publique élargie sur la thématique du suicide. D'autres décès ont été ajoutés à cette enquête depuis le début de l'année 2020. Après avoir fait la lumière sur les causes et les circonstances entourant chaque décès, la coroner Andrée Kronström entendra des groupes, des citoyens et des acteurs de la prévention du suicide. Ces démarches lui permettront ultimement de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans le futur.

2.3 LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2019²⁴

Une formation accrue des policiers

Le 16 novembre 2016, un homme de 17 ans est décédé après avoir été atteint mortellement par le projectile d'une arme à feu dans le contexte d'une poursuite policière.

La nuit de l'événement, le jeune homme était au volant d'une Toyota Corolla sur le chemin Farley à Messines en compagnie du propriétaire de l'automobile. Des policiers de la Sûreté du Québec qui effectuaient des vérifications de routine lui ont indiqué de se ranger sur le bas-côté. Il a alors pris la fuite, ce qui a donné lieu à une poursuite policière d'une dizaine de kilomètres.

Le jeune conducteur s'est engagé dans un cul-de-sac, puis dans un chemin forestier où il a finalement immobilisé son véhicule. Les deux policiers sont alors sortis de l'autopatrouille afin d'arrêter les deux occupants, mais la Toyota s'est remise en marche. L'un des deux policiers a brisé la vitre du côté conducteur, puis a tenté d'ouvrir la portière. Son bras serait alors resté coincé à l'intérieur. Le véhicule étant toujours en mouvement, il a introduit le haut de son corps à l'intérieur de l'habitacle puis, devant le refus d'obtempérer du conducteur, a fait feu sur lui et l'a atteint au thorax. Le jeune homme est décédé peu de temps après avoir été atteint par le projectile.

Au terme de son enquête, M^e Luc Malouin a analysé les événements en fonction de trois grands segments : la poursuite policière, l'intervention policière dans le chemin forestier et le coup de feu mortel. Il a notamment voulu savoir si l'intervention des policiers était nécessaire dans les circonstances et si elle avait été faite selon les règles en vigueur.

Le coroner reconnaît que la vie de l'agent était en danger lorsqu'il a tiré le coup de feu, mais à son avis, ce sont les policiers eux-mêmes qui se sont mis en situation de danger. Au moment des événements, aucun signe ne laissait présager qu'un crime avait été commis, même si le conducteur a refusé de s'arrêter et que la plaque d'immatriculation ne correspondait pas au véhicule. Aucun élément ne constituait une urgence qui aurait justifié une intervention dangereuse autant pour les policiers que pour les occupants du véhicule.

M^e Malouin considère également que les policiers ont agi à l'encontre des principes de base en matière d'intervention policière. Ces principes impliquent que le policier doit constamment réfléchir et analyser en cours d'intervention aux gestes qu'il pose et qu'il doit toujours choisir la meilleure option tout en gardant à l'esprit sa sécurité et celle d'autrui. Or, selon le coroner, l'intervention dans le chemin forestier est plutôt une suite d'improvisations des policiers voulant à tout prix mettre les deux suspects en arrestation.

24. Dans la section portant sur les résultats de l'année 2019-2020, on mentionne que quatre rapports d'enquête ont été déposés. Ce chiffre tient compte de deux rapports déposés respectivement le 14 janvier et le 4 mars 2020. Ils n'ont pas été pris en compte dans la présente section puisque le rapport des activités couvre la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019.

L'un des experts ayant témoigné lors de l'enquête a mentionné les pansements hémostatiques, un produit conçu pour arrêter une hémorragie interne et donner plus de temps au personnel médical pour intervenir efficacement. Un tel pansement n'aurait pas nécessairement sauvé la vie du jeune conducteur, mais ses chances de survie auraient été améliorées.

Dans son rapport, M^e Malouin formule les recommandations suivantes.

À la Sûreté du Québec et à l'École nationale de police du Québec :

- mettre en place des formations afin de rafraîchir les connaissances de base en matière d'intervention tactique des policiers et déterminer le contenu et la fréquence souhaitable de la formation.

À la Sûreté du Québec :

- rappeler à ses membres l'importance de la formation tactique reçue à l'École nationale de police du Québec et leur rappeler également de ne pas mettre en danger leur vie ni celle des citoyens lors d'une intervention où il n'y a aucune urgence d'agir;
- rappeler à ses membres que la simple arrestation d'une personne, sans que celle-ci ait été impliquée dans un crime majeur, violent ou à l'encontre de la propriété privée, n'est pas une urgence en soi;
- former les policiers à son emploi à l'utilisation des pansements hémostatiques et ajouter ces pansements dans les équipements de premiers soins que l'on retrouve dans les véhicules de patrouille.

À l'École nationale de police du Québec :

- analyser la pertinence d'intégrer une formation de premiers soins en cas de blessure par balle incluant l'utilisation des pansements hémostatiques au programme de formation de base des aspirants policiers.

Une intervention concertée pour mieux encadrer les personnes vulnérables

Le 24 janvier 2018, une femme de 63 ans a été trouvée sans vie dans sa chambre du Centre Rosemont, une maison de chambres située à Montréal. Cinq jours auparavant, elle aurait fait une chute dans l'escalier et se serait blessée au bras droit, mais aurait refusé de se rendre à l'hôpital. Les examens effectués après le décès ont démontré une fracture de l'humérus droit avec un important hématome et des ecchymoses à la tête et sur le genou gauche.

Dans son rapport, M^e Géhane Kamel s'attarde d'abord à l'histoire de la défunte, qui est présentée comme une personne aimante et sans malice, mais vulnérable en raison de problèmes de santé mentale. Elle habitait au Centre Rosemont, une maison de chambre privée accueillant principalement une clientèle itinérante. Malgré ce que son nom peut laisser croire, cet établissement n'offre pas de soins ni de services professionnels. Il n'est pas non plus supervisé par les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de Montréal, même s'il abrite des personnes ayant une grande vulnérabilité sociale.

Au moment des événements, le gestionnaire était peu présent et avait délégué une partie de ses responsabilités à un des locataires. Le nombre de chambres et de résidents excédait celui permis par la Ville de Montréal, mais la situation était tolérée par la Ville. L'établissement était connu pour des problèmes d'insalubrité. À la suite des événements, le gestionnaire a cédé sa compagnie à son fils, qui a apporté de nombreux changements pour améliorer la qualité de vie, en plus d'entreprendre les travaux requis pour se conformer aux exigences de la Ville. Le nom de la résidence a aussi été modifié pour le Gîte Urbain.

L'enquête a permis de mettre en lumière le statut incertain des maisons de chambres privées et du manque de suivi des personnes vulnérables qui y résident. La défunte, comme bon nombre de résidents des maisons de chambres, n'avait pas un profil qui lui aurait permis d'être prise en charge par un établissement du réseau public (centre d'hébergement, ressource de type familial, ressource intermédiaire). Beaucoup de maisons de chambres sont menacées de fermeture après avoir été inspectées, mais elles permettent d'éviter que des personnes vulnérables se retrouvent en situation d'itinérance. Il est nécessaire que les CIUSSS s'impliquent auprès de ces personnes et veillent à leurs besoins. Ils doivent également coordonner leurs pratiques sur l'ensemble du territoire de la Ville de Montréal. Le MSSS aurait aussi intérêt à mettre en place des mécanismes de surveillance et à clarifier le rôle des CIUSSS.

M^e Kamel conclut que cette dame est fort probablement décédée des suites d'une interaction médicamenteuse. Elle soulève qu'une hospitalisation lors de sa chute aurait peut-être pu permettre de détecter un problème de santé sous-jacent et de lui offrir les soins appropriés. Elle émet également les recommandations suivantes :

- Au responsable du Gîte Urbain (anciennement le Centre Rosemont) :
 - qu'il s'assure de maintenir ses engagements, notamment quant à l'exécution des travaux requis par la Ville, et qu'il reste vigilant à l'égard de ses locataires afin de leur offrir un milieu sain et sécuritaire;
 - qu'il s'assure que le suivi de la médication est consigné dans un registre formel et que les résidents qui éprouvent des malaises sont pris en charge par des paramédicaux, à moins d'un refus écrit de leur part.
- Au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal :
 - qu'il s'assure de mettre à l'ordre du jour de la table de concertation prévue avec les autres CIUSSS de l'Île de Montréal le suivi psychosocial à donner à chacun des résidents suivis par un travailleur social et pour qui les conditions de logement sont inadéquates.

- À la Ville de Montréal :
 - que le Service de sécurité incendie de Montréal cible plus directement les maisons de chambres privées dans les inspections préventives annuelles et que toute situation irrégulière ou contravention aux règlements municipaux soit soumise systématiquement au service de l’inspection municipale;
 - que la Ville s’assure que les travaux requis sont exécutés tout en faisant preuve de souplesse pour éviter une éviction et qu’elle assure un suivi constant et durable de l’application des règlements.
- Au MSSS, au CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal et au Réseau d’aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal et à la Ville de Montréal :
 - qu’ils collaborent à la mise en place d’une table de concertation qui servira à identifier des pistes de solution pour le maintien des maisons de chambres privées dans le parc locatif du Grand Montréal tout en s’assurant que les conditions de vie et les droits des locataires y sont préservés.
- Au MSSS :
 - qu’il prenne acte du présent rapport et s’assure de la mise en place de mécanismes de suivi quant à l’établissement de protocoles appropriés pour cette clientèle vulnérable.

Un meilleur suivi des détenus à leur sortie de détention

Le 1^{er} juin 2016, un homme de 44 ans s’est suicidé par pendaison dans sa chambre du Centre NAHA (Nouvelle Approche Humanitaire d’Apprentissage), un centre communautaire pour hommes en difficulté situé à Montréal.

Cet homme a passé la plus grande partie de sa vie active en détention (23 ans au total). Souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, il était enclin à poser des actes de violence.

En novembre 2015, il a été libéré aux deux tiers d’une sentence de six mois purgée à l’Établissement de détention de Montréal. Il souhaitait aller en maison de transition, mais sa requête a été refusée et il a plutôt été dirigé vers le Centre NAHA. Il s’est alors fréquemment désorganisé et a commis des actes violents, avec pour conséquences des visites à l’urgence et une nouvelle incarcération du 13 au 18 mai 2018. À ce moment, il a évoqué ne pas avoir de suivi médical et vouloir retourner en prison.

Selon M^e Andrée Kronström, la vulnérabilité de cet homme a été exacerbée par ses difficultés à réintégrer la vie active après 23 années en détention. Le manque d’encadrement et l’absence de suivi médical n’ont pas permis de tisser un filet de sécurité suffisant pour empêcher le passage à l’acte.

Dans son rapport, la coroner souligne plusieurs éléments qui ont pu contribuer à la désorganisation de cet homme. Elle constate d'abord qu'il était un cas trop lourd pour le Centre NAHA. L'établissement, un lieu d'accueil et non de thérapie, ne disposait pas des ressources nécessaires pour intervenir adéquatement.

La coroner s'est également intéressée aux soins de santé dispensés en détention et après la sortie, particulièrement à ceux de première ligne. En effet, en l'absence d'un suivi adéquat durant la détention, il est très difficile d'assurer un suivi à la sortie. Par ailleurs, l'offre de service en milieu carcéral devrait être comparable à celle offerte à celle de l'ensemble de la population pour des problèmes similaires, ce qui n'est pas toujours le cas. La responsabilité de dispenser les soins a été confiée au MSSS en 1989, mais dans les faits, le transfert n'a débuté qu'en 2015 et n'était pas encore effectif au Centre de détention de Montréal au moment des événements.

Afin que les détenus reçoivent les services requis par leur état de santé, et afin d'assurer une transition optimale à leur sortie d'un établissement de détention, M^e Kronström émet les recommandations suivantes.

Au MSP, au MSSS et aux CISSS et aux CIUSSS qui ont des établissements de détention sur leur territoire :

- parachever l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance;
- mettre en place des stratégies pour assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance ainsi qu'une offre d'hébergement pour les détenus.

Aux établissements de détention :

- se doter d'une équipe de liaison pour faciliter l'intégration sociale et la prise en charge des soins de santé physique, mentale et de dépendance des détenus libérés à l'issue de leur sentence.

Au Centre NAHA :

- préciser sa mission et les conditions d'admission des résidents, le tout en conformité avec ses champs d'expertise.

3. Recommandations

3.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

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. À cette fin, il 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. Les coroners sont épaulés à toutes les étapes de leur investigation par le Comité sur les recommandations et par un conseiller en prévention embauché en juin 2019.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2), 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 2019, les coroners ont déposé 192 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.

Rapports de coroners avec recommandations en 2019

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	%
Traumatisme non intentionnel	114	59,4
Cause naturelle	41	21,4
Suicide	32	16,7
Décès de cause indéterminée	4	2,0
Homicide	1	0,5
TOTAL	192	100

3.2 SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Plus que jamais, le Bureau du coroner s'efforce d'améliorer le suivi des recommandations des coroners et d'établir des canaux de communication avec les principaux destinataires. Ces démarches améliorent non seulement le suivi des recommandations, mais aussi le partage d'information en cours d'investigation, avec pour conséquence des recommandations mieux ciblées et plus efficaces.

Le Bureau du coroner peut notamment compter sur la collaboration du ministère des Transports, qui a créé un Bureau du suivi des recommandations des coroners. Dans le contexte de cette collaboration, le ministère a aussi mis sur pied un réseau de répondants disponibles pour renseigner les coroners sur une foule de sujets, ce qui a facilité la formulation de meilleures recommandations. Le coroner en chef adjoint a d'ailleurs rencontré le réseau des répondants à l'automne 2019 afin de mieux faire connaître le travail d'investigation des coroners et leurs attentes. Par ailleurs, le Bureau de suivi analyse toutes les recommandations destinées au MTQ, dresse un bilan évolutif et détaillé du suivi qui leur est accordé et en informe régulièrement la coroner en chef. Pour la période 2019-2020, les sommes dépensées dans les projets menés par le MTQ et qui donnent suite en totalité ou en partie aux recommandations de coroners s'élèvent à 115,8 millions de dollars. On peut penser par exemple aux projets d'élargissement des autoroutes 35, 50 et 185, dont la réalisation rejoint des objectifs de prévention portés par des recommandations de coroners.

Plusieurs autres partenaires collaborent activement au suivi des recommandations. Le Bureau du coroner participe notamment à une table de concertation avec le Collège des médecins, qui a désigné une personne ressource pour répondre aux questions que les coroners pourraient avoir au cours de leurs investigations. L'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que le MSSS ont également désigné des personnes ressources pour aider les coroners à explorer des pistes de prévention.

À l'interne, le Bureau du coroner peut compter sur le travail du conseiller en prévention. Celui-ci appuie les coroners dans l'élaboration et la formulation de recommandations efficaces et bien ciblées. Il est également responsable du traitement administratif, de la diffusion et du suivi de toutes les recommandations.

4. Bilan statistique des traumatismes mortels au Québec

Fichier 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 2016 et 2017, en le comparant à la moyenne des années 2011 à 2015.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10^e 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 probables et les circonstances 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 2016, selon les données à jour au 14 avril 2020

4 609 décès soumis au coroner

- 4 590 rapports déposés (99,6%)
- 19 rapports à venir (0,4%)

État des rapports de 2017, selon les données à jour au 14 avril 2020

4 938 décès soumis au coroner

- 4 867 rapports déposés (98,6%)
- 71 rapports à venir (1,4%)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
Occupant d'une automobile	230	185	-19,6	187
Piéton	65	67	3,1	80
Motocycliste	47	57	21,3	49
Occupant d'une motoneige	26	27	3,8	28
Occupant d'un VTT	29	32	10,3	23
Cycliste	21	7	-66,7	14
Occupant d'une camionnette	20	7	-65,0	7
Occupant d'un véhicule lourd	7	4	-42,9	7
Occupant d'un véhicule agricole	6	11	83,3	4
Occupant d'un véhicule industriel	2	1	-50,0	4
Occupant d'un autobus	1	0	-100,0	2
Occupant d'un véhicule à trois roues	1	3	200,0	1
Occupant d'un véhicule de construction	2	3	50,0	0
Autre	3	1	-66,7	1
En cours	0	1	-	1
TOTAL	460	406	-11,7	408

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
Événements entraînant la noyade et la submersion	16	17	6,3	16
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	2	0	-100,0	0
TOTAL	19	17	-10,5	16

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
TOTAL	9	15	66,7	7

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

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
Chute	330	475	43,9	554
Intoxication	270	350	29,6	423
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	76	72	-5,3	120
Noyade ²⁵	53	53	0,0	68
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	60	33	-45,0	55
Complications de soins médicaux	26	28	7,7	25
Exposition aux forces de la nature	20	22	10,0	24
Heurt par ou contre un objet	17	18	5,9	14
Compression entre des objets	5	11	120,0	9
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	11	7	-36,4	8
Exposition au courant électrique	6	4	-33,3	4
Décharge d'arme à feu	3	5	66,7	1
Explosion	2	1	-50,0	1
Exposition à l'eau chaude	2	0	-100,0	0
Autre	21	28	33,3	30
En cours	0	0	-	11
TOTAL	902	1107	22,7	1347

25. Décès associés au transport par eau exclus.

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
Pendaison et strangulation	590	573	-2,9	531
Intoxication à des substances liquides ou solides	169	176	4,1	178
Décharge d'arme à feu	125	124	-0,8	131
Précipitation dans le vide	44	42	-4,5	45
Intoxication à un gaz	49	43	-12,2	44
Collision d'un véhicule à moteur	34	42	23,5	38
Utilisation d'un objet tranchant	29	25	-13,8	33
Noyade	38	33	-13,2	20
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	9	4	-55,6	9
Autre	10	7	-30,0	4
En cours	0	2	-	7
TOTAL	1097	1071	-2,4	1040

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
Agression par arme à feu	29	23	-20,7	32
Agression par objet tranchant	23	16	-30,4	26
Agression par objet contondant	8	6	-25,0	8
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	3	1	-66,7	4
Agression par strangulation	7	3	-57,1	1
Bagarre, rixe (sans arme)	5	5	0,0	1
Autre	6	3	-50,0	4
En cours	0	6	-	1
TOTAL	81	63	-22,2	77

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2011-2015	NOMBRE 2016	% VARIATION 2016/2011-2015	NOMBRE 2017
Intoxication	37	40	8,1	30
Noyade	6	9	50,0	9
Collision d'un véhicule à moteur	2	3	50,0	4
Chute	4	2	-50,0	3
Pendaison	3	1	-66,7	1
Autre	5	4	-20,0	6
En cours ²⁶	0	0	-	7
TOTAL	57	59	3,5	60

26. 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 RÈGLEMENTS²⁷

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° 1687-87 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.

27. 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>.

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.
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 RÉPRIMANDE²⁸

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;

28. Aucune situation n'a entraîné une procédure administrative préalable à une réprimande en 2019-2020.

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.

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

13. 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.
14. 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

15. 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.
16. 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.
17. 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

Un seul numéro pour joindre tous les services :
1 888 CORONER (1 888 267-6637)

Site Internet : www.coroner.gouv.qc.ca

Twitter : @CoronerQuebec

Courriel : 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^e 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 