

Bureau du coroner

2020-2021
Rapport annuel de gestion

Pour la vie!

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 – 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN Version imprimée : 978-2-550-89251-9

ISBN Version électronique : 978-2-550-89252-6

ISSN Version imprimée : 1707-987X

ISSN Version électronique : 1913-7729

© Gouvernement du Québec, 2021

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

2020-2021

Rapport annuel de gestion



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 2020-2021	1
1. L'organisation	2
1.1 L'organisation en bref	2
1.2 Contexte	2
1.3 Mission	3
1.4 Organisation interne	4
1.5 Domaines d'activité	6
1.6 Services offerts, clientèles et partenaires	7
1.7 Faits saillants	8
2. Les résultats	13
2.1 Plan stratégique	13
2.2 Traitement des plaintes	32
2.3 Déclaration de services aux citoyens	34
3. Les ressources utilisées	35
3.1 Utilisation des ressources humaines	35
3.2 Utilisation des ressources financières	37
3.3 Utilisation des ressources informationnelles	38
4. Annexes – 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	43
4.5 Accès aux documents et protection des renseignements personnels	47
4.6 Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration	48
4.7 Égalité entre les femmes et les hommes	50
4.8 Politique de financement des services publics	51

SECTION 2 : RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS	53
1. Investigations	54
1.1 Décès signalés aux coroners	54
1.2 Autopsies et examens de laboratoire	56
1.3 Quelques rapports d'investigation déposés en 2020	56
2. Enquêtes	62
2.1 Évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie	62
2.2 Enquêtes en cours au 31 décembre 2020	63
2.3 Rapports d'enquête déposés en 2020	67
3. Recommandations	71
3.1 Principes généraux	71
3.2 Suivi des recommandations	72
4. Bilan statistique des traumatismes mortels au Québec	74
Annexes	80
Loi et règlements	80
Code de déontologie des coroners	81
Procédure administrative préalable à une réprimande	84
Nous joindre	87

Message de la ministre

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



Monsieur le Président,

Je vous invite à prendre connaissance du rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'exercice financier ayant pris fin le 31 mars 2021.

Ce rapport répond aux exigences de la Loi sur l'administration publique ainsi qu'aux autres obligations législatives et gouvernementales ayant cours. 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 2021

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 2020-2021 du Bureau du coroner, qui inclut, comme les années précédentes, le rapport des activités des coroners.

L'année 2020-2021 a été évidemment marquée, au Bureau du coroner comme partout ailleurs, par la pandémie de COVID-19. Cette situation exceptionnelle nous a forcés à repenser et à modifier nos processus de travail, et ce, tout au long de l'année. Je salue l'exceptionnelle capacité d'adaptation et la mobilisation constante des employés du Bureau du coroner et des coroners qui ont permis le maintien de l'ensemble de nos activités de mission au bénéfice de la population.

L'année 2021-2022 s'annonce pour sa part riche en nouveautés et en développement de projets. Par exemple, le projet de loi 45, prévoyant la mise à jour de la Loi sur la recherche des causes et circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2), adopté en octobre 2020, entrera en vigueur à une date à fixer par le gouvernement. Ainsi, la nouvelle loi, qui sera dorénavant nommée *Loi sur les coroners*, apportera un certain nombre de modifications à nos processus et modes de fonctionnement, tant pour les coroners que pour le personnel du bureau qui les soutient, le tout, afin de répondre de manière encore plus optimale à notre mission et à nos objectifs stratégiques. Toute l'équipe a travaillé très fort, de concert avec la Direction générale adjointe des technologies de l'information du ministère de la Sécurité publique, afin que nous soyons pleinement opérationnels lors de l'entrée en vigueur de la loi pour répondre à nos nouvelles obligations.

Dans cette même perspective de répondre pleinement à notre mission et à nos objectifs stratégiques, nous mettrons à jour, au cours de l'année, notre Déclaration de services aux citoyens et élaborerons le prochain plan stratégique qui couvrira la période de 2022 à 2027. Nous mènerons également des activités visant à recueillir les attentes et l'appréciation de notre clientèle en regard des services reçus par le Bureau du coroner.

Ces nouvelles structures de suivi nous permettront de mettre en place un plan global d'amélioration de nos services, que ce soit du point de vue informationnel, par la mise en valeur de nos outils d'information pour le public, ou du point de vue de la qualité des services que nous offrons, notamment en rehaussant notre offre d'activités de formation et de sensibilisation, selon les plus hauts standards de qualité, tant pour les coroners que pour le personnel du Bureau.

En conclusion, notre équipe est fière du travail qu'elle a accompli au cours de la dernière année en dépit de la situation de pandémie et est fin prête à réaliser les projets envisagés pour la prochaine année.

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

La coroner en chef,

ORIGINAL SIGNÉ

Pascale Descary
Québec, août 2021



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 2020-2021 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 2021.

La coroner en chef,

ORIGINAL SIGNÉ

Pascale Descary

Québec, août 2021



Section 1

Rapport annuel de gestion
2020-2021

1. L'organisation

1.1 L'ORGANISATION EN BREF¹

Quelques chiffres clés

CHIFFRES CLÉS	DESCRIPTION
62	Effectif du Bureau du coroner
11 M\$	Dépenses du Bureau du coroner
6 224	Nombre de décès totaux ayant fait l'objet d'une intervention d'un coroner
92	Coroners à temps partiel actifs
7	Coroners permanents, dont la coroner en chef
4	Installations, dont 2 bureaux administratifs et 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-0.2). Les coroners sont également soumis au Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, 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.

Seulement sept 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.

1. Données au 31 mars 2021, sauf le nombre d'investigations, qui est calculé en fonction de l'année civile (1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020).

2. Réналd 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.

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 2020, les coroners sont intervenus dans environ 8,3 % 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.

La pandémie de la COVID-19 a perturbé les activités de bien des ministères et organismes, et le Bureau du coroner ne fait pas exception. Bien que nos activités de mission, soit l'investigation des décès par les coroners et toutes les opérations en appui à celles-ci, se soient maintenues en tant que service essentiel, nous avons dû par ailleurs suspendre en 2020 nos travaux d'enquêtes publiques le temps que les outils technologiques pour permettre des audiences virtuelles se mettent en place. Nous nous sommes aussi vus dans l'obligation d'annuler le colloque des coroners et avons été confrontés à la plus grande difficulté d'offrir de la formation continue aux coroners pendant cette période. Dans ce contexte, il est apparu pertinent de revoir certains des indicateurs et des cibles du Plan stratégique 2017-2022 du Bureau du coroner. Cette mise à jour de notre plan stratégique a été réalisée en novembre 2020. Finalement, de cette situation sans précédent a découlé l'ordonnance, en juin 2020, d'une enquête publique d'envergure exceptionnelle sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans les milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19, qui exige la mobilisation de beaucoup de ressources au Bureau du coroner.

1.4 ORGANISATION INTERNE

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.

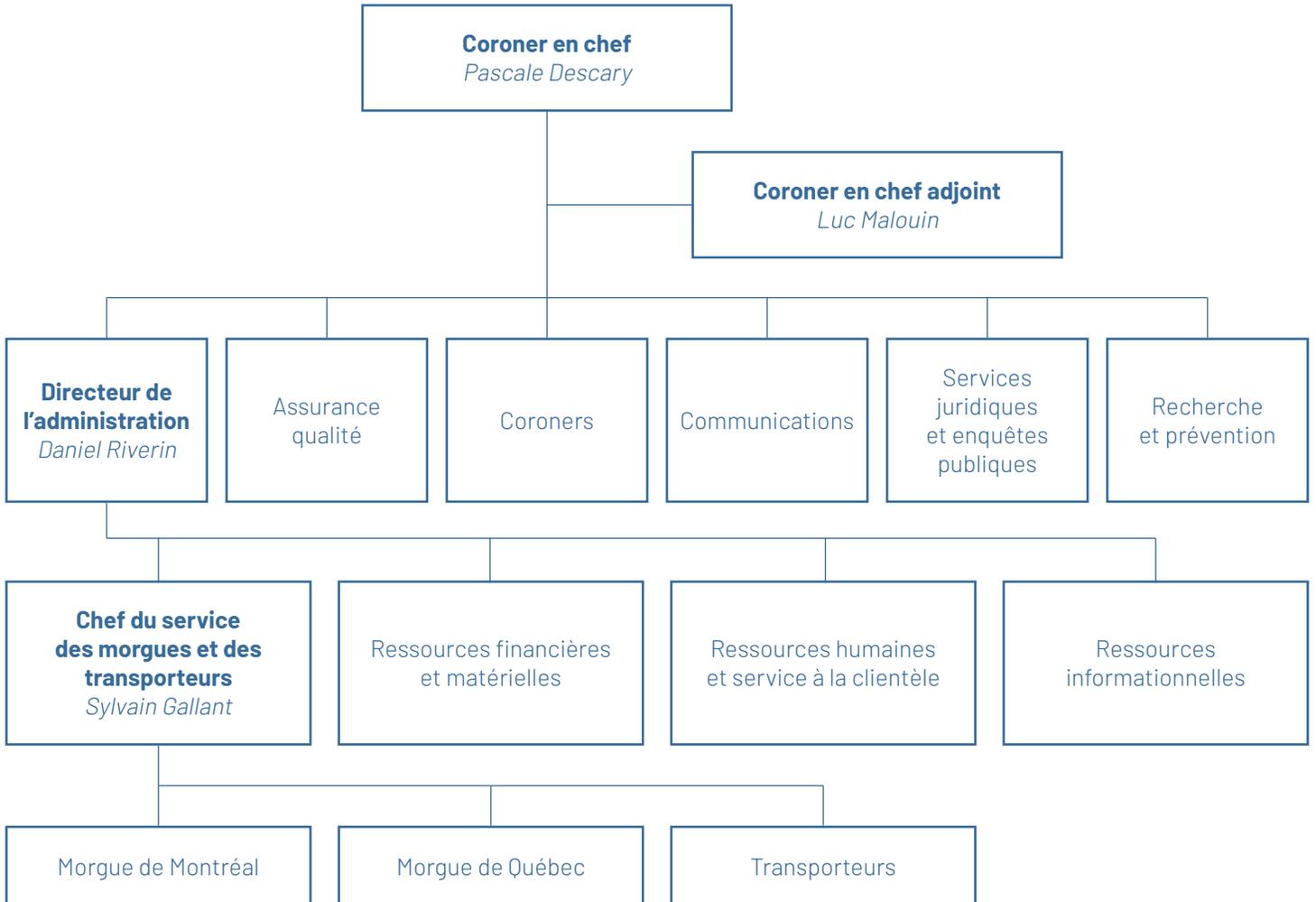
La coroner en chef est responsable de coordonner, de répartir et de surveiller le travail des coroners, et s'assure que l'ensemble du territoire du Québec est en tout temps desservi. Elle met aussi en place les ressources nécessaires afin que les coroners soient en mesure de remplir le rôle qui leur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

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 sont affectés à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, de même qu'à celle des morgues et des transporteurs contractuels. Ils s'assurent 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. Ils fournissent aussi à la coroner en chef leur soutien en matière de renseignements et de services aux citoyens.

Organigramme³



3. Organigramme au 31 mars 2021.

1.5 DOMAINES D'ACTIVITÉ

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

Investigation et enquête

La Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2) prévoit que le coroner a deux moyens pour réaliser son mandat : l'investigation et l'enquête. Dans le premier cas, il s'agit d'un processus au cours duquel le coroner collecte l'information en privé, avec la collaboration de différents partenaires. 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 établi 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);
- 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 [CNESST], Régie du bâtiment du Québec [RBQ], etc.);
- l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

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

Voici un aperçu des faits marquants de l'année 2020-2021 entourant les activités du Bureau du coroner :

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

Le Bureau du coroner prépare activement l'opérationnalisation de l'actualisation de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2) de 1986, qui deviendra la Loi sur les coroners. Le projet de loi no 45, dont cette actualisation découle, a été adopté et sanctionné par l'Assemblée nationale en octobre 2020. Les changements nécessaires ont une incidence, entre autres, sur le système de gestion des cas de coroner (GECCO) du Bureau et différents processus de travail.

La nouvelle loi prévoit notamment :

- l'obligation d'investiguer les décès de femmes enceintes ou décédant dans les 42 jours suivant l'accouchement;
- un suivi obligatoire sur l'état d'avancement des dossiers aux familles qui en font la demande, et ce, après les 30 premiers jours d'investigation et à chaque période de 60 jours;
- la documentation des motifs dans tous les cas d'avis annulés;
- 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 sept 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 les coroners en chef adjoints;
- l'accroissement des pouvoirs d'encadrement du coroner en chef;
- le pouvoir pour le coroner en chef d'exiger d'être informé des mesures qui seront prises en réponse aux recommandations formulées dans un rapport;
- 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.

En conséquence à l'adoption du projet de loi no 45, le Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, 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.

Collaboration avec Héma-Québec

Héma-Québec et le Bureau du coroner ont conclu en 2020 une entente inédite et novatrice qui a marqué une nouvelle étape dans leur partenariat amorcé il y a plusieurs années déjà. En effet, depuis février 2020, une employée d'Héma-Québec⁴ assure les fonctions d'agente de liaison pour le Bureau du coroner afin de cibler des donneurs potentiels parmi les nouveaux avis soumis aux coroners. Héma-Québec peut ensuite communiquer avec les familles de ces défunts avec toute la délicatesse nécessaire afin de solliciter leur consentement pour procéder à des prélèvements de tissus, et ce, au bénéfice de receveurs en attente. Il est à noter que l'échange de données personnelles et confidentielles prévu à cette entente a été cautionné par la Commission d'accès à l'information (CAI).

Un an après la mise sur pied de ce partenariat, Héma-Québec observe une hausse de la proportion de donneurs de tissus humains venant du Bureau du coroner. Du 24 février au 31 décembre 2020, 298 types de tissus prélevés sur 131 donneurs ont bénéficié à 2620 receveurs potentiels estimés. Les résultats sont concluants et ne peuvent que s'améliorer.

Comités

En matière de prévention, le Bureau du coroner s'implique notamment par le pilotage de plusieurs comités ayant pour mission d'étudier des phénomènes de mortalité précis afin de mieux les comprendre et de formuler des recommandations qui permettront de les éviter. Le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale a publié en décembre 2020 son premier rapport annuel, qui présente un large éventail de recommandations et tient ainsi lieu d'appel à agir ensemble pour prévenir la violence conjugale et sauver des vies. De plus amples informations sur ce comité sont présentées à la section 4.7 *Égalité entre les femmes et les hommes*.

Le Comité sur la mortalité dans les communautés autochtones et inuites, dont les travaux ont débuté au printemps 2020 avec une formation sur la réalité culturelle inuite offerte aux coroners y prenant part, concrétise la forte volonté du Bureau du coroner d'engager le dialogue avec ces communautés afin de mieux comprendre leurs besoins et leurs attentes, tout en faisant connaître davantage le rôle du coroner. Ces travaux se poursuivront par diverses démarches pour tisser des liens avec les communautés autochtones du Québec.

Le Comité d'examen des décès d'enfants (de 0 à 17 ans) poursuit pour sa part ses travaux. L'analyse de certains dossiers a permis de préciser les critères que les coroners pourront utiliser pour mieux déterminer les causes de décès dans les cas d'asphyxies d'enfants. Il déposera sous peu son prochain bilan d'activités. De manière exceptionnelle, ce bilan couvrira une plus grande période de référence que prévu, soit du 1^{er} janvier 2019 au 3 juin 2021, compte tenu de la situation sanitaire qui a prévalu au Québec. Cette conjoncture a notamment forcé l'annulation de plusieurs rencontres au plus fort de la crise.

À l'interne, le comité sur la formation, constitué de coroners et de représentants du personnel, a l'important mandat de coordonner toutes les activités de formation du Bureau du coroner pour répondre aux besoins de l'ensemble de l'organisation. Ses activités touchent tant le travail

4. Depuis avril 2021, une deuxième agente de liaison est entrée en poste pour effectuer la vigie de soir.

des coroners (formation initiale, formation continue, partage d'expertise, colloque, coaching individuel, discussion de cas, etc.) que la formation continue dispensée au personnel du Bureau.

En novembre 2020, un nouveau service a été lancé auprès des coroners. Il s'agit du comité de relecture, qui permet aux coroners de bénéficier sous la forme d'un codéveloppement de la rétroaction de leurs pairs sur les rapports d'investigation qu'ils soumettent. De façon générale, les coroners peuvent soumettre au comité de relecture tant des rapports d'investigation avec recommandations que sans recommandations. L'objectif est de rehausser la qualité des rapports et de coacher les coroners dans leur rédaction par l'occasion que leur offre le comité d'aborder des enjeux particuliers (médicaux ou juridiques) de leur investigation. Le comité est divisé en deux sous-groupes, chacun étant constitué d'un coroner juriste et d'un coroner médecin (dont un coroner à temps plein et un coroner à temps partiel), d'une professionnelle en assurance qualité et du conseiller en prévention des décès. Il s'agit d'un service facultatif, sauf pour les nouveaux coroners, qui doivent soumettre au comité leurs dix premiers rapports pour relecture. Cette pratique vise à guider les nouveaux coroners dans la réalisation de leurs rapports d'investigation et à leur offrir des bases solides pour la suite de leur exercice. Cette relecture préalable permet aussi de réduire les délais de traitement administratif, puisqu'un rapport soumis au comité de relecture et travaillé de concert avec lui nécessitera peu de modifications lors de son traitement ultérieur par l'équipe de l'assurance qualité.

Enquêtes publiques

L'année 2020 constitue une année exceptionnelle au regard du nombre et de l'envergure des enquêtes publiques menées par notre organisme, entre autres avec l'ordonnance de l'enquête publique sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19 et la poursuite des enquêtes thématiques sur le suicide et sur le suicide en milieu carcéral. Pour mener à bien ces enquêtes, de nouvelles ressources se sont jointes à l'équipe du Bureau du coroner, notamment au sein de l'équipe juridique.

Nomination de nouveaux coroners

Au printemps 2020, 8 nouveaux coroners ont été nommés par le Conseil des ministres. Ces nominations permettent d'assurer une couverture adéquate de l'ensemble du territoire québécois. Le besoin de recrutement est somme toute constant, particulièrement chez les coroners médecins. Afin de rééquilibrer les forces, 13 nouveaux coroners médecins ont été nommés à l'hiver 2021, à la suite d'un appel de candidatures 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 continue de s'impliquer activement dans la vigie et la surveillance de certains phénomènes de mortalité, dont les intoxications aux opioïdes et le suicide.

Le Bureau du coroner contribue toujours à la mise en œuvre 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 et de l'Agence de santé publique du Canada.

Chaque année, le Bureau du coroner élabore, 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. Les premiers échanges de données entre le Bureau du coroner et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) ont été faits. Par le jumelage de ces données avec celles de diverses sources (MSSS, Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ] et ISQ), 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, qui ont été relancées en février 2021, 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. Ces actions permettent une meilleure surveillance de la mortalité associée aux changements climatiques ou à d'autres phénomènes.

Suivi des recommandations

Dans la foulée de l'adoption de la nouvelle loi, le Bureau du coroner poursuit ses efforts pour améliorer le suivi des recommandations des coroners et établir des canaux de communication avec les principaux destinataires. Le conseiller en prévention est responsable du traitement administratif, de la diffusion et du suivi de toutes les recommandations. Il appuie également les coroners dans la formulation de recommandations efficaces et bien ciblées. Un analyste en indicateurs de performance est aussi entré en poste en début d'année 2021. Il est chargé de mettre en place un processus de suivi serré des recommandations et des outils permettant une meilleure reddition de comptes basée sur des indicateurs rigoureux de résultats.

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, qui a maintenant atteint la fin de sa vie utile et dont les équipements ont besoin d'être mis à niveau. Bien qu'elle soit la plus grande morgue du Québec, avec sa capacité de 138 places réfrigérées, elle répond tout juste aux besoins et pourrait devenir 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 différentes options. Le LSJML est partie prenante du projet puisqu'une partie des installations du LSJML sera également revampée au cours de ce projet.

Autopsies par imagerie post mortem

Le Bureau du coroner poursuit toujours ses efforts en collaboration avec le MSSS pour optimiser la disponibilité des autopsies en centre hospitalier et pour en faciliter l'accès partout dans la province.

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 distances et délais de transports de personnes décédées, particulièrement dans les régions où il n'y a pas de service d'autopsie. Les délais sont également plus courts puisque le coroner obtient le rapport de l'expert radiologiste dans les jours qui suivent l'examen, soit généralement en moins de 48 heures.

Le projet Vitrine, qui a pour but de développer l'utilisation de l'imagerie post mortem, en est à la fin de sa phase 2 puisqu'en mars 2021, la phase opérationnelle était presque terminée, c'est-à-dire que les cent autopsies par imagerie post mortem (à l'Institut de cardiologie de Montréal [ICM] et à l'Hôtel-Dieu de Lévis) ainsi que les 100 autopsies conventionnelles (au LSJML) des cas de coroners reliés avaient été réalisées presque en totalité. La prochaine étape des travaux sera la comparaison des résultats des deux types d'autopsies. Les conclusions qui pourront en être tirées permettront de mieux définir les indications de l'autopsie par imagerie post mortem. Un guide pour les coroners sera alors rédigé; il documentera ces indications et servira à soutenir leur prise de décision. Sous toutes réserves, ces travaux pourraient également contribuer à l'avancement scientifique dans ce domaine.

En collaboration avec le MSSS, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches et l'ICM, le Bureau du coroner lancera éventuellement la phase 3 du projet d'autopsie par imagerie post mortem, soit le déploiement de ce service sur tout le territoire québécois. Ce Réseau québécois d'imagerie post mortem (RQIPM), qui a pour but de soutenir les coroners dans la recherche des causes et des circonstances des décès, s'annonce très prometteur pour réduire les délais et minimiser le transport des dépouilles. Les discussions avec le MSSS sont en suspens pour l'instant, puisque la priorité du ministère demeure la gestion de la crise sanitaire actuelle. En attendant, les coroners bénéficient déjà du Service d'autopsie virtuelle offert à l'Hôtel-Dieu de Lévis et à l'ICM, qui est fort apprécié⁵.

Dans un contexte de rareté des autopsies conventionnelles en période de pandémie de COVID-19, la pertinence de l'imagerie post mortem a été d'autant plus démontrée.

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, qui devraient toujours faire l'objet d'une investigation d'un coroner, selon la loi. L'ISQ, 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 démarches sont à venir avec cet organisme pour établir une plateforme d'échange de données qui, une fois en fonction, permettra d'assigner ces décès à un coroner.

5. En mai 2021, une nouvelle radiologiste s'est jointe à l'équipe du Service d'autopsie virtuelle de l'ICM.

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 pandémie de la COVID-19 a perturbé les activités de bien des ministères et organismes, et le Bureau du coroner ne fait pas exception. Si certains secteurs ont pu continuer leurs opérations presque sans impact, d'autres ont été plus durement touchés. Dans ce contexte, le Bureau du coroner a cru pertinent de revoir certains des indicateurs et des cibles de son plan stratégique, ce qu'il a fait en novembre 2020. Lors de cette mise à jour, six changements ont été apportés. Ces changements sont indiqués en gris dans le tableau suivant.

La section qui suit présente les résultats les plus récents pour chacun des objectifs du plan stratégique et de sa mise à jour.

Sommaire des résultats 2020-2021 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 2020-2021	RÉSULTATS 2020-2021	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	5 plaintes ⁶ (Atteinte)	17
	Taux de plaintes portant sur les services reçus	Diminution du taux de plaintes de 50 % d'ici 2022 Mesure de départ : 0,9 % en 2016	0,08 % (Atteinte)	18
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	69 plaintes ⁷ (À poursuivre)	19
	Taux de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners	Atteindre un taux de plaintes de 1 % d'ici 2022 Mesure de départ : 1,2 % en 2016	1,4 % (À poursuivre)	19
	Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	20 formations de mise à niveau différentes ont été offertes aux coroners (Atteinte)	20
	Nombre d'aide-mémoires et de guides rédigés	Un nouveau document chaque année	Un aide-mémoire et trois nouveaux guides ont été rédigés (Atteinte)	21

6. Sur un total de 6 184 dossiers ouverts en 2020-2021.

7. Sur un total de 4 912 rapports déposés en 2020-2021.

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

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2020-2021	RÉSULTATS 2020-2021	PAGE
Objectif 1.1.3 Réduire les délais de production des rapports d'investigation	Délai moyen de production des rapports d'investigation	Moyenne de 9 mois d'ici 2022 Mesure de départ : délai moyen de 10,9 mois en 2016	Délai moyen de 10,4 mois (À poursuivre)	22
	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	5 plaintes ⁸ (Atteinte)	23
	Taux de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation	Diminution de 50 % du taux de plaintes d'ici 2022 Mesure de départ : 2,3 % en 2016	0,08 % (Atteinte)	23
Objectif 1.1.4 Conscientiser les partenaires au mandat du coroner	Nombre de rencontres de sensibilisation	10 rencontres par année	4 rencontres et formations (Non atteinte)	24
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	Revenir à un délai moyen de 13,9 mois d'ici 2022 Mesure de départ : délai moyen de 13,9 mois pour la période 2014-2017	Délai de 19,5 mois (À poursuivre)	25
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	50 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	Environ 77,42 % ⁹ des employés et 62,6 % ¹⁰ des coroners ont reçu de la formation (Atteinte)	27

8. Sur 6 184 dossiers ouverts en 2020-2021.

9. Au total, 48 employés sur 62 ont reçu de la formation.

10. Au total, 62 coroners sur 99 (coroners investigateurs à temps partiel et coroners permanents réunis) ont reçu de la formation.

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 2020-2021	RÉSULTATS 2020-2021	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	104 947 consultations du site Internet (diminution de 12,35 %)	29
		Mesures de départ : 97 859 consultations et 455 abonnés en 2016	3 783 abonnés au compte Twitter (augmentation de 58,68 %)	
	Nombre de présentations et de conférences données	12 présentations par année	11 présentations et conférences (Non atteinte)	30
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	5 enquêtes ordonnées et ajout d'un décès à l'enquête thématique sur le suicide, préalablement ordonnée en 2019; 2 rapports déposés (Atteinte)	31
		Mise en place de comités multipartites d'examen des décès portant sur des enjeux de société	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Aucun nouveau comité en 2020-2021 (Atteinte)

Résultats détaillés 2020-2021 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 dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence 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, 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

	2020-2021	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	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022
Résultats	5 plaintes (Atteinte)	20 plaintes (À poursuivre)	4 plaintes (Atteinte)	18 plaintes (À poursuivre)

Le nombre de plaintes portant sur les services reçus, qui comprennent les plaintes sur le comportement du coroner ou d'un employé et les plaintes sur la difficulté à joindre le coroner ou un employé, a connu une baisse de 75 % au cours de la dernière année, ce qui est significatif. Les plaintes touchant les services reçus des transporteurs funéraires ne sont pas comptabilisées dans cette catégorie, puisque ces derniers ne sont pas des employés du Bureau du coroner.

Indicateur 2 : Taux de plaintes portant sur les services reçus

Mesure de départ : 0,9 % en 2016

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution du taux de plaintes de 50 % d'ici 2022	s. o.	s. o.	s. o.
Résultats	0,08 % (Atteinte)	s. o.	s. o.	s. o.

Lors de la mise à jour du plan stratégique, un deuxième indicateur a été ajouté pour cet objectif : le taux de plaintes. La mise en relation du nombre de plaintes avec le volume d'activité dresse un portrait plus représentatif de la réalité.

Puisque les plaintes sur les services surviennent généralement au cours des premières phases de l'investigation, soit dans les jours suivant le décès, le taux est calculé en fonction du nombre d'investigations amorcées pendant l'année concernée.

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, au nombre de plaintes a été ajouté l'indicateur du taux de plaintes lors de la mise à jour du plan.

Le Bureau du coroner a toujours accordé de l'importance à la formation, mais au cours des deux dernières années, 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 a le mandat de coordonner les nombreuses activités ayant lieu pendant l'année : 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-mémoires et les guides constituent des outils supplémentaires 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

	2020-2021	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	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022
Résultats	69 plaintes, dont 42 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	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 2020-2021, le Bureau du coroner a reçu 69 plaintes portant sur le contenu d'un rapport. Il faut savoir que, de ce nombre, 42 plaintes avaient pour but de signaler une erreur matérielle, c'est-à-dire une erreur portant sur la forme. Sont considérées comme des erreurs matérielles les erreurs dans l'identification du défunt, soit au niveau de l'orthographe, soit dans le nom ou le prénom de celui-ci; dans la chronologie des événements, incluant le mois, la date, l'année ou les heures; ou encore, dans la date du décès. Ce sont donc 27 plaintes qui portent réellement sur une insatisfaction quant au contenu du rapport.

Après analyse, aucune de ces plaintes n'a été jugée non fondée.

Indicateur 2 : Taux de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners

Mesure de départ : 1,2 % en 2016

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Atteindre un taux de plaintes de 1 % d'ici 2022	s. o.	s. o.	s. o.
Résultats	1,4 % (À poursuivre)	s. o.	s. o.	s. o.

Pour les raisons expliquées au point précédent, un indicateur supplémentaire a été ajouté à cet objectif. Puisque les plaintes sur le contenu des rapports surviennent une fois l'investigation terminée, ce taux est calculé en fonction du nombre d'investigations terminées pendant l'année concernée.

Indicateur 3 : Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners

Mesure de départ : s. o.

	2020-2021	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	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022
Résultats	20 formations de mise à niveau différentes ont été offertes aux coroners (Atteinte)	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)

En temps normal, la principale activité de formation de mise à niveau 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. En raison de la pandémie, le colloque annuel 2020 a dû être annulé.

Le Bureau a donc dû redoubler d'efforts afin de mettre en place une programmation de formations offertes sous forme de midis-conférences offerts en ligne et de façon synchrone. Si, jusqu'à présent, le Bureau souhaitait développer les outils informatiques qui permettent de tenir des formations à distance afin de répondre au défi de joindre les coroners aux quatre coins du Québec, c'est maintenant chose faite puisque la plateforme technologique Microsoft Teams (Teams) a été déployée et est accessible tant aux employés qu'aux coroners. Comme cette plateforme permet l'enregistrement des conférences et la comptabilisation des présences, le Bureau les rendra disponibles en ligne afin que les coroners y aient accès rétroactivement.

En 2020-2021, 5 midis-conférences ont été organisés, entre autres sur les décès liés aux incendies, l'odontologie judiciaire et les rôles et fonctions du reconstitutionniste dans un dossier coroner. Une nouvelle formation a aussi été mise sur pied, la 5^e journée de la formation initiale des coroners, qui constitue deux demi-journées d'échanges et de discussion sur des cas réels, en compagnie de deux coroners mentors. Bien que cette formation sera complémentaire à la formation des nouveaux coroners entrant en poste, elle a été dispensée cette année à des coroners en fonction depuis longtemps. C'est pourquoi nous la considérons dans ce cas comme de la mise à niveau. Finalement, parmi les 20 formations dispensées, on compte des formations en gestion offertes à la coroner en chef et d'autres formations portant sur des notions générales utiles aux coroners permanents, comme les relations avec les médias, par exemple.

Devant la popularité croissante des midis-conférences offerts sur Teams, le Bureau a fait les démarches nécessaires pour connaître les exigences de La Chambre des notaires du Québec (CNQ), du Barreau du Québec, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) quant à la formation continue.

Ainsi, le Bureau remet une attestation de participation à tous les coroners qui participent à un midi-conférence, et la décision de reconnaître ou non une formation appartient ensuite à l'ordre professionnel ou à la fédération de médecins auquel appartient le coroner.

Il est important de mentionner qu'en plus des activités de formation, les coroners peuvent en tout temps recourir aux conseils de coroners expérimentés qui agissent comme mentors. 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 4 : Nombre d'aide-mémoires et de guides rédigés

Mesure de départ : s. o.

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année
Résultats	Un aide-mémoire et trois nouveaux guides ont été rédigés (Atteinte)	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-mémoires sur une foule de sujets : guide de rédaction d'un rapport, aide-mémoire en cas de suicide, etc. Ces documents peuvent être consultés sur l'extranet de l'organisation. Le 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 2020-2021, quatre nouveaux documents ont été produits, dont trois guides et un aide-mémoire. En effet, les mentors ont réalisé les guides *La relecture des rapports* et *John Doe*, un rapport d'investigation comportant des exemples types de rédaction. Le comité recommandations, qui a été remplacé par le comité de relecture au cours de la dernière année, a quant à lui créé le *Guide intégré d'élaboration d'une bonne recommandation*. L'équipe de l'assurance qualité, en collaboration avec quelques coroners, a rédigé le document *Trucs et astuces - Volet assurance qualité*. Il s'agit d'un aide-mémoire qui donne les grandes lignes du travail des analystes de l'assurance qualité et de ce qu'elles vérifient dans les rapports d'investigation afin d'accélérer le traitement du rapport une fois qu'il leur est soumis.

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. En 2020-2021, il a poursuivi ses efforts pour diminuer les délais liés au traitement des dossiers et les résultats sont très positifs. Le délai moyen de production des rapports est maintenant de 10,4 mois. C'est 0,6 mois de moins qu'en 2019-2020.

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. 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. Pour favoriser la fluidité de ces opérations, l'équipe de l'assurance qualité a été restructurée à l'automne 2020. Les processus de travail de cette équipe sont également en cours d'optimisation.

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

Mesure de départ : 10,9 mois en 2016

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Moyenne de 9 mois d'ici 2022	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 10,4 mois (À poursuivre)	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 (À poursuivre)	Délai moyen de 13 mois (À poursuivre)

Lors de la mise à jour du plan, la cible a été modifiée pour un délai moyen de 9 mois d'ici 2022. L'objectif initial était ambitieux, mais il faut reconnaître qu'il n'était pas réaliste dans le contexte des dernières années. En effet, il semble impossible d'atteindre un délai moyen de 6 mois sans que la qualité des rapports d'investigation soit sérieusement diminuée. La nouvelle cible de 9 mois reflète mieux la réalité et surtout, elle est possible à atteindre. Par ailleurs, le Bureau du coroner poursuit ses efforts et tout porte à croire que le délai moyen de production des rapports continuera à s'améliorer.

En 2020-2021, le délai moyen entre le moment où le coroner est avisé du décès et celui où son rapport est rendu public a été de 10,4 mois. Il s'agit d'une diminution de 0,6 mois depuis l'année précédente et de 2,6 mois depuis 2017-2018, ce qui représente une amélioration de 20 % en trois ans. Cette performance résulte principalement de la multiplication des outils pour faciliter le travail d'investigation et d'un suivi étroit et personnalisé auprès de l'ensemble des coroners, afin de les épauler dans leurs efforts pour réduire la portion des délais pour laquelle ils ont une emprise. Par ailleurs, l'attente du rapport d'autopsie est le facteur externe qui a le plus d'impact sur la durée totale d'une investigation. En effet, en 2020-2021, le délai moyen pour terminer une investigation sans autopsie est de 9,4 mois, alors que ce délai est de 13,1 mois lorsqu'une autopsie est ordonnée. De nouveaux efforts seront donc nécessaires pour réduire la part des délais attribuables au temps d'attente des rapports d'autopsie.

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

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

Mesure de départ : 93 plaintes en 2016

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution de 50 % d'ici 2022			
Résultats	5 plaintes (Atteinte)	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 5 plaintes ont été déposées en lien avec le délai de production d'un rapport d'investigation. C'est 20 plaintes de moins qu'en 2019-2020 et 52 de moins qu'en 2018-2019.

Indicateur 3 : Taux de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation

Mesure de départ : 2,3 % en 2016

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Diminution de 50 % du taux de plaintes d'ici 2022	s. o.	s. o.	s. o.
Résultats	0,08 % (Atteinte)	s. o.	s. o.	s. o.

Une fois de plus, le calcul du taux de plaintes a été ajouté comme indicateur, car il est plus représentatif de la situation. Comme les plaintes sur les délais surviennent généralement en cours d'investigation, ce taux est calculé en fonction du nombre d'investigations amorcées pendant l'année concernée.

La mesure de départ était de 2,3 % de plaintes par rapport au total des rapports déposés dans l'année. Le taux actuel de 0,08 % rend compte des améliorations réalisées au fil des ans quant à la réduction des délais.

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.

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	10 rencontres par année	10 rencontres par année	10 rencontres par année	10 rencontres par année
Résultats	4 rencontres et formations (Non atteinte)	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. La baisse du nombre de rencontres de sensibilisation est due à la pandémie et à l'impossibilité de se déplacer entre les régions, puisque les formateurs vont généralement rencontrer ces partenaires dans leur milieu, dans les hôpitaux par exemple. Néanmoins, des conférences et formations ont été données à deux services de police, une commission scolaire et un CISSS.

En plus de faire connaître la réalité des coroners, ces discussions 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 2020-2021, 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.

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

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

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Revenir à un délai moyen de 13,9 mois d'ici 2022	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 19,5 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 17 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 24 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 21 mois (À poursuivre)

La pandémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur la tenue des enquêtes, car la plupart d'entre elles ont lieu dans des palais de justice, qui ont dû être fermés en raison des mesures de prévention. Lors de la réouverture de ceux-ci, les travaux ont pu reprendre, et le public assiste aux audiences par le biais d'une plateforme virtuelle.

Au cours des dernières années, le délai s'est allongé jusqu'à 24 mois pour redescendre à 17 mois en 2019-2020. Dans ce contexte, et compte tenu des difficultés liées à la pandémie, il n'est pas réaliste de viser une cible de 7 mois en 2022. Le Bureau du coroner a choisi, dans la mise à jour de son plan stratégique, de viser plutôt à abaisser les délais moyens afin qu'ils soient équivalents à ceux des années 2014-2017, soit 13,9 mois.

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 2019-2020 en sont la preuve : le délai est passé de 24 mois à 17 mois, ce qui représente une amélioration de 7 mois. En 2020-2021, deux enquêtes publiques se sont terminées, avec un délai moyen de 19,5 mois. Cependant, le décès qui faisait l'objet d'une de ces deux enquêtes était aussi visé par des procédures criminelles. L'intervalle entre la fin des procédures et la fin de cette enquête publique du coroner était de 12 mois, ce qui est le délai réel pris en compte dans le calcul pour le délai moyen des deux enquêtes.

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.

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	50 % 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	100 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations
Résultats	77 % des employés et 63 % des coroners ont reçu de la formation (Atteinte)	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)

Lors de la mise à jour du Plan, la cible a été abaissée à 50 % afin de tenir compte du contexte actuel.

Au cours de la dernière année, au moins 110 personnes différentes ont reçu de la formation (48 membres du personnel et 62 coroners). Les différentes formations de mise à niveau offertes aux coroners ont été abordées à l'objectif 1.1.2. Quant aux formations dispensées aux membres du personnel, elles portaient entre autres sur les nouveaux outils de Microsoft déployés pendant l'année, l'utilisation de GECCO et certaines notions médicales comme la toxicologie et la cardiologie (formations données aux analystes à l'assurance qualité). Un atelier de discussion sur la gestion à distance a aussi été offert aux coordonnateurs et gestionnaires des différentes équipes du Bureau.

Comme le comité sur la formation mise beaucoup sur la consultation pour déterminer les besoins de chaque corps d'emploi, il a créé, au cours de la dernière année, un sondage qu'il soumet aux coroners après chaque midi-conférence auquel ils participent. Il a aussi soumis un questionnaire aux coroners qui ont participé à la 5^e journée de formation initiale. Au cours de la prochaine année, il sondera plus largement l'ensemble des coroners et des membres du personnel sur leurs besoins généraux en formation.

Grâce au développement de nouvelles méthodes de formation en ligne, la formation sera dorénavant plus accessible aux membres du personnel et aux coroners.

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. Le Bureau du coroner a le souci constant de multiplier les démarches visant le grand public.

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 : 97859 consultations et 455 abonnés en 2016

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés
Résultats	104 947 consultations du site Internet (diminution de 12,35 %) 3 783 abonnés au compte Twitter (augmentation de 58,68 %) (Non atteinte pour le nombre de consultations du site Internet, mais atteinte pour le nombre d'abonnés au compte Twitter)	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 au compte Twitter)	116 396 consultations du site Internet Approximativement 1600 abonnés au compte Twitter (Atteinte)	Nombre de consultations non mesuré Plus de 900 abonnés au compte Twitter (À poursuivre)

Bien que le nombre de consultations du site Internet du Bureau du coroner ait connu une légère baisse par rapport aux résultats de l'année précédente, il enregistre une augmentation de 7,24 % par rapport à la mesure de départ de 2016. Ainsi, au cours de la dernière année, son site a été consulté 104 947. Au total, 376 777 pages ont été vues (2,63 pages par session). Les pages les plus consultées sont celles qui correspondent aux trois onglets principaux du site Web, soit, en ordre décroissant de consultations : *Rapports et recommandations*, *Un proche est décédé* et *Les coroners*. Le compte Twitter a quant à lui connu une hausse importante du nombre d'abonnés, qui a augmenté de plus de 50 % dans la dernière année.

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.

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	12 présentations par année	12 présentations par année	12 présentations par année	12 présentations par année
Résultats	11 présentations et conférences (Non atteinte)	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 en médecine et en droit de plusieurs universités. Lors de la dernière année, les étudiants en médecine de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke et les étudiants en droit de l'Université de Montréal ont été rencontrés. Cette compilation inclut aussi les présentations et conférences données aux élèves de différentes écoles secondaires afin de faire connaître le travail des coroners auprès des jeunes. Par ailleurs, le coroner en chef et le coroner en chef adjoint sont régulièrement invités à présenter le travail des coroners lors d'événements ponctuels. Malgré le contexte de la pandémie, un bon nombre de présentations et de conférences ont été offertes à ces publics au cours de l'année 2020-2021.

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 presse¹¹ 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 en février 2021 pour le balado *Ça s'explique*, à Radio-Canada, il s'agit de faire connaître le rôle des coroners.

À l'automne 2020, la série télé documentaire *Coroner, la voix des victimes*, qui porte sur le travail des coroners et qui avait été tournée au cours de l'année précédente, a été diffusée. La diffusion de cette série était une occasion pour le grand public de découvrir les multiples facettes d'une investigation et pour le Bureau de faire rayonner les coroners et leur importante mission.

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

Chaque année, les coroners se penchent sur les causes probables et les circonstances de plus de 5 500 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.

11. Aucune conférence de presse n'a pu être tenue en 2020-2021 en raison de la pandémie.

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

Grâce aux améliorations apportées au processus d'enquête publique au cours des dernières années, 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.

	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
Cibles	Une enquête par année	Une enquête par année	Une enquête par année	Une enquête par année
Résultats	5 enquêtes ordonnées et ajout d'un décès à l'enquête thématique sur le suicide, préalablement ordonnée en 2019; 2 rapports déposés (Atteinte)	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 cinq enquêtes publiques, dont l'enquête thématique sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans les milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19 au Québec, qui 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. Cette enquête, présidée par M^e Géhane Kamel, a débuté en février 2021 et se poursuivra jusqu'en novembre 2021, avec comme dernière étape le Volet national de gestion de la pandémie dans les CHSLD et recommandations. La coroner

en chef a aussi ordonné l'enquête thématique sur le suicide en milieu carcéral, présidée par M^e Karine Spénard, et portant sur 5 décès. Un décès a aussi été ajouté à l'enquête thématique sur le suicide, préalablement ordonnée en 2019.

Le Bureau du coroner enquêtera également sur le décès de deux hommes décédés à la suite d'interventions policières et sur le décès d'une jeune femme d'origine atikamekw¹² décédée au Centre hospitalier régional de Lanaudière en septembre 2020. De plus, les deux rapports d'enquête déposés en 2020-2021 touchent la prise en charge dans les centres de thérapie et le meurtre d'une fillette de deux ans. La 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.

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

Mesure de départ : s. o.

	2020-2021	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	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022
Résultats	Aucun nouveau comité en 2020-2021 (À poursuivre)	Un nouveau comité (À poursuivre)	Aucun nouveau comité (À poursuivre)	Un nouveau comité (À poursuivre)

Aucun nouveau comité multipartite d'examen des décès n'a été mis en place au cours de l'année 2020-2021. Par ailleurs, les comités déjà en place ont continué leurs activités (Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, Comité d'examen des décès d'enfants et Comité sur la mortalité dans les communautés autochtones et inuites).

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 autant par téléphone que par écrit en cas d'insatisfaction. 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 est resté sensiblement le même que lors de l'année précédente : il est de 22 jours pour l'année 2020-2021, alors qu'il était de 21 jours en 2019-2020.

Cette année, le Bureau du coroner a reçu 85 plaintes et en a traité 108 (y compris celles qui n'avaient pas été fermées au cours de la période précédente). Trois plaintes étaient toujours en traitement au 31 mars 2021.

12. Les audiences publiques de cette enquête se sont terminées le 2 juin 2021. Au moment d'écrire ces lignes, le rapport d'enquête était toujours en cours de rédaction.

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

NATURE DE LA PLAINTÉ	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2020-2021	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2019-2020	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2018-2019	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2017-2018
Comportement du coroner	4	17	3	4
Comportement d'un employé	1	3	0	2
Délai de production du rapport d'investigation ou d'enquête	5	25	57	113
Désaccord avec le contenu du rapport d'investigation ou d'enquête	27	48	21	5
Difficulté à joindre le coroner	0	0	1	11
Difficulté à joindre un employé	0	0	0	1
Erreur matérielle dans un rapport d'investigation ou d'enquête	42	60	53	44
Transporteur funéraire	3	4	5	4
Autre ¹³	3	10	27	29
TOTAL	85	167	167	213

De plus, le Bureau du coroner a produit 69 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 1.1.3, l'organisation a poursuivi ses efforts pour réduire le délai de production des rapports des coroners. Le nombre de plaintes en lien avec ce délai a d'ailleurs diminué de 80 % par rapport à l'année 2019-2020.

13. Dans la catégorie « Autre » se retrouvent les plaintes provenant du Protecteur du citoyen, les plaintes qui portent sur l'accès aux installations du Bureau du coroner et leur propreté, celles qui concernent une indiscretion au niveau des renseignements personnels, ou encore une difficulté rencontrée par le citoyen à obtenir une information complète et précise.

2.3 DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

La Déclaration de services aux citoyens du Bureau du coroner, bien que toujours valide, est prête à être remise au goût du jour. Les travaux sur cette version plus complète et accessible de la déclaration avaient été amorcés au cours de la dernière année, et, le Bureau ayant reçu les nouvelles instructions et le gabarit du Secrétariat du Conseil du trésor en février 2021, il pourra terminer cet exercice d'ici au 31 mars 2022.

Le personnel du Bureau se fait un point d'honneur de respecter l'ensemble des engagements mentionnés dans la Déclaration de services aux citoyens, entre autres 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.

La déclaration présente aussi 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.

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 complémentaires et 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	2020-2021	2019-2020	ÉCART
Bureau du coroner	62	54	+8

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 2020¹⁴, le Bureau du coroner a consacré 26 326 \$ à la formation et au perfectionnement du personnel, soit 0,02 % de la masse salariale. Cette baisse importante et inhabituelle est due à la pandémie.

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

CHAMP D'ACTIVITÉ	2020	2019
Favoriser le perfectionnement des compétences	15 539 \$	124 072 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	3 112 \$	0 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	5 059 \$	1 331 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	2 616 \$	150 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	0 \$	5 854 \$

14. La reddition de comptes pour la formation et le perfectionnement du personnel s'effectue en fonction du calendrier de l'année civile.

Évolution des dépenses en formation

RÉPARTITION DES DÉPENSES EN FORMATION	2020	2019
Proportion de la masse salariale (%)	0,02	1,9
Nombre moyen de jours de formation par personne	-	-
Cadre et coroner	16,6	254,1
Professionnel	20,4	32,6
Fonctionnaire	8,2	27,9
Total ¹⁵	0,9	3,7
Somme allouée par personne ¹⁶	548 \$	1287 \$

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 régulier (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, quant à eux, 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 2020-2021, 6 employés ont quitté le Bureau du coroner (3 mutations et 3 départs à la retraite).

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

	2020-2021	2019-2020	2018-2019
Taux de départ volontaire (%)	17,1	9,8	24,1

15. Nombre moyen de jours de formation par personne pour l'ensemble du personnel, soit le personnel-cadre, professionnel et fonctionnaire.

16. Somme allouée aux dépenses de formation par personne pour l'ensemble du personnel, soit le personnel-cadre, professionnel et fonctionnaire.

3.2 UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Dépenses par secteur d'activité

Les dépenses totales pour 2020-2021 se sont élevées à 10 996 300 \$, ce qui représente une hausse de 530 100 \$ par rapport à 2019-2020.

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 2020-2021 ¹⁷ (000\$)	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 2021 ¹⁸ (000\$)	DÉPENSES RÉELLES 2019-2020 ^{19 20} (000\$) Source : Comptes publics 2019-2020	ÉCART ²¹ (000\$)	VARIATION ²² (%)
Rémunération					
Employés réguliers et occasionnels	4 771,7	4 771,7	4 680,5	91,2	1,9
Coroners à temps partiel nommés par décret	2 910,1	2 910,1	2 629,6	280,5	10,7
Sous-total	7 681,8	7 681,8	7 310,1	371,7	5,1
Fonctionnement	3 310,8	3 310,8	3 156,1	154,7	4,9
Investissements	3,7	3,7	-	3,7	-
TOTAL	10 996,3	10 996,3	10 466,2	530,1	5,1

L'augmentation des dépenses est principalement due à l'augmentation de la rémunération des employés réguliers et occasionnels (371,7 K\$, ce qui représente approximativement 70 % du total

17. Comprend les modifications budgétaires de 2020-2021.

18. Dont 15,1 k\$ en lien avec les dépenses occasionnées par la gestion de la pandémie de même que les mesures de relance de l'économie.

19. Exclut les dépenses payées centralement par le MSP.

20. Dont 3,2 k\$ en lien avec les dépenses occasionnées par la gestion de la pandémie de même que les mesures de relance de l'économie.

21. Écart entre les dépenses réelles de 2020-2021 et celles de 2019-2020.

22. Résultat de l'écart divisé par les dépenses réelles de 2019-2020.

de l'augmentation des dépenses) par rapport à 2019-2020 provient des augmentations salariales et du comblement de certains postes qui avaient été laissés vacants l'année précédente. 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 (augmentation de 280 500 \$), elle s'explique par le nombre plus élevé de dossiers d'investigation (augmentation des activités) qui leur sont confiés, par l'embauche de 8 nouveaux coroners et par l'augmentation (en nombre et en valeur) des honoraires.

Plus de 85 % des dépenses de fonctionnement sont attribuables aux services de transports funéraires et d'autopsies requis dans le cadre des investigations.

Il est à noter que la RAMQ a accordé, en avril 2020, une subvention à un coroner médecin spécialiste pour sa participation au Comité d'examen des décès d'enfants selon le protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux.

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 ministère de la Sécurité publique offre les services de soutien et de développement informatiques ainsi que les services d'acquisition du Bureau du coroner.

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

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

Dépenses et investissements réels en ressources informationnelles en 2020-2021

TYPE D'INTERVENTION	INVESTISSEMENTS (000\$)	DÉPENSES (000\$)
Projet ²³	78	65
Activités ²⁴	44	73
TOTAL	123	138

23. 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).

24. Toute autre intervention en ressources informationnelles, récurrente et non récurrente, qui ne constitue pas un projet en ressources informationnelles au sens de l'article 16.3 de la Loi.

Le montant des investissements présenté pour 2019-2020²⁵ a été révisé à la suite d'un exercice de redressement et a été établi à 13 860 \$. Ainsi, un écart d'environ 109 000 \$ est observé entre les investissements de l'année financière 2019-2020 et ceux de l'année financière 2020-2021. La hausse des investissements pour l'année financière 2020-2021 est, pour sa plus grande part, expliquée par le choix de remplacer les postes de table par des portables afin de permettre le télétravail. Le coût des portables étant supérieur, ce coût devient capitalisable et représente un investissement. C'est le choix de remplacer les postes de table par des portables qui a occasionné une augmentation d'environ 75 % de la capitalisation des coûts. Le projet de migration à Office 365 est pour sa part responsable d'environ 21 % d'augmentation, et divers autres investissements ont été réalisés pour environ 4 % d'augmentation de la capitalisation des coûts.

Une des principales ressources informationnelles du Bureau du coroner est le système de mission GECCO (acronyme pour GEstion des Cas de COroner), 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.

Au cours de la dernière année, plus de 60 améliorations ont été apportées à notre système de mission GECCO par la DGATI. Ces améliorations visaient à faciliter tant les opérations des coroners, des morgues que de l'administration. Par exemple, une de ces améliorations est l'insertion directe à GECCO des documents numérisés, grâce à une reconnaissance des titres de documents et des numéros de dossiers par le numériseur. Cette fonctionnalité augmente l'efficacité de traitement des dossiers. Elle est disponible seulement au bureau de Québec, le seul doté de ce numériseur performant pour le moment, mais le sera bientôt dans les trois autres emplacements de l'organisme.

25. Le montant des investissements présenté dans le Rapport annuel de gestion 2019-2020 du Bureau du coroner était de 0\$.

4. Annexes – 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 2020-2021, la cible d'heures rémunérées préalablement fixée par le Conseil du trésor était de 96 000 heures (52,6 ETC²⁶). Après entente avec le ministère de la Sécurité publique, qui en a informé le secrétariat du Conseil du trésor (SCT), le Bureau du coroner a convenu de procéder à l'embauche de 5 effectifs supplémentaires de manière temporaire, ce qui porte la cible ajustée à 57,6 ETC.

Ces embauches visaient à répondre aux besoins de l'enquête publique sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19. Le tableau ci-après détaille les heures rémunérées par catégorie d'emploi.

Répartition des effectifs en heures rémunérées pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

CATÉGORIE	HEURES TRAVAILLÉES [1]	HEURES SUPPLÉMENTAIRES [2]	TOTAL DES HEURES RÉMUNÉRÉES [3] = [1] + [2]	TOTAL EN ETC TRANSPOSÉS [4] = [3]/1826,3
Titulaires d'un emploi supérieur (coroners)	12 124	0	12 124	6,6
Personnel d'encadrement	3 668	0	3 668	2
Personnel professionnel	24 116	736	24 852	13,6 ²⁷
Personnel de bureau, techniciens et assimilés	58 828	755	59 583	32,6 ²⁸
TOTAL 2020-2021	98 736	1 491	100 227	54,9 ²⁹
TOTAL 2019-2020			93 089,4	51,0

26. Équivalent temps complet (ETC).

27. Dont deux embauches liées à l'enquête publique thématique sur les décès en CHSLD.

28. Dont trois embauches liées à l'enquête publique thématique sur les décès en CHSLD.

29. Malgré les 5 embauches liées à l'enquête publique sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19, le Bureau n'a dépassé sa cible préalablement autorisée que de 2,3 ETC, pour une utilisation totale de 54,9 ETC. Il ne dépasse donc pas la cible officielle ajustée, qui est de 57,6 ETC (52,6 +5).

Contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique (en affaires ou non)	-	-
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ³⁰	15	804 350 \$
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE	15	804 350 \$

4.2 DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Bureau du coroner n'a pas adopté de nouveau plan d'action de développement durable depuis l'échéance du dernier plan, qui s'échelonnait de 2009 à 2015. La pandémie, assortie d'un enjeu de disponibilités de ressources, a fait en sorte qu'il n'a pu élaborer ce plan au cours de la dernière année financière. Ainsi, le Bureau du coroner s'arrimera avec la nouvelle Stratégie gouvernementale de développement durable 2021-2025 pour l'élaboration de son plan d'action, qui couvrira la même période. Pour ce faire, il compte recevoir l'accompagnement du Bureau de coordination du développement durable, comme il en avait été convenu précédemment.

Même si aucun plan formel n'est en vigueur, le Bureau du coroner réfléchit constamment aux actions qu'il peut poser pour réduire son impact environnemental. Le projet d'autopsie par imagerie post mortem, ou autopsie virtuelle, décrit à la section 1.7 *Faits saillants de l'année 2020-2021* du présent rapport, est novateur et permettra d'éviter de nombreux transports de dépouilles entre les régions et les grands centres urbains. Actuellement, quatre autopsies sur cinq sont des autopsies traditionnelles, et une autopsie sur cinq est une autopsie virtuelle. L'organisme a l'objectif de faire évoluer cette proportion en réalisant davantage d'autopsies virtuelles. De plus, il cherche constamment à optimiser le transport des dépouilles effectué par les transporteurs funéraires en regroupant ces déplacements lorsque possible.

Dans le contexte de la pandémie, les employés du Bureau du coroner ont majoritairement travaillé à partir de leur domicile au cours de la dernière année, à l'exception des employés des morgues de Québec et Montréal de même qu'un employé du service à la clientèle, qui devaient être sur place. Le télétravail a sans contredit contribué à réduire de beaucoup les déplacements des employés. Le recours au télétravail et l'utilisation de la plateforme de communication Teams ont eu des impacts très positifs. Le Bureau du coroner s'arrimera avec la Politique-cadre qui sera édictée par le Secrétariat du Conseil du trésor en 2021-2022 et qui encadrera la pratique du télétravail à long terme.

En temps normal, en conformité avec la Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents, l'organisation encourage son personnel à utiliser un mode de transport

30. 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.

collectif comme le train ou l'autobus de même que le covoiturage pour ses déplacements d'affaires. Cependant, en raison des risques de contamination au cours de la dernière année, les membres du personnel ont pu utiliser leurs propres véhicules, mais ces déplacements ont été bien moindres qu'à l'habitude, puisque l'organisation a continué de privilégier la visioconférence pour les rencontres de certains comités dont les membres sont basés dans différentes villes, en plus d'élargir cette pratique à la majorité des réunions au calendrier. Pour la première fois cette année, l'organisation a accepté les témoignages virtuels dans le cadre de ses enquêtes publiques, ce qui contribue aussi à réduire l'impact environnemental de ses activités.

Le Bureau du coroner poursuit ses efforts pour réduire la quantité de déchets qu'il produit et ainsi réduire son impact écologique. Par exemple, il utilise annuellement plus de 2500 trousseaux pour les prélèvements toxicologiques. Ces trousseaux, qui contiennent entre autres du polystyrène, sont toujours réutilisés dans la mesure où elles ne sont pas souillées. Le Bureau entend élargir cette mesure à d'autres équipements. De plus, la crise sanitaire se poursuivant, l'organisation préconise l'utilisation d'équipements de protection individuels réutilisables, particulièrement dans ses morgues.

Dans les dernières années, le Bureau du coroner a modifié ses pratiques afin de réaliser moins d'impressions papier. Grâce au système informatique GECCO, les coroners et le personnel utilisent la numérisation pour la majorité des documents administratifs et opérationnels des dossiers des coroners. Un numériseur performant a été installé au siège social du Bureau du coroner, et ses trois autres installations seront dotées du même appareil au cours de la prochaine année, dans le but, à plus long terme, de tendre vers un environnement sans papier et de limiter l'espace nécessaire pour entreposer des documents. Plusieurs formulaires sont aussi maintenant disponibles en version électronique et le courriel est privilégié à l'envoi postal. La mise en place éventuelle des plateformes OneDrive et Sharepoint de Microsoft par le ministère de la Sécurité publique permettra au Bureau de recevoir virtuellement et sécuritairement différents rapports nécessaires aux dossiers des coroners plutôt que par clé USB acheminée par la poste.

En plus d'avoir un officier de développement durable désigné, l'ensemble des employés du Bureau du coroner s'efforce de promouvoir et d'appliquer les principes de développement durable, et chaque employé est en quelque sorte l'officier de son collègue.

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 dans les dernières années d'une procédure interne de divulgation d'actes répréhensibles et a également désigné un responsable du suivi des divulgations. Celui-ci n'a reçu aucune divulgation au cours de l'année 2020-2021.

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 2021, le Bureau du coroner comptait 41 personnes au sein de son effectif régulier.

Effectif régulier au 31 mars 2021

NOMBRE DE PERSONNES OCCUPANT UN POSTE RÉGULIER

41

Au cours de 2020-2021, le Bureau du coroner a embauché seize employés réguliers ou occasionnels et trois étudiants ou stagiaires.

Nombre total des personnes embauchées, selon le statut d'emploi, au cours de la période 2020-2021

RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
1	15	3	0

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

Embauche des membres de groupes cibles en 2020-2021

STATUT D'EMPLOI	NOMBRE TOTAL DE PERSONNES EMBAUCHÉES 2020-2021	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	1	0	0	0	0	0	0,0
Occasionnel	15	2	0	0	0	2	13,3
Étudiant	3	0	0	0	0	0	0,0
Stagiaire	0	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	2020-2021	2019-2020	2018-2019
Régulier (%)	0,0	0,0	0,0
Occasionnel (%)	13,3	0,0	33,3
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 2021	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2021 (%)	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 (%)
Anglophones	-	-	-	-	-	-
Autochtones	-	-	-	-	-	-
Personnes handicapées	-	-	-	-	-	-

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 2021	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2021 (%)	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 (%)
MVE Montréal/Laval	2	13,3	2	13,3	2	14,3
MVE Outaouais/Montérégie	-	-	-	-	-	-
MVE Estrie/Lanaudière/Laurentides	-	-	-	-	-	-
MVE Capitale-Nationale	2	4,1	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 2021

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

Femmes

Les femmes représentent 74 % des personnes embauchées en 2020-2021 et elles se répartissent comme suit :

Taux d'embauche des femmes en 2020-2021 par statut d'emploi

	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE	TOTAL
Nombre total de personnes embauchées	1	15	3	-	19
Nombre de femmes embauchées	1	11	2	-	14
Taux d'embauche des femmes (%)	100,0	73,3	66,7	-	73,7

Taux de présence des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2021

GROUPE CIBLE	EMPLOIS SUPÉRIEURS (CORONERS)	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL³¹	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PRÉPOSÉ AU CORONER	TOTAL
Effectif total (hommes et femmes)	7	2	13	11	2	6	41
Femmes	5	0	8	9	2	5	29
Taux de représentativité des femmes (%)	71,4	0,0	61,5	81,8	100,0	83,3	70,7

31. Le personnel professionnel inclut les ingénieurs, les avocats, les notaires, les conseillers en gestion des ressources humaines, les enseignants, les médecins et les dentistes.

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

Nombre de dossiers soumis à Infrastructures technologiques Québec en lien avec le PDEIPH

AUTOMNE 2020 (COHORTE 2021)	AUTOMNE 2019 (COHORTE 2020)	AUTOMNE 2018 (COHORTE 2019)
0	1	0

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

2020-2021	2019-2020	2018-2019
1	0	0

Autres mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi pour l'un des groupes cibles³²

Autres mesures ou actions en 2020-2021 (activités de formation des gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)

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

32. Les groupes cibles sont les suivants : membres des minorités visibles et ethniques, personnes handicapées, Autochtones et anglophones.

4.5 ACCÈS AUX DOCUMENTS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Demandes d'accès à l'information

Au cours de la dernière année, le Bureau du coroner a reçu 36 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	36 demandes
--	-------------

Lors de l'exercice de 2019-2020, 111 demandes avaient été comptabilisées. Par ailleurs, 4 demandes de 2019-2020 ont été traitées en 2020-2021.

Le délai moyen pour traiter ces demandes a été de 14,8 jours, comparativement à 42,8 jours lors de l'exercice précédent. Cette diminution de plus de 65 % du délai de traitement est principalement attribuable au fait qu'un moins grand nombre de demandes d'accès à l'information ont été reçues ou considérées comme de telles demandes par le Bureau du coroner. Au total, 8 demandes ont été refusées en tout ou en partie en s'appuyant sur les motifs prescrits par l'un ou l'autre des articles 9, 14, 15, 37, 48, 53 et 54 de cette loi.

Au cours de l'année 2020-2021, un total de huit demandes ont été introduites ou ont connu un dénouement. De celles-ci, trois demandes ont été déposées en 2020-2021 et cinq provenaient de l'exercice 2019-2020. Voici le détail de ces huit demandes traitées : la Commission d'accès à l'information (CAI) a rejeté une requête d'un demandeur qui s'opposait à une décision rendue par le Bureau du coroner. De plus, trois demandes ont été fermées par la CAI en vertu de l'article 137.2 de la Loi, deux demandes ont été retirées par le demandeur et deux 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	RECTIFICATIONS
0 à 20 jours	6	21	0
21 à 30 jours	2	5	0
31 jours et plus (le cas échéant)	1	1	0
TOTAL	9	27	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)	4	22	0	s. o.
Partiellement acceptée	4	2	0	Art. 9, 14, 15, 37, 48, 53, 54
Refusée (entièrement)	0	2	0	Art. 48
Autres	0	2	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	3

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

Conformément au chapitre IV de la Charte de la langue française portant sur la francisation de l'Administration, le Bureau du coroner devait présenter à l'Office québécois de la langue française un rapport comprenant une analyse de sa situation linguistique. Cet exercice a été complété au cours de la dernière année, de concert avec le ministère de la Sécurité publique. Les prochaines étapes de cette analyse suivront au cours de l'année à venir.

Au cours de la prochaine année, nous réviserons l'accès au logiciel Antidote de chacun des employés du Bureau du coroner, et évaluerons le besoin d'acheter de nouvelles licences. Dans le but d'améliorer la qualité du français écrit dans nos rapports d'investigation, nous discuterons avec le ministère de la Sécurité publique de la possibilité de fournir une licence du logiciel Antidote à l'ensemble des coroners investigateurs à temps partiel.

Comité permanent et mandataire

QUESTIONS	RÉPONSES
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	RÉPONSES
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 ?	Oui
Si oui, donnez la date à laquelle elle a été adoptée : 21 janvier 2020	
Depuis son adoption, cette politique linguistique institutionnelle a-t-elle été révisée ?	Non
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.	

Mise en œuvre de la politique linguistique institutionnelle

QUESTIONS	RÉPONSES
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 ?	Non
Si oui, expliquez lesquelles : s. o.	
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 a à cœur l'égalité entre les femmes et les hommes dans son équipe, et la représentativité des femmes est manifeste dans son effectif. En effet, au Bureau du coroner, 71 % des ressources sont des femmes et 29 % sont des hommes. En ce qui a trait aux coroners (coroners investigateurs à temps partiel et coroners permanents), 55 % sont des femmes et 44 % sont des hommes. Dans l'ensemble (coroners et employés réunis), 62 % sont des femmes et 38 % sont des hommes. Ce recensement inclut toutes les personnes en lien d'emploi avec le Bureau du coroner, qu'elles soient en poste, en congé long terme (maternité, maladie, sans solde, etc.), à temps partiel, au statut d'étudiant, sur un programme d'employabilité, ou encore classées parmi les emplois supérieurs.

Dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, qui exacerbe les inégalités entre les hommes et les femmes, le Bureau du coroner a été interpellé en février 2021 par la ministre responsable de la Condition féminine pour entreprendre un processus d'évaluation des stratégies visant à assurer la parité au sein de son organisation. Le Bureau est sensible à cette cause et tient à la représentativité des femmes dans son milieu de travail, et qui plus est, dans des postes décisionnels. C'est donc avec plaisir qu'après avoir fait l'exercice préliminaire d'analyse de la situation au sein de son organisme, le Bureau poursuivra la réflexion et collaborera aux étapes subséquentes éventuelles de ce processus.

Par ailleurs, dans ses activités de mission, le Bureau du coroner est très impliqué dans la recherche de solutions pour contrer la violence conjugale. Il est d'ailleurs l'acteur principal de l'action 51 du Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023, et est activement impliqué dans l'action 52, menée par l'INSPQ.

L'action 51 de ce plan prévoit la création du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, ce qui a été fait à la fin de l'année 2017, et les travaux ont été démarrés en janvier 2018. Ce comité multidisciplinaire, formé de représentants d'une vingtaine de groupes, d'institutions et de ministères, a pour mandat, entre autres, de dégager les principaux constats et les enjeux systémiques liés à de tels décès, les facteurs de risque et de protection, de même que les tendances émergentes à partir de l'analyse des dossiers d'investigation des coroners. Après s'être doté de solides outils d'analyse, le comité a publié, en décembre 2020, son premier rapport annuel, *Agir ensemble pour sauver des vies*. Il couvre les activités du comité de janvier 2018 à décembre 2019, soit l'examen approfondi de 10 événements de violence conjugale survenus avant 2018 dans différents milieux, et qui ont mené à 19 décès. Dans tous les cas, ils ont pu observer la présence d'un nombre élevé de facteurs de risque. Ainsi, le rapport présente un large éventail de recommandations, visant principalement la sensibilisation du public, la formation des intervenants et des acteurs concernés, ainsi que le développement et la mise à jour de meilleurs outils pour les services policiers. Le rapport tient ainsi lieu d'appel à agir ensemble pour prévenir la violence conjugale. Les travaux de ce comité permanent sont effectués en continu et un rapport d'activités sera publié annuellement.

Le Bureau du coroner observe de près depuis le début de l'année 2021 la hausse préoccupante des féminicides au Québec, possiblement exacerbée par la situation de la pandémie. Les coroners investigueront avec rigueur chacun de ces décès afin d'identifier leurs causes et circonstances et de mettre un terme à la récurrence de ces crimes. Tous ces féminicides seront éventuellement analysés par le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, lorsque les investigations seront complétées. L'actualité récente réaffirme la pertinence des travaux du comité.

En parallèle des travaux du comité, l'INSPQ est à mener un important projet de recherche rétrospectif fondé sur les dossiers de coroners concernant des décès liés à la violence conjugale (action 52 du plan). Le Bureau du coroner a mis ses dossiers à la disposition de l'INSPQ pour permettre la réalisation de ce projet de recherche³³.

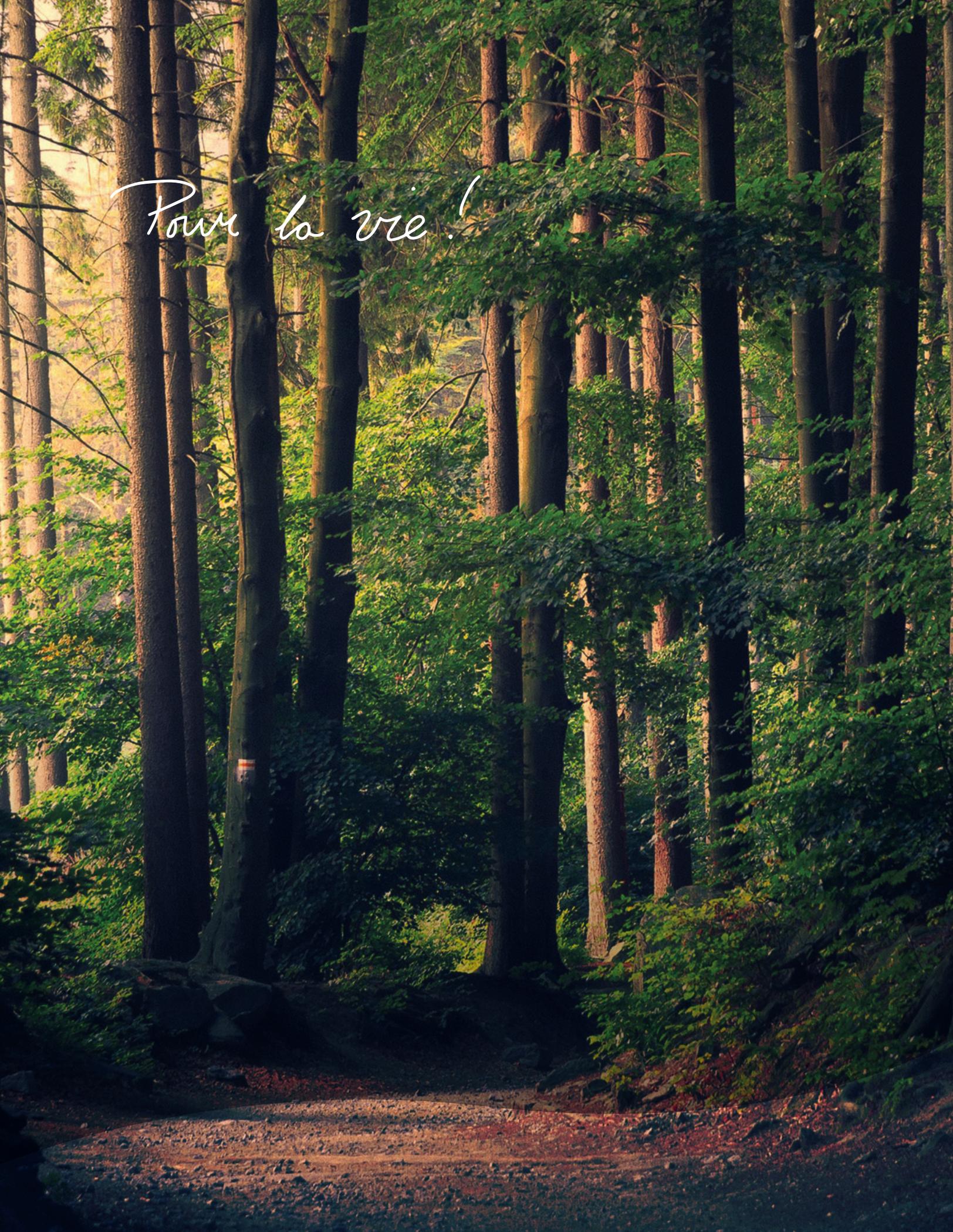
4.8 POLITIQUE DE FINANCEMENT DES SERVICES PUBLICS

Le Bureau du coroner facture ses services de copies d'annexes des rapports d'investigation et d'enquête publique ainsi que la production de copies certifiées conformes de rapports d'investigation et d'enquête publique. Ces tarifications ont généré des revenus de 4 853 \$ en 2020-2021, ce qui a permis de couvrir les coûts engendrés pour fournir ces services 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.

33. Ce projet de recherche a mené, le 14 mai 2021, à la publication du *Rapport d'analyse des décès liés à la violence conjugale au Québec entre 2008-2018* par l'INSPQ.

Pour la vie!



Section 2

Rapport des activités
des coroners

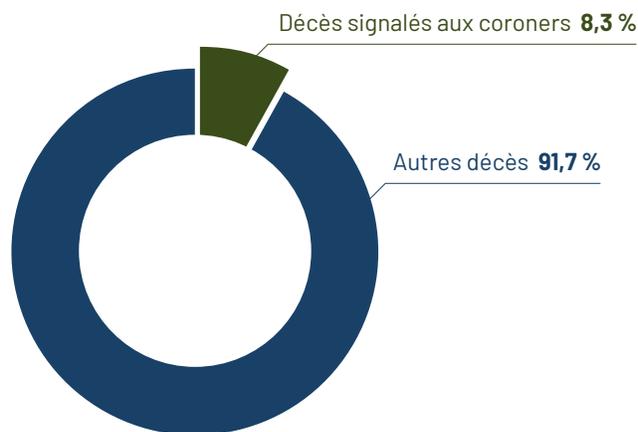
Les résultats présentés dans la présente section sont calculés en fonction de l'année civile (1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020), contrairement à ceux de la section précédente qui sont plutôt basés sur l'année financière (1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021).

1. Investigations

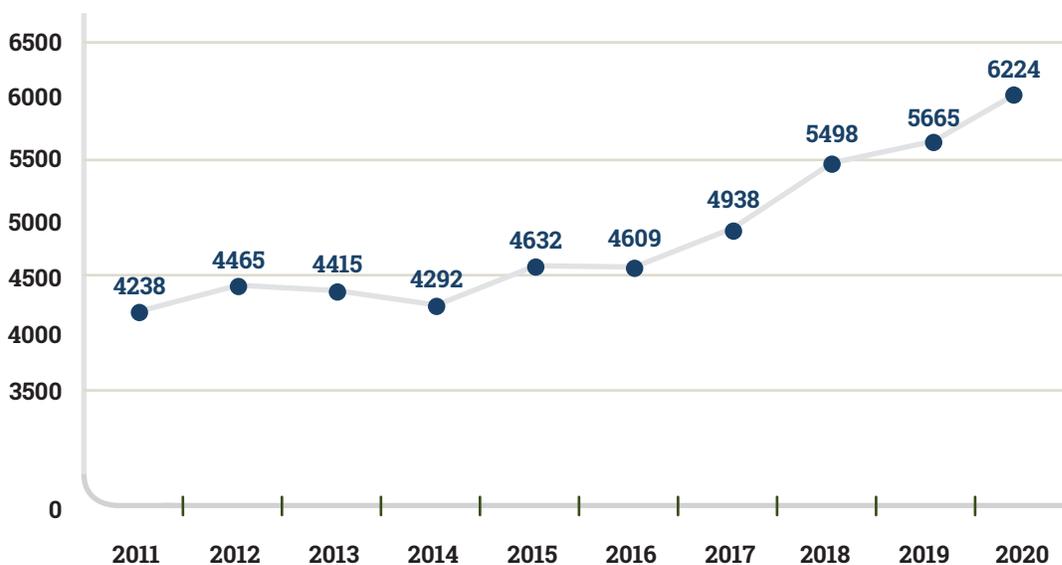
1.1 DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

En 2020, 6 224 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 8,3 % de tous les décès survenus au Québec. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (93,5 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2020 sur l'ensemble des décès survenus au Québec³⁴



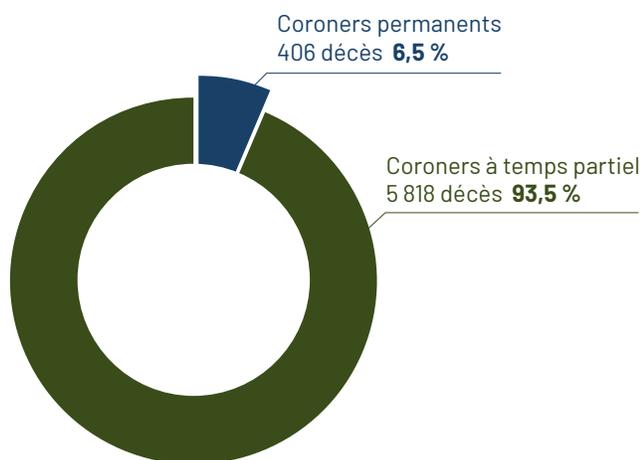
Évolution des décès signalés aux coroners de 2011 à 2020³⁵



34. Estimation à partir des données provisoires de l'Institut de la statistique pour 2020.

35. 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 2020



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 2020. Les décès dont les causes probables ne peuvent être établies constituent la plus grande part (47,2 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence (39,7 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,1 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,2 %). 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 2020

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Causes de décès indéterminées	2 937	47,2
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 471	39,7
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	566	9,1
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	15	0,2
Autres raisons ou raison inconnue	235	3,8
TOTAL DES DÉCÈS SIGNALÉS	6 224	100 %

1.2 AUTOPSIES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées dans 22,5 % des cas de décès signalés aux coroners, pour un total de 1 400 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 2020 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners dans 58,3 % des cas. Toutes les analyses toxicologiques sont centralisées au LSJML, à Montréal.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (2,5 %). 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 2020.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner³⁶

EXPERTISES	NOMBRE	%
Autopsie	1 400	22,5
Toxicologie	3 630	58,3
Autres expertises	154	2,5

1.3 QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2020

Homicide d'une jeune femme en contexte de violence conjugale

Quelques jours avant les événements, la jeune femme avait mis fin à la relation avec son conjoint et avait quitté l'appartement qu'elle partageait avec lui. Son ex-conjoint se serait alors montré contrôlant, possessif et jaloux à son endroit. C'est en retournant à son ancien domicile pour récupérer ses effets personnels qu'elle s'est fait agresser mortellement, le 22 mars 2017.

Une réponse à l'accusation a été déposée en mai 2019 par l'ex-conjoint qui faisait l'objet d'accusations criminelles en lien avec le décès de la jeune femme et le processus judiciaire, incluant tout délai d'appel, s'est terminé à ce moment. Dans ces circonstances, la coroner, M^e Stéphanie Gamache, a pu procéder à une investigation complète.

La violence conjugale est un problème de santé publique complexe et important qui affecte toutes les couches de la société sans faire de distinction entre l'âge des couples impliqués ni même le stade de la relation à la source de cette problématique. Elle engendre des conséquences désastreuses pour les victimes et leurs proches à plusieurs niveaux ainsi que des répercussions néfastes pour la société en général. Aussi, lorsqu'un décès survient dans un contexte de violence conjugale, c'est cette problématique qui doit être analysée et considérée dans l'accomplissement de la mission du Bureau du coroner, soit la protection de la vie humaine.

36. Les pourcentages sont calculés en fonction des 6 224 décès signalés en 2020.

Une problématique de santé publique concerne l'ensemble de la société et dans ce contexte, il est aussi important de sensibiliser la population au fait que la lutte contre la violence conjugale trouve racine dans les relations de couples bâties sur des rapports égalitaires. Dans les circonstances, en plus d'adresser des recommandations à différents organismes pour qu'ils bonifient les initiatives et les procédures déjà en place pour continuer à prévenir, à dépister et à contrer la violence conjugale dans le but d'éviter des décès liés à ce fléau dans le futur, la coroner adresse également une recommandation à différentes entités gouvernementales pour que soit élaborée une campagne de sensibilisation et de promotion des rapports égalitaires dans les relations de couples.

Ainsi, M^e Gamache formule les recommandations suivantes :

- À la Régie intermunicipale de police Richelieu–Saint-Laurent :
 - d'élaborer des ateliers de formation continue auprès des policiers concernant les comportements qui caractérisent les cycles de la violence conjugale pour mieux en détecter tous les signes avant-coureurs possibles;
 - d'effectuer des sessions de sensibilisation auprès des policiers concernant les vécus et les émotions des victimes de violence conjugale lorsqu'elles sont confrontées à cette réalité.
- Au ministère de la Sécurité publique (MSP) :
 - de porter son prochain mandat d'inspection sur le traitement des dossiers de violence conjugale pour s'assurer que tous les corps de police de chaque région administrative du Québec traitent adéquatement ces dossiers et utilisent tous les outils du Guide de pratique policière (GPP) à leur disposition pour identifier les risques d'agression et d'homicide lors de tout signalement impliquant de la violence conjugale;
 - d'évaluer l'opportunité d'insérer au GPP une section concernant les situations où une victime se présente au poste de police pour s'informer de ses droits et obtenir des conseils pour ainsi permettre aux policiers de revoir leurs pratiques internes et les adapter, au besoin, pour sensibiliser les victimes aux dangers potentiels auxquels elles s'exposent et à l'utilité d'avoir recours à un accompagnement des policiers de façon préventive.
- Au Secrétariat à la condition féminine (SCF), au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) et au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :
 - de procéder à une campagne de sensibilisation et de promotion des rapports égalitaires dans les relations et d'étendre spécifiquement cette campagne, en l'adaptant à tous les élèves de la province de niveau d'enseignement secondaire.

Par ailleurs, il est à noter que ce décès est à l'origine de la création du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, dont les activités sont décrites de façon détaillée à la section 4.7 *Égalité entre les femmes et les hommes* du Rapport annuel de gestion du Bureau du coroner.

Un jeune homme décède des suites d'un prolapsus de la valve mitrale

Dans la nuit du 26 au 27 décembre 2017, après une soirée qui s'était déroulée normalement, un jeune homme de 24 ans, en pleine santé et très actif physiquement, est tombé en arrêt cardiorespiratoire, alors qu'il se trouvait chez sa copine à Saint-Jean-Chrysostome, sur le territoire de Lévis. Le 911 a été contacté à 0 h 31, les premiers répondants sont arrivés sur place à 0 h 48 et finalement, les ambulanciers sont arrivés à 0 h 52. Malgré les manœuvres de réanimation effectuées, le décès a été constaté par le médecin du CHUL, où le jeune homme a été transporté.

Dans le rapport d'autopsie, le pathologiste décrit des anomalies de la valve mitrale dont il constate le prolapsus. En effet, en juin 2016, le jeune homme avait passé un échocardiogramme (ECG) à l'Hôpital Saint-François d'Assise à la suite d'une syncope survenue en avril 2016. On conclut à un léger prolapsus du feuillet antérieur de la valve mitrale et à une insuffisance mitrale légère. À la suite du résultat, une consultation en cardiologie a été demandée.

Le jeune homme a été vu par un cardiologue le 2 décembre 2016. Un ECG est effectué et s'est avéré anormal. Le spécialiste conclut également à un prolapsus mitral avec insuffisance mitrale légère. Un ECG de contrôle et une visite de suivi sont prévus trois ans plus tard. Le médecin recommande à l'homme d'éviter la déshydratation afin de prévenir une syncope vagale. On peut lire dans le rapport que selon les proches du jeune homme, ce dernier n'a jamais présenté d'autre syncope ni autre problématique dans l'année qui a suivi, à l'exception de la nuit fatidique du 27 décembre 2017.

La coroner, M^e Julie Langlois, soulève plusieurs préoccupations à l'étude du dossier, dont le fonctionnement du service d'urgence sur le territoire de Lévis, où les appels logés au 911 qui concernent un cas relatif à la santé sont transférés à la Centrale des Appels d'Urgence Chaudière-Appalaches (CAUCA); le manque d'effectifs ambulanciers disponibles sur le territoire de Lévis³⁷; l'absence de communication immédiate avec les premiers répondants; les indications données par la préposée de la CAUCA concernant la procédure entourant le massage cardiaque et la convenance d'un suivi en cardiologie dans un délai de trois ans.

C'est pourquoi M^e Langlois formule les recommandations suivantes :

- Au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec, dont fait partie l'Hôpital Saint-François d'Assise, de réviser la qualité de l'acte professionnel et des soins prodigués de même que le suivi proposé à M. St-Onge lors d'une consultation en cardiologie, le 2 décembre 2016;
- Au MSSS, en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches du secteur des services préhospitaliers, de se concerter afin d'examiner la problématique des effectifs ambulanciers sur le territoire de Lévis et d'évaluer la pertinence de revoir les critères d'attribution de ses effectifs;
- À la CAUCA de rappeler à ses employés assignés aux appels l'importance d'insister pour qu'une procédure optimale soit suivie lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

37. À cette époque, des pressions étaient entreprises par les ambulanciers afin que le nombre d'heures allouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux soit augmenté. Il est à noter qu'après les événements et avant la publication du rapport d'investigation de la coroner, 168 heures de services supplémentaires ont été octroyées pour le secteur de Lévis. Cela équivaut à la présence d'une ambulance supplémentaire 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

- Au CISSS Chaudière-Appalaches, à la CAUCA et à l'entreprise de services ambulanciers Dessercom de poursuivre leurs démarches d'arrimage avec le système de répartition assistée par ordinateur véhiculaire et que dans l'intervalle, Dessercom soit équipée, le plus tôt possible, de téléphones avec puces permettant le repérage des véhicules ambulanciers rapidement par la centrale.

Hyperthermie environnementale dans une voiture

Le 22 juin 2018, en fin d'après-midi, un parent s'est présenté à la garderie pour aller chercher son bébé âgé de six mois. Le personnel l'a alors avisé que l'enfant avait été absent toute la journée. L'enfant est retrouvé sans vie sur la banquette arrière du véhicule du parent, dans lequel il a passé plusieurs heures. Ce matin-là, le parent s'était rendu directement au centre-ville pour aller au travail, plutôt que de se rendre d'abord à la garderie comme prévu. Il s'agissait d'une nouvelle routine, car le bébé commençait à fréquenter la garderie.

Dans son rapport d'investigation, la coroner, M^e Julie A. Blondin, cite un article publié dans La Presse en août 2019 : « Selon l'étude de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto, un enfant meurt chaque année au Canada après avoir été laissé à l'intérieur d'un véhicule surchauffé par le soleil. » Ce constat est alarmant et des plus préoccupant pour une société. Une telle situation confirme indirectement que malgré plusieurs appareils disponibles sur le marché (caméra, miroir sur le rétroviseur, capteurs sous le siège du conducteur et du bébé, etc.), ce drame arrive chaque année au Canada parce que les adultes ne les utilisent pas.

C'est pourquoi M^e Blondin formule les recommandations suivantes :

- À Transports Canada d'étudier la possibilité d'élaborer une nouvelle norme de sécurité afin de doter les sièges d'auto pour enfants d'un dispositif d'alerte de sécurité pour détecter les enfants laissés sans surveillance dans un véhicule et éviter qu'un tel événement se reproduise;
- Au ministère de la Famille du Québec avec la collaboration des prestataires de services de garde de mettre en place un mécanisme de gestion des présences et des absences pour les enfants fréquentant une garderie et d'aviser rapidement un proche en cas d'absence non motivée.

Noyade dans une piscine résidentielle

Le 23 juillet 2019, une dame de 91 ans vivant dans une maison intergénération avec des membres de sa famille se noie dans la piscine creusée qui se trouve dans la cour arrière et qui n'est pas clôturée.

Dans le rapport d'autopsie, le pathologiste note un traumatisme mineur, soit une ecchymose frontale droite à la tête, et des sténoses coronariennes sévères au cœur de la défunte. Ainsi, il est possible que la dame ait eu un malaise ou ait fait un faux pas en se promenant près de la piscine. Elle serait ensuite tombée dans la piscine puisque l'enceinte n'était pas clôturée et s'est noyée.

La coroner au dossier, M^e Denyse Langelier, note qu'un règlement provincial sur la sécurité des piscines résidentielles existe depuis le 22 juillet 2010. Ce règlement prévoit des règles pour les piscines creusées et semi-creusées ainsi que pour les piscines hors terre et gonflées.

Il prévoit que toutes les piscines doivent, entre autres, être entourées d'une enceinte de 1,20 mètre de hauteur. La porte d'accès doit avoir également une hauteur de 1,20 mètre et être munie d'un dispositif de sécurité passif installé du côté intérieur de l'enceinte. Ce règlement n'a pas d'effet rétroactif et ne s'applique qu'aux nouvelles piscines installées après le 22 juillet 2010.

La piscine où s'est noyée la dame a été construite en 2002. Elle jouit d'un droit acquis. Il n'est pas obligatoire de la clôturer.

C'est pourquoi M^e Langelier a formulé des recommandations au ministère des Affaires municipales et de l'Habitation afin de modifier le règlement sur la sécurité des piscines résidentielles afin que les normes édictées s'appliquent à toutes les piscines sans égard à la date de l'installation. Elle suggère également un délai de 2 ans pour l'application des normes.

Plusieurs autres cas de noyades dans des piscines résidentielles ont fait l'objet des mêmes recommandations par des coroners au cours des dernières années.³⁸

Décès d'un coureur au marathon de Montréal

Le 22 septembre 2019, un jeune homme de 24 ans participait au Marathon international Oasis de Montréal à l'épreuve du 21,1 km, soit le demi-marathon, lorsque, au dernier kilomètre de sa course, il a eu un malaise et s'est effondré au sol.

Selon les informations recueillies lors de l'investigation, le jeune homme était en bonne forme physique. Il pratiquait plusieurs sports, dont la course à pied. Les informations obtenues de sa cardiologue indiquent qu'il était suivi annuellement à l'ICM et qu'il était connu pour une maladie aortique modérée et stable depuis des années. Il avait une tolérance à l'effort nettement supérieure à la moyenne pour son âge. Il n'avait aucune contre-indication à l'exercice physique et sa seule restriction était de ne pas faire de musculation intensive de type poids et haltères, et ce, dans le seul but de prévenir la dilatation de l'aorte. Lors de sa course, le jeune homme avait indiqué de manière préventive sa condition médicale sur son dossard.

La coroner responsable de l'investigation, M^e Géhane Kamel, a pu dégager certains constats de la trame factuelle, notamment un cafouillage au niveau des communications et de l'organisation du marathon. Des difficultés quant au protocole de prise en charge du défunt ont aussi été observées. Finalement, la position des défibrillateurs externes automatisés (DEA) prévus par les organisateurs du marathon n'était pas connue des policiers. Des préoccupations ont aussi été soulevées quant à la mise à niveau des compétences des policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), pour qui la formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) n'est pas obligatoire, sauf à l'embauche. De plus, aucun véhicule du SPVM n'est muni d'un DEA.

38. Le 20 mai 2021, le ministère des Affaires municipales et de l'Habitation a annoncé la révision du Règlement sur la sécurité des piscines résidentielles. Dans son communiqué de presse, il indique qu'« [e]n réponse à une recommandation formulée par plusieurs coroners au cours des dernières années et dans un souci de réduire les risques de noyade de jeunes enfants, le Règlement sur la sécurité des piscines résidentielles s'appliquera désormais à toutes les piscines, peu importe leur date d'installation. » Ainsi, « [à] compter du 1^{er} juillet 2023, il n'y aura plus de droit acquis pour les piscines construites avant l'entrée en vigueur du Règlement en 2010 ». (Source : quebec.ca)

C'est pourquoi M^e Kamel a formulé les recommandations suivantes :

- Aux organisateurs du Marathon international Oasis de Montréal de s'assurer que les positions des défibrillateurs externes automatisés (DEA) (privés, publics et ajoutés par le promoteur) soient connues de tous, y compris des policiers relevant du Centre de commandement et du traitement de l'information (CCTI) afin que cette information soit acheminée rapidement aux policiers signalant un cas critique (inconscience, arrêt cardiorespiratoire, etc.);
- À Urgences-santé de s'assurer, lorsqu'elle a des engagements contractuels avec des promoteurs, de connaître la position de ses véhicules et de ses ambulanciers et que la corporation se porte garante des services à être offerts à la population;
- Au SPVM de se doter d'un plan de formation et de requalification en réanimation cardiorespiratoire et de le rendre obligatoire pour l'ensemble de ses patrouilleurs;
- Au MSSS de revoir la dispensation des services lors d'un arrêt cardiorespiratoire et d'établir des directives visant à diriger ces patients vers un centre hospitalier qui offre des services en hémodynamie plutôt que vers le centre hospitalier le plus près;
- À la Ville de Montréal de s'assurer, lorsqu'un événement sportif a lieu sur son territoire, que les infrastructures médicales et organisationnelles sont conformes aux normes et de ne pas autoriser la tenue de l'événement si ces normes ne sont pas respectées.

2. Enquêtes

2.1 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE³⁹

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
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
2020	4 ⁴⁰	63
TOTAL	39	151

En 2020, la coroner en chef a ordonné quatre nouvelles enquêtes publiques et l'ajout de trois décès à l'enquête thématique sur le suicide, qui avait été préalablement ordonnée en 2019. Ces quatre nouvelles enquêtes étaient toujours en cours au 31 décembre 2020, de même que quatre enquêtes ordonnées en 2019, pour un total de huit enquêtes publiques.

Parmi les nouvelles enquêtes ordonnées se trouvent deux nouvelles enquêtes thématiques, soit l'enquête thématique sur le suicide en milieu carcéral et l'enquête thématique sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans les milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19 au Québec. Chaque enquête thématique regroupe plusieurs dossiers d'enquêtes (respectivement 5 et 53 dossiers d'enquêtes), mais est identifiée par un numéro unique d'enquête.

Trois enquêtes ordonnées en 2018 se sont terminées au cours de l'année 2020. Celles-ci sont résumées dans les pages qui suivent.

39. 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.

40. Ce chiffre comprend deux nouvelles enquêtes thématiques, qui regroupent chacune plusieurs dossiers d'enquête.

2.2 ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2020

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
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 Granby⁴¹ Cette jeune fille est décédée dans des circonstances obscures.	2019-04-30	2019-05-10	M ^e Géhane Kamel	À déterminer
Gagnon, Rosalie⁴² Cette fillette de deux ans a été trouvée sans vie à Québec.	2018-04-18	2019-05-29	M ^e Géhane Kamel	Palais de justice de Québec
Celik, Koray Kevin M. Celik est décédé lors d'une intervention policière.	2017-03-06	2020-09-15	M ^e Karine Spénard	À déterminer
Echaquan, Joyce Cette jeune femme d'origine atikamekw est décédée au Centre hospitalier régional de Lanaudière.	2020-09-28	2020-10-06	M ^e Géhane Kamel	Palais de justice de Trois-Rivières
ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LE SUICIDE⁴³				
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

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

42. Cette enquête a pris fin le 9 mars 2021.

43. En septembre 2019, la coroner en chef a annoncé la tenue d'une enquête publique élargie sur la thématique du suicide. En juin 2021, cette enquête thématique, jusqu'à maintenant présidée par M^e Andrée Kronström, a été transférée à M^e Karine Spénard, qui en poursuivra les travaux. Après avoir fait la lumière sur les causes et les circonstances entourant chaque décès, la coroner entendra des groupes, des citoyens et des acteurs de la prévention du suicide à venir partager leur point de vue sur la question. Toutes ces démarches lui permettront ultimement de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans le futur.

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LE SUICIDE (SUITE)				
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
Aubé, Suzie M ^{me} Aubé a été trouvée pendue à son domicile, le jour même de son congé d'hospitalisation à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ).	2019-01-18	2020-01-20	M ^e Andrée Kronström	Palais de justice de Québec
Lussier, Jean-François M. Lussier a été trouvé inanimé à sa résidence quelques jours après avoir été évalué à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval.	2018-05-01	2020-01-20	M ^e Andrée Kronström	Palais de justice de Longueuil
Murray, Dave M. Murray est décédé par pendaison.	2019-11-05	2020-10-15	M ^e Andrée Kronström	À déterminer
ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LE SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL⁴⁴				
Bédard, François M. Bédard a été retrouvé sans vie dans sa cellule.	2019-05-12	2020-11-18	M ^e Karine Spénard	Palais de justice de Montréal
De Montigny, Yan M. De Montigny a été retrouvé sans vie dans sa cellule au Centre de détention de Québec.	2017-10-01	2020-11-18	M ^e Karine Spénard	Palais de justice de Montréal
Leclerc, Luc M. Leclerc a été retrouvé sans vie dans sa cellule.	2018-10-02	2020-11-18	M ^e Karine Spénard	Palais de justice de Montréal
Naud, Tony M. Naud est décédé par pendaison.	2019-04-18	2020-11-18	M ^e Karine Spénard	Palais de justice de Montréal

44. Tous ces décès s'inscrivent dans une réflexion beaucoup plus large sur le suicide dans les centres de détention québécois. Après avoir fait la lumière sur les causes et les circonstances entourant chaque décès, M^e Spénard pourra également entendre des groupes, des citoyens et des acteurs de la prévention du suicide en milieu carcéral, lesquels viendront partager leur point de vue sur la question. Toutes ces démarches lui permettront ultimement de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans le futur.

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LE SUICIDE EN MILIEU CARCÉRAL (SUITE)				
Noël, Yves M. Noël a été retrouvé sans vie dans sa cellule.	2018-09-12	2020-11-18	M ^e Karine Spénard	Palais de justice de Montréal
ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LES DÉCÈS DE PERSONNES ÂGÉES OU VULNÉRABLES SURVENUS DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT AU COURS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 AU QUÉBEC⁴⁵				
Total de 53 décès Il s'agit d'un échantillonnage des décès survenus pendant cette période dans certains milieux d'hébergement dont des CHSLD, des résidences privées pour aînés et des milieux d'hébergement pour personnes vulnérables ou en perte d'autonomie situés dans plusieurs régions du Québec.	Entre le 2020-03-12 et le 2020-05-01	2020-06-17	M ^e Géhane Kamel	Différents lieux
VOLETS DE CETTE ENQUÊTE THÉMATIQUE				
CHSLD des Moulins (Terrebonne)				Palais de justice de Joliette
RPA et ressource intermédiaire Manoir Liverpool (Lévis)				Palais de justice de Québec
CHSLD René-Lévesque (Longueuil)				Point de service du palais de justice de Longueuil
CHSLD Lafèche (Shawinigan)				Palais de justice de Shawinigan
CHSLD Sainte-Dorothée (Laval) et CHSLD Yvon-Brunet (Montréal)				Palais de justice de Laval
CHSLD Herron (Dorval)				Palais de justice de Montréal
Volet national de gestion de la pandémie dans les CHSLD et recommandations				Palais de justice de Québec

45. Dans le cadre de cette enquête, M^e Kamel établira les causes, dans la mesure du possible, et les circonstances des décès ciblés dans chaque milieu d'hébergement. Par la suite, elle pourra élargir la réflexion sur le sujet, notamment en entendant des témoins et des acteurs privilégiés de l'hébergement des personnes âgées au Québec lors du Volet national de gestion de la pandémie dans les CHSLD et recommandations. Ces démarches permettront ultimement à M^e Kamel de formuler des recommandations dans le but d'éviter d'autres décès et de protéger la vie humaine.

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
NOMS ET PRÉNOMS DES DÉFUNTS VISÉS PAR L'ORDONNANCE D'ENQUÊTE				
Abracen, Sam	Gauthier, Lucille		M ^{re} rcier, Jeanne-Mance	
Adams, William George	Girard, Hermann		Pappas, Athanasios	
Allo, Thelma Jean	Grenier, Ephrem Joseph		Pauluk, Anna	
Arpin, Albert F	Haggar, Raymonde		Piechuta, Hanna	
Atkins, Samuel Willem	Hazen, Bernice Alice		Pinnell, Stanley E	
Barrette, Leon	Jacques, Clifford		Poissant, Florian	
Baur, Thomas	Kaplan, Mary		Quesnel, Rodrigue	
Bel, Agop	Khan, Fahmeeda		Richard, Joseph C	
Blanchard, Viviane	Kirkpatrick, John		Rodrigue, Rachel	
Blondin, Huguette L	Leblanc, Paul Émile		Sinnathamby, Mahalingam	
Bouchard, Huguette M	Lecompte, Lucille		Smith, Winifred	
Boucher, Denis	Lermytte, Maria		Sorger, Elfriede	
Brodeur, Yvan Luc	Lévesque, Jacques		Stevens, Edwin	
Chubry, Maurice	Maclaren, Gordon		Szabo, Michael	
Dubé, Marcel	Maculedicius, Olga		Therriault, Denise Blanche	
Dunn, Benoit	Maltais, Thérèse		Wayland, Mary Ruth	
Franklin, Joan Lorraine	Manfredi, Federico		Whitehead, John	
Gaudet, Patricia	Maquet, Anna José			

2.3 RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2020⁴⁶

Un plus grand soutien des résidences privées pour aînés

Le 23 avril 2018, une dame de 91 ans est décédée au CHSLD de Trois-Pistoles après avoir subi une fracture de la hanche lors d'une chute survenue à la résidence privée pour aînés (RPA) Le Couvent.

Cette dame, qui vivait de façon autonome à son domicile de Trois-Pistoles, a développé de légers troubles cognitifs. En octobre 2016, elle a donc emménagé à la RPA Le Couvent. Elle s'est relativement bien adaptée à ce nouvel environnement.

Le soir du 4 mars 2018, elle a fait une chute dans sa chambre. Des préposés aux bénéficiaires (PAB) l'ont aidée à se coucher. Bien qu'elle ait mentionné avoir des douleurs, les services ambulanciers n'ont été appelés que le lendemain matin. Sa hanche gauche étant fracturée, elle a été opérée au Centre hospitalier du Grand-Portage.

Le 9 mars 2018, elle a été transférée au CHSLD de Trois-Pistoles. Si sa condition était relativement stable au début, elle s'est rapidement détériorée. Cette dame est finalement décédée le 23 avril 2018 d'une détérioration de son état général et des complications médicales secondaires à la fracture de la hanche.

Au cours de son enquête, M^e Julie-Kim Godin s'est notamment penchée sur la gestion de la RPA Le Couvent et sur les soins qui y étaient dispensés. Au moment des événements, la résidence était la propriété d'une société par actions ayant une seule actionnaire. Celle-ci était peu présente et résidait à l'extérieur de la région. Elle se fiait essentiellement à la directrice, une infirmière auxiliaire qui n'avait aucune expérience ni formation en matière de gestion d'une RPA. Malgré toutes leurs bonnes intentions, l'exploitante et la directrice possédaient une connaissance très limitée des règles applicables aux RPA.

Au cours de l'automne 2017 et de l'hiver 2018, des allégations de problèmes susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des résidents ont été soulevées. Une inspection a effectivement soulevé plusieurs éléments à corriger.

Durant plus d'un an, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a travaillé en collaboration avec la directrice afin de l'aider à redresser la situation. Malgré tous les efforts déployés, le CISSS a finalement révoqué le certificat de conformité de la résidence, ce qui a entraîné sa fermeture.

46. Dans la section du rapport annuel portant sur les résultats de l'année 2020-2021, on mentionne que deux rapports d'enquête ont été déposés. Ce chiffre tient compte de deux rapports déposés respectivement le 8 juin 2020 et le 9 mars 2021. Seuls les rapports déposés en 2020 (respectivement le 14 janvier 2020, le 4 mars 2020 et le 8 juin 2020) sont pris en compte dans la présente section puisque le rapport des activités couvre la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.

Par ailleurs, l'enquête a démontré plusieurs enjeux quant à la formation et aux responsabilités des PAB qui travaillaient à la résidence Le Couvent. L'établissement ayant fermé ses portes, M^e Godin n'a pas formulé de recommandations à son endroit. Elle recommande toutefois ce qui suit au CISSS du Bas-Saint-Laurent :

- de poursuivre et d'intensifier ses efforts dans le but d'améliorer la formation, les outils et le soutien offerts aux RPA pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de prévention et de gestion des chutes;
- de poursuivre et d'intensifier ses efforts dans le but d'améliorer le soutien aux RPA pour l'élaboration et la mise en place d'un programme d'intégration des nouveaux employés, et ce, afin d'assurer la sécurité des résidents et de réduire les risques de chutes;
- de mettre en place un comité entre les RPA et des représentants du CISSS-BSL afin d'améliorer la communication, de mieux soutenir les RPA et d'assurer la sécurité des résidents, notamment en matière de prévention et de gestion des cas de chute.

Prévention et sécurité lors de travaux d'élagage

Le 28 avril 2016, un homme de 25 ans est décédé alors qu'il effectuait des travaux d'élagage dans une cour privée de Longueuil. Il a été électrocuté lorsque la branche qu'il venait de scier et qu'il tenait toujours à la main est tombée sur un fil électrique à moyenne tension. Il se tenait alors à environ 5 mètres de hauteur et 1,9 mètre de la ligne électrique.

Dans son rapport, M^e Karine Spénard explique que le jeune homme était propriétaire d'une entreprise d'élagage depuis seulement deux semaines. Il avait peu d'expérience et n'était que partiellement formé sur l'élagage. Selon des témoignages, il aurait fait preuve d'impatience et de témérité le matin des événements. Il était accompagné de deux amis qui n'étaient pas formés pour faire ce type de travaux.

M^e Spénard s'est notamment intéressée aux normes applicables ainsi qu'à la formation des élagueurs. La distance d'approche pour le type de travail effectué est de trois mètres. Or, la branche étant à environ 1,9 mètre de la ligne à moyenne tension et mesurait environ cinq mètres. Il était donc inévitable qu'elle touche au fil électrique en tombant.

Les travaux à proximité d'une ligne électrique à moyenne tension doivent être faits selon les normes du Code de sécurité pour les travaux de construction et les travailleurs d'Hydro-Québec doivent avoir l'accréditation nécessaire pour les réaliser. Les autres élagueurs peuvent également réaliser ces travaux en vertu d'une convention signée leur octroyant une autorisation pour trois ans. Il faut être obligatoirement accrédité pour réaliser des travaux à moins de trois mètres de la ligne.

Malgré les risques inhérents au métier d'élagueur, la formation n'est pas obligatoire. Les travailleurs doivent se conformer à plusieurs normes, mais les autorités disposent de peu d'outils pour agir en cas de contravention.

La CNESST est consciente de ces écueils et a mis sur pied un sous-comité dont le mandat est notamment de s'assurer que les pratiques de travail sont sécuritaires et en conformité avec les règles de l'art. Plusieurs membres patronaux et syndicaux de divers milieux y participent, dont la Fraternité provinciale des ouvriers en électricité, section locale 1676.

M^e Spénard recommande ce qui suit à la CNESST :

- de poursuivre les travaux du sous-comité sur les pratiques d'élagage sécuritaires et sur les possibilités de modifications législatives visant l'encadrement du métier d'élagueur, notamment en ce qui concerne les exigences de formation et d'expérience;
- de réfléchir à la mise en place d'un processus de signalement visant à faire cesser les activités non autorisées près des lignes électriques.

Elle recommande également à Hydro-Québec de poursuivre les campagnes de sensibilisation du public concernant les risques associés aux travaux effectués près du réseau électrique.

Prévention des risques de rechute et meilleure prise en charge dans les centres de thérapie

Le 27 décembre 2016, une jeune femme de 21 ans a été trouvée inanimée dans sa chambre à La Maison Carignan, située à Trois-Rivières. Il s'agit d'un centre de thérapie venant en aide aux alcooliques et aux toxicomanes, où elle suivait une cure ordonnée par le tribunal pour tenter de contrôler son assuétude à certaines substances. Elle est décédée après avoir consommé de l'hydromorphe et avoir reçu sa médication prescrite. En revenant d'un congé temporaire, elle a rapporté au centre de thérapie des substances (Hydromorph Contin et cocaïne) qu'elle a consommées le 26 décembre 2016. Elle a fait une rechute et elle s'est intoxiquée sans que les intervenants de La Maison Carignan puissent en déceler adéquatement les signes et puissent prendre les actions appropriées.

La coroner qui présidait l'enquête, M^e Andrée Kronström, a entendu plusieurs témoins pour préciser les circonstances entourant l'admission de la jeune femme à La Maison Carignan, le suivi thérapeutique, la sortie temporaire du 24 au 25 décembre 2016, l'intoxication du 26 décembre et le décès du 27 décembre 2016. Elle a ainsi pu comprendre le fonctionnement de La Maison Carignan avant et après le décès de la jeune femme.

L'enquête a mis en lumière des lacunes lors du séjour de la jeune femme à La Maison Carignan. La gestion de l'intoxication du 26 décembre 2016 a été sous-optimale en raison de l'absence de procédures claires, du nombre insuffisant d'intervenants et de leur méconnaissance des signes d'intoxication à l'hydromorphe. On aurait également dû mieux préparer la jeune femme au risque de rechute et créer un véritable filet de sécurité lors de la sortie des 24 et 25 décembre 2016. On aurait ainsi pu éviter qu'elle se procure notamment de l'Hydromorph Contin et de la cocaïne. Lors de son retour au centre de thérapie le 25 décembre 2016, on aurait dû prendre des précautions additionnelles pour déceler qu'elle transportait de telles substances.

Ainsi, M^e Kronström, pour diminuer les risques de rechute en lien avec les problèmes de toxicomanie, a recommandé les actions suivantes :

- au MSSS, de concert avec l'Association des intervenants en dépendance du Québec et l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance, d'adopter une approche proactive dans la mise à jour du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, d'identifier de nouvelles stratégies et de diversifier ses actions en lien avec les problèmes de dépendance;
- au MSSS de poursuivre ses démarches afin d'inciter les médecins à suivre des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance et à déployer les traitements par agonistes des opioïdes (TAO);
- au MSSS de prendre des mesures pour favoriser une application uniforme par tous les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) des normes conduisant à la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance;
- au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec d'accroître l'offre de service et de coordonner les soins pour la prise en charge des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcool et aux drogues;
- à l'Association des intervenants en dépendance du Québec de poursuivre son sondage auprès des intervenants sur leurs besoins de formation en dépendances et en troubles concomitants et d'en partager les résultats avec le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'avec les CIUSSS et les CISSS.

Afin d'assurer une prise en charge optimale lors d'un séjour dans une ressource communautaire ou privée offrant de l'hébergement en dépendance (RHD), telle La Maison Carignan, Me Kronström a recommandé :

- au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec d'offrir davantage de formation continue concernant la toxicomanie et les signes d'intoxication;
- à La Maison Carignan, de concert avec le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec :
 - de revoir le ratio intervenants/bénéficiaires les soirs et les jours fériés;
 - de réviser les modalités entourant les sorties temporaires des résidents afin de créer un filet de sécurité et de minimiser les risques de rechute;
 - de bonifier sa procédure en matière de fouille pour éviter que les personnes revenant de sortie rapportent avec elles des substances et du matériel de consommation;
 - d'élaborer une procédure indiquant la marche à suivre lorsqu'un résident présente des signes d'intoxication. Cette procédure devrait notamment préciser les situations qui constituent des urgences médicales ainsi que les actions à poser dans de tels cas (administration de naloxone, contact d'un centre antipoison ou des services d'urgence, etc.).
- à La Maison Carignan de prendre des mesures pour s'approvisionner en naloxone, de baliser l'administration de ce médicament dans une procédure claire et de former son personnel à ce sujet.

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 un conseiller en prévention.

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 2020, les coroners ont déposé 197 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 2020

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	%
Traumatisme non intentionnel	120	60,9
Cause naturelle	39	19,8
Suicide	35	17,8
Décès de cause indéterminée	2	1,0
Homicide	1	0,5
TOTAL	197	100

3.2 SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Le Bureau du coroner s'efforce constamment d'améliorer le suivi des recommandations formulées par les coroners dans le cadre de leurs investigations ou enquêtes publiques et d'établir des canaux de communication avec les principaux destinataires de ces recommandations. 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. Cette collaboration avec les destinataires est très porteuse pour l'organisme, et sa pertinence est réitérée dans l'actualisation de la Loi sur la recherche des causes et circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2), qui introduira « l'obligation pour les personnes, les associations, les ministères ou les organismes à qui des recommandations ont été transmises par le coroner en chef de confirmer à ce dernier qu'ils ont pris connaissance des recommandations et de l'informer des mesures qu'ils entendent prendre pour corriger la situation ».

Plusieurs destinataires collaborent déjà activement au suivi des recommandations, et ces partenariats inspirent le Bureau du coroner à en développer de nouveaux. Par exemple, le Bureau du coroner peut compter sur la collaboration du MTQ, 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. 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 lors de rencontres de bilan. Pour la période 2020-2021, 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 119,3 millions de dollars. On peut penser par exemple au projet de reconstruction de la route 155, à l'installation de glissières de sécurité sur l'autoroute 50, à la première phase d'élargissement de la route 277, dont la réalisation rejoint des objectifs de prévention portés par des recommandations de coroners.

Au rang de ses partenaires, le Bureau du coroner compte aussi sur le Collège des médecins du Québec (CMQ), qui a désigné une personne-ressource pour répondre aux questions des coroners au cours de leurs investigations, et avec lequel le Bureau participe à une table de concertation. L'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec, la Ville de Montréal ainsi que le MSSS et son réseau de la santé et des services sociaux ont également désigné des personnes-ressources pour aider les coroners à explorer des pistes de prévention. Il en va de même pour l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, avec qui le Bureau du coroner entame une toute nouvelle collaboration.

De plus, le Bureau du coroner a établi un protocole d'entente avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO)⁴⁷. Cette entente a pour objectif d'assurer une communication et une collaboration plus efficaces entre le Bureau du coroner, les coroners et le CISSSO, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection de la vie humaine, le tout, dans le respect de leurs missions respectives et de l'indépendance des coroners; de faciliter

47. Ce protocole d'entente a été signé le 16 juin 2021.

les investigations des coroners, préciser le mécanisme de suivi des recommandations auprès du Bureau du coroner et préciser le mécanisme de révision de l'événement par le CISSSO; et finalement, de réduire la récurrence des causes et des circonstances de décès évitables. Les deux parties s'engagent à participer à une rencontre annuelle pour le suivi du protocole d'entente et le bilan du suivi des recommandations à laquelle les coroners seront invités à participer. Cette entente est un exemple probant du type de partenariat que le Bureau du coroner veut de plus en plus développer dans l'avenir, dans le but de faciliter la communication et le travail des coroners. À cet effet, le Bureau du coroner participera au cours de la prochaine année à une rencontre du MSSS visant à présenter ce modèle et à discuter de la pertinence de l'étendre à d'autres CISSS et CIUSSS.

À l'interne, le conseiller en prévention a pour mandat d'appuyer 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 des recommandations auprès de leurs destinataires.

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 2017 et 2018, en le comparant à la moyenne des années 2012 à 2016.

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 2017, selon les données à jour au 11 mars 2021

4 938 décès soumis au coroner

- 4 921 dossiers terminés (99,7 %)
- 17 rapports à venir (0,3 %)

État des rapports de 2018, selon les données à jour au 11 mars 2021

5 498 décès soumis au coroner

- 5 369 dossiers terminés (97,7 %)
- 129 rapports à venir (2,3 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2012 – 2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012 – 2016	NOMBRE 2018
Occupant d'une automobile	211	189	-10,4	181
Piéton	62	81	30,6	74
Motocycliste	50	49	-2,0	57
Occupant d'une motoneige	26	29	11,5	25
Occupant d'un VTT	29	23	-20,7	21
Cycliste	17	14	-17,6	17
Occupant d'une camionnette	17	7	-58,8	14
Occupant d'un véhicule agricole	6	4	-33,3	7
Occupant d'un véhicule industriel	1	4	300,0	6
Occupant d'un véhicule lourd	7	7	0,0	4
Occupant d'autre véhicule hors-route	1	-	-	2
Occupant d'un véhicule de construction	2	-	-	2
Occupant d'un véhicule à trois roues	2	1	-50,0	1
Occupant d'un train	0	-	-	-
Occupant d'un autobus	1	2	100,0	-
Personne montant un animal ou occupant un véhicule à traction animale	1	1	0,0	-
Autre	1	4	300,0	-
En cours	-	-	-	9
TOTAL	434	415	-4,4	420

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2012 – 2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012 – 2016	NOMBRE 2018
Événements entraînant la noyade et la submersion	17	18	5,9	8
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	2	-	-	2
TOTAL	19	18	-5,3	10

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2012 – 2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012 – 2016	NOMBRE 2018
TOTAL	10	7	-30,0	5

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

	MOYENNE 2012-2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012-2016	NOMBRE 2018
Chute	373	593	59,0	817
Intoxication	299	432	44,5	390
Exposition aux forces de la nature	22	25	13,6	160
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	78	121	55,1	90
Noyade ⁴⁸	52	70	34,6	69
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	59	55	-6,8	44
Heurt par ou contre un objet	18	14	-22,2	27
Complication de soins médicaux	27	27	0,0	20
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	11	8	-27,3	9
Compression entre des objets	6	10	66,7	6
Exposition au courant électrique	6	4	-33,3	5
Explosion	2	1	-50,0	3
Décharge d'arme à feu	3	1	-66,7	1
Exposition à l'eau chaude	2	-	-	-
Autre	23	30	30,4	17
En cours	0	2	-	20
TOTAL	981	1393	42,0	1678

48. Décès associés au transport par eau exclus.

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2012 – 2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012 – 2016	NOMBRE 2018
Pendaison et strangulation	595	534	-10,3	587
Intoxication à des substances liquides ou solides	179	183	2,2	144
Décharge d'arme à feu	125	136	8,8	125
Intoxication à un gaz	48	44	-8,3	40
Utilisation d'un objet tranchant	30	33	10,0	39
Précipitation dans le vide	44	45	2,3	37
Collision d'un véhicule à moteur	37	39	5,4	34
Noyade	39	22	-43,6	33
Exposition au feu ou aux flammes	9	9	0,0	4
Autre	11	5	-54,5	11
En cours	1	2	100,0	11
TOTAL	1118	1052	-5,9	1065

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2012 – 2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012 – 2016	NOMBRE 2018
Agression par objet tranchant	22	26	18,2	24
Agression par arme à feu	28	32	14,3	22
Agression par objet contondant	8	8	0,0	7
Agression par la force physique, sans arme	5	1	-80,0	6
Agression par strangulation	6	1	-83,3	2
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	2	4	100,0	1
Autre	5	4	-20,0	8
En cours	1	1	0,0	12
TOTAL	77	77	0,0	82

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2012 – 2016	NOMBRE 2017	% VARIATION 2017/2012 – 2016	NOMBRE 2018
Intoxication	42	30	-28,6	21
Collision d'un véhicule à moteur	2	4	100,0	6
Noyade	7	10	42,9	6
Chute	4	3	-25,0	3
Pendaison	2	1	-50,0	2
Autre	5	6	20,0	6
En cours ⁴⁹	0	4	-	13
TOTAL	62	58	-6,5	57

49. 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 RÈGLEMENTS⁵⁰

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-0.2);
- Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 1);
- Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 2);
- Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 3);
- Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel (Décret no 168787 du 4 novembre 1987 et ses modifications subséquentes);
- Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 4);
- Tarif sur les frais d'autopsies (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 5);
- Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 7).

50. 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>.

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-0.2, r. 1).

SECTION I – 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-0.2), notamment lors d'une investigation ou d'une enquête, le coroner doit respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée ainsi que le secret professionnel à l'égard de cette personne.
2. Le coroner doit respecter les croyances et les opinions religieuses de la personne décédée et celles de ses proches dans la mesure où les exigences que la loi lui impose le permettent.
3. Le coroner doit s'assurer que tout cadavre dont il a la garde et la possession est traité avec dignité et respect.
4. Le coroner doit agir de telle sorte que son comportement envers les proches de la personne décédée ainsi qu'envers les personnes impliquées dans les circonstances du décès reflète le respect et la courtoisie qu'imposent les circonstances.
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 RÉPRIMANDE⁵¹

Préambule

ATTENDU l'article 28 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2) qui indique que le coroner en chef adopte, par règlement, le Code de déontologie des coroners et veille à son application;

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

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

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

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

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

Le coroner en chef adopte la procédure administrative suivante :

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

Le mandat

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

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.

51. Aucune situation n'a entraîné de procédure administrative préalable à une réprimande en 2020-2021.

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



Pour la vie!

Québec 