

*Pour la vie!*

**Bureau du coroner**

Rapport annuel de gestion

2022-2023

Québec 

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

Conception graphique : Pro-Actif

Photographies :

1<sup>re</sup> de couverture : Photo de Daphné Richard sur Unsplash

P. IV : Photo de Sébastien Marchand sur Unsplash

P. 42-43 : Photo de Adrien Vin sur Unsplash

4<sup>e</sup> de couverture : Photo de Étienne Delorieux sur Unsplash

Une version accessible de ce document est disponible en ligne.

Si vous éprouvez des difficultés techniques ou pour obtenir une version adaptée, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle au [clientele.coroner@coroner.gouv.qc.ca](mailto:clientele.coroner@coroner.gouv.qc.ca)

Bureau du coroner

Édifice Le Delta 2

2875, boulevard Laurier, bureau 390

Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone sans frais : 1 888 CORONER (267-6637)

Télécopieur : 418 643-6174

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

Site Web : <https://www.coroner.gouv.qc.ca/>

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Titre : Rapport annuel de gestion 2022-2023/Bureau du coroner

ISBN : 978-2-550-94943-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-94942-8 (version électronique)

ISSN : 1707-987X (version imprimée)

ISSN : 1913-7729 (version électronique)

Tous droits réservés pour tous les pays.

© Bureau du coroner, 2023

# Bureau du coroner

Rapport annuel de gestion  
2022-2023



# Table des matières

<b>Message du ministre</b>	<b>VII</b>
<b>Message du coroner en chef</b>	<b>IX</b>
<b>Déclaration attestant la fiabilité des données</b>	<b>X</b>
<b>Section 1</b>	<b>1</b>
<b>1. L'organisation</b>	<b>2</b>
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
<b>2. Les résultats</b>	<b>12</b>
2.1 Plan stratégique	12
2.2 Traitement des plaintes	20
2.3 Déclaration de services aux citoyennes et citoyens	21
<b>3. Les ressources utilisées</b>	<b>24</b>
3.1 Utilisation des ressources humaines	24
3.2 Utilisation des ressources financières	27
3.3 Utilisation des ressources informationnelles	28
<b>4. Annexes – autres exigences</b>	<b>30</b>
4.1 Gestion et contrôle des effectifs	30
4.2 Développement durable	30
4.3 Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics	32
4.4 Accès à l'égalité en emploi	33
4.5 Accès aux documents et protection des renseignements personnels	37
4.6 Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration	39
4.7 Égalité entre les femmes et les hommes	41
4.8 Politique de financement des services publics	41

<b>Section 2</b>	43
<b>1. Investigations</b>	44
1.1 Décès signalés aux coroners	44
1.2 Autopsies et examens de laboratoire	46
1.3 Quelques rapports d'investigation déposés en 2022	46
<b>2. Enquêtes</b>	56
2.1 Évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie	56
2.2 Enquêtes en cours au 31 décembre 2022	57
2.3 Rapports d'enquête déposés en 2022	58
<b>3. Recommandations</b>	66
3.1 Principes généraux	66
3.2 Suivi des recommandations	66
3.3 Portée des recommandations	68
<b>4. Bilan statistique des traumatismes mortels au Québec</b>	69
<b>Annexes</b>	74
Loi et règlements	74
Code de déontologie des coroners	75
Procédure administrative préalable à une réprimande	78
<b>Nous joindre</b>	81



## Message du ministre

Madame Nathalie Roy  
Présidente de l'Assemblée nationale  
Hôtel du Parlement  
Québec

Madame la Présidente,

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 2023.

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 2022-2027 ainsi que de ceux de la Déclaration de services aux citoyens de l'organisation.

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

Le ministre de la Sécurité publique  
et ministre responsable de la région de l'Estrie,

### **ORIGINAL SIGNÉ**

**François Bonnardel**

Québec, septembre 2023



## Message du coroner en chef

Monsieur François Bonnardel  
Ministre de la Sécurité publique  
et ministre responsable de la région de l'Estrie  
2525, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Tour des Laurentides  
Québec (Québec) G1V 2L2



Monsieur le Ministre,

Je vous transmets le rapport annuel de gestion 2022-2023 du Bureau du coroner ainsi que le rapport d'activités des coroners pour l'année 2022. Ces rapports témoignent du travail réalisé par toute l'équipe du Bureau du coroner, tant le personnel que les coroners partout au Québec.

L'année 2022-2023 est la première année pour laquelle l'organisation rend compte de la réalisation de son Plan stratégique 2022-2027 et de sa nouvelle Déclaration de services aux citoyens. Elle a aussi été marquée par l'entrée en vigueur de la Loi sur les coroners qui a entraîné des changements importants aux processus de travail. Un important appel de candidatures a aussi été lancé pour répondre aux besoins de nouveaux coroners partout au Québec, afin d'assurer des services de qualité à la population.

Par ailleurs, un total de 6 939 décès a été signalé aux coroners du Québec en 2022, soit le plus grand nombre annuel depuis 1991. En outre, 692 recommandations ont été formulées par les coroners à l'attention des ministères, organismes et entreprises, 7 nouvelles enquêtes publiques ont été ordonnées et de nombreux comités d'experts ont été mis à l'œuvre pour mieux comprendre les phénomènes de mortalité, prévenir les décès et protéger la vie humaine.

Je tiens à souligner le travail de toute l'équipe du Bureau du coroner pour atteindre ces résultats.

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

Le coroner en chef,

**ORIGINAL SIGNÉ**

**M<sup>e</sup> Reno Bernier**  
Québec, août 2023

## 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 2022-2023 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 2023.

Le coroner en chef,

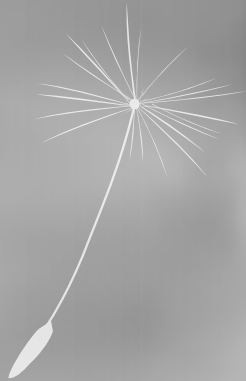
### **ORIGINAL SIGNÉ**

**M<sup>e</sup> Reno Bernier**  
Québec, août 2023



# Section 1

Rapport annuel de gestion  
2022-2023



# 1. L'organisation

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

### Quelques chiffres clés

CHIFFRES CLÉS	DESCRIPTION
61	Effectif du Bureau du coroner
13,2 M\$	Dépenses du Bureau du coroner
6 939	Nombre de décès totaux ayant fait l'objet d'une intervention d'un coroner
85	Coroners à temps partiel actifs
7	Coroners à temps plein, dont le 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 gouverneur<sup>2</sup>.

La compétence et le pouvoir d'agir du coroner au Québec s'appuient sur la Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01). 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, notaires, infirmiers, ingénieurs ou pharmaciens et desservent chacun un territoire de manière à couvrir l'ensemble du Québec en tout temps. Le Bureau du coroner soutient les coroners dans l'accomplissement de leur mandat.

1 Données au 31 mars 2023, sauf le nombre de décès totaux ayant fait l'objet d'une intervention d'un coroner, qui est calculé en fonction de l'année civile (1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022).

2 Rénald 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.

Sept coroners, dont le coroner en chef, sont actuellement nommés à temps plein<sup>3</sup>. Tous les autres exercent leurs fonctions de coroner à temps partiel, en plus de leur carrière respective.

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 d'une femme enceinte ou dans les 42 jours suivant l'accouchement ainsi que 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.

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.

3 Deux nouveaux coroners à temps plein ont été nommés par le Conseil des ministres en mai 2023. Le nombre d'effectifs temps plein est dorénavant de huit.

## 1.4 ORGANISATION INTERNE

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

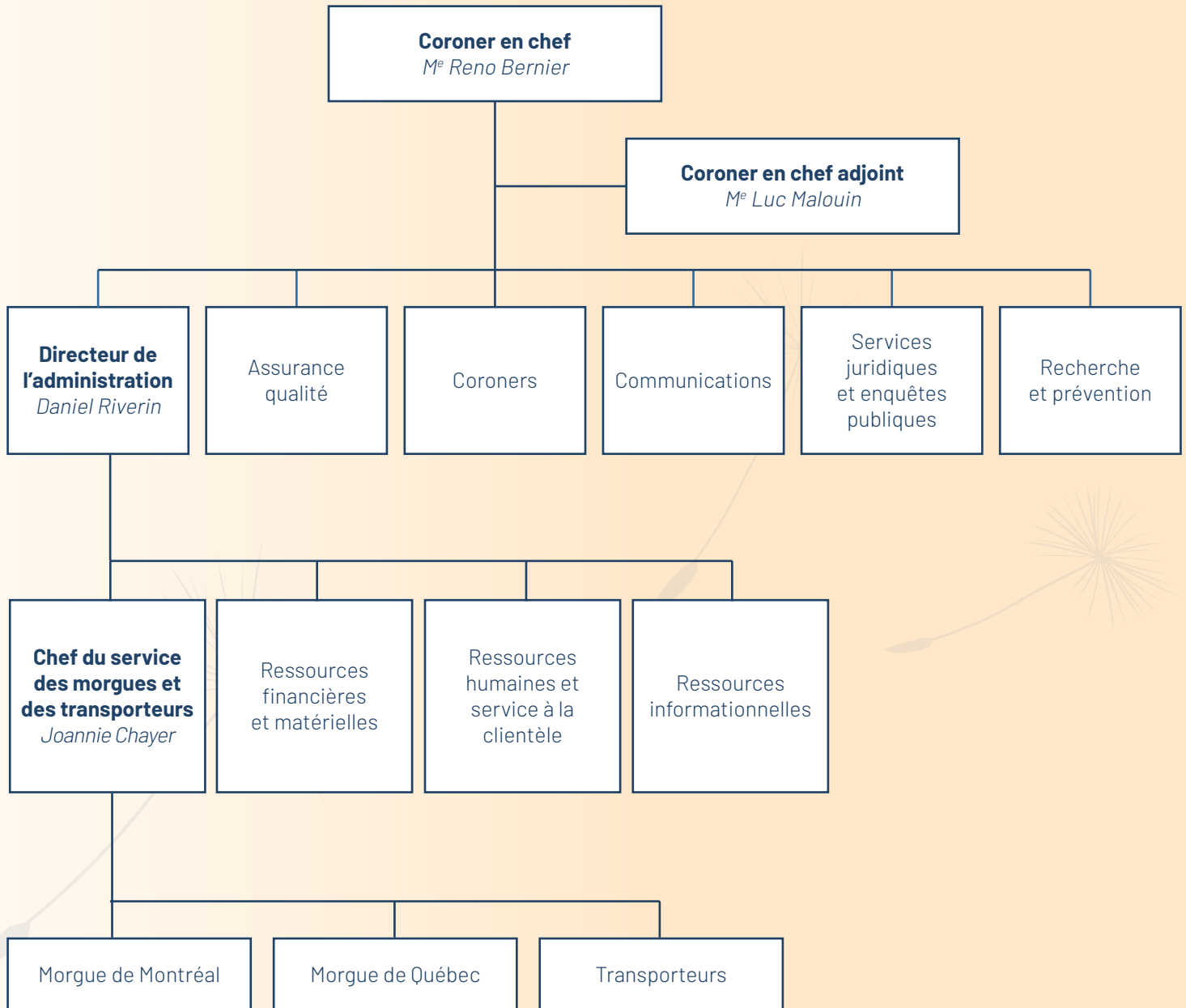
Le coroner en chef est responsable de coordonner, de répartir et de surveiller le travail des coroners, et s'assure que l'ensemble du territoire du Québec est en tout temps desservi. Il met aussi en place les ressources nécessaires afin que les coroners soient en mesure de remplir le rôle qui leur est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

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

Le coroner en chef adjoint a pour fonction d'épauler le coroner en chef dans son rôle de supervision et de le 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 au coroner en chef leur soutien en matière de renseignements et de services aux citoyens.

## Organigramme<sup>4</sup>



<sup>4</sup> Le 5 juillet 2023, un nouveau coroner en chef, M<sup>e</sup> Reno Bernier, a été nommé par le Conseil des ministres. Il succède à M<sup>e</sup> Pascale Descary dont le mandat s'est terminé.

## 1.5 DOMAINES D'ACTIVITÉ

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

### **Investigation et enquête**

La Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01) 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, dossiers médicaux, etc.). Malgré tout, le Bureau du coroner peut en fournir une copie lorsqu'une personne, une association, un ministère ou un organisme établit que ces documents lui serviront pour connaître ou faire connaître ses droits ou, dans le cas d'un ministère ou d'un organisme, que ces documents lui serviront dans la poursuite de l'intérêt public.

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

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

- recherche de recommandations appropriées par le coroner;
- transmission des recommandations aux intervenants concernés;
- conservation d'archives et de données;
- partage de données;
- observation 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 mène plusieurs activités médiatiques qui ont pour but de mettre en valeur le travail des coroners et leurs 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;
- Héma-Québec;
- 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 2022-2023 quant aux activités du Bureau du coroner :

### **Modification de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès**

La Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01), découlant du projet de loi ayant pour but d'actualiser la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès de 1986, est entrée en vigueur en novembre 2022. Parmi les éléments implantés dans le cadre de la modification de la loi constitutive de l'organisme se trouvent :

- Deux nouveaux signalements qui doivent être faits de façon obligatoire au coroner, soient les décès d'enfants en milieu de garde familial ainsi que les décès maternels (décès de femmes survenus pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours suivant l'accouchement);
- Les avis « 30/60 jours », qui offrent la possibilité pour un membre de la famille du défunt ou toute personne démontrant un intérêt suffisant d'être informé par écrit de l'évolution de l'investigation, à partir de 30 jours, et par la suite, à tous les 60 jours (article 46.1);
- L'enchâssement du rapport de Conclusions de l'examen sommaire du coroner dans la loi, qui offre la possibilité pour toute personne de demander au coroner en chef de lui faire part des motifs qui ont conduit à la décision du coroner de ne pas prendre avis sur ledit décès;
- La mise en suspens de la rédaction définitive du rapport d'investigation lorsque le directeur des poursuites criminelles et pénales autorise une poursuite à la suite du décès d'une personne, jusqu'à ce que le directeur avise le coroner de la fin de l'instance criminelle (article 91.1);
- Le nouveau règlement sur l'aide financière aux familles dans le cadre d'une enquête publique faisant aussi l'objet d'une enquête du Bureau des enquêtes indépendantes;
- La mise à jour du Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners, qui permet à de nouveaux professionnels (infirmiers et infirmières, ingénieurs et ingénieures, pharmaciens et pharmaciennes) d'accéder à la fonction de coroner. Ce règlement touche aussi la durée du mandat du coroner en chef, du coroner en chef adjoint et des coroners, ainsi que les processus de nomination et de renouvellement.
- D'autres éléments sont à être implantés dans le cadre de cette modification de la loi constitutive, dont :
  - La mise à jour du Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel;
  - L'entrée en vigueur d'un nouveau règlement sur la formation;

- La nouvelle obligation pour les destinataires de recommandations d'informer le coroner en chef qu'ils ont pris connaissance de la ou des recommandations, de même que des mesures qu'ils entendent prendre pour corriger la situation. Ce processus sera en place lorsque les travaux informatiques au système de mission du Bureau du coroner seront terminés. Ces travaux permettront un suivi serré des recommandations grâce à des outils permettant au Bureau du coroner une meilleure reddition de comptes basée sur des indicateurs rigoureux de résultats.

### **Appel de candidatures**

Afin de combler ses besoins en main-d'œuvre, le Bureau du coroner a lancé en novembre 2022 un appel de candidatures – ouverts aux nouveaux professionnels aptes – pour deux postes de coroners à temps plein (anciennement nommés *coroners permanents*), dont un à Québec et un à Montréal, et plusieurs postes de coroners à temps partiel dans tous les territoires du Québec. En date du 31 mars 2023, le processus lié à ce concours n'était pas terminé.

### **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.

En novembre 2022, le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, coprésidé par la coroner M<sup>e</sup> Stéphanie Gamache et Mme Hélène Cadrin, juriste et éthicienne en matière de violence conjugale, a déposé le deuxième bilan de ses travaux<sup>5</sup>, qui porte sur les homicides d'enfants dans un contexte de violence conjugale, et qui inclut 25 recommandations visant à mieux protéger cette population.

Le Comité sur la mortalité autochtone, coprésidé par les coroners M<sup>e</sup> Géhane Kamel et M<sup>e</sup> Éric Lépine, concrétise quant à lui 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. Les travaux de ce comité ont pu prendre leur envol au début du mois de juin 2022 avec une visite au Nunavik. Une autre visite a eu lieu en avril 2023 afin de rencontrer d'autres communautés et partenaires.

Le Comité d'examen des décès d'enfants (de 0 à 17 ans), coprésidé par M<sup>e</sup> Géhane Kamel et D<sup>r</sup> Marc-André Dugas du CHU de Québec, a publié en août 2022 son Bilan des travaux 2021-2022, qui couvre la période du 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 30 juin 2022. Ce dernier présente les constats et recommandations du Comité.

À l'interne, le Comité sur la formation, constitué de coroners et de représentants du personnel, a l'importante mission de coordonner toutes les activités de formation au Bureau du coroner pour répondre aux besoins de l'ensemble de l'organisation. Ainsi, la tenue de midi-conférences virtuels

5 Bureau du coroner, Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale. (2022). [Agir ensemble pour sauver des vies – Deuxième rapport annuel du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Organisation/Rapport_annuel_comit%C3%A9_violence_conjugale_2022.pdf). En ligne : [https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Organisation/Rapport\\_annuel\\_comit%C3%A9\\_violence\\_conjugale\\_2022.pdf](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Organisation/Rapport_annuel_comit%C3%A9_violence_conjugale_2022.pdf)

s'est poursuivie et le Comité a organisé la nouvelle édition du colloque des coroners, de retour pour la première fois depuis la pandémie<sup>6</sup>.

Un deuxième comité interne, le comité de relecture, est offert aux coroners depuis plus de deux ans. Ce service de relecture par les pairs en amont du dépôt au Service de l'assurance qualité contribue à rehausser la qualité des rapports, puisqu'il offre une rétroaction tôt dans le processus de rédaction.

### **Enquêtes publiques**

Le calendrier 2022-2023 de nos enquêtes publiques a été une fois de plus chargé, tant au regard du nombre d'enquêtes tenues que de leur envergure. Plus de détails se trouvent dans le Rapport des activités des coroners 2022, à la section 2.

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

En plus de contribuer à la recherche, le Bureau du coroner participe à la vigie et à la surveillance de plusieurs phénomènes de mortalité, par exemple en alimentant le système national de vigie des intoxications aux opioïdes et autres stupéfiants. Il élabore aussi chaque année, conjointement avec l'Institut national de santé publique du Québec, un rapport sur la mortalité par suicide au Québec. Afin d'épauler ses partenaires en santé publique, le Bureau du coroner effectue également des vigies lors d'événements particuliers comme les épisodes de chaleur accablante. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le Bureau du coroner a aussi effectué une vigie des cas positifs au virus en collaboration avec la Direction nationale de Santé publique du Québec. Tous ces efforts permettent une meilleure compréhension des phénomènes de mortalité et servent d'assises aux actions de prévention partout en province.

### **Autopsies conventionnelles et par imagerie post mortem**

Un plan d'action a été élaboré en collaboration avec le MSSS afin d'améliorer l'offre d'autopsies conventionnelles et le déploiement des autopsies virtuelles (autopsies par imagerie post mortem) à l'échelle du Québec. Il est prévu qu'il soit déployé en 2023-2024.

L'autopsie par imagerie post mortem est un outil diagnostique spécialisé, novateur et économique qui 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.

### **Entente entre le Bureau du coroner et le ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit**

La Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement (RLRQ, C-37.4) est

6 Le colloque des coroners a eu lieu en avril 2023.

entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2021. Depuis, le Secrétariat aux Relations avec les Premières Nations et les Inuit a soutenu et continue de soutenir plus de 90 familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement de santé et de services sociaux dans leurs recherches de renseignements quant aux circonstances ayant entouré la disparition ou le décès de plus de 130 enfants. Ces démarches amènent plusieurs familles à s'adresser au Secrétariat afin d'obtenir de l'assistance dans leurs démarches entourant une demande d'exhumation présentable devant la Cour supérieure du Québec.

Un projet d'entente entre le Bureau du coroner et le ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuit a été rédigé en collaboration avec la Direction du soutien aux familles du Secrétariat et a reçu l'aval de principe des deux parties, qui devraient procéder à sa signature prochainement. Celui-ci prévoit que le coroner pourra, à la suite d'une exhumation ordonnée par la Cour supérieure du Québec, tenter de confirmer l'identité des restes humains exhumés en collaboration avec le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale avant qu'ils ne soient remis à la famille ou inhumés à nouveau dans leur sépulture d'origine. Se faisant, l'exhumation et le transport des restes humains vers la morgue de Montréal seront assurés par le Bureau du coroner.

### **Collaboration avec Héma-Québec**

Trois ans après avoir scellé l'entente avec Héma-Québec lui permettant de cibler des donneurs potentiels parmi les nouveaux avis soumis aux coroners, le Bureau du coroner est très fier des résultats obtenus. Au cours de l'année 2022-2023, selon les données compilées par Héma-Québec, 196 donneurs de tissus humains provenant du Bureau du coroner ont été prélevés, en comparaison avec 223 donneurs pour l'année précédente. La diminution touche surtout les donneurs exclusifs de tissus oculaires, qui sont passés de 97 à 75. On note toutefois une augmentation du nombre de donneurs de tissus cardiovasculaires de 13 au cours de l'année. Ces 196 donneurs peuvent profiter à 3920 receveurs potentiels, puisque, selon les tissus prélevés, un donneur peut aider en moyenne entre 2 et 20 receveurs.

### **Mise à jour du Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres**

Au cours de l'année 2022-2023, le Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres (C-68.01, r. 7) a été mis à jour en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique, afin de bonifier significativement le tarif des transporteurs funéraires, dans un contexte d'inflation.

### **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 le projet de réfection de la morgue de Montréal. Bien qu'elle soit la plus grande morgue du Québec, avec sa capacité de 138 places réfrigérées, elle est insuffisante.

L'étape d'analyse immobilière du projet par le MSP et la SQI est toujours en cours. Le LSJML participe au projet puisqu'une partie de ses installations sera corollairement remise à niveau.

## 2. Les résultats

### 2.1 PLAN STRATÉGIQUE

#### Résultats relatifs au plan stratégique

##### Sommaire des résultats 2022-2023 relatifs aux engagements du Plan stratégique 2022-2027

##### ENJEU 1 : Des services à la hauteur des attentes de la société

Orientation 1 : Faciliter l'accès rapide à des services de qualité à l'ensemble de la population

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2022-2023	RÉSULTATS 2022-2023	PAGE
1.1 Bonifier la qualité des rapports d'investigation	Taux de satisfaction des demandeurs de rapports	75 %	91,3 %	13
1.2 Réduire les délais de production des rapports d'investigation	Proportion des rapports d'investigation complétés en 9 mois ou moins (Mesure de départ : 64 %)	64 %	68,2 %	14
1.3 Enrichir l'éventail des services en ligne	Nombre de services en ligne bonifiés ou ajoutés annuellement	s. o.	s. o.	15

Orientation 2 : Servir les endeuillés avec tous les égards attendus

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2022-2023	RÉSULTATS 2022-2023	PAGE
2.1 Offrir aux proches des personnes décédées un service personnalisé et empathique	Taux de satisfaction des endeuillés relativement aux échanges avec le coroner	70 %	92,5 %	16
	Taux de satisfaction des endeuillés relativement aux échanges avec le personnel du Bureau	70 %	76,7 %	16

## Enjeu 2 : Une force pour mieux protéger la vie

Orientation 3 : Enrichir les connaissances sur la mortalité et les moyens de la réduire

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2022-2023	RÉSULTATS 2022-2023	PAGE
3.1 Accroître l'impact des recommandations des coroners sur les organisations visées	Taux de recommandations accueillies favorablement par les destinataires	50 %	37,3 %	17
3.2 Sensibiliser le public à la prévention des décès évitables	Nombre d'activités de sensibilisation	10	9	18
3.3 Soutenir la recherche et l'observation détaillée des phénomènes de mortalité liés à des enjeux de prévention	Taux de satisfaction des partenaires relativement à la collaboration en matière d'activités de recherche et d'observation	70 %	100 %	19

## Résultats détaillés 2022-2023 relatifs aux engagements du Plan stratégique 2022-2027

### Enjeu 1 : Des services à la hauteur des attentes de la société

Cet enjeu est divisé en deux orientations, dont chacune s'adresse à une clientèle distincte : l'ensemble de la population et les endeuillés, soit les gens dont les proches font l'objet d'une investigation de coroner. En ce qui a trait à l'ensemble de la population, elle peut consulter les rapports d'investigation et effectuer différentes demandes auprès du Bureau du coroner, comme des demandes d'annexes, d'accès à l'information, de données et de statistiques. Les endeuillés, quant à eux, échangent de façon privilégiée avec le coroner qui a pris avis dans le dossier de leur proche, de même qu'avec le personnel du Bureau.

Orientation 1 : Faciliter l'accès rapide à des services de qualité à l'ensemble de la population

#### Objectif 1.1 : Bonifier la qualité des rapports d'investigation

L'organisme se fait un devoir de produire des rapports d'investigation rigoureux et de qualité. C'est pourquoi la formation continue des coroners est une considération constante. Elle mène assurément à un rehaussement de la qualité des rapports et des investigations des coroners et les outille dans le développement de leurs connaissances et compétences.

De plus, en matière de formation continue et d'accompagnement par les pairs, le comité de relecture continue d'être exploité afin d'encadrer la production des rapports d'investigation des coroners.

L'indicateur de taux de satisfaction des demandeurs de rapports est calculé grâce à un sondage de satisfaction envoyé aux familles, qui est complété sur une base volontaire.

### Indicateur : Taux de satisfaction des demandeurs de rapports

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	75 %	80 %	85 %	90 %	90 %
<b>Résultats</b>	91,3 % (Atteinte)				

### Explication du résultat obtenu en 2022-2023

La cible de 75 % du taux de satisfaction des demandeurs de rapports est largement atteinte. Le Bureau du coroner est heureux des résultats mesurés grâce à ce nouvel outil de sondage, mis en place au cours de la dernière année, qui lui permet de prendre le pouls de l'appréciation des familles dont le décès d'un proche a fait l'objet d'une investigation par un coroner.

### Objectif 1.2 : Réduire les délais de production des rapports d'investigation

Les délais entre la prise d'avis par le coroner et la diffusion du rapport d'investigation sont attribuables à différents facteurs : la réalisation d'une autopsie ou non, les expertises demandées, l'obtention de rapports d'autres partenaires au dossier (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail [CNESST], services de police, etc.). D'autre part, une portion des délais est attribuable au travail du coroner et au traitement administratif des dossiers. À cet effet, l'ensemble de l'équipe s'efforce continuellement de réduire ces délais.

### Indicateur : Proportion des rapports d'investigation complétés en 9 mois ou moins

(Mesure de départ : 64 %)

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	64 %	65 %	67 %	68 %	70 %
<b>Résultats</b>	68,2 % (Atteinte)				

### **Explication du résultat obtenu en 2022-2023**

La cible de 64 % des rapports d'investigation complétés en 9 mois ou moins, qui était une cible de maintien, est atteinte. En 2022-2023, le délai moyen entre le moment où le coroner est avisé du décès et celui où son rapport est rendu public est de 8,9 mois, alors qu'il était de 9,2 mois en 2021-2022. Ce résultat est probant des efforts constants de toute l'équipe du Bureau du coroner afin de réduire le délai de traitement des dossiers.

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 2022-2023, le délai moyen pour terminer une investigation sans autopsie est de 8 mois, alors que ce délai est de 11,8 mois lorsqu'une autopsie est ordonnée.

### **Objectif 1.3 : Enrichir l'éventail des services en ligne**

Cet objectif de déploiement numérique s'inscrit dans la Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023 du Secrétariat du Conseil du trésor, qui touche nombre de plateformes et de processus de travail.

Actuellement, la clientèle du Bureau du coroner a accès à quelques services en ligne, soit la demande d'annexes, la demande de copie d'un rapport d'investigation, ainsi que le dépôt d'une plainte. Tous ces services sont accessibles par le biais d'un formulaire à même le site Web du Bureau.

L'organisme souhaite ajouter trois autres services en ligne, soit l'obtention des rapports d'investigation en ligne par le biais d'une bibliothèque virtuelle, l'instauration d'un service transactionnel pour faciliter par exemple la facturation des citoyens (paiement des annexes) et des transporteurs funéraires, et la capacité à repérer des recommandations parmi la banque des répertoires.

L'ajout et la bonification de services en ligne permettront aux citoyens d'obtenir beaucoup plus facilement certaines informations, qui doivent actuellement être demandées par courriel et traitées à la pièce, libérant par le fait même le personnel actuellement affecté à ces tâches. À titre d'exemple, les demandes de rapports d'investigation, quoiqu'acheminées par le biais d'un formulaire en ligne, demandent une intervention manuelle afin d'inscrire le demandeur dans le système de mission du Bureau du coroner. Le rapport est ensuite acheminé automatiquement, à partir du moment où il est prêt pour diffusion. En comparaison, le nouveau service en ligne sera une bibliothèque virtuelle contenant tous les rapports d'investigation du Bureau du coroner. Le citoyen pourra simplement effectuer sa recherche afin de télécharger lui-même le rapport. Ce service permettra évidemment aux chercheurs et aux journalistes d'obtenir plus rapidement certaines informations en effectuant des recherches par thème.

### Indicateur : Nombre de services en ligne bonifiés ou ajoutés annuellement

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	s. o.	s. o.	1	1	1
<b>Résultats</b>	s. o. (s. o.)				

#### Explication du résultat obtenu en 2022-2023

Aucun ajout ou modification de services en ligne n'était prévu les deux premières années. La réalisation des projets planifiés est prévue pour 2024-2025. Ainsi, le nombre de services en ligne bonifiés ou ajoutés au cours de l'année 2022-2023 est de zéro, tout comme la cible.

Orientation 2 : Servir les endeuillés avec tous les égards attendus

#### Objectif 2.1 : Offrir aux proches des personnes décédées un service personnalisé et empathique

Les coroners et le Service à la clientèle du Bureau du coroner accompagnent les proches des défunts dans le processus difficile qu'est la perte d'un proche. Ils répondent à leurs questions et les guident au travers des différentes étapes de l'investigation. Ainsi, tant les coroners que le personnel se font un devoir d'offrir aux proches des défunts un service empreint d'empathie et d'être à l'écoute de leurs besoins.

Les taux de satisfaction des endeuillés relativement à leurs échanges avec le coroner et avec le personnel du Bureau sont calculés grâce au sondage de satisfaction de la clientèle, qui, comme mentionné, est complété sur une base volontaire.

#### Indicateur 1: Taux de satisfaction des endeuillés relativement aux échanges avec le coroner

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %
<b>Résultats</b>	92,5 % (Atteinte)				

#### Indicateur 2 : Taux de satisfaction des endeuillés relativement aux échanges avec le personnel du Bureau

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %
<b>Résultats</b>	76,7 % (Atteinte)				

### **Explication des résultats obtenus en 2022-2023**

Les cibles de 70 % de taux de satisfaction des endeuillés relativement aux échanges avec le coroner et avec le personnel du Bureau sont atteintes. Ces mesures témoignent de l'empathie et de l'écoute dont font preuve les coroners et le personnel lors de leurs échanges avec les proches des défunts.

### **Enjeu 2 : Une force pour mieux protéger la vie**

La mission de prévention du Bureau du coroner se base sur les recommandations des coroners et les données recueillies sur les causes et circonstances des décès sur lesquels il se penche. Une fois consignées, ces données renseignent sur la mortalité dans la société québécoise.

Orientation 3 : Enrichir les connaissances sur la mortalité et les moyens de la réduire

### **Objectif 3.1 : Accroître l'impact des recommandations des coroners sur les organisations visées**

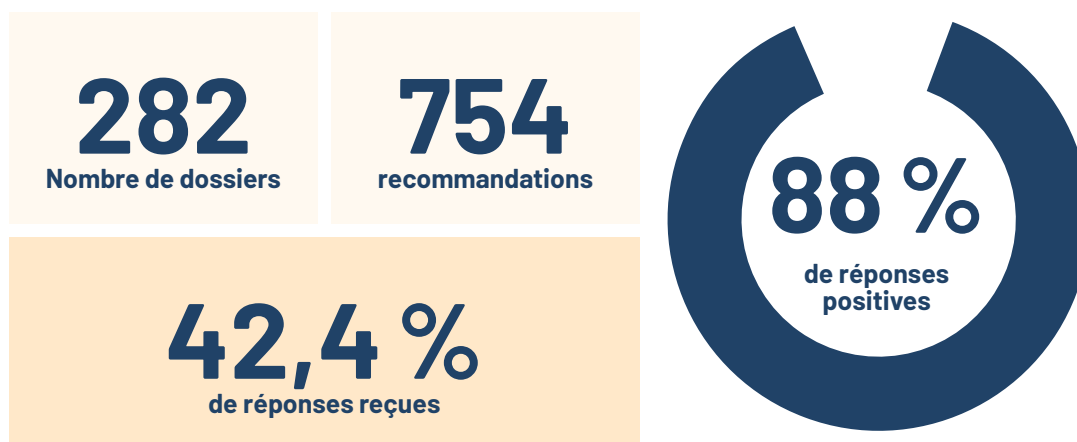
Les coroners formulent évidemment des recommandations dans l'objectif qu'elles soient mises en application, mais ils ne disposent d'aucun pouvoir de contrainte. Un conseiller en prévention les appuie dans la formulation de recommandations pertinentes. Par la suite, les coroners échangent avec les destinataires. Ils discutent notamment de la faisabilité et de l'applicabilité des recommandations ainsi que des mesures déjà en place. Ils vérifient ainsi une fois de plus qu'elles sont bien ciblées, et ce, en amont du dépôt de leur rapport.

En ce sens, le Bureau du coroner entretient un réseau de répondants dans divers milieux, que les coroners peuvent consulter afin de mieux cibler leurs recommandations. Ainsi, l'organisation mise sur le maintien et le développement de ce réseau pour favoriser un meilleur impact des recommandations des coroners.

Le taux de recommandations accueillies favorablement par les destinataires est calculé grâce à un outil de suivi des recommandations élaboré en vue de l'entrée en vigueur de la loi constitutive modifiée. Cet outil comptabilise les réponses reçues des destinataires de recommandations. Sont considérées comme accueillies favorablement les recommandations que les organisations se sont engagées à mettre en œuvre dans des délais réalistes.

### Indicateur : Taux de recommandations accueillies favorablement par les destinataires

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %
<b>Résultats</b>	37,3 % (Non atteinte)				



#### Explication du résultat obtenu en 2022-2023

Sur l'année budgétaire 2022-2023, le taux de réponses reçues s'élève à 42,4 % dont 88 % sont des réponses positives. C'est ce qui explique un taux de 37,3 % de réponses positives pour l'ensemble des recommandations. Du travail reste donc à accomplir afin de rehausser significativement le taux de réponse de nos destinataires. Le processus de suivi sera revu et amélioré et comme la Loi sur les coroners enchâsse désormais l'obligation de réponse pour les destinataires de recommandations, cela devrait contribuer à atteindre la cible dans les prochaines années.

#### Objectif 3.2 : Sensibiliser le public à la prévention des décès évitables

Le Bureau du coroner dispose de différents moyens afin de s'adresser au public. Les activités de sensibilisation comptabilisées pour l'évaluation de cet objectif incluent les avis du coroner en chef, les communiqués et les conférences de presse.

En plus de ces médiums, les coroners accordent des entrevues, sur demande, lors de la diffusion d'un rapport. Ils sont parfois invités à participer à des émissions de télévision et de radio ou à des baladodiffusions, selon les dossiers sur lesquels ils ont travaillé ou afin d'expliquer de façon générale la fonction et la mission des coroners. Ces participations ponctuelles ne sont pas comptabilisées par le plan stratégique.

La cible établie pour les cinq années sur lesquelles s'échelonne le plan stratégique est une cible fixe, puisque les activités du Bureau du coroner sont tributaires des décès qui surviennent. Ainsi, un objectif fixe semble justifié, puisque l'organisme n'a pas le rôle de créer de la nouvelle.

### Indicateur : Nombre d'activités de sensibilisation

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	10	10	10	10	10
<b>Résultats</b>	9 <sup>7</sup> (Non atteinte)				

#### Explication du résultat obtenu en 2022-2023

Le Bureau du coroner a tenu neuf activités de sensibilisation au cours de l'année 2022-2023, soit la diffusion de sept communiqués de presse visant à diffuser les conclusions et recommandations de rapports d'investigation ou d'enquête, ainsi que deux conférences de presse. C'est ce type d'activités qui a été retenu dans le Plan stratégique pour rendre compte des activités de sensibilisation du public. Toutefois, sans être comptabilisées dans ce tableau, plusieurs autres types d'activités permettant de sensibiliser le public ont eu lieu au cours de l'année, et ce, par différents moyens de communication.

### Objectif 3.3 : Soutenir la recherche et l'observation détaillée des phénomènes de mortalité liés à des enjeux de prévention

Le rôle de recherche et d'observation des phénomènes de mortalité est effectué en collaboration avec différents partenaires, comme des équipes de recherche universitaire, les partenaires des comités d'examen des décès, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le MSSS et les directions régionales de santé publique, en mettant les données du Bureau du coroner à leur disposition. Les équipes de recherche se voient aussi donner l'accès aux archives des coroners.

### Indicateur : Taux de satisfaction des partenaires relativement à la collaboration en matière d'activités de recherche et d'observation

	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027
<b>Cibles</b>	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %
<b>Résultats</b>	100 % (Atteinte)				

#### Explication du résultat obtenu en 2022-2023

Le taux de satisfaction relativement à la collaboration en matière d'activités de recherche et d'observation est calculé à partir d'un sondage de satisfaction soumis aux partenaires. Cet outil de mesure a révélé que 89,3 % des partenaires étaient « tout à fait satisfaits » de leur collaboration avec le Bureau, et que 10,7 % étaient « plutôt satisfaits », pour un total de 100 % de satisfaction.

7 Les activités de sensibilisation comptabilisées pour l'évaluation de cet objectif incluent seulement les avis du coroner en chef, les communiqués et les conférences de presse.

## 2.2 TRAITEMENT DES PLAINTES

Dans la visée d'offrir des services à la hauteur des attentes des citoyens, le Bureau du coroner opère un processus accessible permettant aux citoyens de déposer, en cas d'insatisfaction, une plainte tant par téléphone, par écrit, que par le biais d'un formulaire sur le site Internet de l'organisation.

Au cours de la dernière année, le délai de traitement des plaintes s'est amélioré : il est de 8 jours pour l'année 2022-2023, alors qu'il était de 11 jours en 2021-2022.

Cette année, le Bureau du coroner a reçu 149 plaintes et en a traité 146 (y compris celles qui n'avaient pas été fermées au cours de la période précédente). Trois plaintes étaient toujours en traitement au 31 mars 2023.

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

NATURE DE LA PLAINTÉ	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2022-2023	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2021-2022	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2020-2021	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2019-2020
Comportement du coroner	4	11	4	17
Comportement d'un employé	1	0	1	3
Délai de production du rapport d'investigation ou d'enquête	6	9	5	25
Désaccord avec le contenu du rapport d'investigation ou d'enquête	30	31	27	48
Difficulté à joindre le coroner	2	2	0	0
Difficulté à joindre un employé	0	0	0	0
Erreur matérielle dans un rapport d'investigation ou d'enquête	101	77	42	60
Transporteur funéraire	0	0	3	4
Autre <sup>8</sup>	5	1	3	10
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>131</b>	<b>85</b>	<b>167</b>

8 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 de renseignements personnels, ou encore une difficulté rencontrée par le citoyen à obtenir une information complète et précise.

Le nombre de plaintes reçues pour erreur matérielle dans un rapport d'investigation ou d'enquête est passé de 77 en 2021-2022 à 101 en 2022-2023. Les erreurs matérielles sont par exemple des fautes de frappe, des erreurs dans la graphie d'un nom ou d'un prénom, des erreurs de dates ou de lieu, etc. La correction des erreurs matérielles n'apporte aucun effet sur la détermination des causes et circonstances du décès investigué.

En outre, le Bureau du coroner a produit 129 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. Nombre de ces amendements découlent d'un simple signalement afin de porter les coquilles à l'attention du coroner et ne font pas l'objet d'une plainte.

## 2.3 DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENNES ET CITOYENS

### Résultats relatifs aux engagements portant sur la qualité des services

#### L'ORGANISATION S'ENGAGE À ASSURER :

- Un service respectueux, rigoureux et empathique
- La confidentialité des renseignements personnels
- Des démarches simples pour l'obtention d'un service
- Un traitement équitable lors de la prestation de services
- L'accessibilité des services adaptés aux besoins de la clientèle

Les engagements relatifs à la qualité des services sont inclus dans le Plan stratégique de l'organisme. À cet effet, les résultats de ces données sont présentés à la section 2.1.

## Résultats relatifs aux engagements portant sur les normes de service

Date d'entrée en vigueur : 2 février 2023

ENGAGEMENTS		CIBLES PRÉVUES PAR LA DSC	RÉSULTATS 2022-2023
<b>Engagements sur les délais de réponse</b>			
Répondre à votre demande d'accès à l'information dans le respect des délais prescrits par la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i>		100 % des demandes	95 % des demandes ( <i>Non atteinte</i> )  Une demande sur un total de 22 demandes traitées en 2022-2023 a été traitée en plus de 30 jours.  Le délai moyen était de 15 jours.
<b>Engagements sur la disponibilité des rapports d'investigation</b>			
Produire les rapports d'investigation dans un délai de 9 mois ou moins à partir du moment où le coroner a été avisé du décès		64 % des rapports (cible initiale du Plan stratégique 2022-2027)	68,2 % ( <i>Atteinte</i> )  L'explication de ce résultat est disponible à la section 2.1.
<b>ENGAGEMENTS SUR L'OBTENTION DE RAPPORTS ET DOCUMENTS</b>			
<b>Les rapports d'investigation</b>			
Personnes inscrites avant la fermeture du dossier	Envoyer les rapports aux proches endeuillés et aux destinataires de recommandations 24 h ouvrables après la fermeture du dossier	100 % des rapports	100 % des rapports ( <i>Atteinte</i> )
	Envoyer les rapports à toute autre personne 7 jours ouvrables après la fermeture du dossier	100 % des rapports	100 % des rapports ( <i>Atteinte</i> )

### Les annexes aux rapports

Traiter votre demande d'accès aux annexes des rapports de coroner et y répondre en 30 jours ouvrables	100 % des demandes	Non disponible <sup>9</sup>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	-----------------------------

### ENGAGEMENTS SUR LE DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES

Fournir une réponse aux commentaires et plaintes dans un délai de 20 jours ouvrables	100 % des plaintes	92,5 % des plaintes ( <i>Non atteinte</i> )  Onze plaintes sur un total de 146 traitées en 2022-2023 ont été traitées en plus de 20 jours ouvrables.  Délai moyen de 8 jours pour le traitement des plaintes.
--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9 Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les coroners en novembre 2022, les annexes des rapports de coroner peuvent être transmises en cours d'investigation, et ce, sous certaines conditions. Étant donné ce changement dans le traitement en cours d'année financière, le délai de traitement des demandes d'annexes ne peut être calculé formellement pour 2022-2023.

### 3. Les ressources utilisées

#### 3.1 UTILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

##### Répartition de l'effectif par secteur d'activité

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	2021-2022	2022-2023	ÉCART
Bureau du coroner	62	61	(1)

##### Formation et perfectionnement du personnel

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au perfectionnement du personnel par champ d'activité<sup>10</sup>

CHAMPS D'ACTIVITÉ	2021	2022
Favoriser le perfectionnement des compétences	54 011 \$	21 194 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	4 907 \$	1 655 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	443 \$	3 776 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	868 \$	0 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	3 252 \$	2 746 \$

<sup>10</sup> La reddition de comptes dans ce tableau s'effectue pour l'année civile.

## Évolution des dépenses en formation<sup>11</sup>

RÉPARTITION DES DÉPENSES EN FORMATION	2021	2022
Proportion de la masse salariale (%)	0,8	0,4
Nombre moyen de jours de formation par personne	-	-
Cadre et coroner	6,4	2,4
Professionnel	0,9	1,5
Fonctionnaire	0,6	0,8
Total <sup>12</sup>	1,32	1,1
Somme allouée par personne <sup>13</sup>	1 024 \$	683 \$

Les dépenses de formation par personne ont diminué en 2022. Cette diminution des coûts s'explique en partie par le fait que davantage de formations se donnent dorénavant à distance, ce qui diminue les coûts engendrés par les déplacements. Par ailleurs, en raison de la pandémie, moins de formations ont été suivies en 2022.

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

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

Les départs involontaires, 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.

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

	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Taux de départ volontaire (%)	17,1	19,4	15,2

11 La reddition de comptes dans ce tableau s'effectue pour l'année civile.

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

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

### Nombre de départs à la retraite inclus dans le calcul du taux de départ volontaire

	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Nombre d'employés ayant pris leur retraite au sein du personnel régulier	3	2	0

### Régionalisation de 5 000 emplois de l'administration publique

En octobre 2018, le gouvernement du Québec s'est engagé à réaliser un projet ambitieux et porteur pour l'ensemble de l'administration publique québécoise<sup>14</sup> : la régionalisation de 5 000 emplois. Le projet, sur un horizon de dix ans, est une priorité pour renforcer l'occupation et la vitalité économique du territoire québécois.

### Emplois régionalisés au 31 janvier 2023<sup>15</sup>

CIBLE DES EMPLOIS À RÉGIONALISER PAR L'ORGANISATION AU 30 SEPTEMBRE 2028	TOTAL DES EMPLOIS RÉGIONALISÉS PAR L'ORGANISATION DU 1 <sup>ER</sup> OCTOBRE 2018 AU 31 JANVIER 2023
0	0

14 Les termes « administration publique » et « organisations de l'administration publique (OAP) », dans le cadre du Plan gouvernemental de régionalisation, excluent les réseaux de la santé et de l'éducation qui ne sont pas visés par le plan.

15 Emplois régionalisés au 31 janvier 2023, selon les critères du Plan gouvernemental de régionalisation et les détails fournis dans le document de questions et réponses.

## 3.2 UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

### Dépenses par secteur d'activité

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 deux grandes catégories : la rémunération des membres du personnel et des coroners et les dépenses de fonctionnement.

#### Dépenses et évolution par secteur d'activité

SECTEURS D'ACTIVITÉ	BUDGET DE DÉPENSES 2022-2023 <sup>16</sup> (000 \$) (1)	DÉPENSES PRÉVUES AU 31 MARS 2023 <sup>17</sup> (000 \$) (2)	ÉCART (000 \$) (3) = (2) - (1)	DÉPENSES RÉELLES 2021-2022 <sup>18</sup> (000 \$) (4)
<b>Rémunération</b>	-	-	-	
Employés réguliers et occasionnels	4 461,8	5 080,6	618,8	5 015,6
Coroners à temps partiel nommés par décret	3 000,0	3 810,0	810,0	3 796,3
<b>Sous-total</b>	7 461,8	8 890,6	1 428,8	8 811,9
<b>Fonctionnement</b>	3 496,9	4 274,1	777,2	3 402,5
<b>Total</b>	<b>10 958,7</b>	<b>13 173,2</b>	<b>2 214,5</b>	<b>12 214,5</b>

Le taux d'utilisation du budget de 120,2 % est dû principalement à la rémunération, mais aussi, dans une moindre mesure, aux dépenses de fonctionnement. Le montant dépensé relatif à la rémunération représente 119,2 % du montant prévu au budget. Les dépenses liées à la rémunération des employés réguliers et occasionnels ont été plus élevées en raison notamment des enquêtes publiques d'envergure. L'écart est aussi dû aux augmentations salariales rétroactives ainsi qu'aux paiements forfaitaires aux professionnels après l'adoption d'une nouvelle grille salariale pour les fonctionnaires ainsi qu'une augmentation du nombre de dossiers d'investigation terminés au cours de l'année financière causant ainsi une croissance de la rémunération des coroners à temps partiel. Les dépenses de fonctionnement ont crû de 25,6 % cette année par rapport à l'année passée en raison de l'inflation et de l'augmentation des cas de coroners.

16 Budget de dépenses 2022-2023, Crédits et dépenses des portefeuilles.

17 Dépenses préliminaires dans le contexte où les travaux effectués dans le cadre de la préparation des comptes publics du gouvernement du Québec ne sont pas terminés.

18 Comptes publics 2021-2022.

### 3.3 UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

#### Bilan des réalisations en matière de ressources informationnelles

Il est à noter que la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du MSP offre au Bureau du coroner des services de soutien et de développement informatiques ainsi que des services d'acquisition.

Afin que le Bureau du coroner, qui relève du ministre de la Sécurité publique et est assujéti à la Loi sur l'administration publique, puisse produire sa reddition de comptes en matière de ressources informationnelles, le MSP lui transmet l'information qui lui est propre concernant les services informatiques que lui offre la DGTI. Conséquemment, l'imputation des résultats réels et des prévisions budgétaires demeure sous la responsabilité du MSP. Ainsi, les données sur les ressources informationnelles n'influent pas sur les résultats du Bureau du coroner.

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

#### Dépenses et investissements réels en ressources informationnelles en 2022-2023

TYPE D'INTERVENTION	INVESTISSEMENTS (000 \$)	DÉPENSES (000 \$)
Projet <sup>19</sup>	181	24
Activités <sup>20</sup>	32	196
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>220</b>

19 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).

20 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.

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 des morgues 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.

Des améliorations sont apportées en continu par la DGTI à notre système de mission. Pendant la dernière année, les améliorations faites touchaient les opérations de tous les secteurs de l'organisme, afin d'optimiser les processus de travail. Notons entre autres la suite des travaux liés au projet d'informatisation du bulletin de décès (SP-3) et de ceux concernant le suivi des recommandations, qui découlent de la refonte de notre loi constitutive.

## 4. Annexes – autres exigences

### 4.1 GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Répartition des effectifs en heures rémunérées pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023

CATÉGORIES	HEURES TRAVAILLÉES [1]	HEURES SUPPLÉMENTAIRES [2]	TOTAL DES HEURES RÉMUNÉRÉES [3] = [1] + [2]	TOTAL EN ETC TRANSPOSÉS [4] = [3]/1 826,3
1. Personnel d'encadrement	14 233	-	14 233	7,8
2. Personnel professionnel	27 445	354	27 798	15,2
3. Personnel de bureau, techniciens et assimilés	60 069	899	60 968	33,4
<b>Total 2022-2023</b>	<b>101 746</b>	<b>1 253</b>	<b>102 999</b>	<b>56,4</b>
<b>Total 2021-2022</b>	<b>107 318</b>	<b>1 721</b>	<b>109 039</b>	<b>59,7</b>

#### Contrats de service

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.

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023

	NOMBRE	VALEUR (\$)
Contrats de service avec une personne physique (en affaires ou non)	2	112 000
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	16	1 285 000
<b>Total des contrats de service</b>	<b>18</b>	<b>1 397 000</b>

### 4.2 DÉVELOPPEMENT DURABLE

Afin de contribuer à la Stratégie gouvernementale de développement durable (SGDD) 2015-2020, qui a été prolongée par le décret 626-2022, le Bureau du coroner a élaboré un Plan d'action de développement durable transitoire 2022-2023.

## Sommaire des résultats du Plan d'action de développement durable pour la période 2022 – 2023

### Objectif gouvernemental 1.1

#### Renforcer les pratiques de gestion écoresponsables dans l'administration publique

OBJECTIF MINISTÉRIEL	ACTIONS	INDICATEURS	CIBLES 2022-2023	RÉSULTATS 2022-2023	ATTEINTE DE LA CIBLE
1. S'approvisionner de façon responsable (marchés publics)	Calculer la proportion des acquisitions écoresponsables	Proportion des acquisitions écoresponsables effectuées	Être en mesure de fournir la proportion des acquisitions responsables effectuées en 2021-2022 <sup>21</sup>	6,08 % <sup>22</sup>	Atteinte
2. Évaluer l'impact environnemental des déplacements pour chacun des secteurs d'activités	Calculer l'émission moyenne de CO <sub>2</sub> par <b>transport terrestre d'une dépouille</b>	Émissions de CO <sub>2</sub> (en t éq.CO <sub>2</sub> )	Comptabiliser les émissions de CO <sub>2</sub> (t éq.CO <sub>2</sub> ) pour la période 2022-2023 <sup>23</sup>	67,717 t éq. CO <sub>2</sub>	Atteinte
	Calculer l'émission moyenne de CO <sub>2</sub> par <b>transport aérien d'une dépouille</b>				
	Calculer les déplacements totaux annuels (en km) des <b>coroners à temps partiel</b>	Nombre total de km	Comptabiliser les km totaux pour la période 2022-2023 <sup>24</sup>	32 180 km	Atteinte
Calculer les déplacements totaux annuels (en km) des <b>coroners à temps plein et du personnel</b>					

21 L'année 2021-2022 a été retenue en raison du délai d'obtention de certaines factures après la fin de l'année financière. Cela permet de créer un portrait complet des acquisitions effectuées.

22 Sur un total de 97 000 \$ d'achats. Ces données sont extraites de Sagir. Elles seront à l'avenir compilées à partir du Système électronique d'appel d'offres du gouvernement du Québec (SEAO).

23 La cible du *Plan d'action de développement durable transitoire 2022-2023* couvrait l'année 2021-2022, mais nous avons compilé les plus récentes données accessibles, soit les données 2022-2023.

24 *Ibid.*

## Objectif gouvernemental 1.2

### Renforcer la prise en compte des principes de développement durable par les ministères et organismes publics

OBJECTIF MINISTÉRIEL	ACTIONS	INDICATEURS	CIBLES 2022-2023	RÉSULTATS 2022-2023	ATTEINTE DE LA CIBLE
3. Évaluer la durabilité des interventions structurantes de l'organisme, dont le plan stratégique 2022-2027 (prise en compte des principes de développement durable)	Améliorer la durabilité des interventions structurantes de l'organisme	Proportion des interventions structurantes ayant fait l'objet d'une évaluation de la durabilité	Être en mesure de fournir la proportion des interventions structurantes ayant fait l'objet de l'évaluation de la durabilité en 2022-2023	50 % <sup>25</sup>	Atteinte
4. Développer la connaissance, l'expertise et l'offre de services du gouvernement à l'égard de sujets clés (le numérique responsable; la finance durable; les compétences et emplois nécessaires à l'économie verte et au climat; l'économie circulaire; la révision du système national d'indicateurs de développement durable)	Sensibiliser les employés à l'intégration du développement durable dans leurs pratiques	Proportion des employés qui ont été sensibilisés à l'intégration du développement durable dans leurs pratiques	75 %	100 %	Atteinte

## 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 2022-2023.

25 Deux interventions réalisées par le Bureau du coroner en 2022-2023 sont considérées comme étant des interventions structurantes au sens de la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020, soit l'élaboration du plan stratégique 2022-2027 et le mémoire du Comité violence conjugale déposé à l'occasion des travaux de la commission parlementaire sur le projet de loi 15, visant à modifier la Loi sur la protection de la jeunesse. Seule l'évaluation de la durabilité de la planification stratégique a été réalisée, ce qui explique le résultat de 50 % présenté.

## 4.4 ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI

### Données globales

Effectif régulier au 31 mars 2023

**NOMBRE DE PERSONNES OCCUPANT  
UN POSTE RÉGULIER**

33

Nombre total des personnes embauchées, selon le statut d'emploi, au cours de la période 2022-2023

RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
4	21	2	1

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

Embauche des membres de groupes cibles en 2022-2023

STATUT D'EMPLOI	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
Nombre total de personnes embauchées 2022-2023	4	21	2	1
Nombre de membres des minorités visibles et ethniques embauchés	0	3	0	0
Nombre d'anglophones embauchés	0	0	0	0
Nombre d'Autochtones embauchés	0	0	0	0
Nombre de personnes handicapées embauchées	0	0	0	0
Nombre de personnes embauchées membres d'au moins un groupe cible	0	3	0	0
Taux d'embauche des membres d'au moins un groupe cible par statut d'emploi (%)	0	14,3	0	0

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

STATUT D'EMPLOI	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Régulier (%)	0	33,3	0
Occasionnel (%)	12,5	21,4	14,3
Étudiant (%)	0	0	0
Stagiaire (%)	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

GROUPE CIBLE	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES
Nombre au 31 mars 2021	-	-	-
Taux de présence dans l'effectif régulier au 31 mars 2021 (%)	-	-	-
Nombre au 31 mars 2022	-	-	-
Taux de présence dans l'effectif régulier au 31 mars 2022 (%)	-	-	-
Nombre au 31 mars 2023	-	-	-
Taux de présence dans l'effectif régulier au 31 mars 2023 (%)	-	-	-

**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**

<b>GROUPE CIBLE PAR REGROUPEMENT DE RÉGIONS</b>	<b>MVE MONTRÉAL/ LAVAL</b>	<b>MVE OUTAOUAIS/ MONTÉRÉGIE</b>	<b>MVE ESTRIE/ LANAUDIÈRE/ LAURENTIDES</b>	<b>MVE CAPITALE-NATIONALE</b>	<b>MVE AUTRES RÉGIONS</b>
Nombre au 31 mars 2021	2	-	-	2	-
Taux de présence dans l'effectif régulier et occasionnel au 31 mars 2021 ( % )	13,3	-	-	4,1	-
Nombre au 31 mars 2022	2 <sup>26</sup>	-	-	3 <sup>27</sup>	-
Taux de présence dans l'effectif régulier et occasionnel au 31 mars 2022 ( % )	16,7	-	-	7,7	-
Nombre au 31 mars 2023	3	-	-	4	-
Taux de présence dans l'effectif régulier et occasionnel au 31 mars 2023 ( % )	15,8	-	-	9,5	-

**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 2023**

<b>GROUPE CIBLE</b>	<b>PERSONNEL D'ENCADREMENT (NOMBRE)</b>	<b>PERSONNEL D'ENCADREMENT (%)</b>
Minorités visibles et ethniques	0	0

26 Dans le rapport annuel de gestion 2021-2022, cette donnée était erronée (nombre publié : 1). Elle a été ajustée ici.

27 Dans le rapport annuel de gestion 2021-2022, cette donnée était erronée (nombre publié : 2). Elle a été ajustée ici.

## Femmes

### Taux d'embauche des femmes en 2022-2023 par statut d'emploi

	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE	TOTAL
Nombre total de personnes embauchées	4	21	2	1	28
Nombre de femmes embauchées	3	19	2	1	25
Taux d'embauche des femmes (%)	75	90	100	100	89

### Taux de présence des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2023

GRUPE CIBLE	EFFECTIF TOTAL (NOMBRE TOTAL D'HOMMES ET DE FEMMES)	NOMBRE TOTAL DE FEMMES	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES FEMMES (%)
Personnel d'encadrement	9	6	67
Personnel professionnel <sup>28</sup>	11	7	64
Personnel technicien	7	6	86
Personnel de bureau	6	6	100
Agentes et agents de la paix	0	0	-
Personnel ouvrier	0	0	-
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>76</b>

### Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH)<sup>29</sup>

#### Nombre de nouveaux participants et de nouvelles participantes au PDEIPH accueillis du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars

2020-2021	2021-2022	2022-2023
1	0	1

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

29. Ce programme a pris fin en 2022-2023.

## Autres mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi pour l'un des groupes cibles<sup>30</sup>

Autres mesures ou actions en 2022-2023 (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 2022-2027	Personnes handicapées	1

## 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 27 demandes d'accès à l'information en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).

#### Nombre total de demandes reçues

<b>NOMBRE TOTAL DE DEMANDES REÇUES</b>	27 demandes
----------------------------------------	-------------

Lors de l'exercice de 2021-2022, 26 demandes avaient été comptabilisées. Par ailleurs, une demande de 2021-2022 a été traitée en 2022-2023, et une demande reçue en 2022-2023 a été traitée en 2023-2024.

Le délai moyen pour traiter ces demandes a été de 15 jours. Le délai est donc resté le même que lors de l'exercice précédent. Au total, 18 demandes ont été refusées en tout ou en partie en s'appuyant sur les motifs prescrits par l'un ou l'autre des articles 14, 15, 17, 33, 37, 47, 48, 51, 53 et 54 de cette loi, ainsi qu'en vertu des articles 88, 93, 101, 162.1 et 180 de la Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01).

Au cours de l'année 2022-2023, le Bureau du coroner a reçu 2 avis de révision de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI) pour lesquels nous demeurons en attente d'une date d'audition. Par ailleurs, le Bureau du coroner demeurait, lors de la signature du dernier RAG, en attente d'une décision relativement à un avis reçu en 2021-2022. La décision rendue en 2022-2023 a, en substance, confirmé la décision du responsable de l'accès aux documents.

Le Bureau du coroner s'est adressé à la CAI afin d'être autorisé à ne pas tenir compte d'une demande d'accès à l'information dont le traitement serait susceptible de nuire sérieusement aux activités de l'organisme au sens de l'article 137.1. Ce dossier a fait l'objet d'un règlement.

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

Le Bureau est aussi intervenu dans un dossier en révision d'une décision rendue par le ministère de la Sécurité publique afin de faciliter le règlement complet du litige puisque certains documents relevaient plutôt de sa compétence. Il a communiqué les documents concernés au demandeur. Par ailleurs, des audiences ont été tenues dans deux dossiers dans lesquels le Bureau du coroner était intervenu lors de l'exercice précédent.

La Loi sur l'accès à l'information a été modifiée et inclut de nouvelles dispositions, dont l'obligation de créer un comité sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels. Ce comité a été créé par le Bureau dans les délais prescrits par la Loi. Il est chargé de soutenir l'organisme dans l'exercice de ses responsabilités et dans l'exécution de ses obligations en vertu de la Loi sur l'accès à l'information.

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

DÉLAIS DE TRAITEMENT	DEMANDES D'ACCÈS À DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	DEMANDES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RECTIFICATION
0 à 20 jours	16	4	0
21 à 30 jours	5	1	0
31 jours et plus (le cas échéant)	1	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

### 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)	5	3	0	s. o.
Partiellement acceptée	4	1	0	Art 15, 17, 37, 47, 48, 53 et 54 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics
Refusée (entièrement)	12	1	0	Art 14 15, 33, 47, 48, 51, 53 et 54 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et Art. 162.1 et 180 de la Loi sur les coroners
Autres	1	0	0	s. o.

### Mesures d'accommodement et avis de révision

NOMBRE TOTAL DE DEMANDES D'ACCÈS AYANT FAIT L'OBJET DE MESURES D'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE	0
NOMBRE D'AVIS DE RÉVISION REÇUS DE LA COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION	2

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

Au cours de l'année 2022-2023, une nouvelle analyse de la situation linguistique du Bureau du coroner a été réalisée par l'OQLF. Le certificat de conformité résultant de cette analyse sera remis au Bureau dans les prochains mois.

Par ailleurs, afin de sensibiliser ses employés à l'importance de la langue française et de cultiver leur curiosité par rapport à celle-ci, le Bureau du coroner inclut depuis avril 2022 une capsule linguistique dans son infolettre mensuelle destinée aux membres du personnel et aux coroners.

Finalement, la possibilité d'offrir le logiciel Antidote à l'ensemble des coroners investigateurs à temps partiel est toujours en analyse par le ministère de la Sécurité publique.

## 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 : -	

## 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 ?	Oui
Si oui, expliquez lesquelles : Questionnaire sur la politique linguistique du Bureau du coroner publié dans l'infolettre au personnel de mai 2022.	

## 4.7 ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Le Bureau du coroner est très engagé dans la recherche de solutions pour contrer la violence conjugale, et surtout, éviter des décès pouvant en résulter. À cet effet, l'action 51 du Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023, qui prévoyait la création du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, était sous sa responsabilité. L'action 45 de la Stratégie gouvernementale intégrée pour contrer la violence sexuelle, la violence conjugale et rebâtir la confiance 2022-2027 vise à poursuivre en continu les activités du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale.

Le comité a été créé à la fin de l'année 2017, puis les travaux ont été lancés 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. Il s'agit d'un comité permanent, dont les travaux sont effectués en continu.

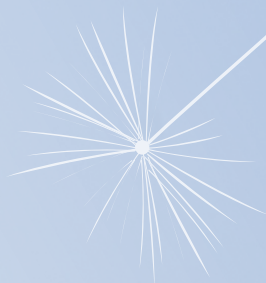
Ce comité se rend disponible aux coroners pour donner un avis dans le cadre de dossiers liés à la violence conjugale afin de les appuyer dans leurs investigations et les soutenir dans la formulation de recommandations pertinentes. Il a aussi produit, au cours de la dernière année, une grille d'analyse mise à la disposition des coroners pour les aider dans leurs investigations en cette matière.

## 4.8 POLITIQUE DE FINANCEMENT DES SERVICES PUBLICS

### **Coût des biens et des services non tarifés (coût de revient)**

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 4 952,75 \$ en 2022-2023, ce qui a permis de couvrir les coûts engendrés pour fournir ces services au cours de l'exercice.

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



# Section 2

## Rapport des activités des coroners



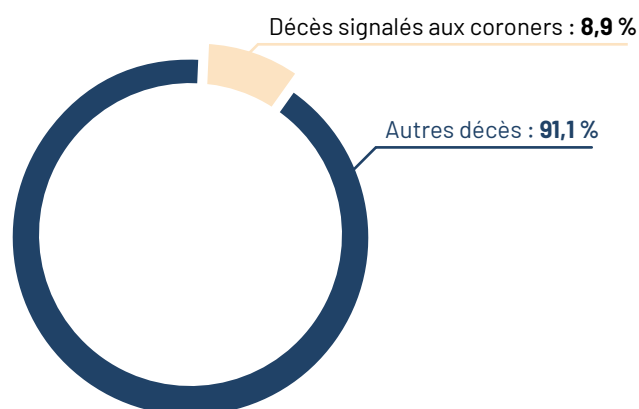
Les résultats présentés dans la présente section sont calculés en fonction de l'année civile (1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022), contrairement à ceux de la section précédente qui sont plutôt basés sur l'année financière (1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023).

# 1. Investigations

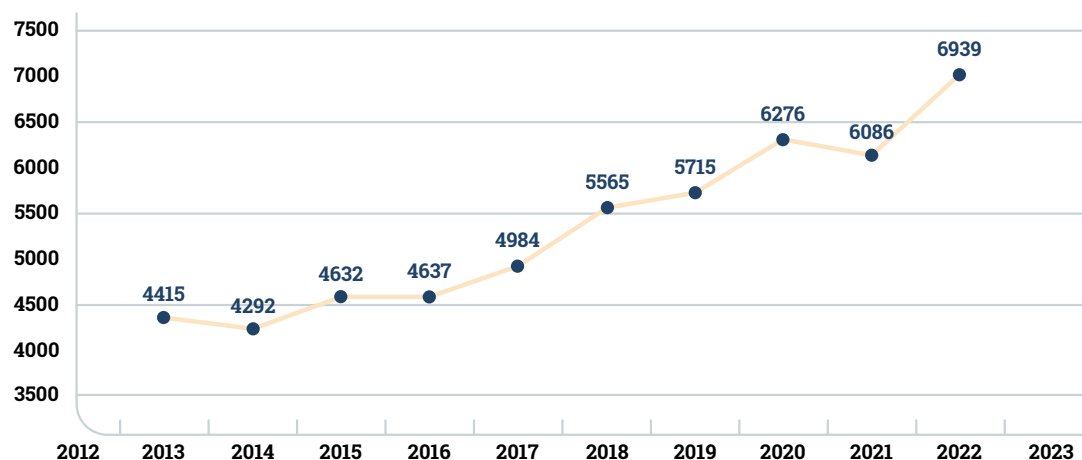
## 1.1 DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

En 2022, 6 939 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 8,9 % de tous les décès survenus au Québec. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (94,7 %).

**Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2022 sur l'ensemble des décès survenus au Québec<sup>31</sup>**



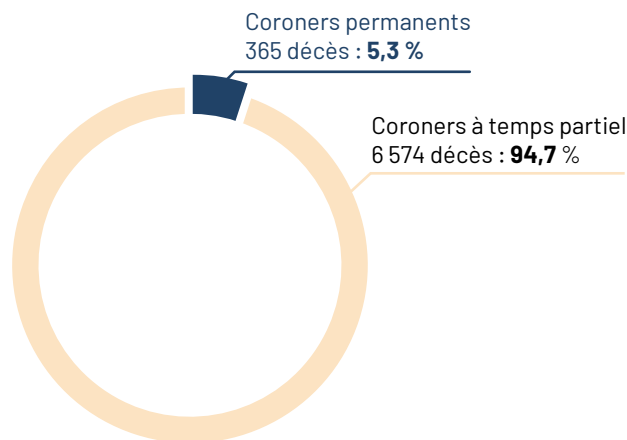
**Évolution des décès signalés aux coroners de 2013 à 2022<sup>32</sup>**



31 Estimation à partir des données provisoires de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour 2022.

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

## Répartition des décès signalés entre les coroners à temps plein et les coroners à temps partiel en 2022



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 2022. Les décès dont les causes probables ne peuvent être établies constituent la plus grande part (50,8 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence (38,5 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (8,5 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,3 %). 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 2022

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Causes de décès indéterminées	3 524	50,8
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 673	38,5
Autorisation de sortie de corps du Québec	589	8,5
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	18	0,3
Autres raisons ou raison inconnue	135	1,9
<b>Total des décès signalés</b>	<b>6 939</b>	<b>100</b>

## 1.2 AUTOPSIES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies conventionnelles ont été ordonnées dans 20,7 % des cas de décès signalés aux coroners, pour un total de 1 439 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au LSJML. En comparaison, 535 autopsies virtuelles ont été réalisées, soit dans 7,7 % des cas de décès signalés aux coroners.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2022 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners dans 55,9 % des cas. Toutes les analyses toxicologiques sont centralisées au LSJML, à Montréal.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (1,8 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2022.

### Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner<sup>33</sup>

EXPERTISES	NOMBRE	%
Autopsies conventionnelles	1 439	20,7
Autopsies virtuelles	535	7,7
Toxicologie	3 879	55,9
Autres expertises	127	1,8

## 1.3 QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2022

### Mieux protéger les signaleurs routiers

Le 8 avril 2021, vers 13 h, une équipe de travailleurs spécialisés était à installer des dispositifs de signalisation dans l'accotement de l'autoroute Jean-Lesage (autoroute 20) en direction est, près du kilomètre 188,5, dans la municipalité de Saint-Cyrille-de-Wendover.

À ce moment, un véhicule de protection muni d'un atténuateur d'impact (VP-AIFV) est immobilisé dans la voie de droite, direction Québec, pendant que des travailleurs viennent tout juste de procéder à l'installation d'un panneau de signalisation annonçant des travaux dans 2 km. C'est alors qu'un conducteur de train routier circulant dans la même voie heurte le VP-AIFV et perd le contrôle de son camion. Un signaleur routier s'est trouvé dans la trajectoire du train routier après son dérapage. Le train routier l'a happé mortellement. L'homme est décédé d'un polytraumatisme sévère. Il s'agit d'un décès accidentel.

33 Les pourcentages sont calculés en fonction des 6 939 décès signalés en 2022.

Bien que plusieurs mesures pour accroître la sécurité des travailleurs en signalisation routière ont été mises en place par le ministère des Transports du Québec et la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail depuis le décès de ce signaleur routier, le coroner, M<sup>e</sup> Yvon Garneau, mandaté pour faire la lumière sur les causes et circonstances de ce décès, formule des recommandations pour mieux protéger ces travailleurs. Ainsi, il recommande :

- À la Société de l'assurance automobile du Québec d'intensifier ses efforts en menant des activités d'éducation et de sensibilisation auprès des conducteurs de véhicules quant à l'importance de respecter le corridor de sécurité mis en place lors de travaux sur le réseau routier.
- Au ministère des Transports du Québec :
  - D'installer un panneau à messages variables (PMV) localisé le plus près du chantier annonçant 24 h à l'avance et que toute entrave de voie soit annoncée, en temps réel, sur les PMV;
  - De se concerter avec la Sûreté du Québec pour une surveillance policière accrue pour la durée de l'installation et de l'enlèvement des dispositifs de signalisation pendant les travaux;
  - D'abaisser la vitesse à 70 km/h pour les travaux de courte durée lors d'installation et d'enlèvement de dispositifs de signalisation;
  - D'augmenter les amendes et les points d'inaptitude des conducteurs de véhicules lors du non-respect du corridor de sécurité mis en place lors de travaux sur le réseau routier.
- Au ministère des Transports du Québec en collaboration avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail de poursuivre et d'intensifier les efforts en menant des activités d'éducation et de sensibilisation (ex. campagne et autres) afin de renforcer la sécurité des travailleurs en signalisation routière.

## **Évaluer les risques suicidaire et homicidaire**

Le 22 octobre 2019, vers 21 h, les corps d'un homme et de ses deux enfants ont été découverts à la résidence familiale, dans un contexte de rupture imminente. Il s'agit de deux homicides suivis d'un suicide.

Selon la coroner, M<sup>e</sup> Stéphanie Gamache, lorsqu'une tentative de suicide survient dans un contexte de séparation imminente, la combinaison de ces éléments constitue un facteur de risque homicidaire réel et présent dans plusieurs événements analysés par des comités de révision des décès en lien avec la violence conjugale créés dans différentes juridictions comme le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale du Bureau du coroner.

L'analyse de M<sup>e</sup> Gamache a mis en lumière plusieurs enjeux clés pour une meilleure protection de la vie humaine, soit : la reconnaissance des facteurs de risque propres à la violence conjugale, le rôle clé d'un proche dans le contexte d'une tentative de suicide, l'élaboration d'une grille spécifique pour évaluer le risque homicidaire, la levée de la confidentialité et l'utilité des cellules de crise.

Ainsi, M<sup>e</sup> Gamache a formulé les recommandations suivantes :

- Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :
  - De désigner une personne-ressource responsable du dossier violence conjugale au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
  - D'offrir une formation de base et continue sur la violence conjugale à tous les intervenants et employés du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
  - D'offrir une formation de base et continue sur la violence conjugale à tous les médecins, infirmières et infirmiers du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec leurs ordres professionnels respectifs, soit l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec;
  - De procéder à l'élaboration d'une grille spécifique pour l'évaluation du risque homicide lors de situations où une tentative de suicide survient dans un contexte de séparation imminente;
  - D'offrir de la formation continue sur les conditions permettant la levée de la confidentialité des renseignements pour tous les intervenants et employés du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
  - D'offrir de la formation continue sur les conditions permettant la levée de la confidentialité des renseignements pour tous les médecins, infirmières et infirmiers du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec leurs ordres professionnels respectifs, soit l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec.
- Au Secrétariat à la condition féminine de voir à la réalisation et la pérennisation du projet de cellule d'intervention rapide avec les organismes désignés tant sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal que sur le territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :
  - De revoir les pratiques et les mesures en place pour permettre d'impliquer les proches lors de l'évaluation du risque suicidaire à la suite d'une tentative de suicide qui survient dans le contexte d'une séparation imminente avant d'accorder le congé pour ainsi alimenter adéquatement la grille d'évaluation du risque homicide à être élaborée par le MSSS;
  - D'établir des liens durables avec l'organisme qui sera responsable de la gestion de la cellule d'intervention rapide sur son territoire et d'y référer dans tout dossier où le risque homicide existe.
- Au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal d'établir des liens durables avec l'organisme qui sera responsable de la gestion de la cellule d'intervention rapide sur son territoire et d'y référer dans tout dossier où le risque homicide existe.

## Noyade d'un jeune garçon lors d'une sortie scolaire

En juin 2021, un enfant de 10 ans est décédé d'asphyxie par noyade lors d'une sortie scolaire à la Base plein air Sainte-Foy. Il s'agit d'un décès accidentel.

La noyade au Québec demeure la principale cause de décès par traumatisme chez les jeunes de 0 à 12 ans. Selon les données officielles des coroners de 1991 à 2017, le Québec a identifié 338 décès liés à l'eau d'enfants âgés de 0 à 17 ans, 249 du genre masculin et 89 du genre féminin. Si on ajoute les données à partir du relevé des médias, de 2018 à 2021, il y a eu 39 décès rapportés, 25 chez les garçons et 14 chez les filles pour un total de 377.

Produit pour la première fois en 2006, le guide « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique » fait suite aux recommandations formulées par des coroners après plusieurs noyades et noyades non mortelles survenues au sein de groupes d'enfants lors de sorties en milieu aquatique. Afin de rendre l'encadrement des groupes de jeunes plus sécuritaire au cours d'activités aquatiques, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur a mis sur pied un comité de travail chargé de produire un guide des pratiques applicables en ce domaine. C'est au travers de la perspective fournie par ce guide, révisé et mis à jour en 2016, que la noyade du jeune garçon a été investiguée par le coroner Dr Arnaud Samson. Ainsi, afin de mieux protéger la vie humaine et d'avoir un impact significatif sur les noyades ou « noyades non mortelles » pouvant survenir lors d'activités aquatiques à venir au Québec, le coroner Samson recommande :

- Au ministère de l'Éducation du Québec :
  - De faire connaître dans tous les milieux scolaires du primaire et secondaire le guide de référence « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique »;
  - D'implanter dans tous les milieux scolaires du primaire et secondaire (lors de la planification, l'organisation et la mise en œuvre d'activités encadrées de groupes d'enfants), la nécessité de recourir aux principes établis dans le guide de référence « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique »;
  - De faire suivre à tous les organisateurs et les accompagnateurs d'une activité scolaire en milieu aquatique une formation sur l'encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique.
- À la Régie du bâtiment du Québec :
  - De mettre en place par le biais de sa réglementation un mécanisme de signalement et une culture d'analyse approfondie d'accident et d'incidents de tous les lieux de baignades assujettis à sa responsabilité : qu'il s'agisse notamment d'une noyade ou une « noyade non-mortelle »;
  - De consigner dans son Règlement sur la sécurité dans les bains publics des critères encore plus spécifiques afin d'assurer la sécurité des lieux exploités comme « plage ouverte au public »;
  - D'adopter un cadre réglementaire pour les lieux exploités comme « plage ouverte au public » afin d'améliorer l'identification des zones abruptes et profondes et de mieux maintenir les baigneurs dans des zones sécuritaires.

- Au Groupe Plein Air Faune :
  - D'intégrer à son contrat avec les groupes scolaires un élément qui indique que leur client scolaire a pris connaissance du guide de référence « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique » et qu'il en applique les principes directeurs pour l'activité en question;
  - D'exiger pour l'inscription à toutes les activités scolaires nautiques organisées à la Base plein air Sainte-Foy d'être notifié par écrit des compétences à nager des différents enfants.
- À la Société de sauvetage du Québec :
  - Lors de la formation et la certification des préposés à la surveillance, d'avoir recours aux principes détaillés du guide de référence « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique » pendant les cours et lors des examens;
  - De développer, rendre accessible et maintenir à jour une formation sur l'encadrement sécuritaire de groupes d'enfants en milieu aquatique.
- En attendant la mise en place des mesures par la Direction de la sécurité dans le loisir et le sport, secteur du loisir et du sport du ministère de l'Éducation du Québec, le coroner recommande au Centre de service scolaire des Découvreurs, de laquelle fait partie l'École Filteau :
  - D'informer sans équivoque les parents de la tenue d'une activité aquatique qui requiert des habiletés de natation ou le port d'une veste de flottaison et sollicite leur collaboration comme recommandé dans le guide de référence « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique »;
  - Préalablement à toute activité aquatique, d'établir les compétences des enfants à la nage en mettant en outre à contribution leurs parents et d'en établir une liste pour l'accompagnateur et le lieu aquatique visité. Utiliser un moyen d'identification visuel afin de reconnaître les enfants qui n'ont pas été certifiés avoir de compétences à la nage;
  - D'avoir un ratio comme recommandé dans le guide de référence « Encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique » d'accompagnateurs par nombre d'enfants prenant part à une activité aquatique scolaire;
  - De faire suivre aux organisateurs et aux accompagnateurs une formation sur l'encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique.
- À la Ville de Québec :
  - À l'aide des services-conseils d'une entreprise externe compétente, de faire un audit du sauvetage qui s'est déroulé le 17 juin 2021 à la Base plein air Sainte-Foy et de donner suite à toute recommandation appropriée;
  - Afin de mieux protéger les baigneurs d'une chute accidentelle dans la zone profonde, de voir à maintenir une marge d'au moins un mètre entre la zone de baignade et la zone profonde lors de l'utilisation d'un cordon de sécurité du bassin de baignade de la Base plein air Sainte-Foy.

## **Faire connaître le recours en résiliation de bail résidentiel pour les victimes de violence conjugale**

Le 23 février 2021, une femme de 44 ans décède d'un homicide dans un contexte de violence conjugale.

La défunte et son ex-conjoint demeuraient tous deux dans le même immeuble, mais possédaient chacun leur propre appartement. La coroner ayant mené l'investigation, M<sup>e</sup> Laurence Sarrazin, a constaté l'existence de différentes réformes et projets en cours de déploiement en matière de violence conjugale, visant à mettre en œuvre les recommandations formulées par des collègues ou des comités experts au cours des dernières années. Elle a donc estimé qu'il n'y avait pas lieu de formuler de nouvelles recommandations en matière de prévention de la vie humaine au terme de son analyse.

Toutefois, la proximité physique entre la femme et son ex-conjoint due au fait qu'ils demeuraient tous deux dans le même immeuble a retenu l'attention de la coroner dans l'analyse des circonstances entourant ce décès. En effet, la femme avait déjà informé la gérante de son immeuble de son désir de déménager. La dernière demande à cet effet remonterait à environ six mois avant son décès. La gérante aurait alors répondu que ce n'était pas possible.

Des recours existent pour permettre la résiliation d'un bail résidentiel dans un contexte de violence conjugale<sup>34</sup>. Ce recours doit être mis en branle par le locataire, qui doit obtenir une attestation d'un officier public émise sur la base de sa déclaration et d'autres éléments de preuve, comme un rapport de police ou une lettre d'appui d'un professionnel de la santé ou d'un intervenant œuvrant au sein d'une organisation d'aide aux victimes. Ce recours est accessible même lorsqu'aucune plainte n'a été déposée à la police. Il aurait donc été possible pour la femme de s'en prévaloir.

La coroner a toutefois pris connaissance de travaux de recherche et de réflexion sur l'efficacité du recours prévu au *Code civil du Québec*, qui remettent en cause la complexité de la procédure inhérente à la mise en œuvre de ce mécanisme et son accessibilité pour certaines femmes vulnérables, notamment en raison des contraintes procédurales et financières. Les circonstances entourant le décès de la femme ont toutefois amené la coroner à constater que dans ce cas-ci, le premier obstacle rencontré à la mise en œuvre de ce recours est la connaissance de celui-ci, du grand public et même possiblement de certains propriétaires ou personnes impliquées dans la gestion administrative de ce type d'immeubles locatifs.

C'est pourquoi M<sup>e</sup> Sarrazin recommande à l'Association des propriétaires du Québec et à la Corporation des propriétaires immobiliers du Québec d'intensifier leurs efforts de sensibilisation auprès de leurs membres afin de faire connaître l'existence du recours en résiliation de bail résidentiel pour les victimes de violence conjugale.

34 Voir l'article 1974.1 du *Code civil du Québec*. Voir également : Gouvernement du Québec, *Mettre fin à votre bail en cas de violence conjugale ou d'agression sexuelle*, en ligne : <https://www.quebec.ca/habitation-et-logement/location/bail/fin-bail-violence-conjugale-agression-sexuelle> (page consultée le 4 mars 2022).

## Mort subite d'un nourrisson au Nunavik

Le 25 avril 2021 en soirée, un enfant de 3 mois a été couché sur le dos sur le matelas d'un lit d'adulte. Un des adultes s'est couché entre 22 et 23 h dans le même lit que le bébé, qui était du côté du mur. Les autres adultes sont sortis de la résidence, quelques-uns sont revenus vers minuit. Les versions de ce qui s'est passé dans l'heure suivante divergent alors il est difficile d'établir les circonstances du décès. Il se peut qu'un deuxième adulte se soit couché dans le lit. Un peu avant 1 h, le 26 avril 2021, le Service de police du Nunavik a reçu un appel indiquant que le bébé était possiblement décédé. Lorsque les policiers se sont présentés sur les lieux, le bébé était en arrêt cardiorespiratoire. Ils ont débuté des manœuvres de réanimation et ont transporté l'enfant en milieu hospitalier. Malgré les efforts du personnel médical, il n'a pu être réanimé et son décès a été constaté.

L'enfant n'avait aucun antécédent médical pouvant expliquer le décès. Malgré une autopsie complète et de nombreuses analyses toxicologiques, la cause de son décès demeure inexpliquée. La coroner, M<sup>e</sup> Geneviève Thériault, a donc analysé la position du nourrisson lors de sa découverte.

La coroner n'a pu conclure que le décès est attribuable à une asphyxie par suffocation. Elle a donc étudié la présence ou non des facteurs de risque d'une mort subite du nourrisson,<sup>35</sup> car le bébé était âgé de moins d'un an à son décès. À la lecture du suivi de grossesse de la mère, la coroner a constaté que quelques facteurs de risque de mort subite du nourrisson (SMSN) étaient présents, tels l'exposition à la fumée pendant la gestation et après la naissance, le partage de lit, la présence de couvertures, oreillers et douillette, et le non-allaitement.

Au Canada, moins d'un bébé sur 1000 décède de cause indéterminée pouvant être classée comme syndrome de mort subite du nourrisson. Un document préparé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) mentionne que le taux de mortalité attribuable à la mort subite du nourrisson a chuté au Canada au cours des dernières décennies et qu'il varie grandement d'une province ou territoire à l'autre. Il y est écrit que cette réduction des décès peut s'expliquer par une diminution des facteurs de risque, comme le tabagisme pendant la grossesse, et par une augmentation des comportements de protection, comme le fait de placer le nourrisson sur le dos au coucher et l'allaitement. Ce document indique que le Québec affiche le taux le plus bas tandis que le Nunavut affiche le taux le plus élevé. Dans une analyse plus approfondie, l'ASPC a démontré une corrélation entre la situation socioéconomique et le SMSN, les groupes défavorisés affichant des taux plus élevés.

Des données colligées par le Bureau du coroner en collaboration avec l'Institut de santé publique du Québec démontrent qu'entre 2014 et 2018 onze des douze décès attribuables à une cause indéterminée ou inconnue survenus chez les enfants de la MRC Administration régionale Kativik impliquent des nourrissons. Si le profil de mortalité observé chez les nourrissons dans le reste du Québec s'était appliqué à la population de la MRC Administration régionale Kativik, le nombre de

35 Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est défini comme étant la mort subite et inopinée d'un nourrisson qui demeure inexpliquée après une investigation approfondie du cas, y compris un examen des antécédents cliniques, une inspection des lieux du décès et une autopsie complète. Le SMSN n'est ni une maladie ni un « vrai syndrome », il s'agit plutôt d'une classification des décès de cause indéterminée des nourrissons. Le décès se produit généralement durant le sommeil et le plus souvent entre l'âge de deux et quatre mois.

décès attendus aurait été de 0,25 décès pour l'ensemble de la période 2014 à 2018. L'écart très important entre le nombre réel et le nombre attendu est révélateur du nombre disproportionné de décès de nourrissons au Nunavik comparativement au reste de la province.

La Direction de santé publique du Nunavik a informé la coroner que le nombre moyen de décès chez les nourrissons au Nunavik varie habituellement de 4 à 9 par année et qu'environ le tiers serait des décès de cause indéterminée (classés SMSN). Pour l'année 2021, il y a eu 10 décès de nourrissons au Nunavik sous investigation par un coroner. Ce nombre se situe au-dessus de la moyenne observée, mais considérant que la population est petite et que le nombre de décès de nourrissons varie grandement d'une année à l'autre, il est difficile de tirer des conclusions de ce chiffre. En comptant le présent rapport, les rapports d'investigation de ces dix décès sont maintenant achevés. La cause du décès demeure inexpliquée pour chacun d'eux, mais il y avait présence de nombreux facteurs de risque de mort subite et inopinée du nourrisson dans chacun des dix décès. Depuis que le rapport d'investigation du coroner sur le premier de ces dix décès a été rendu public, la Direction de santé publique du Nunavik a mis différentes mesures en place.

Dans le but de réduire les risques de mort subite du nourrisson au Nunavik, la coroner Thériault croit que les familles doivent recevoir davantage de soutien. Ainsi, elle recommande :

- Au Secrétariat des affaires autochtones et au ministère des Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada d'investir les ressources nécessaires afin d'accroître rapidement l'offre de logements sociaux sécuritaires et abordables aux familles du Nunavik.
- À la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik :
  - D'assurer à toutes les familles l'accès gratuit à un lit sécuritaire adapté à l'âge de l'enfant durant la première année de vie de l'enfant;
  - De poursuivre les programmes de prévention du tabagisme et de consommation de substance et l'enseignement des risques associés à l'exposition à la fumée secondaire;
  - De poursuivre l'enseignement de la cessation du tabagisme et de la consommation de substances de façon générale et plus particulièrement durant la grossesse;
  - De mettre en place des groupes de soutien à l'arrêt du tabagisme et de la consommation de substances dans toutes les communautés;
  - D'accroître l'offre de programmes de réadaptation (alcool/drogues) dans les communautés, adaptés aux besoins des femmes et particulièrement ceux des femmes enceintes;
  - De poursuivre l'enseignement des pratiques sécuritaires de sommeil de l'enfant;
  - De s'assurer que les enseignements soient faits, autant que possible, en Inuktitut au moyen des outils recommandés par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik;
  - D'assurer l'accès aux services de soutien des familles et des femmes enceintes par les intervenantes issues des communautés;

- De poursuivre les travaux de la table en petite enfance et périnatalité quant à l'évaluation des besoins et la promotion des bienfaits de l'allaitement.
- Au ministère de la Santé et des Services sociaux d'investir les ressources nécessaires afin d'accroître rapidement le nombre de sage-femmes, d'infirmières, de médecins de famille, de pédiatres, de travailleurs sociaux, de spécialistes en dépendance et autres ressources de première ligne au Nunavik ainsi que le nombre de logements pour ce personnel afin de permettre l'offre de services.

## **Améliorer la sécurité des usagers de la route**

Le 2 septembre 2021, vers 17 h 45, une femme, son père et ses deux enfants sont décédés dans une collision entre leur véhicule, qui était à l'arrêt à un feu rouge, à l'intersection de l'autoroute Dufferin-Montmorency (autoroute 440) et du boulevard François-De Laval, sur le territoire de la Ville de Québec, et un véhicule qui circulait à grande vitesse, en direction est, sur l'autoroute Dufferin-Montmorency. Ce dernier a violemment embouti l'arrière du véhicule où les quatre personnes prenaient place.

L'ensemble des éléments recueillis démontre que les quatre décès résultent d'une collision à haute vitesse entre le véhicule où la famille prenait place et un véhicule conduit par une personne dont les facultés étaient affaiblies par l'alcool et le cannabis. La femme et son père sont décédés d'un polytraumatisme consécutif à une collision routière. Les deux jeunes enfants sont décédés d'un traumatisme craniocérébral sévère consécutif à une collision routière. Il s'agit de décès accidentels.

Depuis l'événement, le ministère des Transports et de la Mobilité durable (MTMD) a procédé à une analyse afin d'améliorer la sécurité routière du secteur. Il a déjà pris l'initiative de mettre en place un dispositif de préemption dans la voie de virage à gauche, afin d'éviter que des véhicules en attente pour s'engager sur le boulevard François-De Laval Nord empiètent et débordent sur la voie rapide de l'autoroute. De plus, le MTMD a débuté des travaux d'installation d'un radar photo comme l'une des pistes de solution pour s'assurer que la limite de vitesse soit respectée.

Conséquemment, le coroner, M<sup>e</sup> Donald Nicole, formule des recommandations sur les enjeux que représentent la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool ou le cannabis et la vitesse excessive, et ce, afin de mieux protéger la vie humaine.

- Au ministère de la Sécurité publique du Québec, à la Société de l'assurance automobile du Québec et à Éduc'alcool de coordonner leurs efforts, afin de mettre en place des mesures permanentes visant à rappeler aux conducteurs les conséquences de la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool ou les drogues et à promouvoir auprès du public l'importance de signaler aux policiers les conducteurs ayant ou semblant avoir les facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue.



- Au ministère de la Sécurité publique du Québec :
  - De sensibiliser les corps de police à l'importance de tenir à jour des procédures d'intervention rapide lors de dénonciations de citoyens concernant un conducteur ayant un comportement laissant croire qu'il est sous les effets de l'alcool ou la drogue;
  - D'inciter tous les corps de police du Québec à recourir au dépistage obligatoire d'alcool de façon plus systématique et à augmenter le nombre de contrôles policiers en lien avec les capacités de conduite affaiblies par l'alcool ou la drogue tout au long de l'année.
- Au ministère des Transports et de la Mobilité durable de compléter, dans les plus brefs délais, son analyse du secteur où est survenu l'événement, visant à mettre en place des mesures reconnues efficaces pour renforcer la sécurité routière, par exemple en privilégiant des mesures d'apaisement de la circulation qui consiste à réaménager le secteur de manière à modifier les comportements des automobilistes et à réduire ainsi la vitesse de la circulation et le risque d'accident.

## 2. Enquêtes

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

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2013	3	3
2014	5	36
2015	4	4
2016	4	9
2017	2	2
2018	4	4
2019	4	6
2020	4	63
2021	1	1
2022	7	15
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>143</b>

En 2022, la coroner en chef, M<sup>e</sup> Pascale Descary, a ordonné sept nouvelles enquêtes publiques. Comme trois enquêtes ordonnées en 2019 et 2020 étaient toujours en cours en décembre 2022, le total des enquêtes publiques en cours à cette date est porté à dix.

Le calendrier de l'équipe des enquêtes publiques a été une fois de plus très chargé au cours de l'année 2022, en raison de la tenue de journées d'audiences publiques pour plusieurs enquêtes différentes.

Trois enquêtes se sont terminées au cours de l'année 2022, respectivement ordonnées en 2017, 2018 et 2020. Les résumés de ces enquêtes, 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, se trouvent à la section 2.3.

## 2.2 ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2022

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS <sup>36</sup>	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
<b>Jeune fille de Granby</b> <sup>37</sup>  Décès dans des circonstances obscures à Granby.	2019-04-30	2019-05-10	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	À déterminer
<b>Celik, Koray Kevin</b> <sup>38</sup>  Décès dans le cadre d'une immobilisation physique lors d'une intervention policière à l'île Bizard.	2017-03-06	2020-09-15	M <sup>e</sup> Luc Malouin	Palais de justice de Montréal
<b>Audet, Thomas</b> <sup>39</sup>  Décès par traumatisme abdominal contondant à Alma.	2016-06-18	2022-02-01	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	Palais de justice de Chicoutimi
<b>Malavoy, Jean</b> <sup>40</sup>  Décès à l'Hôpital de Hull à la suite d'une chute.	2020-10-02	2022-02-10	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Gatineau
<b>Carpentier, Norah, Romy et Martin</b>  Deux homicides suivis d'un suicide à Saint-Apollinaire.	2020-07-09	2022-04-13	M <sup>e</sup> Luc Malouin	Palais de justice de Québec
<b>Lacroix, Pierre</b> <sup>41</sup>  Décès par noyade dans les rapides de Lachine.	2021-10-17	2022-05-11	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	Palais de justice de Joliette
<b>Khellaf, Dahia; Yssaad, Adam, Aksil et Nabil</b>  Familicide suivi d'un suicide à Montréal.	2019-12-09 et 2019-12-10	2022-07-20	M <sup>e</sup> Andrée Kronström	Palais de justice de Joliette

36 Les coroners doivent éviter de nuire au processus judiciaire, ce qui implique parfois d'attendre la décision du Directeur des poursuites criminelles et pénales d'entamer ou non des procédures ou de suspendre l'investigation pendant toute la durée du procès. C'est ce qui explique le délai entre le moment du décès et la tenue des audiences publiques.

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

38 Cette enquête a pris fin le 17 avril 2023.

39 Cette enquête a pris fin le 15 février 2023.

40 Les audiences publiques de cette enquête se sont terminées en septembre 2022.

41 Cette enquête a pris fin le 26 avril 2023.

<b>Lemieux, André; Belhaj, Mohamed; Levis-Crevier, Alex et Shaikh, Abdulla</b>	2022-08-02, 2022-08-03 et 2022-08-04	2022-08-08	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	Palais de justice de Montréal
Trois homicides à Montréal et Laval, suivis du décès du suspect lors de l'intervention policière.				
<b>Champagne, Amélie</b>	2022-09-11	2022-09-27	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	À déterminer
Décès par suicide à Montréal.				
<b>Enquête thématique sur le suicide<sup>42</sup></b>				
<b>Ryan, Mikhaël</b>	2017-05-11	2019-03-08	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Québec
Décès par suicide à Québec.				
<b>Lamothe, Joceline</b>	2017-05-10	2019-03-08	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Québec
Décès par homicide à Québec.				
<b>Boudreau, Marc</b>	2018-09-21	2019-09-10	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Québec
Décès par suicide à Saint-Augustin-de-Desmaures.				
<b>Aubé, Suzie</b>	2019-01-18	2020-01-20	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Québec
Décès par suicide à Québec.				
<b>Lussier, Jean-François</b>	2018-05-01	2020-01-20	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Longueuil
Décès par suicide à Laval.				
<b>Murray, Dave</b>	2019-11-05	2020-10-15	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Laval
Décès par suicide à Deux-Montagnes.				

## 2.3 RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2022

### Mise à jour nécessaire de la formation des policiers

#### Coroner : M<sup>e</sup> Luc Malouin

Le 27 juin 2017 en soirée, un appel est fait au 911 pour demander aux policiers d'intervenir auprès d'un homme en crise dans son appartement. L'identité de l'homme est alors inconnue, mais ce dernier sera ultérieurement identifié comme étant M. Pierre Coriolan. L'appelant mentionne que la personne est en détresse, qu'elle a des problèmes de santé mentale, qu'elle brise tout dans son

<sup>42</sup> En septembre 2019, la coroner en chef, M<sup>e</sup> Descary, a annoncé la tenue d'une enquête publique élargie sur la thématique du suicide. Les audiences publiques se sont terminées le 9 juin 2022.

appartement depuis plusieurs minutes et qu'elle pourrait être armée d'un bâton ou d'un couteau. Deux policiers patrouilleurs sont affectés à la situation. En cours de route, les agents demandent qu'un agent habileté à utiliser une arme à impulsion électrique (AIE) se joigne à eux de même qu'un agent pouvant utiliser une arme intermédiaire d'impact à projectile (AIIP), soit deux armes intermédiaires pouvant être utilisées dans le cas d'une personne mentalement perturbée et en crise. Les deux agents affectés à l'appel sont donc rejoints devant l'immeuble par deux autres agents patrouilleurs et deux sergents.

En montant à l'étage, les policiers entendent toujours des cris et du vacarme. Arrivé près de l'appartement de M. Coriolan, le sergent constate que la porte est entrouverte, l'ouvre complètement et voit M. Coriolan au fond de l'appartement, assis et immobile. Il tient dans chacune de ses mains ce qui paraît être des couteaux. Il ne semble pas réaliser la présence des policiers.

Les policiers lui crient de lâcher ses armes. M. Coriolan se lève et commence à avancer lentement vers eux avec un couteau dans une main et ce qui s'avérera être un tournevis de 20 cm dans l'autre. L'AIIP est alors utilisée et un projectile de 40 mm atteint la cuisse de M. Coriolan. Il continue à avancer. On tente alors d'utiliser l'AIE, mais les fléchettes manquent leur cible et une seule atteint M. Coriolan à la cuisse. Celui-ci continue à avancer vers les policiers, ses armes dans les mains.

Il atteint la porte de l'appartement puis sort dans le corridor de l'immeuble. Les policiers lui demandent de lâcher ses armes, mais il continue toujours à marcher vers eux. Les policiers craignent pour leur vie. Le sergent qui contrôle l'opération et un des agents font feu presque au même moment sur M. Coriolan, avec leur arme à feu. Ce dernier est atteint de trois projectiles et tombe au sol sur les genoux. Il ne répond pas aux demandes des policiers de lâcher ses armes. L'AIIP est utilisée sans succès, mais l'AIE fait tomber M. Coriolan au sol. Les policiers arrivent à lui enlever ses armes.

Menotté, il est tourné sur le dos et les policiers constatent qu'il est inconscient. Une ambulance est demandée en priorité sur les lieux et des manœuvres de réanimation sont entreprises. Les ambulanciers prennent le relais et conduisent M. Coriolan au Centre universitaire de santé McGill. M. Coriolan arrive en arrêt cardiaque, sans pouls. On tentera des manœuvres de réanimation pendant 35 minutes, mais sans succès. Le médecin à l'urgence constatera son décès.

Une autopsie est pratiquée au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) à Montréal. Le pathologiste conclut à un décès par traumatisme abdominal par projectile d'arme à feu. Pierre Coriolan est décédé des suites d'une hémorragie secondaire au passage d'un projectile d'arme à feu. Il s'agit d'une mort violente.

Le décès de M. Coriolan a mis en lumière les conséquences d'un manque de formation des policiers. Il est essentiel de la modifier et de la bonifier afin qu'elle reflète les attentes des citoyens envers eux. Plus encore, les policiers doivent être le mieux outillés possible pour faire face à la réalité de la société actuelle. Une bonne formation de base à laquelle sont joints un maintien et une mise à jour des compétences dans le cadre d'une formation continue et obligatoire est essentielle. Finalement, comme pour tout apprentissage, les policiers doivent régulièrement mettre en pratique les formations reçues pour être toujours au sommet de leurs capacités.

À la lumière des enjeux soulevés par l'analyse des causes et des circonstances de ce décès et afin de faire évoluer positivement le travail policier et possiblement d'éviter qu'un décès comme celui de M. Coriolan ne se reproduise, M<sup>e</sup> Malouin formule les recommandations suivantes :

- Au ministère de la Sécurité publique du Québec en collaboration avec l'École nationale de police du Québec de déterminer, à l'aide de données probantes, la quantité et la durée de formation continue pour maintenir, mettre à jour et requalifier les compétences policières.
- À la ministre<sup>43</sup> de la Sécurité publique du Québec :
  - De modifier la Loi sur la police pour y introduire l'obligation pour chaque policier québécois de réaliser une formation continue annuelle conformément au nombre d'heures minimales déterminées en collaboration avec l'ENPQ;
  - D'enchâsser dans un règlement les définitions de formation initiale ou de base, de maintien des compétences, de mise à jour des compétences et de requalification afin de clarifier le tout;
  - D'enchâsser dans un règlement la liste des éléments de la pratique policière devant faire l'objet d'un maintien de compétences, de la mise à jour de celles-ci et de la requalification périodique et le cycle de requalification pour chacun d'eux ainsi que leur durée;
  - D'enchâsser dans ce règlement l'obligation de requalification annuelle pour les policiers en matière de désescalade et de communication tactique;
  - De prévoir dans ce règlement les conséquences pour un policier d'échouer sa requalification en matière de désescalade et de communication tactique;
  - D'ajouter dans les formations aux préposés du 911 des notions d'intervention devant les personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé incluant des notions de désescalade.
- Au Service de police de la Ville de Montréal et à la Sûreté du Québec :
  - De continuer le déploiement des formations en désescalade et en accélérer le rythme afin que tous les policiers aient reçu cette formation le plus rapidement possible;
  - De prioriser le déploiement de cette formation aux personnes en autorité et aux supérieurs dans un poste de police;
  - De prendre tous les moyens possibles pour que les principes de désescalade deviennent partie prenante du travail quotidien des policiers;
  - D'élaborer une mise à jour et une requalification annuelle pour ces formations en désescalade et en communication tactique et la mettre en place rapidement.
  - En collaboration avec l'École nationale de police du Québec :
    - De mettre fin aux requalifications en silo afin que chacune d'elles soit l'occasion pour le policier de pratiquer l'ensemble de ses compétences et de les mettre à jour lorsque possible;

43 Le rapport d'enquête a été publié alors que Mme Geneviève Guilbault était ministre de la Sécurité publique.

- De développer des programmes de maintien des compétences, de mise à jour de celles-ci et de requalifications prévues dans les différentes directives policières pour faire en sorte que chacune de ces activités soit l'occasion d'évaluer l'ensemble des compétences et des habilités des policiers.
- À l'École nationale de police du Québec :
  - De collaborer avec les divers intervenants à la réalisation des recommandations ci-dessus mentionnées;
  - De continuer les études et le développement de l'utilisation du bouclier inversé.
- À l'Association des directeurs de police du Québec de mettre en place, si ce n'est déjà fait, des mesures de formation, de maintien des compétences et de requalification pour l'ensemble de leur effectif en matière d'intervention auprès de personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé.

## **Décès survenus au cours de la pandémie de COVID-19 dans des CHSLD, des résidences privées pour aînés et d'autres milieux d'hébergement pour personnes vulnérables ou en perte d'autonomie**

### **Coroner : M<sup>e</sup> Géhane Kamel**

Devant l'ampleur des décès survenus au Québec au cours de la 1<sup>re</sup> vague de COVID-19, la coroner en chef, M<sup>e</sup> Pascale Descary, a ordonné le 17 juin 2020 une enquête publique sur la situation qui a prévalu en CHSLD et en résidences privées pour aînés (RPA) au cours de celle-ci. Les décès survenus au CHSLD Herron entre le 12 mars 2020 et le 1<sup>er</sup> mai 2020 ont constitué un tronçon commun pour l'analyse de la présente enquête avec un échantillonnage régional d'autres milieux d'hébergement où sont survenus un nombre de décès significatif. Ce sont donc 53 décès qui ont constitué la base de cette enquête.

Pour être analysés dans le cadre de cette enquête, les décès sélectionnés devaient répondre aux critères suivants :

- le décès est survenu alors que la personne résidait dans un CHSLD, une RPA ou un milieu d'hébergement pour personnes vulnérables ou en perte d'autonomie;
- le décès est survenu au cours de la période du 12 mars au 1<sup>er</sup> mai 2020;
- le décès a fait l'objet d'un avis au coroner en raison de son caractère violent, obscur ou parce qu'il est possiblement lié à de la négligence.

Les audiences publiques de cette enquête ont permis à M<sup>e</sup> Géhane Kamel d'entendre plus de 200 témoins pouvant circonscrire les événements entourant les décès visés. À la suite de ces témoignages et de l'analyse des preuves présentées en enquête, M<sup>e</sup> Kamel a pu mener une analyse des situations prévalentes et en tirer des constats afin de formuler des recommandations visant à protéger la vie humaine.

L'analyse des événements ayant conduit aux décès des résidents en CHSLD et en ressources intermédiaires couvre les aspects suivants : un historique sommaire de la trajectoire de soins des personnes visées par l'enquête, la préparation et l'application des mesures pour contrer la COVID-19 par les autorités du milieu d'hébergement visé, les organismes publics ayant pour fonctions de soutenir ceux-ci, l'encadrement et les normes applicables aux différents types d'hébergement, et une chronologie de certains événements liés à la gestion de la crise sanitaire qui a sévi au Québec.

Ainsi, M<sup>e</sup> Kamel a formulé les 23 recommandations suivantes :

- Au gouvernement du Québec :
  - De revoir le rôle du directeur national de santé publique afin que ses fonctions soient exercées en toute indépendance et sans contrainte politique;
  - D'évaluer la possibilité de mettre en place un service civique volontaire d'urgence qui serait chapeauté par le ministère de la Sécurité publique, tout comme cela se voit parfois en cas de catastrophe naturelle;
  - De revoir rapidement l'offre de service à nos aînés en convertissant tous les CHSLD privés en CHSLD privés conventionnés;
  - D'augmenter l'offre de service pour le maintien à domicile de nos aînés;
  - De s'assurer d'une politique inclusive en temps de crise pour permettre qu'au moins deux proches aidants puissent visiter la personne hébergée de façon sécuritaire;
  - D'implanter des ratios sécuritaires professionnels en soins/résidents dans les CHSLD;
  - De rehausser, lorsque requis, le nombre de gestionnaires en CHSLD pour s'assurer de couvrir tous les quarts de travail (pouvoirs délégués de soir et de nuit);
  - De prévoir des discussions avec les instances syndicales afin de revoir ou d'ajouter, le cas échéant, des clauses de conventions collectives permettant une disponibilité et un délestage accru du personnel lors d'une urgence sanitaire;
  - De planifier les nouvelles infrastructures ou les rénovations des milieux d'hébergement en s'assurant que les milieux puissent répondre aux exigences requises en matière de soins de santé notamment en temps de crise sanitaire;
  - De s'assurer que les milieux d'hébergement puissent offrir des chambres individuelles aux résidents.
- Au ministère de la Santé et des Services sociaux :
  - D'introduire le principe de précaution au centre de toute démarche d'évaluation et de gestion des risques;
  - D'assurer une plus grande imputabilité des gestionnaires des CISSS/CIUSSS et du ministère de la Santé et des Services sociaux quant aux soins prodigués aux personnes âgées en perte d'autonomie par le suivi d'indicateurs et une obligation d'intervention en cas de problèmes dans la qualité des soins;

- De s'assurer de maintenir en tout temps l'approvisionnement nécessaire en équipements de protection en plus de prévoir des réserves pour subvenir aux besoins en cas de crise;
- De définir quels soins de confort les installations en CHSLD doivent minimalement être en mesure d'offrir;
- D'établir un plan national afin de doter tous les CHSLD des équipements nécessaires pour donner ces soins;
- De revoir les formations techniques afin que les infirmières en CHSLD et, le cas échéant, les infirmières auxiliaires soient en mesure d'effectuer les techniques nécessaires aux soins de base (soins respiratoires, accès veineux et sous-cutanés, utilisation des pompes volumétriques, etc.);
- De développer un outil avec des mises en situation afin que les résidents et/ou leurs tuteurs puissent bien comprendre les implications d'un choix de niveau de soins;
- D'assurer une gestion dans les CHSLD qui réunissent un gestionnaire responsable, une direction des soins infirmiers et une direction médicale.
- Aux CISSS et aux CIUSSS :
  - D'assurer dans les CHSLD la présence suffisante d'infirmières spécialisées en PCI afin que celles-ci puissent être présentes dans les opérations quotidiennes et d'en assurer la pérennité;
  - De s'assurer de planifier des simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale;
  - D'offrir de la formation quant à la tenue des dossiers médicaux et de faire des suivis périodiques;
  - De s'assurer de l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative dans un contexte de soins aigus.
- Au Collège des médecins du Québec :
  - De revoir les pratiques médicales individuelles des médecins traitants des CHSLD Herron, des Moulins et Sainte-Dorothée, notamment quant à leur décision de poursuivre les soins en téléconsultation malgré le besoin de soutien et le très grand nombre de décès.

## **Décès d'un adolescent lors d'une intervention policière**

### **Coroner : M<sup>e</sup> Géhane Kamel**

Le 25 juillet 2018, à 1 h 21, un appel est fait au 911 concernant un homme armé. On rapporte qu'il crie, qu'il est seul, à pied, se dirigeant vers Cowansville, sur le chemin Knowlton au Lac-Brome. On apprendra plus tard que l'appelant est M. Riley Fairholm, 17 ans.

Pour répondre à l'appel d'urgence, trois autopatrouilles et six policiers se rendent sur les lieux. L'adolescent est localisé vers 1 h 43 alors qu'il se trouve sur le chemin Knowlton près de la rue Victoria, dans le stationnement d'un restaurant désaffecté. Les policiers constatent

qu'il est effectivement muni d'une arme à feu. Les policiers tentent de communiquer avec lui pendant environ une minute et lui demandent de lâcher son arme de manière répétée. Le jeune homme n'obtempère pas, il est en crise et agite son arme dans tous les sens. Les six policiers sur place sortent leur arme. Un policier mire le jeune homme, barricadé derrière son autopatrouille. Vers 1 h 44, il fait feu une fois, l'atteignant. Aucune manœuvre de réanimation ne sera effectuée par les policiers en attendant l'arrivée des ambulanciers. Il est transporté à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, où son décès est constaté. L'arme de l'adolescent s'avérera être un pistolet à air comprimé, information qui ne sera connue des policiers qu'après le tir.

M. Riley Fairholm est décédé des suites d'une hémorragie secondaire au passage d'un projectile d'arme à feu. Il s'agit d'une mort violente.

L'analyse menée par la coroner Kamel relate qu'en 2015, M. Fairholm présente des symptômes de dépression. Son médecin de famille transmet une demande pour que le jeune homme obtienne des services en santé mentale jeunesse. La décision du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska est de faire préalablement évaluer l'adolescent par un psychologue et de le référer à un psychiatre, si besoin est. Ne pouvant poser de diagnostic précis dès la première évaluation, la psychologue a recommandé de suivre l'adolescent sur une plus longue période pour poursuivre son évaluation, ce qu'elle fera entre 2015 et 2016. Elle s'inquiète cependant de la présence d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et demande que cette évaluation se fasse en milieu scolaire par un psychologue de l'école. Cette évaluation ne sera pas faite à l'école. Le 25 septembre 2015, après trois rencontres avec l'adolescent, la psychologue soumet son rapport d'évaluation neuropsychologique au médecin de famille. M. Fairholm la rencontrera encore à quelques reprises, puis en avril 2016, il met un terme à son suivi en psychologie. À la réception du rapport d'évaluation, le médecin de famille ne voit rien d'alarmant dans ce que la psychologue relate avoir évalué. Cependant, comme il ne communique pas avec la psychologue, il ignore que l'adolescent a mis fin à son suivi.

En début d'année 2018, M. Riley Fairholm sera évalué par un neuropsychologue, qui recommandera un plan de traitement dans son rapport d'évaluation soumis au médecin de famille. Cependant, aucun suivi ne sera fait de la prise de médication. L'adolescent ne sera pas non plus évalué pour un risque suicidaire.

Le psychiatre expert qui a mené une autopsie psychologique du cas de M. Fairholm, basée notamment sur le rapport de police, l'autopsie, les entrevues avec les parents et des amis et les dossiers médicaux, est éloquent. Il déplore que, malgré la présence idéale de multiples intervenants et d'individus au fait des difficultés de M. Fairholm, ces professionnels n'aient pas fait de suivi afin de vérifier comment il se portait. Il explique que, dans un état de détresse, un événement même anodin peut déclencher une crise suicidaire. Sa conclusion est que si l'adolescent avait pris la médication prescrite, encouragé par un suivi étroit de professionnels en collaboration avec la famille, et s'il avait suivi simultanément une psychothérapie, dans les deux cas avec une consultation continue avec un psychiatre, une surveillance et un plan de sécurité du risque suicidaire, il aurait été exposé aux meilleures pratiques et aurait pu bénéficier d'amélioration de son état dépressif majeur et d'une réduction du risque suicidaire.

Par ailleurs, la coroner Kamel constate que, lors de l'intervention policière, les policiers ont agi comme cela leur a été enseigné à l'École nationale de police du Québec. Quant à la négociation avec des personnes en crise, il apparaît fondamental à la coroner Kamel d'outiller les policiers avec les meilleures pratiques en matière de santé mentale. D'autres coroners ont aussi formulé des recommandations en ce sens par le passé et ont demandé une meilleure formation des policiers pour faire face à ce genre de situation.

Afin de mieux protéger la vie humaine, M<sup>e</sup> Géhane Kamel formule les recommandations suivantes :

- Au ministère de la Sécurité publique du Québec :
  - De munir les autopatrouilles d'une trousse de premiers soins modernisée permettant de mieux subvenir aux besoins urgents et immédiats;
  - De mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation sur la dangerosité que représente la possession d'armes à air comprimé;
  - De mettre en place dans les meilleurs délais une formation annuelle pour tous les corps policiers pour être aptes à intervenir auprès des personnes en crise;
  - De s'assurer que les policiers connaissent les concepts de la mort évidente et, qu'en cas de doute, prodiguent les manœuvres de réanimation telles qu'elles sont enseignées;
  - De poursuivre et d'accentuer la formation de l'École nationale de police du Québec et aux différents corps de police quant aux nouvelles stratégies et tactiques policières spécifiques à l'intervention auprès d'une personne en crise;
  - D'ajouter au cursus académique des répartiteurs d'appel 911 ou d'un service d'urgence une formation visant à déceler les appels provenant d'une personne en crise suicidaire et recueillir le maximum d'informations;
  - D'ajouter une formation visant à établir des mesures de recherche et de vérification additionnelles pouvant être menées lorsqu'un appelant semble être le sujet de son propre appel.
- Au ministère de la Santé et des Services sociaux :
  - De s'assurer de règles et de communications optimales entre les différents acteurs du réseau de la santé, notamment lors d'une prise en charge d'une personne qui a des problèmes de santé mentale;
  - D'offrir un accès aux soins en santé mentale pour répondre aux besoins des clientèles anglophones.
- Au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de l'Éducation de mettre de l'avant des mécanismes clairs de transmission de l'information entre le réseau de la santé et le réseau scolaire en encourageant les communications utiles pour la prise en charge d'un adolescent en difficulté.

## 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 les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01), 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 2022, les coroners ont déposé 283 rapports comportant des recommandations, pour un total de 692 recommandations (un dossier peut contenir plus d'une recommandation). 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.

Les recommandations formulées depuis 2001 peuvent être consultées sur le site Internet du Bureau du coroner.

#### Rapports de coroners avec recommandations en 2022

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	%
Traumatisme non intentionnel	142	50,2
Cause naturelle	87	30,7
Suicide	45	15,9
Traumatisme d'intention indéterminée et décès de cause inconnue	5	1,8
Homicide	4	1,4
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>100</b>

### 3.2 SUIVI DES RECOMMANDATIONS<sup>44</sup>

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

<sup>44</sup> Le taux de réponse aux recommandations des coroners ainsi que le taux de réponses positives sont présentés à la section 2.1 du Rapport annuel de gestion.

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 par la Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01), qui introduit « 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 ministère des Transports et de la Mobilité (MTMD) 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 MTMD, dresse un bilan évolutif et détaillé du suivi qui leur est accordé et en informe régulièrement le coroner en chef lors de rencontres de bilan. Pour la période 2022-2023, les sommes dépensées dans les projets menés par le MTMD et qui donnent suite en totalité ou en partie aux recommandations de coroners s'élèvent à 52,7 millions de dollars. Parmi les projets en réalisation en 2022-2023, on compte la correction du profil de la route 209, entre l'autoroute 30 et la route 221; l'installation de radars pédagogiques dans le secteur de l'intersection de la route 138 et de la rue Roy et l'aménagement de voies cyclables sur la route 138, entre la rue Fafard et le pont de la rivière Manicouagan.

Au rang de ses partenaires, le Bureau du coroner compte aussi sur le Collège des médecins du Québec, qui a désigné une personne-ressource pour répondre aux questions des coroners au cours de leurs investigations. L'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec, la Ville de Montréal, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation, la Régie du bâtiment du Québec et la Société de sauvetage du Québec ont également désigné des personnes-ressources pour aider les coroners à explorer des pistes de prévention qui peuvent faire l'objet de recommandations.

Au cours des dernières années, le Bureau du coroner a établi un protocole d'entente avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO). Cette entente a pour objectif de préciser les obligations portant sur la communication afin de soutenir une collaboration plus efficace entre le Bureau du coroner 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 les investigations des coroners, de préciser le mécanisme de suivi des recommandations auprès du Bureau du coroner et de préciser le mécanisme de révision de l'événement par le CISSSO. Des discussions sont en cours avec le

MSSS afin d'étendre ce modèle de collaboration à l'ensemble de CISSS et des CIUSSS dans le but de faciliter la communication et le travail des coroners.

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.

### 3.3 PORTÉE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations des coroners sont la clé de voûte pour induire des changements afin de mieux protéger la vie humaine. Elles ont une portée certaine. Dans les rapports d'investigation et d'enquête, la partie consacrée aux recommandations est souvent celle qui est lue avec le plus attention. En ce qui a trait à l'impact des recommandations des coroners, il est opportun de souligner plusieurs avancées à ce jour au niveau de la société, par exemple :

- La formation des policiers en matière de santé mentale;
- Les gicleurs obligatoires dans les résidences pour aînés;
- Les pneus d'hiver obligatoires en hiver;
- L'interdiction de l'utilisation du téléphone cellulaire combiné et du texto au volant;
- Le port du casque obligatoire dans les parcs à neige;
- Les clôtures obligatoires autour des piscines résidentielles;
- L'installation de barrières anti-suicide sur certains ponts;
- L'organisation des services d'urgence dans le Nord.

## 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 2021, en le comparant à la moyenne des années 2016 à 2020.

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

### Délais dans le dépôt des rapports

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes 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 données de 2021 sont provisoires et 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 2021, selon les données à jour au 3 mai 2023

6 086 décès soumis au coroner

- 5 552 dossiers terminés (91,2 %)
- 534 rapports à venir (8,8 %)



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

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Occupant d'une automobile	177	149	(15,8)
Motocycliste	54	65	20,4
Piéton	69	39	(43,5)
Occupant d'un VTT	29	27	(6,9)
Cycliste	14	26	85,7
Occupant d'une motoneige	25	20	(20)
Occupant d'un véhicule lourd	7	10	42,9
Occupant d'une camionnette	11	9	(18,2)
Occupant d'un véhicule agricole	7	7	0
Occupant d'un véhicule à trois roues	3	7	133,3
Occupant d'autre véhicule hors-route	1	2	100
Occupant d'un véhicule de construction	1	2	100
Occupant d'un train	0	1	-
Occupant d'un autobus	1	0	(100)
Occupant d'un véhicule industriel	4	0	(100)
Autre	2	2	0
En cours	5	36	-
<b>Total</b>	<b>410</b>	<b>402</b>	<b>(2,0)</b>

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

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Événements entraînant la noyade et la submersion	12	17	41,7
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	2	6	200
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>64,3</b>

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

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Transport aérien	9	7	(22,2)
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>(22,2)</b>

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

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Chute	836	1268	51,7
Intoxication	419	491	17,2
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	102	120	17,6
Noyade	70	65	(7,1)
Exposition aux forces de la nature	44	50	13,6
Complication de soins médicaux	67	40	(40,3)
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	30	31	3,3
Heurt par ou contre un objet	19	14	(26,3)
Compression entre des objets	9	7	(22,2)
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	5	6	20
Décharge d'arme à feu	8	5	(37,5)
Exposition au courant électrique	3	3	0
Explosion	2	2	0
Autre	24	11	(54,2)
En cours	3	39	-
<b>Total</b>	<b>1641</b>	<b>2 152</b>	<b>31,1</b>

## Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Pendaison et strangulation	581	535	(7,9)
Intoxication à des substances liquides ou solides	163	145	(11)
Décharge d'arme à feu	127	107	(15,7)
Intoxication à un gaz	42	43	2,4
Utilisation d'un objet tranchant	45	35	(22,2)
Précipitation dans le vide	34	29	(14,7)
Collision d'un véhicule à moteur	29	27	(6,9)
Noyade	34	20	(41,2)
Exposition au feu ou aux flammes	7	7	0
Autre	7	4	(42,9)
En cours	1	27	-
<b>Total</b>	<b>1070</b>	<b>979</b>	<b>(8,5)</b>

### Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Agression par objet tranchant	19	9	(52,6)
Agression par arme à feu	22	6	(72,7)
Agression par objet contondant	6	2	(66,7)
Agression par la force physique, sans arme	4	1	(75)
Agression par strangulation	1	0	(100)
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	3	0	(100)
Autre	3	1	(66,7)
En cours	13	41	-
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>60</b>	<b>(15,5)</b>

### Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2016-2020	NOMBRE 2021	% VARIATION 2021/2016-2020
Intoxication	30	38	26,7
Noyade	4	10	150
Chute	5	8	60
Collision d'un véhicule à moteur	2	5	150
Pendaison	9	3	(66,7)
Autre	7	9	28,6
En cours	4	16	-
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>89</b>	<b>45,9</b>

# Annexes

## LOI ET RÈGLEMENTS<sup>45</sup>

Voici la liste des principaux textes législatifs et réglementaires encadrant le travail des coroners :

- Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01);
- Règlement relatif à l'aide financière pouvant être accordée à des membres de la famille d'une personne décédée pour le remboursement de frais engagés pour des services d'assistance et de représentation juridiques lors de certaines enquêtes d'un coroner (RLRQ, chapitre C-68.01, r. 1);
- Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre C-68.01, r. 2);
- Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents (RLRQ, chapitre C-68.01, r. 3);
- Règlement sur la procédure de recrutement et de sélection des personnes aptes à être nommées coroner, coroner en chef ou coroner en chef adjoint et sur celle de renouvellement du mandat d'un coroner (RLRQ, chapitre C-69.01, r. 4);
- Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel (Décret n° 1687-87 du 4 novembre 1987 et ses modifications subséquentes);
- Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01, r. 5);
- Tarif sur les frais d'autopsies (RLRQ, chapitre C-68.01, r. 6);
- Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres (RLRQ, chapitre C-68.01, r. 7).

45 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 les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01, a. 28).

### **SECTION I – DEVOIRS GÉNÉRAUX**

1. Dans l'exercice de ses fonctions en vertu de la Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01), 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 RÉPRIMANDE<sup>46</sup>

### Préambule

ATTENDU l'article 28 de la Loi sur les coroners (RLRQ, chapitre C-68.01) 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.
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

<sup>46</sup> Une seule situation a entraîné une procédure administrative préalable à une réprimande en 2022-2023.

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, à la 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](http://www.coroner.gouv.qc.ca)

Twitter : @CoronerQuebec

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

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

Édifice Le Delta 2, bureau 390

2875, boulevard Laurier

Québec (Québec) G1V 5B1

Télécopie : 418 643-6174

### **MORGUE DE QUÉBEC**

1685, boulevard Wilfrid-Hamel

Québec (Québec) G1N 3Y7

Télécopie : 418 643-8510

### **BUREAU DE MONTRÉAL**

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

1701, rue Parthenais

Montréal (Québec) H2K 3S7

Télécopie : 514 873-8943

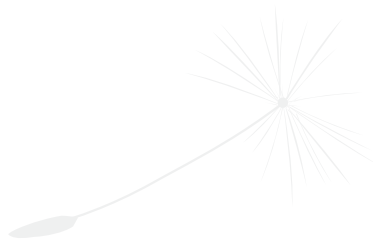
### **MORGUE DE MONTRÉAL**

Édifice Wilfrid-Derome, sous-sol

1701, rue Parthenais

Montréal (Québec) H2K 3S7

Télécopie : 514 873-6792



*Pour la vie!*

