



**Bureau du coroner**  
Rapport annuel de gestion

**2021-2022**

*Pour la vie!*

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

Conception graphique : Pro-Actif

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

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

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

Dépôt légal - 2022  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN Version imprimée : 978-2-550-91808-0  
ISBN Version électronique : 978-2-550-91809-7  
ISSN Version imprimée : 1707-987X  
ISSN Version électronique : 1913-7729

© Gouvernement du Québec, 2022

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

**Bureau du coroner**  
Rapport annuel de gestion

**2021-2022**



# Table des matières

<b>Message du ministre</b>	<b>VII</b>
<b>Message de la coroner en chef</b>	<b>IX</b>
<b>Déclaration attestant la fiabilité des données</b>	<b>X</b>
<b>Section 1 : Rapport annuel de gestion 2021-2022</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	30
2.3 Déclaration de services aux citoyens	32
<b>3. Les ressources utilisées</b>	<b>33</b>
3.1 Utilisation des ressources humaines	33
3.2 Utilisation des ressources financières	35
3.3 Utilisation des ressources informationnelles	36
<b>4. Annexes — autres exigences</b>	<b>38</b>
4.1 Gestion et contrôle des effectifs	38
4.2 Développement durable	39
4.3 Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics	39
4.4 Accès à l'égalité en emploi	40
4.5 Accès aux documents et protection des renseignements personnels	43
4.6 Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration	44
4.7 Égalité entre les femmes et les hommes	45
4.8 Politique de financement des services publics	46

<b>Section 2 : Rapport des activités des coroners</b>	<b>47</b>
<b>1. Investigations</b>	48
1.1 Décès signalés aux coroners	48
1.2 Autopsies et examens de laboratoire	50
1.3 Quelques rapports d'investigation déposés en 2021	50
<b>2. Enquêtes</b>	61
2.1 Évolution du nombre d'enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie	61
2.2 Enquêtes en cours au 31 décembre 2021	62
2.3 Rapports d'enquête déposés en 2021	65
<b>3. Recommandations</b>	73
3.1 Principes généraux	73
3.2 Suivi des recommandations	74
3.3 Portée des recommandations	76
<b>4. Bilan statistique des traumatismes mortels au Québec</b>	77
<b>Annexes</b>	83
Loi et règlements	83
Code de déontologie des coroners	84
Procédure administrative préalable à une réprimande	87
<b>Nous joindre</b>	90

## Message du ministre

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

Monsieur le Président,

Je vous invite à prendre connaissance du rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'exercice financier ayant pris fin le 31 mars 2022.

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 2017-2022 et de la Déclaration de services aux citoyens de l'organisation.

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

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

### **ORIGINAL SIGNÉ**

**François Bonnardel**  
Québec, décembre 2022







## Message de la 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,

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel de gestion 2021-2022 du Bureau du coroner, auquel nous joignons, comme à l'habitude, le rapport des activités des coroners pour l'année 2021.

La fin de l'année 2021-2022 marque pour le Bureau du coroner la fin de l'effectivité de son plan stratégique 2017-2022 et l'élaboration de ses orientations et objectifs stratégiques pour la période 2022-2027, au regard des enjeux actuels de l'organisme et de ceux à venir. Ce vent de renouveau coïncide avec le retour en présentiel du personnel, après la longue période pendant laquelle a prévalu la crise sanitaire. Finalement, l'entrée en vigueur de la modification de la loi constitutive du Bureau du coroner dans les prochains mois apportera aussi de nombreux changements à nos processus de travail, pour lesquels nous nous préparons depuis un long moment.

Je tiens à saluer le dévouement et la mobilisation de toute l'équipe, tant les coroners que le personnel, qui permettront la continuité des grands projets en cours ainsi que l'amorce des projets à venir. Tous ensemble, nous œuvrons à la réalisation de notre mission et à protéger la vie humaine.

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

La coroner en chef,

**ORIGINAL SIGNÉ**

**Pascale Descary**

Québec, août 2022

## Déclaration attestant la fiabilité des données

Entant 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 2021-2022 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 2022.

La coroner en chef,

### **ORIGINAL SIGNÉ**

**Pascale Descary**

Québec, août 2022

# Section 1

**Rapport annuel de gestion  
2021-2022**



# 1. L'organisation

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

### Quelques chiffres clés

CHIFFRES CLÉS	DESCRIPTION
62	Effectif du Bureau du coroner
12,2 M\$	Dépenses du Bureau du coroner
6086	Nombre de décès totaux ayant fait l'objet d'une intervention d'un coroner
82	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, depuis 1986, sur la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2). Les coroners sont également soumis au Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 1), lequel prescrit leurs devoirs et leurs obligations, tels que l'intégrité, l'objectivité, la rigueur, l'indépendance, la diligence et la confidentialité des gestes posés dans le cadre de leurs fonctions. Ils doivent en tout temps respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée.

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

1. Données au 31 mars 2022, 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 2021 au 31 décembre 2021).

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.

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

Conformément à la loi, le coroner a compétence sur tout décès survenant au Québec. Il intervient systématiquement lorsqu'un décès survient dans des circonstances violentes ou obscures ou possiblement liées à la négligence, ou lorsque l'identité de la personne décédée n'est pas connue. Il intervient également lors de l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans ces circonstances et chaque fois que le corps d'une personne décédée au Québec est transporté à l'extérieur de la province. Il est aussi avisé de tout décès qui se produit dans des endroits particuliers, notamment dans les garderies, les centres jeunesse, les familles d'accueil, les postes de police, les établissements de détention, les pénitenciers et les centres de réadaptation. À titre indicatif, en 2021, les coroners sont intervenus dans environ 8,7% de tous les décès survenus au Québec.

Dans le cadre de son mandat, le coroner doit rechercher, au moyen d'une investigation ou d'une enquête, les causes probables et les circonstances du décès. Il doit également déterminer l'identité de la personne décédée ainsi que la date et le lieu de son décès. Il rédige ensuite un rapport résumant les conclusions de son investigation ou de son enquête. Ce rapport est public et est remis à toute personne qui en fait la demande.

### **1.3 MISSION**

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

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

## 1.4 ORGANISATION INTERNE

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

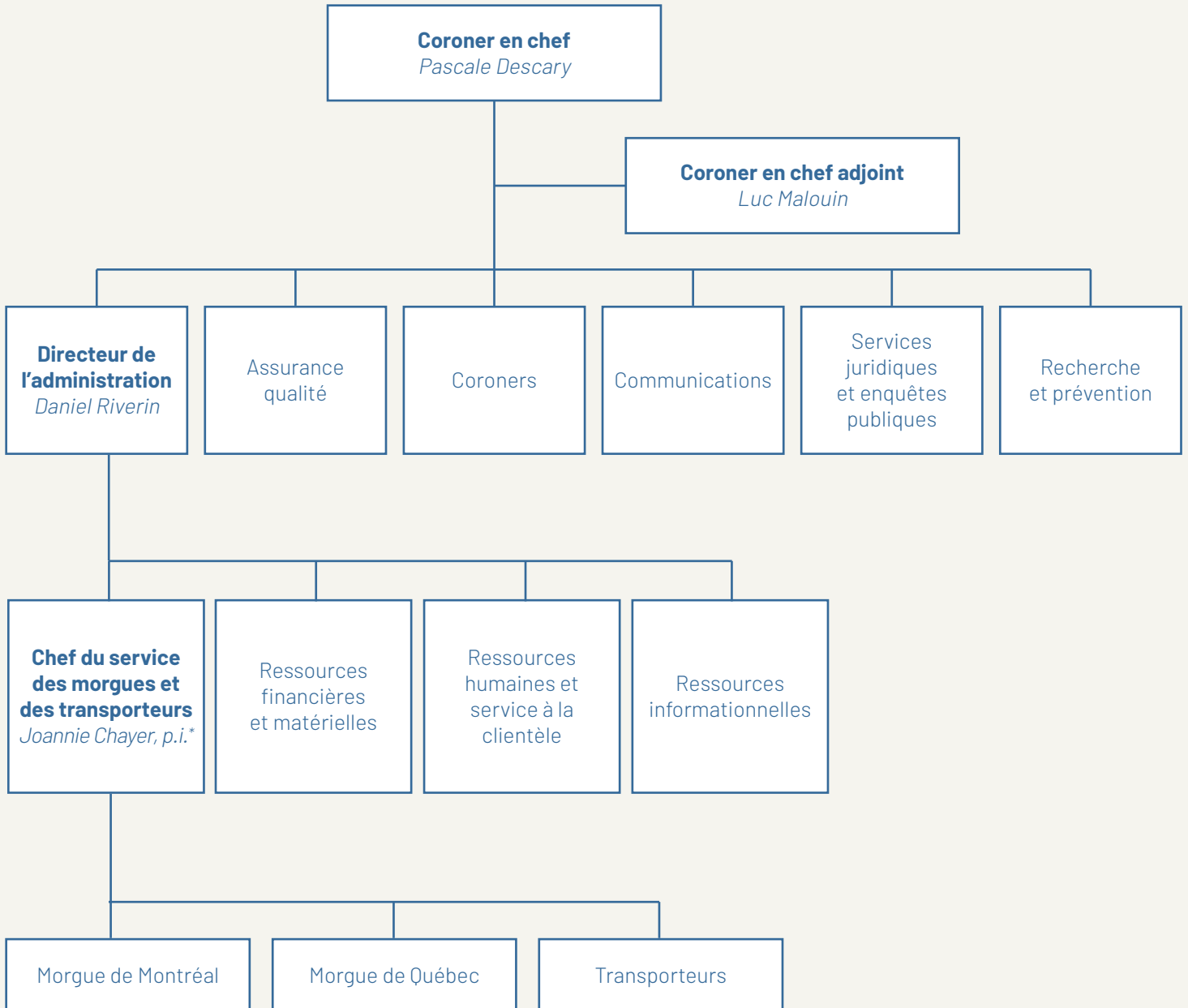
La coroner en chef est responsable de coordonner, de répartir et de surveiller le travail des coroners, et s'assure que l'ensemble du territoire du Québec est en tout temps desservi. Elle met aussi en place les ressources nécessaires afin que les coroners soient en mesure de remplir le rôle qui leur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

La coroner en chef peut également compter sur le soutien du service juridique, du service des communications, du service affecté à l'assurance qualité ainsi que 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 la coroner en chef dans son rôle de supervision et de la remplacer en cas d'absence ou d'empêchement. Il s'implique notamment auprès des coroners en contribuant à leur formation, à leur encadrement et à leur évaluation.

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

## Organigramme



\* Mme Chayer occupe officiellement le poste de chef du service des morgues et des transporteurs depuis juin 2022.

## 1.5 DOMAINES D'ACTIVITÉ

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

### Investigation et enquête

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

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

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

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

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

- recherche de recommandations appropriées par le coroner;
- transmission des recommandations aux intervenants concernés;
- conservation d'archives et de données;
- surveillance épidémiologique de plusieurs types de décès;
- collaboration scientifique avec les chercheurs travaillant en prévention.

### Information et communication

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

Par ailleurs, un des volets de la mission des coroners est d'informer le public sur des phénomènes de mortalité. À cette fin, le Bureau du coroner 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;
- 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 2021-2022 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, découlant du projet de loi ayant pour but de modifier la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2) de 1986, devrait entrer en vigueur au cours de la prochaine année. Les principaux changements touchent 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. Le projet prévoit également l'accroissement des pouvoirs d'encadrement du coroner en chef, notamment en ce qui concerne le suivi des recommandations, ainsi que plusieurs dispositions destinées à mieux outiller les coroners dans la réalisation de leur mission. Le règlement sur la sélection, la nomination et le renouvellement des coroners et le 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 suivront l'entrée en vigueur de la loi, tandis que les règlements sur la formation des coroners et sur la rémunération des coroners à temps partiel seront reportés à une date ultérieure.

Dans la foulée de l'adoption de cette modification à sa loi constitutive, le Bureau du coroner poursuit ses efforts pour améliorer le suivi des recommandations des coroners et établir des canaux de communication avec les principaux destinataires.

### **Transformation numérique**

Le projet de numérisation du bulletin de décès est en cours de réalisation, grâce au développement du Système d'information des événements démographiques (SIED) par le MSSS. L'implantation de ce système facilitera le partage d'informations entre le Bureau du coroner, le réseau de la santé et des services sociaux, l'Institut de la statistique du Québec, le directeur de l'État civil et les maisons funéraires, et ce, en fonction d'une entente dûment scellée entre le MSSS et le Bureau du coroner.

Le Bureau du coroner a participé activement au déploiement de la Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023 (portant maintenant le nom de Programme de transformation globale) au cours de la dernière année, en collaborant notamment avec l'équipe désignée au MSP et avec la Direction générale des technologies de l'information, à la mise en œuvre de ce programme. Entre autres actions, voici celles qui ont été ciblées et dont la mise en œuvre est effectuée à ce jour, ou encore en cours de réalisation :

- Assurer la modernisation et l'évolution de GECCO en cohérence avec les changements législatifs à venir;
- Assurer la mise en place de sondages de satisfaction auprès des partenaires ainsi que des familles ayant reçu les services du Bureau du coroner;
- Faciliter l'accès aux données, aux informations et aux rapports d'investigation et aux recommandations pour les citoyens, les chercheurs, les policiers et les journalistes;
- Réaliser le projet de numérisation permettant d'assurer la pérennité des documents;
- Faciliter la facturation des différents transporteurs et la gestion des contrats;
- Renforcer les relations avec les chercheurs.

## Comités

Afin de réaliser sa mission de prévention, le Bureau du coroner pilote plusieurs comités étudiant des phénomènes de mortalité précis afin de mieux les comprendre et de formuler des recommandations visant à les éviter.

En février 2022, le Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale a déposé son mémoire *Les enfants exposés à la violence conjugale : des enfants à protéger* à l'occasion des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi 15, loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives. Ce comité est présenté plus en détail à la section 4.7 *Égalité entre les femmes et les hommes*.

Quant à lui, le Comité sur la mortalité autochtone concrétise la forte volonté du Bureau du coroner d'engager le dialogue et de tisser des liens avec ces communautés. Les travaux de ce comité ont été ralentis en raison de la pandémie, mais prendront véritablement leur envol à l'été 2022 avec la visite d'une petite délégation de coroners au Nunavik<sup>3</sup>. Cette étape vise à faciliter la communication entre les communautés autochtones et le Bureau du coroner, à mieux comprendre et respecter leurs besoins et leurs attentes, et finalement, à faire connaître davantage le rôle du coroner.

Le Comité d'examen des décès d'enfants (de 0 à 17 ans) a pour sa part déposé son Bilan des travaux 2019-2021, qui couvre de manière exceptionnelle une plus grande période de référence, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 3 juin 2021, et qui présente les constats et recommandations du Comité.

3. Cette visite a eu lieu du 30 mai au 3 juin 2022.

À l'interne, le Comité sur la formation, constitué de coroners et de représentants du personnel, coordonne l'entièreté des activités de formation du Bureau du coroner pour répondre aux besoins de l'ensemble de l'organisation. Ainsi, la tenue de midi-conférences virtuels s'est poursuivie en 2021-2022 et le Comité a commencé à planifier la tenue d'un colloque au printemps 2023. Des sous-comités ont aussi été créés au cours de la dernière année, afin de répartir le travail relatif aux différents volets de la formation.

## **Enquêtes publiques**

Le calendrier 2021-2022 des enquêtes publiques a été très chargé, tant en ce qui a trait au nombre d'enquêtes tenues que de l'ampleur de ces enquêtes. Par exemple, l'enquête thématique sur le suicide en milieu carcéral et les enquêtes sur les décès de Mme Joyce Echaquan et de M. Pierre Coriolan se sont terminées au cours de la dernière année, tandis que l'enquête thématique sur le suicide et l'enquête sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la pandémie de COVID-19 se poursuivront en 2022-2023<sup>4</sup>. Les audiences de cette dernière, ordonnée en 2020, se sont étendues du 15 février 2021 au 20 janvier 2022, pour un total de 67 jours d'auditions.

## **Collaboration avec Héma-Québec**

Deux 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 2021-2022, selon les données compilées par Héma-Québec, 223 donneurs de tissus humains provenant du Bureau du coroner ont été prélevés, en comparaison avec 131 donneurs pour l'année précédente. Ces 223 donneurs peuvent profiter à 4410 receveurs potentiels, puisque, selon les tissus prélevés, un donneur peut aider en moyenne entre 2 et 20 receveurs. Par ailleurs, en avril 2021, Héma-Québec a accueilli une deuxième agente de liaison pour le Bureau du coroner afin d'effectuer la vigie de soir et de fin de semaine.

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

En plus de contribuer à la recherche, le BC 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 (INSPQ), 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 contribuent aux actions de prévention partout en province.

4. Cette enquête s'est terminée le 10 mai 2022.

## **Nomination de nouveaux coroners**

Comme le besoin de recrutement est constant, cinq nouveaux coroners médecins ont été nommés par le Conseil des ministres en novembre 2021. De plus, 10 coroners nommés en 2020-2021 ont été formés au cours de l'année 2021-2022.

## **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 toujours sur l'important projet de réfection de la morgue de Montréal, qui a atteint la fin de sa vie utile et dont les équipements ont besoin d'être mis à niveau. Bien qu'elle soit la plus grande morgue du Québec, avec sa capacité de 138 places réfrigérées, elle répond tout juste aux besoins et deviendra insuffisante à moyen terme.

L'étape d'analyse immobilière du projet par le MSP et la SQI démarrera au cours de la prochaine année. Le LSJML participe au projet puisqu'une partie de ses installations sera corollairement revampée.

## **Autopsies par imagerie post mortem**

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

Un des éléments de ce plan d'action est d'optimiser les services d'autopsie par imagerie post mortem. Rappelons que cet outil diagnostique ultraspécialisé, novateur et économique permet, dans certaines situations, d'éviter l'autopsie conventionnelle. Il réduit aussi les distances et délais de transports de personnes décédées, particulièrement dans les régions où il n'y a pas de service d'autopsie. Les délais sont également plus courts puisque le coroner obtient le rapport de l'expert radiologiste dans les jours qui suivent l'examen, soit généralement en moins de 48 heures.

Le Bureau du coroner, en collaboration avec le MSSS, déploiera dans les prochains mois le service à l'échelle de la province. Ce Réseau québécois d'imagerie post mortem (RQIPM), qui a pour but de soutenir les coroners dans la recherche des causes et des circonstances des décès, s'annonce très prometteur. Dans l'intervalle, les coroners bénéficient du Service d'autopsie virtuelle offert à l'Hôtel-Dieu de Lévis et à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM), qui est fort apprécié. Une radiologiste supplémentaire s'est d'ailleurs jointe à l'équipe du Service d'autopsie virtuelle de l'ICM en mai 2021.

## 2. Les résultats

### 2.1 PLAN STRATÉGIQUE

#### Résultats relatifs au plan stratégique

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

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, le Bureau du coroner a revu en novembre 2020 certains des indicateurs et des cibles de son plan stratégique. Lors de cette mise à jour, six changements ont été apportés. Ces changements sont indiqués en vert dans le tableau suivant.

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

## Sommaire des résultats 2021-2022 relatifs aux engagements du Plan stratégique 2017-2022

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

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2021-2022	RÉSULTATS 2021-2022	PAGE
<b>AXE D'INTERVENTION 1.1 : LES PROCESSUS D'INVESTIGATION ET D'ENQUÊTE</b>				
<b>Objectif 1.1.1</b> Offrir aux personnes endeuillées un service diligent empreint d'empathie	Nombre de plaintes portant sur les services reçus	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022 Mesure de départ : 37 plaintes en 2016	Diminution de 64,86 % <sup>5</sup> (Atteinte)	16
	Taux de plaintes portant sur les services reçus	Diminution du taux de plaintes de 50 % d'ici 2022 Mesure de départ : 0,9 % en 2016	Diminution de 76,67 % (Atteinte)	17
<b>Objectif 1.1.2</b> Améliorer la qualité des investigations	Nombre de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022 Mesure de départ : 48 plaintes en 2016	Augmentation de 125 % <sup>6</sup> (Non atteinte)	18
	Taux de plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners	Atteindre un taux de plaintes de 1 % d'ici 2022 Mesure de départ : 1,2 % en 2016	1,74 % (Non atteinte)	18
	Nombre de formations de mise à niveau offertes aux coroners	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	36 formations de mise à niveau différentes ont été offertes aux coroners (Atteinte)	19
	Nombre d'aide-mémoires et de guides rédigés	Un nouveau document chaque année	Deux aide-mémoires ont été rédigés (Atteinte)	20

5. 13 plaintes sur un total de 6202 dossiers ouverts en 2021-2022.

6. 108 plaintes sur un total de 6214 rapports déposés en 2021-2022.

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

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2021-2022	RÉSULTATS 2021-2022	PAGE
<b>Objectif 1.1.3</b> Réduire les délais de production des rapports d'investigation	Délai moyen de production des rapports d'investigation	Moyenne de 9 mois d'ici 2022 Mesure de départ : délai moyen de 10,9 mois en 2016	Délai moyen de 9,2 mois (Atteint)	21
	Nombre de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022 Mesure de départ : 93 plaintes en 2016	Diminution de 90,32 % <sup>7</sup> (Atteinte)	21
	Taux de plaintes portant sur les délais de production des rapports d'investigation	Diminution de 50 % du taux de plaintes d'ici 2022 Mesure de départ : 2,3 % en 2016	Diminution de 93,48 % <sup>8</sup> (Atteinte)	22
<b>Objectif 1.1.4</b> Conscientiser les partenaires au mandat du coroner	Nombre de rencontres de sensibilisation	10 rencontres par année	9 rencontres et formations (Non atteinte)	23
<b>Objectif 1.1.5</b> Revoir les procédures actuelles (pré-enquête et tenue d'audience) afin de simplifier les délais	Délai entre l'ordonnance d'enquête et le dépôt du rapport	Revenir à un délai moyen de 13,9 mois d'ici 2022 Mesure de départ : délai moyen de 13,9 mois pour la période 2014-2017	Délai de 20,3 mois (Non atteint)	24
<b>AXE D'INTERVENTION 1.2 : LES COMPÉTENCES</b>				
<b>Objectif 1.2.1</b> Assurer le développement et le maintien des compétences	Proportion des coroners et des employés qui participent annuellement à des formations	50 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	Environ 43,5 % <sup>9</sup> des employés ont reçu de la formation et 100 % <sup>10</sup> des coroners  (Non atteinte pour les employés; atteinte pour les coroners)	25

7. 9 plaintes sur 6202 dossiers ouverts en 2021-2022.

8. Le taux de plaintes est de 0,15 %.

9. Au total, 27 employés sur 62 ont reçu de la formation.

10. Au total, 89 coroners sur 89 (coroners investigateurs à temps partiel et coroners permanents réunis) ont reçu de la formation.



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

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES 2021-2022	RÉSULTATS 2021-2022	PAGE
<b>AXE D'INTERVENTION 2.1 : IMAGE ET RÔLE DES CORONERS</b>				
<b>Objectif 2.1.1</b> Mieux faire connaître le mandat du coroner en matière de prévention et de santé publique	Nombre annuel de consultations du site Internet et d'abonnés au compte Twitter	Augmentation annuelle de 5% du nombre de consultations et d'abonnés Mesures de départ : 97 859 consultations et 455 abonnés en 2016	156 861 consultations du site Internet (augmentation de 49,47%) 4760 abonnés au compte Twitter (augmentation de 25,83%) (Atteinte)	27
	Nombre de présentations et de conférences données	12 présentations par année	14 présentations et conférences (Atteinte)	28
<b>AXE D'INTERVENTION 2.2 : MEILLEURE CONNAISSANCE DES RISQUES DE MORTALITÉ DE MANIÈRE À PRÉVENIR DES DÉCÈS</b>				
<b>Objectif 2.2.1</b> Favoriser les forums permettant de traiter d'enjeux de société et de sujets d'intérêt public dans une optique de prévention des décès	Nombre d'enquêtes publiques portant sur des enjeux de société ou des sujets d'intérêt public	Une enquête par année	2 enquêtes ordonnées; 3 rapports déposés (Atteinte)	29
	Mise en place de comités multipartites d'examen des décès portant sur des enjeux de société	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Trois comités sont actuellement en place (Atteinte)	30

## Résultats détaillés 2021-2022 relatifs aux engagements du Plan stratégique 2017-2022

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

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

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

#### Axe d'intervention 1.1 : Les processus d'investigation et d'enquête

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

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

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

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

#### Indicateur 1 : Nombre de plaintes portant sur les services reçus

Mesure de départ : 37 plaintes en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022
<b>Résultats</b>	Diminution de 64,86 % (Atteinte)	5 plaintes (Atteinte)	20 plaintes (À poursuivre)	4 plaintes (Atteinte)	18 plaintes (À poursuivre)

Le nombre de plaintes portant sur les services reçus comprend les plaintes sur le comportement du coroner ou d'un employé et les plaintes sur la difficulté à joindre le coroner ou un employé. Les plaintes touchant les services reçus des transporteurs funéraires ne sont pas comptabilisées dans cette catégorie, puisque ces derniers ne sont pas des employés du Bureau du coroner.

Au total, 13 plaintes ont été reçues, ce qui représente une diminution de 64,86 % par rapport à la mesure de départ de 2016. Sur les 13 plaintes, 3 dossiers ont été affectés par le délai de réception de documents provenant de nos partenaires.

### Indicateur 2 : Taux de plaintes portant sur les services reçus

Mesure de départ : 0,9 % en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Diminution du taux de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du taux de plaintes de 50 % d'ici 2022	s. o.	s. o.	s. o.
<b>Résultats</b>	Diminution de 76,67 % (Atteinte)	0,08 % (Atteinte)	s. o.	s. o.	s. o.

Puisque les plaintes sur les services surviennent généralement au cours des premières phases de l'investigation, soit dans les jours suivant le décès, le taux est calculé en fonction du nombre d'investigations amorcées pendant l'année concernée. Le taux de plaintes étant de 0,21 %, cela représente une diminution de 76,67 % par rapport à la mesure de départ de 2016.

### Objectif 1.1.2 : Améliorer la qualité des investigations

Cet objectif porte plus spécifiquement sur le travail des coroners et sur le contenu du rapport qu'ils produisent à la fin de leur investigation ou de leur enquête.

Le Bureau du coroner a toujours accordé de l'importance à la formation, mais au cours des deux dernières années, il en a fait son principal outil pour mieux soutenir les coroners et ainsi améliorer les compétences et rehausser la qualité des investigations. Le comité sur la formation a le mandat de coordonner les nombreuses activités ayant lieu pendant l'année : mentorat, partage de l'expertise, colloque annuel, coaching individuel, groupes de soutien et ateliers de rédaction. Le fait de regrouper tous ces sujets permet au comité d'avoir une vue d'ensemble des activités et d'en assurer la cohérence tout en répondant aux besoins exprimés par les coroners et le personnel. Les aide-mémoires et les guides constituent des outils supplémentaires pour soutenir les coroners dans leur travail.

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

Mesure de départ : 48 plaintes en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022	Diminution du nombre de plaintes de 50 % d'ici 2022
<b>Résultats</b>	Augmentation de 125 % (Non atteinte)	69 plaintes, dont 42 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	108 plaintes, dont 60 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	74 plaintes, dont 53 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)	49 plaintes, dont 44 portant sur des erreurs matérielles (À poursuivre)

Au cours de l'année 2021-2022, le Bureau du coroner a reçu 108 plaintes portant sur le contenu d'un rapport. Il faut savoir que, de ce nombre, 77 plaintes avaient pour but de signaler une erreur matérielle, c'est-à-dire une erreur portant sur la forme. Sont considérées comme des erreurs matérielles les erreurs dans l'identification du défunt, soit au niveau de l'orthographe, soit dans le nom ou le prénom de celui-ci; dans la chronologie des événements, incluant le mois, la date, l'année ou les heures; dans le visuel du rapport d'investigation; ou encore, dans la date du décès. Ce sont donc 31 plaintes qui portent réellement sur une insatisfaction quant au contenu du rapport.

Après analyse, toutes ces plaintes ont été jugées fondées.

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

Mesure de départ : 1,2 % en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Atteindre un taux de plaintes de 1 % d'ici 2022	Atteindre un taux de plaintes de 1 % d'ici 2022	s. o.	s. o.	s. o.
<b>Résultats</b>	1,74 % (Non atteinte)	1,4 % (À poursuivre)	s. o.	s. o.	s. o.

Puisque les plaintes sur le contenu des rapports surviennent une fois l'investigation terminée, ce taux est calculé en fonction du nombre d'investigations terminées pendant l'année concernée.

Les deux dernières cibles n'ont pas été atteintes. Par ailleurs, le résultat de l'indicateur 1 s'en approche si l'on ne tient pas compte des plaintes pour erreur matérielle, et, selon les mêmes critères, le résultat de l'indicateur 2 atteint la cible, avec un résultat de 0,5 %.

Afin de remédier aux plaintes portant sur le contenu des rapports de coroners, le Bureau continuera d'offrir de la formation continue au personnel et aux coroners, qui vise un rehaussement des compétences menant à une amélioration de la qualité des rapports d'investigation.

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

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022	Au moins 6 formations de mise à niveau d'ici 2022
<b>Résultats</b>	36 formations de mise à niveau différentes ont été offertes aux coroners (Atteinte)	20 formations de mise à niveau différentes ont été offertes aux coroners (Atteinte)	Colloque de 2 jours en septembre 2019 (À poursuivre)	Colloque de 2 jours en septembre 2018 (À poursuivre)	Colloque de 2 jours en septembre 2017 (À poursuivre)

En temps normal, la principale activité de formation de mise à niveau des coroners est le colloque annuel. Pendant deux jours, les coroners de toutes les régions sont conviés à assister à une quinzaine de conférences et d'ateliers sur des sujets qui les touchent de près. Cette occasion de perfectionnement et de réseautage contribue nécessairement à hausser la qualité des investigations. En raison de la pandémie, les colloques annuels de 2020 et 2021 ont dû être annulés.

Les 36 formations de mise à niveau cumulées comprennent 19 midi-conférences offerts en ligne, de façon synchrone et portant sur des sujets variés et utiles à la pratique des coroners. Ce total englobe aussi la 5<sup>e</sup> journée de la formation initiale des coroners, qui constitue deux demi-journées d'échanges et de discussion sur des cas réels, en compagnie de deux coroners mentors. Bien que cette formation soit complémentaire à la formation des nouveaux coroners entrant en poste, elle est aussi dispensée à des coroners en fonction depuis longtemps. C'est pourquoi nous la considérons dans ce cas comme de la mise à niveau. Finalement, des formations portant sur des notions générales utiles aux coroners permanents et à la coroner en chef ont aussi été offertes. Il est important de mentionner qu'en plus des activités de formation, les coroners peuvent en tout temps recourir aux conseils de coroners expérimentés qui agissent comme mentors. Le Bureau du coroner offre aussi plusieurs ressources aux coroners, que ce soit sous la forme de comités, de personnes-ressources ou d'outils.

#### Indicateur 4 : Nombre d'aide-mémoires et de guides rédigés

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année	Un nouveau document chaque année
<b>Résultats</b>	Deux aide-mémoires ont été rédigés (Atteinte)	Un aide-mémoire et trois nouveaux guides ont été rédigés (Atteinte)	Deux nouveaux documents et plusieurs guides mis à jour (Atteinte)	Plusieurs guides mis à jour (À poursuivre)	Un guide en 2017 (Atteinte)

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

Au cours de la dernière année, deux nouveaux aide-mémoires ont été rédigés. Il s'agit d'un aide-mémoire pour les décès dans un possible contexte de violence conjugale et d'un aide-mémoire pour la cueillette d'informations sommaires lors d'un décès d'enfant.

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

Réduire le délai de production des rapports d'investigation est l'un des objectifs les plus importants et les plus ambitieux du Bureau du coroner. En 2021-2022, il a poursuivi ses efforts pour diminuer les délais liés au traitement des dossiers et les résultats sont très positifs. Le délai moyen de production des rapports est maintenant de 9,2 mois. C'est 1,2 mois de moins qu'en 2020-2021.

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

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

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

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

Mesure de départ : 10,9 mois en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Moyenne de 9 mois d'ici 2022	Moyenne de 9 mois d'ici 2022	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019	Moyenne de 6 mois d'ici décembre 2019
<b>Résultats</b>	Délai moyen de 9,2 mois (Atteint)	Délai moyen de 10,4 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 11,0 mois (Non atteinte en 2019, mais réduction marquée des délais au cours des derniers mois)	Délai moyen de 12,4 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 13 mois (À poursuivre)

En 2021-2022, le délai moyen entre le moment où le coroner est avisé du décès et celui où son rapport est rendu public a été de 9,2 mois. Il s'agit d'une diminution de 1,2 mois depuis l'année précédente et de 3,8 mois depuis 2017-2018, ce qui représente une amélioration de 29 % en trois ans. Cette performance résulte principalement de la multiplication des outils pour faciliter le travail d'investigation et d'un suivi étroit et personnalisé auprès de l'ensemble des coroners, afin de les épauler dans leurs efforts pour réduire la portion des délais pour laquelle ils ont une emprise. Par ailleurs, l'attente du rapport d'autopsie est le facteur externe qui a le plus d'impact sur la durée totale d'une investigation. En effet, en 2021-2022, le délai moyen pour terminer une investigation sans autopsie est de 8,4 mois, alors que ce délai est de 11,8 mois lorsqu'une autopsie est ordonnée.

Nous considérons la cible de 9 mois comme étant atteinte. Un délai de 0,2 mois excédant la cible de 9 mois équivaut à environ 6 jours, ce qui est minime au regard du travail accompli.

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

Mesure de départ : 93 plaintes en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Diminution de 50 % d'ici 2022	Diminution de 50 % d'ici 2022	Diminution de 50 % d'ici 2022	Diminution de 50 % d'ici 2022	Diminution de 50 % d'ici 2022
<b>Résultats</b>	Diminution de 90,32 % (Atteinte)	5 plaintes (Atteinte)	25 plaintes (Atteinte)	57 plaintes (À poursuivre)	113 plaintes (À poursuivre)

Les efforts constants du Bureau du coroner pour réduire le délai de production des rapports transparaissent également dans le nombre de plaintes à ce sujet. Au cours de la dernière année, seulement 9 plaintes ont été déposées en lien avec le délai de production d'un rapport d'investigation, ce qui représente une diminution de 90,32 % par rapport à la mesure de départ de 2016.

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

Mesure de départ : 2,3 % en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Diminution de 50 % du taux de plaintes d'ici 2022	Diminution de 50 % du taux de plaintes d'ici 2022	s. o.	s. o.	s. o.
<b>Résultats</b>	Diminution de 93,48 % (Atteinte)	0,08 % (Atteinte)	s. o.	s. o.	s. o.

Le taux de plaintes enregistré en 2021-2022 est de 0,15 %. Cela représente une diminution de 93,48 %.

Comme les plaintes sur les délais surviennent généralement en cours d'investigation, ce taux est calculé en fonction du nombre d'investigations amorcées pendant l'année concernée.

**Objectif 1.1.4 : Conscientiser les partenaires au mandat du coroner**

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

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

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



## Indicateur : Nombre de rencontres de sensibilisation

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	10 rencontres par année	10 rencontres par année	10 rencontres par année	10 rencontres par année	10 rencontres par année
<b>Résultats</b>	9 rencontres et formations (Non atteinte)	4 rencontres et formations (Non atteinte)	Plus de 12 rencontres et formations (Atteinte)	Plus de 20 rencontres et formations (Atteinte)	25 rencontres et formations (Atteinte)

La coroner en chef, le coroner en chef adjoint et plusieurs coroners s'impliquent activement auprès des partenaires en leur offrant des rencontres et des formations. Au total, 9 rencontres et formations ont été données par des coroners. Parmi les partenaires auxquels s'adressaient ces rencontres ou formations se trouvent entre autres un service de police, des CISSS et des CIUSSS.

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

La cible de 10 rencontres par année a presque été atteinte. La possibilité de tenir ces rencontres et formations a bien sûr été affectée par les restrictions imposées lors de la crise sanitaire et le ralentissement général des activités de différents milieux.

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

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

Avant d'aborder les résultats, il importe d'expliquer les facteurs qui peuvent allonger la durée d'une enquête. Certains sont liés aux opérations du Bureau du coroner, mais d'autres sont hors de son contrôle, comme la non-disponibilité des locaux, des témoins, des parties intéressées ou de leurs représentants, ou encore la découverte d'éléments nouveaux qui amènent la prolongation des audiences. Parce que le processus d'enquête est public, contrairement à celui de l'investigation, il implique de vivre avec des impondérables similaires à ceux pouvant être vécus devant les tribunaux judiciaires. Il faut aussi savoir que le Bureau du coroner ne dispose que d'un nombre restreint de coroners enquêteurs et de procureurs aux enquêtes publiques.

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

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

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Revenir à un délai moyen de 13,9 mois d'ici 2022	Revenir à un délai moyen de 13,9 mois d'ici 2022	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022	Diminution des délais moyens de 50 % d'ici 2022
<b>Résultats</b>	Délai de 20,3 mois (Non atteint)	Délai moyen de 19,5 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 17 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 24 mois (À poursuivre)	Délai moyen de 21 mois (À poursuivre)

La pandémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur la tenue des enquêtes, car la plupart d'entre elles ont lieu dans des palais de justice, qui ont dû être fermés en raison des mesures de prévention. Lors de la réouverture de ceux-ci, les travaux ont pu reprendre, mais la crise sanitaire a créé un certain engorgement dans le calendrier des enquêtes publiques de l'organisation.

Comme cela a été mentionné précédemment, il existe de nombreux impondérables qui peuvent allonger la durée d'une enquête. Il est tout de même possible d'améliorer le délai de production des rapports d'enquête. Les chiffres de 2019-2020 en sont la preuve : le délai est passé de 24 mois à 17 mois, ce qui représente une amélioration de 7 mois. En 2021-2022, trois enquêtes publiques se sont terminées, avec un délai moyen de 20,3 mois.

Le Bureau du coroner est constamment proactif pour réduire ses délais d'enquêtes publiques, notamment par la mise en place de processus de travail précis et organisés, et ce, à toutes les étapes de l'enquête.

### Axe d'intervention 1.2 : Les compétences

La consolidation des processus d'investigation repose bien sûr sur le travail des coroners, mais également sur la valorisation d'une équipe compétente, motivée et résolument capable de soutenir les coroners dans leurs activités de même que sur les plans administratif et juridique. Une telle synergie s'obtient d'abord en assurant le développement et le maintien des compétences. C'est pourquoi le Bureau du coroner a la volonté de diversifier l'offre de formation s'adressant aux coroners en leur permettant de développer des habiletés et des compétences professionnelles adaptées à leurs fonctions. Il souhaite aussi offrir des formations spécifiques aux membres du personnel afin de répondre à leurs besoins.

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

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

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

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	50 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	50 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	100 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	100 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations	100 % des coroners et des employés participent annuellement à des formations
<b>Résultats</b>	Environ 43,5 % des employés ont reçu de la formation et 100 % des coroners (Non atteinte pour les employés; atteinte pour les coroners)	77 % des employés et 63 % des coroners ont reçu de la formation (Atteinte)	Environ 45 % des employés et 82 % des coroners ont reçu de la formation (Non atteinte)	Environ 91 % des employés et 80 % des coroners ont reçu de la formation (Non atteinte)	100 % des coroners et des employés ont participé à au moins une formation (Atteinte)

Au cours de la dernière année, au moins 116 personnes différentes ont reçu de la formation (27 membres du personnel et 89 coroners). Les différentes formations de mise à niveau offertes aux coroners ont été abordées à l'objectif 1.1.2. Quant aux formations dispensées aux membres du personnel, elles portaient entre autres sur certaines notions médicales (formations données aux analystes à l'assurance qualité), sur la gestion à distance (coordonnateurs et gestionnaires), ainsi que sur différentes thématiques utiles aux activités courantes.

Comme le comité sur la formation mise beaucoup sur la consultation pour déterminer les besoins de chaque corps d'emploi, il a créé, au cours de la dernière année, un questionnaire pour sonder plus largement l'ensemble des coroners et des membres du personnel sur leurs besoins généraux en formation.

Afin d'atteindre la proportion ciblée d'employés participant annuellement à de la formation continue, un sous-comité sur la formation continue du personnel a été mis en place et planifie une programmation de formation afin de structurer l'offre au personnel. Cette offre bonifiée augmentera certainement le taux de participation à la formation continue en général.

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

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

### **Axe d'intervention 2.1 : Image et rôle des coroners**

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

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

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

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

Même si les coroners jouent un rôle essentiel en matière de prévention et de santé publique, leur mission reste encore peu connue de la population québécoise. Les médias contribuent en grande partie à diffuser les recommandations des coroners, mais cette tribune, bien qu'essentielle, n'est pas la seule. Le Bureau du coroner a le souci constant de multiplier les démarches visant le grand public.

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

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

Mesure de départ : 97859 consultations et 455 abonnés en 2016

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés	Augmentation annuelle de 5 % du nombre de consultations et d'abonnés
<b>Résultats</b>	156 861 consultations du site Internet (augmentation de 49,47 %)  4760 abonnés au compte Twitter (augmentation de 25,83 %)  (Atteinte)	104 947 consultations du site Internet (diminution de 12,35 %)  3 783 abonnés au compte Twitter (augmentation de 58,68 %) (Non atteinte pour le nombre de consultations du site Internet, mais atteinte pour le nombre d'abonnés au compte Twitter)	119 734 consultations du site Internet (augmentation de 2,9 %)  2 384 abonnés au compte Twitter (augmentation de 49 %) (Non atteinte pour le nombre de consultations du site Internet, mais atteinte pour le nombre d'abonnés au compte Twitter)	116 396 consultations du site Internet  Approximativement 1600 abonnés au compte Twitter (Atteinte)	Nombre de consultations non mesuré  Plus de 900 abonnés au compte Twitter (À poursuivre)

Le nombre de consultations du site Internet du Bureau du coroner a augmenté de 49,47 % par rapport à la donnée recensée en 2020-2021. Ainsi, au cours de la dernière année, son site a été consulté 156 861 fois. Au total, 513 020 pages ont été vues (3,27 pages par session). Le compte Twitter a quant à lui connu une hausse du nombre d'abonnés, qui a augmenté de plus de 25 % dans la dernière année.

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

Par ailleurs, mentionnons qu'en 2021, environ 60 000 rapports d'investigation ont été acheminés aux différents demandeurs, ce qui contribue aussi grandement à faire connaître le mandat du coroner en matière de prévention et de santé publique.

## Indicateur 2 : Nombre de présentations et de conférences données

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	12 présentations par année	12 présentations par année	12 présentations par année	12 présentations par année	12 présentations par année
<b>Résultats</b>	14 présentations et conférences (Atteinte)	11 présentations et conférences (Non atteinte)	Plus de 15 présentations et conférences (Atteinte)	Plus de 16 présentations et conférences (Atteinte)	18 présentations (Atteinte)

Au-delà de son site Internet, le Bureau du coroner fait aussi connaître le mandat des coroners en donnant des conférences et des présentations à des publics variés. Il s'implique notamment dans la formation des aspirants policiers et des étudiants en médecine et en droit de plusieurs universités. Lors de la dernière année, les étudiants en médecine de l'Université de Montréal et de l'Université Laval et les étudiants en droit de l'Université de Montréal ont été rencontrés. Cette compilation inclut aussi les présentations et conférences données aux élèves de différentes écoles secondaires afin de faire connaître le travail des coroners auprès des jeunes. Par ailleurs, la coroner en chef et le coroner en chef adjoint sont régulièrement invités à présenter le travail des coroners lors d'événements ponctuels.

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

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

Chaque année, les coroners se penchent sur les causes probables et les circonstances d'environ 6000 décès au Québec. L'information recueillie permet notamment d'acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité, d'informer le public et d'ainsi prévenir des décès.

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

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

Tout comme la tenue d'enquêtes publiques thématiques, la mise en place par la coroner en chef de comités multipartites d'examen des décès est importante. Ces comités permettent de mieux documenter les phénomènes de mortalité et de prévenir des décès, en plus de favoriser le dialogue entre les intervenants de différents milieux.

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

Grâce aux améliorations apportées au processus d'enquête publique au cours des dernières années, le Bureau du coroner peut s'investir encore davantage dans ce volet de sa mission et ainsi favoriser les forums sur des sujets d'intérêt public.

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

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Une enquête par année	Une enquête par année	Une enquête par année	Une enquête par année	Une enquête par année
<b>Résultats</b>	2 enquêtes ordonnées; 3 rapports déposés (Atteinte)	5 enquêtes ordonnées et ajout d'un décès à l'enquête thématique sur le suicide, préalablement ordonnée en 2019; 2 rapports déposés (Atteinte)	4 enquêtes ordonnées et 4 rapports déposés (Atteinte)	6 enquêtes ordonnées et 2 rapports déposés (Atteinte)	2 enquêtes ordonnées et 3 rapports déposés (Atteinte)

Au cours de la dernière année financière, la coroner en chef a ordonné 2 nouvelles enquêtes publiques, qui se tiendront au cours de la prochaine année.

Trois rapports d'enquête ont été déposés en 2021-2022. Ils portaient respectivement sur les décès de Mme Joyce Echaquan, décédée en milieu hospitalier; de M. Pierre Coriolan, décédé dans un contexte d'intervention policière; ainsi que sur les suicides en milieu carcéral. La variété dans les sujets et les enjeux enrichit le débat public et contribue assurément à faire entendre des voix et à porter des messages de prévention.

**Indicateur 2 : Mise en place de comités multipartites d'examen des décès portant sur des enjeux de société<sup>11</sup>**

Mesure de départ : s. o.

	2021-2022	2020-2021	2019-2020	2018-2019	2017-2018
<b>Cibles</b>	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022	Nombre de comités mis en place : trois comités d'ici 2022
<b>Résultats</b>	Trois comités sont actuellement en place (Atteinte)	Aucun nouveau comité mis en place (Atteinte)	Un nouveau comité mis en place (Atteinte)	Aucun nouveau comité mis en place (À poursuivre)	Deux comités étaient en place (À poursuivre)

Nous considérons la cible comme étant atteinte, puisque trois comités multipartites d'examen des décès sont actuellement en opération (Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, Comité d'examen des décès d'enfants et Comité sur la mortalité autochtone). Ces derniers répondent bien aux enjeux de société identifiés à ce jour. Le Bureau n'hésitera pas à mettre en place de nouveaux comités lorsque la situation le justifie.

## 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, en cas d'insatisfaction, de déposer 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 a continué à s'améliorer : il est de 11 jours pour l'année 2021-2022, alors qu'il était de 22 jours en 2020-2021.

Cette année, le Bureau du coroner a reçu 131 plaintes et en a traité 130 (y compris celles qui n'avaient pas été fermées au cours de la période précédente). Quatre plaintes étaient toujours en traitement au 31 mars 2022.

11. Dans les précédents rapports annuels, nous avons mis l'accent sur une cible de création de nouveaux comités, alors que l'objectif était plutôt d'opérer trois comités au total d'ici 2022. La cible est donc atteinte, avec trois comités en opération actuellement.



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

NATURE DE LA PLAINTÉ	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2021-2022	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2020-2021	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2019-2020	NOMBRE DE PLAINTES REÇUES EN 2018-2019
Comportement du coroner	11	4	17	3
Comportement d'un employé	0	1	3	0
Délai de production du rapport d'investigation ou d'enquête	9	5	25	57
Désaccord avec le contenu du rapport d'investigation ou d'enquête	31	27	48	21
Difficulté à joindre le coroner	2	0	0	1
Difficulté à joindre un employé	0	0	0	0
Erreur matérielle dans un rapport d'investigation ou d'enquête	77	42	60	53
Transporteur funéraire	0	3	4	5
Autre <sup>12</sup>	1	3	10	27
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>85</b>	<b>167</b>	<b>167</b>

En outre, le Bureau du coroner a produit 100 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. L'augmentation du nombre d'amendements (31) est attribuée majoritairement à une problématique reliée à notre système de mission qui, en fin de processus, n'offrait pas un visuel conforme. Cette situation représente, à elle seule, 55 % de l'augmentation.

Comme cela a déjà été mentionné à l'objectif 1.1.3, l'organisation a poursuivi ses efforts pour réduire le délai de production des rapports des coroners.

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

## 2.3 DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

Le Bureau du coroner a obtenu un délai supplémentaire pour l'élaboration de sa nouvelle Déclaration de services aux citoyens, dont la date limite était fixée au 31 mars 2022, étant donné qu'il est en attente de l'entrée en vigueur de sa loi constitutive modifiée, la Loi sur les coroners. Cette dernière, qui sera effective au cours des prochains mois, inclura de nouvelles obligations envers les citoyens.

L'actuelle Déclaration de services aux citoyens stipule les engagements de l'organisme envers sa clientèle, qui sont entre autres d'offrir un service courtois, rapide et personnalisé, d'émettre un accusé de réception dans les 5 jours de la réception d'une correspondance, de fournir l'information demandée dans un délai maximal de 25 jours ouvrables ou, à défaut, d'indiquer les motifs du retard et le nouveau délai.

## 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	2020-2021	ÉCART
Bureau du coroner	62	62	0

#### Formation et perfectionnement du personnel

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au perfectionnement du personnel par champ d'activité<sup>13</sup>

CHAMP D'ACTIVITÉ	2021	2020
Favoriser le perfectionnement des compétences	54 011 \$	15 539 \$
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	4 907 \$	3 112 \$
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	443 \$	5 059 \$
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	868 \$	2 616 \$
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	3 252 \$	0 \$

#### Évolution des dépenses en formation<sup>14</sup>

RÉPARTITION DES DÉPENSES EN FORMATION	2021	2020
Proportion de la masse salariale (%)	0,80	0,02
Nombre moyen de jours de formation par personne <sup>15</sup>	-	-
Cadre et coroner	6,4	2,8
Professionnel	0,9	1,5
Fonctionnaire	0,6	0,3
Total <sup>16</sup>	1,3	0,9
Somme allouée par personne <sup>17</sup>	1 024 \$	548 \$

13. La reddition de comptes dans le tableau suivant s'effectue pour l'année civile.

14. La reddition de comptes dans le tableau suivant s'effectue pour l'année civile.

15. Les données de 2020 présentées dans le Rapport annuel de gestion 2020-2021 comportaient des erreurs pour les trois sous-catégories suivantes. Elles ont été rectifiées ici.

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

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

## 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 promotion ou 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

	2021-2022	2020-2021	2019-2020
Taux de départ volontaire (%)	19,4	17,1	9,8

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

	2021-2022	2020-2021	2019-2020
Nombre d'employés ayant pris leur retraite au sein du personnel régulier	2	3	1

## 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>18</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 2022<sup>19</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 2022
0	0

18. 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.

19. Emplois régionalisés au 31 janvier 2022, 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

Les dépenses totales pour 2021-2022 se sont élevées à 12 214 475 \$, ce qui représente une augmentation de 1 221 875 \$ par rapport à 2020-2021.

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

SECTEUR D'ACTIVITÉ	BUDGET DE DÉPENSES 2021-2022 (000 \$) (1)	DÉPENSES PRÉVUES AU 31 MARS 2022 (000 \$) (2)	ÉCART (000 \$) (3) = (2) – (1)	TAUX D'UTILISATION DU BUDGET 2021-2022 (4) = (2)/(1) (%)	DÉPENSES RÉELLES 2020-2021 (000 \$) Source : Comptes publics 2020-2021
<b>Rémunération</b>	-	-	-	-	-
Employés réguliers et occasionnels	4 258,2	5 015,6	757,4	117,8 %	4 771,7
Coroners à temps partiel nommés par décret	2 907,0	3 796,3	889,3	130,6 %	2 910,1
<b>Sous-total</b>	7 165,2	8 811,9	1 646,7	123 %	7 681,8
<b>Fonctionnement</b>	3 493,8	3 402,5	(91,3) <sup>20</sup>	97,4 %	3 310,8
<b>TOTAL</b>	10 659,0	12 214,5	1 555,5	114,6 %	10 992,6

Le taux d'utilisation du budget de 114,6 % est dû à la rémunération. Les dépenses liées à la rémunération des employés réguliers et occasionnels ont été plus élevées en raison notamment des enquêtes publiques d'envergure. En effet, le Bureau du coroner avait obtenu l'autorisation d'utiliser 5 ETC supplémentaires. L'écart est aussi dû aux augmentations salariales rétroactives ainsi qu'aux paiements forfaitaires aux professionnels après l'adoption d'une nouvelle grille salariale. Quant aux dépenses liées à la rémunération des coroners à temps partiel, elles sont tributaires du nombre de dossiers d'investigation terminés au cours de l'année financière.

Il est à noter que plus de 85 % des dépenses de fonctionnement sont attribuables aux services de transports funéraires et d'autopsies requis dans le cadre des investigations.

20. L'arrondissement des nombres du tableau peut engendrer une différence avec le total.

### 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. Toutefois, 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 2021-2022

TYPE D'INTERVENTION	INVESTISSEMENTS (000 \$)	DÉPENSES (000 \$)
Projet <sup>21</sup>	24	21
Activités <sup>22</sup>	0	156
TOTAL	24	177

21. 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).

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

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 le début des travaux pour le projet d'informatisation du bulletin de décès (SP-3), le transfert automatique de certains documents médicaux entre le système du LSJML et le nôtre ainsi que la création automatique des factures d'honoraires des coroners pour l'autorisation de sorties de corps.

## 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 2021 au 31 mars 2022

CATÉGORIE	HEURES TRAVAILLÉES [1]	HEURES SUPPLÉMENTAIRES [2]	TOTAL DES HEURES RÉMUNÉRÉES [3]=[1]+[2]	TOTAL EN ETC TRANSPOSÉS [4]=[3]/1826,3
Personnel d'encadrement	12 215	0	12 215	6,7
Personnel professionnel	28 831	742	29 573	16,2
Personnel de bureau, techniciens et assimilés	66 271	980	67 251	36,8
TOTAL 2021-2022	107 318 <sup>23</sup>	1721 <sup>24</sup>	109 039	59,7
TOTAL 2020-2021	s. o.	s. o.	100 277	54,9

#### 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 2021 au 31 mars 2022

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique (en affaires ou non)	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	26	1777 417 \$
Total des contrats de service	26	1777 417 \$

23. L'arrondissement des nombres du tableau peut engendrer une différence avec le total.

24. L'arrondissement des nombres du tableau peut engendrer une différence avec le total.



## 4.2 DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Bureau du coroner souhaitait s'arrimer avec la nouvelle Stratégie gouvernementale de développement durable (SGDD) 2021-2025 pour l'élaboration de son nouveau plan d'action de développement durable. Or, l'adoption de cette stratégie a été repoussée au mois d'octobre 2022 par le ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MELCC). Les ministères et organismes ont donc la possibilité de prolonger ou d'ajouter un addenda à leur plan d'action de développement durable actuel jusqu'à l'adoption de la prochaine SGDD ou jusqu'au 31 mars 2023. Le Bureau du coroner, qui n'a pas adopté de nouveau plan d'action de développement durable depuis l'échéance du dernier plan (2009 à 2015), s'est donc engagé à réaliser un court plan d'action qui couvrira l'année 2022-2023. Les travaux entourant ce plan sont d'ailleurs bien entamés, avec l'aide de l'officier de développement durable de la Direction de la coordination ministérielle et des affaires autochtones du MSP. Le Bureau du coroner élaborera ensuite un plan d'action plus étoffé, qui couvrira la période 2023-2028 et qui sera en phase avec la SGDD, qui aura vraisemblablement été adoptée à l'automne 2022.

Malgré qu'il n'ait pas actuellement de plan d'action en vigueur, le Bureau du coroner a à cœur de trouver des actions concrètes pour réduire son impact environnemental. Nommons entre autres le projet d'autopsie par imagerie post mortem, ou autopsie virtuelle, qui réduira le nombre de transports de dépouilles entre les régions et les grands centres urbains; l'optimisation du transport des dépouilles effectué par les transporteurs funéraires; le recours au télétravail et l'utilisation de la plateforme de communication Teams; les témoignages virtuels nouvellement acceptés dans le cadre de ses enquêtes publiques; la réutilisation des trousseaux pour les prélèvements toxicologiques lorsqu'elles ne sont pas souillées et le remplacement graduel du papier au profit de documents numériques.

En avril 2021, à l'occasion de la Journée de l'environnement dans l'administration publique (JEAP), dont le thème était le gaspillage alimentaire, le Bureau du coroner a relayé le message à son personnel, et l'a invité à participer à la conférence virtuelle sur ce même thème organisée par le gouvernement.

## 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 2021-2022.

## 4.4 ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI

### Données globales

Effectif régulier au 31 mars 2022

**NOMBRE DE PERSONNES OCCUPANT  
UN POSTE RÉGULIER**

31<sup>25</sup>

Nombre total des personnes embauchées, selon le statut d'emploi, au cours de la période 2021-2022

RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE
3	14	6	2

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

Embauche des membres de groupes cibles en 2021-2022

STATUT D'EMPLOI	NOMBRE TOTAL DE PERSONNES EMBAUCHÉES 2021-2022	NOMBRE DE MEMBRES DES MINORITÉS VISIBLES ET ETHNIQUES EMBAUCHÉS	NOMBRE D'ANGLOPHONES EMBAUCHÉS	NOMBRE D'AUTOCHTONES EMBAUCHÉS	NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES EMBAUCHÉES	NOMBRE DE PERSONNES EMBAUCHÉES MEMBRES D'AU MOINS UN GROUPE CIBLE	TAUX D'EMBAUCHE DES MEMBRES D'AU MOINS UN GROUPE CIBLE PAR STATUT D'EMPLOI (%)
Régulier	3	1	0	0	0	1	33,3
Occasionnel	14	1	0	0	2	3	21,4
Étudiant	6	0	0	0	0	0	0,0
Stagiaire	2	0	0	0	0	0	0,0

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

STATUT D'EMPLOI	2021-2022	2020-2021	2019-2020
Régulier (%)	33,3	0	0
Occasionnel (%)	21,4	12,5	0
Étudiant (%)	0	0	0
Stagiaire (%)	0	0	0

25. Les coroners permanents sont exclus.

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

GRUPE CIBLE	NOMBRE AU 31 MARS 2022	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2022 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2021	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2021 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2020	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER AU 31 MARS 2020 (%)
Anglophones	-	-	-	-	-	-
Autochtones	-	-	-	-	-	-
Personnes handicapées	-	-	-	-	-	-

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

GRUPE CIBLE PAR REGROUPEMENT DE RÉGIONS	NOMBRE AU 31 MARS 2022	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2022 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2021	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2021 (%)	NOMBRE AU 31 MARS 2020	TAUX DE PRÉSENCE DANS L'EFFECTIF RÉGULIER ET OCCASIONNEL AU 31 MARS 2020 (%)
MVE Montréal/Laval	1	16,7	2	13,3	2	13,3
MVE Outaouais/Montérégie	-	-	-	-	-	-
MVE Estrie/Lanaudière/Laurentides	-	-	-	-	-	-
MVE Capitale-Nationale	2	7,7	2	4,1	0	0
MVE Autres régions	-	-	-	-	-	-

## Présence des membres des minorités visibles et ethniques au sein de l'effectif régulier et occasionnel – résultat pour le personnel d'encadrement au 31 mars 2022

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

## Femmes

### Taux d'embauche des femmes en 2021-2022 par statut d'emploi

	RÉGULIER	OCCASIONNEL	ÉTUDIANT	STAGIAIRE	TOTAL
Nombre total de personnes embauchées	3	14	6	2	25
Nombre de femmes embauchées	3	12	6	1	22
Taux d'embauche des femmes (%)	100	85,7	100	50	88

### Taux de présence des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2022

GROUPE CIBLE	EMPLOIS SUPÉRIEURS (CORONERS)	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL <sup>26</sup>	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PRÉPOSÉS AU CORONER	TOTAL
Effectif total (nombre total d'hommes et de femmes)	7	1	11	10	2	6	37
Nombre total de femmes	5	0	6	8	2	6	27
Taux de représentativité des femmes (%)	71,4	0,0	54,5	80,0	100,0	100,0	73,0

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

### Nombre de dossiers soumis en lien avec le PDEIPH

AUTOMNE 2021 (COHORTE 2022)	AUTOMNE 2020 (COHORTE 2021)	AUTOMNE 2019 (COHORTE 2020)
0	0	1

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

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

2021-2022	2020-2021	2019-2020
0	1	0

**Autres mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi pour l'un des groupes cibles<sup>27</sup>**

**Autres mesures ou actions en 2021-2022 (activités de formation des gestionnaires, activités de sensibilisation, etc.)**

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

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

#### Nombre total de demandes reçues

<b>NOMBRE TOTAL DE DEMANDES REÇUES</b>	26 demandes
--	-------------

Lors de l'exercice de 2020-2021, 36 demandes avaient été comptabilisées. Par ailleurs, une demande de 2020-2021 a été traitée en 2021-2022.

Le délai moyen pour traiter ces demandes a été de 15 jours, comparativement à 14,8 jours 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 9, 15, 37, 47, 48, 53 et 54 de cette loi, ainsi qu'en vertu de l'article 101 de la Loi sur la recherche des causes et circonstances des décès (chapitre c. R-0.2).

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

Au cours de l'année 2021-2022, le Bureau du coroner n'a reçu qu'un seul avis de révision de la CAI d'une décision rendue par le responsable de l'accès à l'information. Cet avis de révision a fait l'objet d'un désistement au cours de cette même année. Par ailleurs, une audition a eu lieu relativement à une décision du Bureau du coroner ayant fait l'objet d'un avis de révision au cours de l'exercice précédent<sup>28</sup>. Finalement, le Bureau du coroner a déposé deux demandes d'intervention relatives à des avis de révision rendus à l'égard de décisions d'autres organismes publics afin de faire valoir des restrictions à l'accès à certains documents en vertu de certaines dispositions de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chapitre c. R-0.2). Ces deux demandes ont été accueillies par la CAI et les audiences devraient avoir lieu au cours de l'année 2022-2023.

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

DÉLAI DE TRAITEMENT	DEMANDES D'ACCÈS À DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	DEMANDES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RECTIFICATION
0 à 20 jours	7	14	0
21 à 30 jours	0	3	0
31 jours et plus (le cas échéant)	0	2	0
TOTAL	7	19	0

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

DÉCISION RENDUE	DEMANDES D'ACCÈS À DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	DEMANDES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	RECTIFICATIONS	DISPOSITIONS DE LA LOI INVOQUÉES
Acceptée (entièrement)	2	6	0	s. o.
Partiellement acceptée	3	7	0	Art. 9, 15, 47 et 48
Refusée (entièrement)	2	4	0	Art. 15 et 47
Autres	0	2	0	Un désistement et un art. 48

### Mesures d'accommodement et avis de révision

NOMBRE TOTAL DE DEMANDES D'ACCÈS AYANT FAIT L'OBJET DE MESURES D'ACCOMMODEMENT RAISONNABLE	Aucune
NOMBRE D'AVIS DE RÉVISION REÇUS DE LA COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION	1

28. La décision de la CAI, qui confirme en essence la décision du Bureau du coroner, a été rendue durant l'année 2022-2023.

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

Afin de faire connaître la politique linguistique adoptée par l'organisme en janvier 2020, cette dernière a été envoyée par courriel à l'ensemble du personnel en mars 2022, de concert avec l'aide-mémoire de l'OQLF sur l'utilisation du français dans les ministères et les organismes. Un court questionnaire sur la politique linguistique sera acheminé au personnel au cours de la prochaine année, afin de faire un retour sur cet envoi. L'organisme a aussi fait la promotion de la 26<sup>e</sup> Francofête auprès de son personnel.

De plus, la dernière année a été l'occasion de réviser l'accès au logiciel Antidote de chacun des employés du Bureau du coroner afin d'en munir le personnel dont les tâches le requièrent. Le Bureau du coroner est aussi en discussion avec le MSP afin d'évaluer la possibilité d'offrir ce logiciel à l'ensemble des coroners investigateurs à temps partiel, dans le but d'améliorer la qualité du français écrit dans les rapports d'investigation.

### 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 ?	Oui
Si oui, expliquez lesquelles : envoi de communications au personnel et aux coroners	

### 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; à suivre
Si oui, expliquez lesquelles : distribution personnalisée de la politique linguistique au personnel	
Si non, durant le prochain exercice, quelles activités prévoyez-vous tenir pour la faire connaître et pour former votre personnel quant à son application ?	Court questionnaire sur la politique linguistique

## 4.7 ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Le Bureau du coroner, sensible à la parité hommes-femmes, tient à la représentativité des femmes dans son milieu de travail. En février 2021, après avoir été sollicité par le secrétariat à la Condition féminine, il a fait une analyse préliminaire, qui visait d'abord à brosser un portrait de la situation au sein de son organisme. Le Bureau collaborera aux étapes subséquentes éventuelles de ce processus d'évaluation des stratégies visant à assurer la parité au sein de son organisation.

Par ailleurs, 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 prévoit la création du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, est sous sa responsabilité. 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.



En février 2022, le comité a diffusé son mémoire *Les enfants exposés à la violence conjugale : des enfants à protéger*, 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. Après l'analyse de cinq événements dans lesquels sept enfants ont été tués dans un contexte de violence conjugale, un enjeu majeur a été identifié : pour mieux protéger les enfants, la problématique de la violence conjugale doit être mieux connue et reconnue par la Direction de la protection de la jeunesse. Le comité a donc formulé cette recommandation centrale : amender l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse pour inclure spécifiquement l'exposition des enfants à la violence conjugale en tant que motif de compromission à part entière, et non plus simplement comme une des déclinaisons possibles des mauvais traitements psychologiques<sup>29</sup>.

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.

Le Bureau du coroner était aussi impliqué dans l'action 52 du PAG en matière de violence conjugale 2018-2023, menée par l'INSPQ. Cette action consistait en un projet de recherche rétrospectif fondé sur les dossiers de coroners concernant des décès liés à la violence conjugale, qui a mené, le 14 mai 2021, à la publication du *Rapport d'analyse des décès liés à la violence conjugale au Québec entre 2008-2018* par l'INSPQ.

## 4.8 POLITIQUE DE FINANCEMENT DES SERVICES PUBLICS

Le Bureau du coroner facture ses services de copies d'annexes des rapports d'investigation et d'enquête publique ainsi que la production de copies certifiées conformes de rapports d'investigation et d'enquête publique. Ces tarifications ont généré des revenus de 3567\$ en 2021-2022, 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.

29. Un amendement en ce sens a été adopté en avril 2022, de même que d'autres dispositions qui viennent en préciser l'application.



# Section 2

## Rapport des activités des coroners

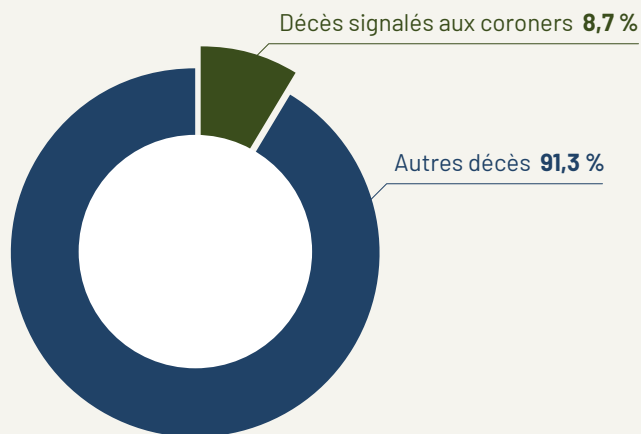
Les résultats présentés dans la présente section sont calculés en fonction de l'année civile (1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2021), contrairement à ceux de la section précédente qui sont plutôt basés sur l'année financière (1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2022).

# 1. Investigations

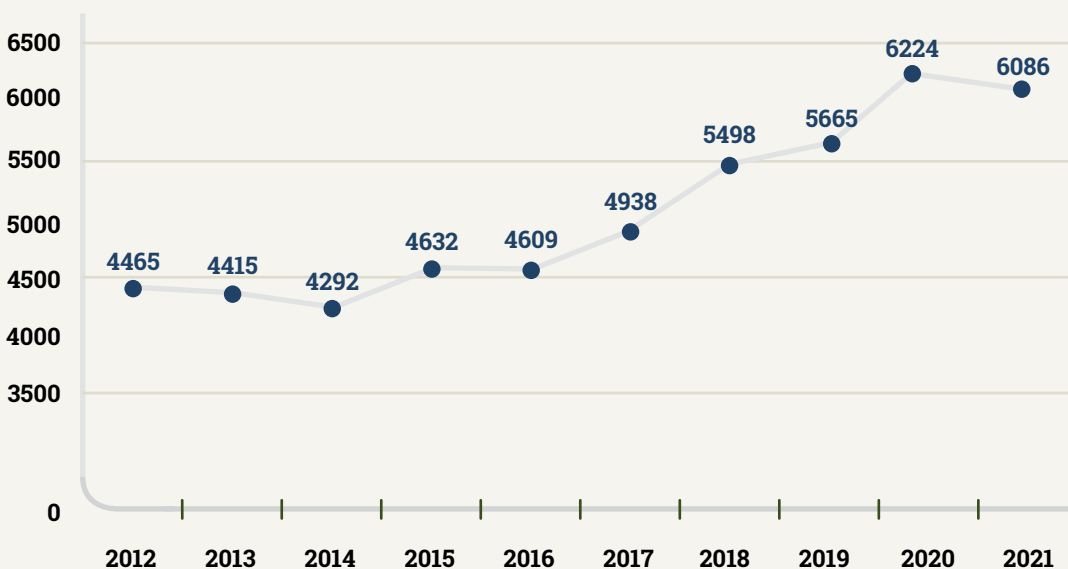
## 1.1 DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

En 2021, 6 086 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 8,7 % de tous les décès survenus au Québec. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (97,8 %).

**Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2021 sur l'ensemble des décès survenus au Québec<sup>30</sup>**



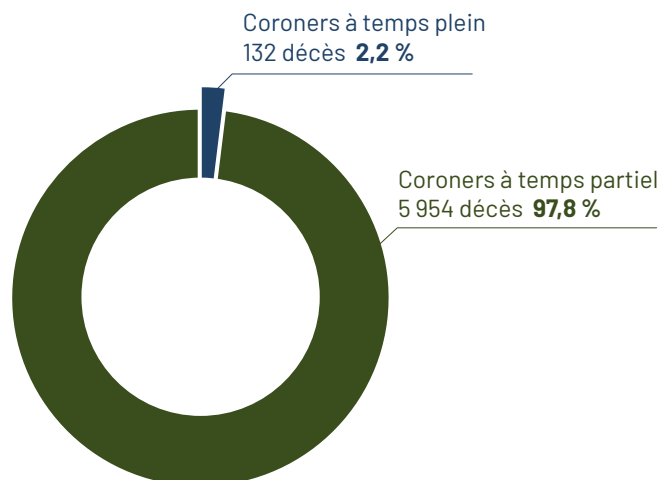
**Évolution des décès signalés aux coroners de 2012 à 2021<sup>31</sup>**



30. Estimation à partir des données provisoires de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour 2021.

31. 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 2021



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 2021. Les décès dont les causes probables ne peuvent être établies constituent la plus grande part (51,2 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence (36,7 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (8,2 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,2 %). D'autres raisons peuvent également justifier l'intervention des coroners, par exemple lorsque des décès surviennent dans des lieux bien précis comme les milieux de détention, les familles d'accueil et les garderies.

## Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2021

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Causes de décès indéterminées	3 115	51,2
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 233	36,7
Autorisation de sortie de corps du Québec	502	8,2
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	10	0,2
Autres raisons ou raison inconnue	226	3,7
<b>TOTAL DES DÉCÈS SIGNALÉS</b>	<b>6 086</b>	<b>100 %</b>

## 1.2 AUTOPSIES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées dans 23,9 % des cas de décès signalés aux coroners, pour un total de 1456 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au LSJML.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2021 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners dans 58,4 % des cas. Toutes les analyses toxicologiques sont centralisées au LSJML, à Montréal.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (7,8 %). 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 2021.

### Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner<sup>32</sup>

EXPERTISES	NOMBRE	%
Autopsie	1456	23,9
Toxicologie	3553	58,4
Autres expertises	474	7,8

## 1.3 QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2021

### Utilisation chronique de produits dopants et entraînement intensif

Un jeune homme de 25 ans, monteur d'acier, se trouvait sur les lieux de son travail le 5 juillet 2019, par une journée très chaude. Sur l'heure du dîner, il a ressenti un malaise et s'est effondré. Il était en arrêt cardiorespiratoire. Les services d'urgence ont été appelés, et des manœuvres de réanimation ont été amorcées, mais son décès a été constaté environ une heure plus tard.

L'autopsie a permis d'exclure qu'un choc thermique ait pu être la cause du décès. Le jeune homme est décédé subitement d'une mort d'origine cardiaque attribuée à une arythmie maligne le plus probable. Le contexte de cardiomyopathie hypertrophique symétrique (épaississement du muscle cardiaque) engendré par l'entraînement intense et l'utilisation chronique de produits dopants sont des facteurs prédisposant à cette cardiomyopathie et à ce décès. Compte tenu de la présence de Clenbutérol (substance illicite considérée comme un produit dopant dans le monde du sport, et ayant des propriétés similaires à celles des stéroïdes anabolisants) aux analyses toxicologiques, on ne peut exclure cette substance comme contributive dans la survenue de cet événement cardiaque.

De plus en plus de jeunes font usage de ces substances dopantes sans avoir été informés ou éduqués sur le sujet. Ces substances sont facilement accessibles par Internet ou directement

32. Les pourcentages sont calculés en fonction des 6086 décès signalés en 2021.

dans les salles de sports. En plus, certains articles scientifiques démontrent que certains produits dopants achetés présentent des dosages plus élevés que ceux indiqués. Cela rend encore plus dangereuse l'utilisation de ces substances si les dosages sont méconnus de l'utilisateur. Par surcroît, l'acquisition de ces substances sur le marché noir ou les plateformes en ligne a déjà été dénoncée par de multiples organismes comme Santé Canada et la Défense nationale du Canada. De nombreuses substances nocives peuvent se retrouver à l'intérieur des flacons. Il s'agit d'une pratique dangereuse à proscrire.

C'est pourquoi le coroner Emond recommande :

- Aux ministères de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur :
  - de mener une campagne de sensibilisation dans toutes les écoles secondaires du réseau afin d'informer les élèves sur les risques et les dangers associés à l'utilisation de produits dopants pour améliorer les performances sportives et à l'utilisation des plateformes Web pour se procurer des substances illicites;
  - de développer une campagne de sensibilisation sur les risques associés aux produits dopants pour tous les utilisateurs des salles de sports, de conditionnement et d'entraînement du réseau d'éducation secondaire, collégial et universitaire associés au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Cela s'inscrit bien à l'intérieur de leur programme de Sécurité et intégrité en loisir et en sport.
- À l'Association des physiques québécois de mener une campagne de sensibilisation auprès de ses membres et des adeptes de culture physique sur les dangers de l'utilisation des produits dopants visant à augmenter la masse musculaire et les performances sportives.

### **Décès d'un père et son fils dans un écrasement d'hélicoptère**

Le 10 juillet 2019, un père et son fils quittent le chalet de pêche où ils avaient passé les deux derniers jours, dans la région des Laurentides, pour retourner à leur point de départ situé dans la Ville de Sainte-Sophie. Le père pilote alors un hélicoptère de marque Robinson R 44. Or, l'hélicoptère n'arrive pas à destination.

Le 11 juillet 2019, des recherches sont entreprises par les policiers de la Sûreté du Québec de la MRC de la Rivière-du-Nord. Ce même jour, les policiers demandent l'intervention du Centre conjoint de coordination des opérations de sauvetage basé à Trenton (Trenton). Or, Trenton n'a pu commencer les recherches, n'ayant pas reçu de signal de la radiobalise de repérage d'urgence (ELT) de l'hélicoptère. Les Forces armées canadiennes (FAC) coordonnent les recherches aériennes jusqu'au 21 juillet, date à laquelle elles sont transférées à la SQ, car infructueuses.

Les deux occupants de l'hélicoptère ont chacun un cellulaire. Dans les jours qui suivent l'incident, les enquêteurs demandent au fournisseur de services de leur donner la géolocalisation des cellulaires. Le 24 juillet, un ingénieur en télécommunication donne une géolocalisation de l'hélicoptère aux enquêteurs, données grâce auxquelles, le 25 juillet à 12 h 30, un hélicoptère de la Sûreté du Québec localise du haut des airs l'hélicoptère de l'homme et son fils.

Une équipe de policiers se rend sur les lieux et trouve le corps du père dans la carcasse de l'hélicoptère. Le fils du défunt est retrouvé à 66 mètres à vol d'oiseau de la carlingue.

L'homme est décédé d'un traumatisme thoracique contondant secondaire à l'écrasement d'un hélicoptère. Il s'agit d'un décès accidentel. Le jeune garçon décède de cause inconnue, mais il s'agit d'une mort accidentelle à la suite d'un écrasement d'hélicoptère. L'autopsie ne permet pas de déterminer la cause précise du décès.

À la suite de l'examen du site de l'accident, de l'épave et des pales du rotor principal, le Bureau de la sécurité des transports du Canada (BST) présente dans son rapport les causes probables qui ont mené à l'écrasement. Celui-ci rapporte plusieurs problèmes au niveau des pales qui, lors du vol en question, ont probablement occasionné des vibrations dont l'intensité a progressé jusqu'à devenir sévère. Ainsi, le pilote, confronté à d'importantes vibrations, a probablement manœuvré pour atterrir le plus rapidement possible. Il a pu ainsi couper le moteur pour tenter de réduire l'intensité des vibrations. Toutefois, la vitesse de rotation du rotor principal est descendue à un niveau trop bas, empêchant l'hélicoptère de rester en vol et de pouvoir faire un atterrissage contrôlé. Cela aurait alors entraîné une chute de l'hélicoptère et un impact au sol.

Dans le cas d'un écrasement d'un aéronef en plein bois où il n'y a pas de témoins, plusieurs moyens sont mis à la disposition des équipes de recherches. Dans ce cas-ci, plusieurs problèmes ont été rencontrés pour retrouver l'aéronef : la radiobalise de repérage n'a pas fonctionné; l'homme n'a pas déposé de plan de vol ou d'itinéraire de vol; le téléphone satellite de l'homme trouvé dans l'hélicoptère était fermé et ne pouvait être réactivé à distance; enfin, la localisation du cellulaire de l'homme a pris beaucoup de temps.

Le temps est un facteur important et déterminant dans la recherche de personnes disparues et leur survie. M<sup>e</sup> Langelier s'est questionnée à savoir quels étaient les outils législatifs à la disposition des policiers pour obtenir les données cellulaires plus rapidement afin de localiser les deux personnes disparues.

À la lumière de l'analyse des législations existantes, force est de constater qu'il existe un vide juridique quant aux pouvoirs des policiers afin de contraindre une entreprise privée à leur fournir des renseignements personnels, dans le cas d'une enquête visant à retrouver une personne disparue en l'absence d'éléments criminels. Si une telle législation existait, les policiers auraient pu obtenir du fournisseur toutes les informations permettant de localiser le cellulaire du défunt et ainsi retrouver les occupants de l'hélicoptère dans un plus bref délai.



Ainsi, la coroner Langelier recommande au ministre responsable de l'Accès à l'information et de la Protection des renseignements personnels en collaboration avec la Sûreté du Québec :

- de créer des dispositions législatives visant à outiller les policiers dans le cadre de la recherche de personnes disparues pour permettre aux policiers d'exiger d'avoir accès aux renseignements sur des communications téléphoniques et des renseignements sur les signaux liés à l'emplacement d'une personne;
- d'étendre ces dispositions législatives à d'autres dossiers tels ceux contenant des coordonnées et autres renseignements d'identification, photos, vidéos et autres dossiers contenant des représentations visuelles, les comptes de réseaux sociaux, dossiers médicaux, dossiers bancaires, RAMQ, etc.

### **Adolescent frappé par un autobus scolaire<sup>33</sup>**

Le 12 septembre 2019, la conductrice d'un autobus scolaire jaune à nez plat se dirige vers la Polyvalente des Monts à Sainte-Agathe-des-Monts pour le transport des étudiants à la sortie des classes. Elle fait un arrêt obligatoire puis entreprend un virage à gauche pour se rendre au stationnement des autobus scolaires de l'école. Elle entend un bruit d'impact et immobilise son véhicule après avoir vu des citoyens s'attouper autour d'un adolescent pour le secourir. Les ambulanciers conduisent l'adolescent à l'Hôpital Laurentien. Malgré tous les efforts déployés par les différents intervenants, le décès du garçon est constaté par le médecin à 17 h 15. Il est décédé d'un polytraumatisme thoracique secondaire à une collision avec un autobus scolaire en traversant la rue. Il s'agit d'une mort violente évitable.

L'assistance de deux policiers spécialisés en reconstitution d'événement de la Sûreté du Québec (Module des Enquêtes collisions) a été demandée par les enquêteurs de la Sûreté du Québec. L'absence de preuve physique ne leur permet pas d'établir le positionnement exact du lieu de la collision ni de déterminer avec certitude ce qui a pu se passer et encore moins de se prononcer sur la responsabilité du piéton ou de la conductrice. L'aspect mécanique de l'autobus était conforme et l'utilisation du cellulaire au volant n'est pas non plus en cause, selon les vérifications effectuées par les policiers.

Par ailleurs, le modèle d'autobus scolaire à « nez plat » en cause dans cet événement offre une bonne visibilité, mais ce type de véhicule peut comporter des angles morts en raison des rétroviseurs extérieurs. D'ailleurs, un rapport technique de Transports Canada indique que les miroirs suspendus offrent une plus grande visibilité que les miroirs latéraux montés sur un boîtier fixé sur le côté du pilier. Ces miroirs suspendus se retrouvent sur les nouveaux modèles d'autobus depuis 2020. Transports Canada étudie également la possibilité de rendre obligatoires des caméras 360 degrés de même que l'implantation d'un système de freinage d'urgence sur les autobus scolaires. Un groupe de travail pancanadien s'est penché sur cette question, et les conclusions de son étude indiquent qu'il est nécessaire de doter les conducteurs d'autobus scolaires de meilleurs outils afin de faciliter leur conduite.

33. Depuis l'événement, diverses mesures concertées ont été mises en place par les différents intervenants au dossier.

Sur les lieux où s'est produite la collision, la peinture destinée au marquage de la route sur la traverse piétonne était effacée au moment de l'événement. Ainsi, la signalisation délimitant le passage des piétons emprunté par l'écolier n'était pas conforme.

C'est pourquoi la coroner Blondin a formulé les recommandations suivantes :

- À la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) :
  - d'améliorer le programme de formation des conducteurs de poids lourds, dont font partie les autobus scolaires, par un volet comportant des habiletés de conduite;
  - de poursuivre et d'intensifier ses efforts à l'aide d'activités de sensibilisation auprès des usagers de la route concernant la sécurité des personnes vulnérables.
- Au ministère des Transports du Québec et à la Société de l'assurance automobile du Québec de revoir la Loi concernant les propriétaires, les exploitants et les conducteurs de véhicules lourds et la réglementation afférente notamment la Politique d'évaluation des propriétaires et des exploitants de véhicules lourds afin que le processus soit plus transparent après une collision mortelle;
- À Transports Canada de doter les nouveaux autobus scolaires d'équipements spécialisés obligatoires recommandés et testés par le ministère afin de prévenir les collisions mortelles;
- À la Ville de Sainte-Agathe-des-Monts et au Centre de services scolaire des Laurentides de poursuivre leur effort et collaboration afin que l'intersection et les abords de la Polyvalente des Monts à Sainte-Agathe-des-Monts soient sécurisés au moyen d'une nouvelle infrastructure;
- Au ministère de l'Éducation de diffuser le présent rapport au sein des établissements scolaires du Québec et à ses partenaires à des fins de prévention pour la sécurité des écoliers;
- À la Fédération des transporteurs par autobus de diffuser le rapport d'investigation du coroner à ses membres et à son réseau à des fins de prévention pour la sécurité des écoliers.

## **Suicide en contexte de violence conjugale**

Le 3 octobre 2019, la conjointe d'un homme dépose une plainte contre lui pour voies de fait. À la suite de son arrestation, ce dernier est remis en liberté avec promesse de comparaître à la cour en décembre 2019, et il lui est interdit d'entrer en contact avec sa conjointe.

Le 16 octobre 2019, en fin d'après-midi, la femme est préoccupée par la sécurité de son conjoint. Elle ignore toutefois où il se trouve. En retournant à son domicile, elle aperçoit le véhicule de son conjoint stationné sur une rue adjacente à la sienne. Elle avise les policiers et ces derniers lui demandent de ne pas entrer chez elle, puisqu'ils n'ont pas localisé son conjoint. Après avoir érigé un périmètre de sécurité autour de la résidence et essayé de communiquer avec l'homme, sans

succès, les policiers accèdent au domicile et le trouvent inconscient avec une blessure auto-infligée par arme à feu. Il est transporté à l'hôpital, et son décès est constaté le 18 octobre 2019.

Plusieurs questions se posent à la lumière des circonstances entourant l'événement, dont la suivante : le suicide de l'homme aurait-il pu être évité s'il avait bénéficié d'un suivi en santé mentale le soir de son arrestation pour voies de fait, le 3 octobre 2019, dans un contexte de violence conjugale ?

Lors de situations où les policiers sont appelés à intervenir dans un contexte de violence conjugale, ils ont un rôle judiciaire et social complexe à jouer. Pour assister ses policiers dans de telles situations, le Service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu possède une directive intitulée Intervention policière en matière de violence conjugale et familiale qui explique les principes d'orientation et les pratiques d'application de ce corps de police. Elle réfère aussi aux intervenants sociaux et communautaires en matière de violence conjugale. Ces ressources visent, en premier lieu, la protection des victimes et il est important qu'il en soit ainsi.

La directive contient également quelques références pour les hommes violents. L'investigation de la coroner a établi que les policiers du Service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu ne dirigent pas systématiquement les agresseurs vers ces ressources. Pourtant, si un soutien émotionnel était offert d'emblée aux agresseurs par le biais d'intervenants spécialisés, ce soutien pourrait mener vers un suivi psychologique adéquat. Un tel suivi aurait possiblement pu éviter le décès de l'homme.

La directive du Service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu contient également l'aide-mémoire « Prévenir l'homicide de la conjointe » qui permet d'évaluer de façon plus précise les risques d'homicides possibles lors de situations de violence conjugale. Différents éléments sont validés par l'utilisation de cet aide-mémoire, dont la possession d'armes. Or, la possession d'armes à feu de l'homme n'était pas connue des policiers avant les événements du 16 octobre 2019. La suite de ces événements aurait pu être différente si cette information avait été connue. Les policiers doivent donc toujours être en mesure d'évaluer adéquatement la dangerosité lors de tout signalement impliquant de la violence conjugale et pour ce faire, tous les éléments de l'aide-mémoire doivent être validés.

De plus, la procédure actuellement en place au stade de la mise en liberté provisoire d'un agresseur dans un contexte de violence conjugale ne favorise pas l'évaluation de sa dangerosité pour lui-même ou pour autrui, comme ce décès nous le démontre. De bonnes stratégies de prévention des homicides et des suicides passent indéniablement par un meilleur contrôle des moyens à la disposition d'une personne, comme la possession d'armes à feu, dans le but d'évaluer son risque suicidaire ou homicidaire.

C'est pourquoi la coroner Gamache recommande :

- Au Service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu :
  - de revoir la section « Ressources disponibles » de sa directive intitulée Intervention en matière de violence conjugale et familiale pour s'assurer de référer systématiquement les agresseurs aux ressources disponibles dans leur région lors du dépôt d'une plainte en matière de violence conjugale, au moment de leur remise en liberté, dans le but de leur fournir un meilleur soutien émotionnel;
  - de mettre sur pied des ateliers de formation continue sur la violence conjugale et plus spécifiquement dans le but de revoir tous les éléments de l'aide-mémoire « Prévenir l'homicide de la conjointe » afin que les policiers sur le terrain y réfèrent systématiquement pour évaluer adéquatement la dangerosité et le risque d'homicide de la conjointe lors de tout signalement impliquant de la violence conjugale.
- Au ministère de la Sécurité publique, au ministère de la Justice et au Directeur des poursuites criminelles et pénales de faire la promotion auprès de l'ensemble des acteurs judiciaires de l'implantation systématique, dans tous les territoires du Québec, du Service d'évaluation pour la mise en liberté provisoire des conjoints violents, afin de contribuer à une meilleure gestion des risques en matière de violence conjugale<sup>34</sup>.

## Noyade de six motoneigistes au Lac-Saint-Jean

Le 20 janvier 2020, un groupe de huit touristes français prend part à une expédition en motoneige organisée par une entreprise immatriculée et établie au Québec. La plupart des membres du groupe avaient déjà participé à des aventures semblables au Québec, mais pour d'autres, il s'agissait de leur première expérience. Un guide professionnel québécois est mandaté par l'entreprise pour accompagner le groupe jusqu'à la fin de son séjour devant se terminer le 24 janvier 2020.

L'aventure a débuté par la location des équipements nécessaires. Sur place, une courte formation d'une dizaine de minutes sur les bases de la pratique de la motoneige a été offerte aux participants, mais aucune formation pratique n'a été dispensée.

Après une première nuit dans le secteur de la Ville de La Tuque, les membres du groupe débutent leur excursion de la journée du 21 janvier 2020 aux alentours de 9 h et se dirigent vers la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en direction du secteur de Saint-Gédéon, où il est prévu qu'ils passent la nuit. Dans le secteur de Saint-Henri-de-Taillon, une portion du sentier balisé portant le numéro 93 est tracée directement sur les berges du Lac-Saint-Jean. Arrivé à l'entrée d'une courbe à 90 degrés, où le sentier balisé délaisse les berges du Lac-Saint-Jean, le guide s'arrête et adresse quelques recommandations aux autres membres du groupe. Ensemble, ils quittent le sentier balisé à destination de Saint-Gédéon, situé à environ 8 kilomètres en passant directement par le Lac-Saint-Jean. Conformément aux directives émises par le guide, les motoneigistes français le suivent et forment une file. Bien que la nuit soit déjà tombée, ils sont ainsi en mesure de localiser la lumière arrière de la motoneige qui circule devant.

34. Recommandation reprise d'*Agir ensemble pour sauver des vies*, premier rapport annuel du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale du Bureau du coroner (2020).

Après quelques minutes de randonnée sur les glaces du Lac-Saint-Jean, les cinq premiers motoneigistes français qui suivent le guide sombrent dans une première ouverture formée dans la glace. Constatant dans son rétroviseur qu'il ne voit plus les lumières des motoneiges qui devaient le suivre, le guide fait demi-tour à la recherche des membres du groupe.

Pendant ce temps, un des motoneigistes français circulant en septième position dans le convoi tombe à son tour dans un deuxième trou formé dans la glace. Le pilote parvient à s'accrocher aux glaces. Les deux derniers motoneigistes arrivent à contourner le trou et tentent de secourir leur compagnon. Durant les manœuvres de sauvetage, un des deux derniers motoneigistes du convoi tombe lui aussi dans cette faille. Le troisième motoneigiste fermant la lignée leur porte assistance et les deux motoneigistes en difficulté parviennent à s'extirper des eaux. Le guide arrive alors à la hauteur des trois derniers motoneigistes et constate leur détresse. Il les informe qu'il ne parvient pas à localiser les cinq autres membres de l'expédition. Il leur demande alors d'attendre prudemment jusqu'à ce qu'il revienne avec les autres.

Les trois derniers motoneigistes patientent quelques minutes, mais, constatant que leur guide ne revient pas, décident de retourner vers la terre ferme pour quérir de l'aide. Ces survivants parviennent à se rendre dans une station-service de Saint-Henri-de-Taillon aux alentours de 19 h 30, où ils appellent des secours. Selon l'endroit où le corps du guide a été retrouvé, il est clair que ce dernier est retourné secourir les motoneigistes qui manquaient à l'appel. Il est toutefois tombé à son tour dans les eaux. Les cinq motoneigistes français ainsi que leur guide sont décédés par noyade.

Le 21 janvier 2020, lorsque le groupe a quitté les sentiers balisés et s'est dirigé sur les glaces du Lac-Saint-Jean, aucune signalisation n'aurait pu lui permettre de connaître le réel danger auquel celui-ci s'exposait. Par ailleurs, les motoneigistes ne disposaient pas d'un moyen technologique pour communiquer entre eux ou faire appel aux secours. En présence d'un danger, les membres du groupe auraient pu alors prévenir plus facilement les autres, ce qui aurait été utile dans une telle situation.

Au cours des dernières années, on recense, au Québec, plusieurs incidents impliquant des motoneigistes inexpérimentés. À la suite des différentes recommandations émises par des coroners, le gouvernement du Québec a adopté en décembre 2020 un projet de loi visant à modifier la Loi sur les véhicules hors route afin de mieux encadrer la pratique de la motoneige en resserrant les règles, offrant ainsi un environnement plus sécuritaire pour l'ensemble des utilisateurs de motoneiges qui empruntent notamment les sentiers balisés. À ce titre, la loi prévoit des mesures additionnelles en introduisant l'obligation de suivre une formation pour conduire un VHR lors de la location de ce type de véhicule. Elle prévoit également qu'une personne devra avoir complété et réussi une formation reconnue par le ministère du Tourisme pour guider professionnellement une excursion en VHR.

Ainsi, à la lumière des enjeux soulevés par l'analyse des causes et des circonstances de ces décès, M<sup>e</sup> Tremblay a formulé les recommandations suivantes :

- À la Fédération des Clubs de Motoneigistes du Québec :
  - d'améliorer spécifiquement la signalisation dans le secteur du sentier balisé aménagé dans la zone où est survenu l'accident afin d'éviter toute ambiguïté;
  - d'installer des panneaux de signalisation aux endroits appropriés où les sentiers balisés sillonnent les abords d'un lac ou d'une rivière afin d'aviser leurs membres des dangers réels de circuler sur ces plans d'eau l'hiver et de réitérer l'importance de demeurer dans les sentiers qui offrent un environnement sécuritaire.
- Au ministère des Transports du Québec, au ministère du Tourisme du Québec et à la Fédération des Clubs de Motoneigistes du Québec :
  - de poursuivre et d'intensifier leurs efforts à l'aide d'activités de sensibilisation auprès des adeptes de motoneiges quant aux risques encourus de noyade lorsqu'ils circulent sur les lacs ou les rivières l'hiver hors des sentiers balisés sécurisés;
  - de rappeler aux adeptes de motoneiges l'importance d'avoir à leur disposition des équipements technologiques de repérage pour des interventions rapides tels que le système de localisation par satellite (GPS) ou des balises de détresse, et de disposer d'un moyen pour communiquer avec des proches ou des secours (radio émetteur récepteur, téléphone satellite, etc.) en cas de nécessité;
  - de rappeler aux entreprises de location de motoneiges l'importance de mettre à la disposition des locataires des équipements technologiques de repérage pour des interventions rapides tels que le système de localisation par satellite (GPS) ou des balises de détresse et de disposer d'un moyen pour communiquer avec les proches ou des secours (radio émetteur récepteur, téléphone satellite, etc.).
- À la Société de sauvetage du Québec de poursuivre et d'intensifier ses efforts d'éducation et de sensibilisation auprès des adeptes de motoneiges quant aux risques encourus de noyade lorsqu'ils circulent sur les lacs ou les rivières l'hiver hors des sentiers balisés sécurisés.

### **Homicide d'une jeune femme par un délinquant en semi-liberté**

Le 22 janvier 2020 en fin d'après-midi, une jeune femme de 22 ans se présente dans un hôtel du secteur Sainte-Foy de Québec et elle s'enregistre à la réception. Elle dépose ses effets personnels à sa chambre, puis se dirige vers le restaurant de l'hôtel. Un homme la rejoint peu de temps après. Ce dernier commande quelques consommations alcoolisées et le couple quitte le restaurant vers 19 h 22 pour se rendre à la chambre louée par la jeune femme. Vers 20 h 43, l'homme quitte l'hôtel.

Peu avant minuit, le même jour, l'homme se présente dans un poste de police de Québec pour rapporter qu'il vient d'assassiner la jeune femme<sup>35</sup>. Les policiers se rendent sur les lieux et y retrouvent la femme inanimée. Ils observent plusieurs lacérations par arme blanche sur son corps. Le décès de la femme est constaté par un médecin à 1 h 47, le 23 janvier 2020. La jeune femme est décédée d'un important traumatisme thoracoabdominal par objet piquant et tranchant. Il s'agit d'un homicide.

L'enquête policière effectuée révèle que l'agresseur de la jeune femme a déjà purgé une peine de prison pour meurtre non prémédité dans un contexte de violence conjugale et qu'il est en semi-liberté avec conditions depuis mars 2019. Les conditions qu'il doit respecter sont, entre autres, de ne pas consommer d'alcool et de déclarer toutes ses relations avec des femmes. De plus, la maison de transition où il habite impose un couvre-feu entre 22 h et 8 h, sauf pour les fins de son travail ou pour participer à des réunions des Alcooliques anonymes. De plus, durant ses journées, l'homme doit se rapporter aux trois heures en utilisant de préférence une ligne terrestre.

À la suite du décès de la jeune femme, un comité d'enquête conjoint de Service correctionnel du Canada et de la Commission des libérations conditionnelles du Canada (ou *comité conjoint*) s'est penché sur cette affaire dans le but d'optimiser les pratiques de Service correctionnel Canada dans les dossiers de délinquants mis en liberté dans le but d'assurer une meilleure sécurité du public. Le rapport de ce comité conjoint conclut que des lacunes majeures à Service correctionnel du Canada sont à l'origine du décès de la femme. Différentes mesures correctrices particulières sont donc proposées pour assurer une meilleure surveillance des délinquants dans la collectivité. Toutefois, la coroner a certaines réserves à savoir si les mesures proposées par le comité d'enquête nationale permettront d'éviter un décès comme celui-ci dans le futur puisque ces mesures ne visent aucunement la responsabilisation du délinquant lui-même.

La jeune femme rencontre son agresseur en mai 2019 alors qu'elle travaille dans un salon de massage et qu'il devient son client. Les intervenants de la maison de transition sont informés que l'homme fréquente ce salon de massage pour des fins sexuelles et en raison des explications fournies par l'homme, ils lui accordent une permission mensuelle de fréquenter de tels lieux. L'homme avoue aux policiers qu'il y allait plutôt jusqu'à trois fois par semaine sans que les intervenants de la maison de transition soient au courant de ceci.

En septembre 2019, la Commission des libérations conditionnelles du Canada refuse d'accorder à l'homme une libération conditionnelle totale lorsque les commissaires sont mis au courant de la permission qui lui est accordée quelques mois plus tôt. À l'audition, les commissaires précisent qu'il lui est dorénavant interdit de fréquenter des salons de massage pour des fins sexuelles. Dans ses différents aveux aux policiers, l'homme leur indique qu'il fait fi de la décision des commissaires.

35. À la suite de ce décès, une enquête policière mène au dépôt d'accusations contre l'agresseur de la jeune femme. Le 27 février 2020, l'agresseur plaide coupable à une accusation de meurtre au premier degré (prémédité) et il est condamné, le même jour, à une peine d'emprisonnement à perpétuité, sans possibilité de libération conditionnelle avant vingt-cinq ans. Par ailleurs, rappelons que, selon la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, la coroner ne peut se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne ou d'une entité. Son mandat est d'établir les causes et les circonstances du décès en question.

Pour tenter de dissimuler ses échanges avec la jeune femme, l'homme lui propose d'organiser des rencontres dans différents hôtels de la région de Québec. Les intervenants de la maison de transition ne sont jamais mis au courant de ces rendez-vous ni de l'attachement que l'homme développe pour la femme.

À un certain moment durant leurs échanges, la jeune femme devient un peu plus distante et l'homme se sent rejeté. Il devient désorganisé, il éprouve beaucoup d'anxiété, il ne dort plus et pense à la jeune femme sans cesse. En raison de tous ses subterfuges pour contourner ses conditions, il se sent pris et il ne peut parler avec les intervenants de la maison de transition de sa situation. Vers la fin de 2019, son anxiété grandissante conduit à des consultations médicales et même à une hospitalisation de quelques jours.

Le 11 janvier 2020, la femme rencontre son agresseur. Lors de cette rencontre, il devient apparent pour l'homme que la jeune femme ne voudra jamais être en couple avec lui.

Quelques jours plus tard, l'homme se rend dans un commerce et achète le couteau qu'il utilisera le 22 janvier 2020. Avant de se rendre au rendez-vous, l'homme se procure de l'alcool. Il en consomme alors pour la première fois depuis le début de sa détention, 15 ans plus tôt, selon ses propos fournis aux policiers. Il en consomme de nouveau au restaurant. Par la suite, il retourne avec la femme à sa chambre et il commet son crime.

M<sup>e</sup> Gamache croit qu'il existe un mécanisme assurant la sécurité du public et favorisant une meilleure gestion des risques qui viennent avec la mise en liberté dans la collectivité pour les auteurs de crimes dans un contexte de violence conjugale : il s'agit du bracelet électronique avec géolocalisation<sup>36</sup>. Cet outil est déjà utilisé par Service correctionnel Canada lorsque des conditions telles qu'une restriction géographique pour le délinquant ou une interdiction de contact avec une victime sont imposées. Il apparaît donc essentiel à la coroner que cet outil soit considéré comme une partie intégrante du plan correctionnel de tout délinquant qui est mis en liberté après une peine de prison pour homicide dans un contexte de violence conjugale puisque cet outil ne peut qu'aider à la responsabilisation de ces personnes qu'on souhaite réhabiliter.

C'est pourquoi la coroner Gamache recommande à Service correctionnel Canada :

- de revoir le plan correctionnel actuel élaboré concernant l'agresseur de la jeune femme en fonction du plan passé pour identifier les éléments générateurs de déresponsabilisation et ainsi améliorer l'offre de services visant l'abandon des comportements violents et contrôlants offerts aux auteurs de crimes de juridiction fédérale survenus dans un contexte de violence conjugale;
- de considérer l'ajout du bracelet électronique avec géolocalisation comme condition principale pour tout délinquant à qui une mise en liberté dans la collectivité est accordée lorsque l'événement criminel à l'origine de son incarcération découle d'un homicide dans un contexte de violence conjugale.

36. Le 1<sup>er</sup> décembre 2021, la ministre de la Sécurité publique, Mme Geneviève Guilbault, annonçait l'implantation progressive des bracelets antirap-prochements afin de mieux prévenir les crimes violents en contexte conjugal. Ce projet s'inscrit en continuité avec le Plan d'action spécifique pour prévenir les situations de violence conjugale à haut risque de dangerosité et accroître la sécurité des victimes 2020-2025, qui est coordonné par le Secrétariat à la condition féminine. Le déploiement de ce projet s'échelonnait sur deux ans et débutera au printemps 2022, dans le cadre d'un préprojet. À terme, le Québec aura à sa disposition près de 500 bracelets pouvant être déployés dans l'ensemble du Québec.



## 2. Enquêtes

### 2.1 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE<sup>37</sup>

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2012	3	16
2013	3	3
2014	5	36
2015	4	4
2016	4	9
2017	2	2
2018	4	4
2019	4	6
2020	4	63
2021	1	1
TOTAL	34	144

En 2021, la coroner en chef a ordonné une nouvelle enquête publique. Comme cinq enquêtes ordonnées en 2019 et 2020 étaient toujours en cours en décembre 2021, le total des enquêtes publiques en cours à cette date est porté à six.

Le calendrier de l'équipe des enquêtes publiques a été on ne peut plus chargé au cours de l'année 2021, en raison de la tenue de nombreuses journées d'audiences publiques pour 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 ainsi que pour plusieurs autres des enquêtes en cours.

C'est ce qui a permis de terminer trois enquêtes au cours de l'année 2021, dont une ordonnée en 2019 et deux en 2020. Les résumés de ces enquêtes se trouvent à la section 2.3.

37. Les données du rapport des activités sont calculées en fonction de l'année civile, contrairement à celles du rapport annuel de gestion qui sont plutôt calculées en fonction de l'année financière. Ainsi, les deux enquêtes publiques ordonnées en 2021-2022 qui sont comptabilisées dans la section 2.1 du rapport annuel de gestion sont distinctes de l'enquête ordonnée le 31 mars 2021 comptabilisée dans le présent tableau.

## 2.2 ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2021

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
<b>Coriolan, Pierre</b> <sup>38</sup>  M. Coriolan est décédé de plaies par balle à la suite d'une intervention du Service de police de la Ville de Montréal.	2017-06-27	2019-04-01	M <sup>e</sup> Luc Malouin	Palais de justice de Montréal
<b>Jeune fille de Granby</b> <sup>39</sup>  Cette jeune fille est décédée dans des circonstances obscures.	2019-04-30	2019-05-10	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	À déterminer
<b>Celik, Koray Kevin</b>  M. Celik est décédé lors d'une intervention policière.	2017-03-06	2020-09-15	M <sup>e</sup> Luc Malouin	Palais de justice de Montréal
<b>Fairholm, Riley</b>  M. Fairholm est décédé à la suite d'une intervention policière.	2018-07-25	2021-03-31	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	Palais de justice de Sherbrooke
<b>ENQUÊTE THÉMATIQUE SUR LE SUICIDE</b> <sup>40</sup>				
<b>Ryan, Mikhaël</b>  M. Ryan est décédé à la suite d'une chute du balcon de sa chambre d'hôtel.	2017-05-11	2019-03-08	M <sup>e</sup> Andrée Kronström (enquête reprise par la suite par M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin)	Palais de justice de Québec
<b>Lamothe, Joceline</b>  M <sup>me</sup> Lamothe est décédée de blessures mortelles qui auraient été infligées par son fils Mikhaël Ryan.	2017-05-10	2019-03-08	M <sup>e</sup> Andrée Kronström (enquête reprise par la suite par M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin)	Palais de justice de Québec
<b>Boudreau, Marc</b>  M. Boudreau a perdu la vie durant un séjour dans un centre de traitement des dépendances.	2018-09-21	2019-09-10	M <sup>e</sup> Andrée Kronström (enquête reprise par la suite par M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin)	Palais de justice de Québec

38. Cette enquête a pris fin le 14 février 2022.

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

40. En septembre 2019, la coroner en chef a annoncé la tenue d'une enquête publique élargie sur la thématique du suicide. Les volets factuels étant terminés, la coroner Julie-Kim Godin a entendu, lors du volet recommandations en mai 2022, des groupes, des citoyens et des acteurs de la prévention du suicide. Ces démarches lui permettront ultimement de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans le futur.

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
<b>Aubé, Suzie</b>  M <sup>me</sup> Aubé a été trouvée pendue à son domicile, le jour même de son congé d'hospitalisation à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ).	2019-01-18	2020-01-20	M <sup>e</sup> Andrée Kronström (enquête reprise par la suite par M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin)	Palais de justice de Québec
<b>Lussier, Jean-François</b>  M. Lussier a été trouvé inanimé à sa résidence quelques jours après avoir été évalué à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval.	2018-05-01	2020-01-20	M <sup>e</sup> Andrée Kronström (enquête reprise par la suite par M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin)	Palais de justice de Longueuil
<b>Murray, Dave</b>  M. Murray est décédé par pendaison.	2019-11-05	2020-10-15	M <sup>e</sup> Julie-Kim Godin	Palais de justice de Laval

#### 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<sup>41</sup>

<b>Total de 53 décès</b>  Il s'agit d'un échantillonnage des décès survenus pendant cette période dans certains milieux d'hébergement dont des CHSLD, des résidences privées pour aînés et des milieux d'hébergement pour personnes vulnérables ou en perte d'autonomie situés dans plusieurs régions du Québec.	Entre le 2020-03-12 et le 2020-05-01	2020-06-17	M <sup>e</sup> Géhane Kamel	Différents lieux
--	---	------------	-----------------------------	------------------

41. Cette enquête a pris fin le 10 mai 2022.

NOM/PRÉNOM NATURE DU DÉCÈS	DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER	LIEU DE L'ENQUÊTE
<b>VOLETS DE CETTE ENQUÊTE THÉMATIQUE</b>				
1. CHSLD des Moulins (Terrebonne)				Palais de justice de Joliette
2. RPA et ressource intermédiaire Manoir Liverpool (Lévis)				Palais de justice de Québec
3. CHSLD René-Lévesque (Longueuil)				Point de service du palais de justice de Longueuil
4. CHSLD Laflèche (Shawinigan)				Palais de justice de Shawinigan
5. CHSLD Sainte-Dorothée (Laval) et CHSLD Yvon-Brunet (Montréal)				Palais de justice de Laval
6. CHSLD Herron (Dorval)				Palais de justice de Montréal
7. Volet national de gestion de la pandémie dans les CHSLD et recommandations				Palais de justice de Québec

## Noms et prénoms des défunts visés par l'ordonnance d'enquête

Abracen, Sam	Gauthier, Lucille	Mercier, Jeanne-Mance
Adams, William George	Girard, Hermann	Pappas, Athanasios
Allo, Thelma Jean	Grenier, Ephrem	Pauluk, Anna
Arpin, Albert F.	Haggar, Raymonde	Piechuta, Hanna
Atkins, Samuel Willem	Hazen, Bernice Alice	Pinnell, Stanley E.
Barrette, Leon	Jacques, Clifford	Poissant, Florian
Baur, Thomas	Kaplan, Mary	Quesnel, Rodrigue
Bel, Agop	Khan, Fahmeeda	Richard, Joseph C.
Blanchard, Viviane	Kirkpatrick, John	Rodrigue, Rachel
Blondin, Huguette L.	Leblanc, Paul-Émile	Sinnathamby, Mahalingam
Bouchard, Huguette M.	Lecompte, Lucille	Smith, Winifred
Boucher, Denis	Lermytte, Maria	Sorger, Elfriede
Brodeur, Yvan Luc	Levesque, Jacques	Stevens, Edwin
Chubry, Maurice	MacLaren, Gordon	Szabo, Michael
Dubé, Marcel	Maculedicius, Olga	Therriault, Denise Blanche
Dunn, Benoît	Maltais, Thérèse	Wayland, Mary Ruth
Franklin, Joan Lorraine	Manfredi, Federico	Whitehead, John
Gaudet, Patricia	Maquet, Anna José	

## 2.3 RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2021<sup>42</sup>

### Une meilleure reconnaissance de la détresse psychologique des détenus

Le 25 septembre 2020, la coroner en chef du Québec, M<sup>e</sup> Pascale Descary, ordonnait la tenue d'une enquête publique thématique sur les suicides en centre de détention. Cinq décès ont été examinés dans cette enquête, soit un décès survenu à l'Établissement de détention de Québec le 1<sup>er</sup> octobre 2017; un décès survenu à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal le 18 avril 2019 après que le détenu ait été retrouvé inconscient dans sa cellule de l'Établissement de détention de Montréal; deux décès survenus à l'Établissement de détention de Montréal, respectivement le 12 septembre 2018 et le 2 octobre 2018, et un décès survenu à l'Établissement de détention de Sherbrooke le 12 mai 2019.

La coroner Spénard est d'avis qu'il doit y avoir des mesures en place autour des personnes incarcérées pour assurer leur sécurité. Cette responsabilité incombe à l'État. Ces mesures doivent être édictées par le ministère de la Sécurité publique de façon à assurer une certaine homogénéité. Les différents établissements de détention sont ensuite chargés de leur application et doivent s'assurer que ces mesures deviennent une forme de filet de sécurité apte à identifier les personnes à risque suicidaire et à leur venir en aide.

Les constats de la coroner Spénard touchent entre autres la communication des informations concernant le risque suicidaire par les corps policiers et les établissements de détention; la méconnaissance du système qu'est le porte-document électronique correctionnel (PDEC) et de l'onglet contenant les renseignements relatifs à l'état de santé de la personne incarcérée; l'importance pour les personnes incarcérées d'établir un lien de confiance avec la personne faisant l'évaluation de l'état de santé mentale, et ce, à toute étape de la détention; l'utilité de la présence d'un psychologue en poste dans les établissements pour détecter, prévenir et traiter la détresse psychologique des personnes incarcérées; la pertinence de la présence d'un professionnel de la santé formé en prévention du suicide lors de l'admission ou peu de temps après celle-ci, de même que de l'aménagement des horaires de travail afin qu'un professionnel soit présent la fin de semaine; la formation obligatoire en prévention du suicide de tous les agents des services correctionnels, peu importe qu'ils soient membres de l'équipe d'intervention spécialisée (EIS) ou non ainsi qu'une formation de rappel annuelle, et finalement, l'accès minimal des intervenants appelés à dispenser des soins de santé dans tous les établissements aux informations disponibles sur les personnes incarcérées au sein du CISSS ou du CIUSSS auxquels ils sont rattachés.

Considérant l'ensemble des éléments analysés au cours des audiences, la coroner Spénard a trouvé pertinent de formuler plusieurs recommandations au ministère de la Sécurité publique :

- de créer un poste à l'admission dans chaque établissement de détention, qui sera consacré uniquement à l'évaluation du risque suicidaire et qui sera séparé de la fonction de classement de la personne incarcérée;

42. Dans la section 2.1 du rapport annuel de gestion, qui porte sur les résultats de l'année 2021-2022 relatifs aux engagements du plan stratégique, on mentionne que trois rapports d'enquête ont été déposés. Ce chiffre tient compte des rapports déposés respectivement le 8 octobre 2021, le 10 décembre 2021 et le 14 février 2022. Seuls les rapports déposés en 2021 (respectivement le 9 mars 2021, le 8 octobre 2021 et le 10 décembre 2021) sont pris en compte dans la présente section puisque le rapport des activités couvre la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2021.

- d'attribuer un poste à l'admission à un professionnel de la santé, préférablement un infirmier, afin d'évaluer le risque suicidaire que peut présenter une personne incarcérée à son arrivée;
- de refaire une évaluation du risque suicidaire après la comparution d'une personne incarcérée, compte tenu des changements qui peuvent survenir après une telle étape;
- d'inclure au moins un psychologue à la structure de postes des établissements de détention provinciaux;
- de réfléchir à l'opportunité d'avoir des agents de santé circulant librement dans les secteurs de détention et d'analyser la pertinence de les laisser se vêtir en civil pour inspirer un lien de confiance aux personnes incarcérées;
- de prendre entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'assurer, dans les plus courts délais, le transfert de responsabilité des infirmeries des établissements de détention de Montréal et de Québec;
- de réévaluer la structure de postes pour déterminer s'il est possible de libérer des membres de l'équipe d'intervention spécialisée afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs fonctions en ce domaine;
- de réévaluer la structure de postes des membres de l'équipe d'intervention spécialisée pour qu'ils puissent assurer une continuité de services auprès des personnes incarcérées, le tout afin d'établir un lien de confiance avec les personnes incarcérées permettant une meilleure évaluation du risque suicidaire;
- de compléter l'élaboration de l'activité d'accueil devant prendre place rapidement après l'admission pour les personnes incarcérées et d'assurer sa mise en place dans un délai raisonnable;
- d'augmenter le nombre d'activités offertes aux personnes incarcérées, plus particulièrement pour les personnes placées en détention préventive ou purgeant des peines de moins de six mois;
- de scinder l'activité d'évaluation du risque suicidaire à l'admission et celle du classement, de façon à permettre plus de temps pour l'évaluation du risque suicidaire que présente une personne incarcérée;
- d'effectuer des rappels réguliers auprès des agents des services correctionnels, particulièrement ceux qui sont assignés à l'admission, sur l'importance de bien informer les personnes incarcérées de la présence de l'équipe EIS et de la possibilité d'y avoir recours sans délai;
- de réaménager les horaires de travail des professionnels en poste dans les établissements de détention pour assurer qu'il y ait la présence de l'un d'eux même au cours des fins de semaine;

- d'effectuer des rappels réguliers auprès des agents des services correctionnels sur l'importance des bonnes pratiques en ce qui concerne les rondes de surveillance, notamment le délai entre chacune de ces rondes, l'importance du contact visuel ainsi que la pertinence des intervalles irréguliers. Ces rappels devraient être faits en personne et non pas par des notes de service;
- de faire un rappel en présentiel sur l'obligation d'inscrire des initiales lisibles aux rapports journaliers des agents des services correctionnels, permettant ainsi de les identifier;
- de contacter les partenaires impliqués dans la détention d'une personne, soit les pénitenciers fédéraux ainsi que les principaux corps policiers, afin de mettre en place un système de communication efficace, permettant d'avoir toute l'information pertinente pour les personnes incarcérées qui sont transférées dans un établissement de détention;
- de s'assurer que tous les établissements de détention provinciaux transmettent immédiatement toute l'information relative au risque suicidaire lors du transfert d'une personne incarcérée vers un autre établissement de détention provincial ou un pénitencier;
- de mettre en place dans les établissements de détention une ligne de communication avec les proches des personnes incarcérées, afin de leur permettre de transférer facilement de l'information sur la condition psychologique de cette personne;
- de permettre l'accès au système de gestion informatisé des dossiers administratifs correctionnels (DACOR) au personnel infirmier, qui est appelé à agir sur les soins de santé dont une personne incarcérée peut avoir besoin;
- de s'assurer que l'information reçue par le personnel soit mise à jour le plus rapidement possible dans le système DACOR, particulièrement les informations relatives au risque suicidaire;
- de promouvoir l'utilisation du porte-document électronique correctionnel (PDEC), afin qu'il soit connu de tous les membres du personnel et de s'assurer qu'il soit utilisé à l'admission;
- de s'assurer qu'un dossier informatisé unique et continu soit constitué dans les plus courts délais par les services correctionnels sur chaque personne qui leur est confiée;
- de former tous les agents des services correctionnels en prévention du suicide, qu'ils soient membres de l'équipe d'intervention spécialisée ou non;
- d'accroître la formation des chefs d'unités en prévention du suicide, lesquels sont responsables de prendre des décisions en lien avec la sécurité des personnes incarcérées après leur évaluation par un membre de l'équipe d'intervention spécialisée;
- de mettre en place des formations de rappel en prévention du suicide sur une base annuelle;
- de réviser la pratique relative aux annonces de décès, de façon à ce que les familles reçoivent ces nouvelles difficiles en personne, afin qu'elles puissent recevoir du soutien si elles le nécessitent.

## Homicide d'une jeune enfant en contexte de prise en charge

Entre les 17 et 18 avril 2018, une mère a causé la mort de sa fille de deux ans. Le corps de l'enfant a été retrouvé sans vie, dans une poubelle, à Québec.

La coroner Kamel, au cours de son enquête, s'est penchée sur l'historique de la mère et de sa fille, la prise en charge par la Maison Marie-Rollet et la prise en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ).

En février 2018, la grand-mère de l'enfant, chez qui l'enfant et sa mère vivent, est en psychose. La mère est inquiète pour sa sécurité et celle de sa fille. Elle communique alors avec la DPJ et fait des démarches pour aller vivre dans une ressource pour femmes. Elle sera dès lors hébergée à la Maison Marie-Rollet<sup>43</sup> avec son jeune enfant. L'entente est que si la femme quitte la maison d'hébergement, la DPJ doit en être informée.

Le 12 avril 2018, la jeune femme est expulsée de la Maison Marie-Rollet. Elle aurait demandé d'y rester pour la nuit, n'ayant pas trouvé d'endroit où aller. Cette demande aurait été refusée. Elle quitte la ressource avec son enfant vers 22 h et se rend chez un ami. Les intervenantes de la ressource n'ont pas questionné où elle se rendait.

La DPJ est avisée par boîte vocale le même jour, mais ce n'est que le 13 avril 2018 que les deux organismes communiquent ensemble. L'intervenante de la DPJ apprend lors de cet appel téléphonique que la femme a été violente verbalement et que la directrice a mis un terme à son hébergement. L'intervenante de la Maison Marie-Rollet ne peut confirmer où est allée la mère.

Le même jour, l'intervenante de la DPJ tente de rejoindre la femme à plusieurs reprises, mais sans succès. Ce n'est que le 16 avril 2018 que l'intervenante de la DPJ réussira à lui parler. Cette dernière l'informe qu'elle est chez un ami et qu'elle la rappellera. Elles conviennent de se reparler le même jour, mais la mère ne rappelle pas. Des démarches sont entreprises par l'intervenante pour lui trouver un nouveau milieu d'hébergement. À 16 h, l'intervenante lui laisse un message demandant un retour d'appel. Cet appel était crucial, l'intervenante de la DPJ ayant trouvé une nouvelle ressource pour la mère et sa fille. Le corps de l'enfant est retrouvé le 18 avril 2018.

Parmi les constats de M<sup>e</sup> Kamel, on retrouve le fait que la mère de l'enfant n'a pas été hébergée dans un contexte de violence conjugale, mais bien dans un contexte particulier où elle se trouvait sans domicile avec sa fille. La directrice actuelle de la Maison Marie-Rollet a également corroboré le caractère exceptionnel de cet hébergement.

Cet événement a démontré qu'il existe un équilibre fragile entre le partage de l'information à la DPJ et le maintien du lien de confiance entre les organismes et les femmes vulnérables. L'ensemble des témoignages a suscité plusieurs questions quant à la communication entre les différents acteurs qui devaient servir de filet de sécurité pour l'enfant. Depuis cet événement, des mesures de contrôle ont été mises en place par les deux organismes : la Maison Marie-Rollet a mis en place une politique de signalement qui indique la marche à suivre à ses intervenants lors d'une situation d'expulsion d'une

43. La Maison Marie-Rollet est une maison d'hébergement qui a pour mission d'offrir un gîte sécuritaire à des femmes victimes de violence conjugale et en difficulté avec les enfants dont elles ont la garde.



femme avec un enfant; la DPJ a modifié sa structure à l'étape de l'évaluation/orientation. En effet, au moment des événements, une intervenante était responsable de l'évaluation, puis une autre de l'orientation. Cette façon de faire pouvait altérer le suivi de l'enfant. Depuis le décès du bambin, un seul intervenant est responsable de l'évaluation et de l'orientation de l'enfant.

En août 2019, une marche à suivre pour les intervenants de la DPJ a également été mise en place lorsqu'un enfant connu en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse manque à l'appel. Parmi les indicateurs, la coroner Kamel retient qu'une situation similaire impliquerait un plan d'action plus rigoureux, dont l'accompagnement par les policiers pour rechercher l'enfant.

Un protocole d'entente a été signé en juillet 2019 entre la DPJ et neuf maisons d'hébergement, en plus du YWCA. L'objectif de ce protocole est d'offrir une réponse adaptée aux besoins de la clientèle mère-enfant, notamment pour assurer la sécurité des enfants qui vivent dans un contexte de violence conjugale, en respectant le mandat de chaque organisation.

Le Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale a également accentué son rôle de vigie et de soutien aux 43 maisons qu'il représente. Le souci d'une collaboration et d'une sensibilisation de leur réalité auprès des intervenants de la DPJ est un objectif qui doit être pris en considération. Ultimement, cette collaboration doit viser à démystifier le rôle de chacun. Des intervenants pivots sont essentiels pour maintenir vivants ces échanges et pour créer des ponts durables.

C'est pourquoi, au terme de son enquête, la coroner Kamel a formulé les recommandations suivantes :

- À la Maison Marie-Rollet, lorsqu'un enfant faisant l'objet d'un signalement par la DPJ est hébergé dans l'une de ses maisons :
  - de s'assurer de ne jamais laisser partir un enfant en cas de cessation d'une entente d'hébergement sans qu'une communication ait eu lieu avec l'intervenant en charge du dossier à la DPJ ou un intervenant de l'urgence sociale assurant ainsi un filet de sécurité pour l'enfant;
  - de s'assurer que les directives à suivre soient connues de tous les intervenants lorsqu'un enfant qui fait l'objet d'un signalement à la DPJ manque à l'appel ou est logé à un endroit inconnu de cette dernière, et ce, par le biais de formation continue.
- À la Maison Marie-Rollet, au Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, à la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes et à la Direction de la protection de la jeunesse :
  - de désigner des intervenants pivots au sein de leur propre organisation afin de favoriser une collaboration concertée en établissant des mécanismes de communication pour un meilleur partage d'informations essentielles à la protection de l'enfant et en favorisant une rencontre tripartite (parent/DPJ/maison d'hébergement) dans les premiers jours de l'hébergement de la femme pour assurer une meilleure compréhension de la situation entre la DPJ et la maison, tout en respectant les entités qui leur sont propres;
  - de mettre en place des formations pour leurs intervenants sur la réalité de leur mission respective afin d'agir de manière concertée et en collégialité.

- À la Direction de la protection de la jeunesse d'intensifier ses efforts pour mieux informer la population sur son rôle et celui des intervenants afin de s'assurer que toute la société comprenne ses obligations d'imputabilité à l'égard des enfants du Québec en vertu des attributions qui lui sont confiées par la Loi sur la protection de la jeunesse;
- À la Maison Marie-Rollet d'organiser une formation continue auprès de son personnel quant à sa procédure lors d'une décision d'expulsion d'une femme ayant des enfants à risque de compromission en s'assurant qu'un filet de sécurité a été prévu pour protéger l'enfant;
- Au ministère de la Santé et des Services sociaux de favoriser et d'encourager le partenariat des ressources d'hébergement, des organisations qui les représentent et de la DPJ en accordant un financement adéquat pour assister aux tables régionales de concertation en matière de violence conjugale et familiale.

### **Prévention du racisme et des préjugés en milieu hospitalier**

Une jeune femme d'origine atikamekw a été hospitalisée au Centre hospitalier De Lanaudière du 26 septembre 2020 en soirée au 28 septembre 2020 en début d'après-midi, moment auquel son décès a été constaté.

Le 26 septembre 2020, vers 23 h, la jeune femme arrive en ambulance au Centre hospitalier De Lanaudière. Son diagnostic d'admission est une anémie microcytaire (globules rouges petits) ferriprive (carence en fer) récemment exacerbée et une douleur épigastrique de cause inconnue. Une référence est faite au gastroentérologue de garde, qui prescrit une colonoscopie, et la femme est gardée en observation. Le 27 septembre 2020, la femme présente des signes d'agitation. On évoque un possible sevrage aux narcotiques et au cannabis sans qu'une réelle consommation précédant l'épisode puisse être démontrée. Dans le but de préciser s'il y a effectivement un possible trouble lié à la consommation ou à un sevrage, une requête en consultation est envoyée au Centre de réadaptation en dépendance de Joliette. Or, cette évaluation conclut que les symptômes décrits par la patiente sont sans lien avec un sevrage physique d'opioïdes ou de stimulants. Pourtant, elle sera rapidement étiquetée comme une patiente en sevrage. Sur la base de ce préjugé, il en découle que ses appels à l'aide ne seront pas considérés avec sérieux. Cette étiquette la suivra tout au long de son séjour et guidera les actions du personnel soignant jusqu'à son décès. La preuve entendue en cours d'audience a par ailleurs démontré que la femme ne consommait que les narcotiques dûment prescrits et dont la quantité est insuffisante pour créer une dépendance.

Le 28 septembre vers 10 h, la patiente présente de l'agitation et un inconfort généralisé. Elle reçoit de l'Ativan®. Par la suite, elle reste agitée, crie et fait une chute avec impact crânien probable. Le médecin prescrit une dose d'Haldol® intramusculaire (médicament contre l'agitation) et, si l'Haldol® est non efficace, des contentions. La femme est changée de civière et se retrouve dans un cubicule. L'Haldol® est administré à 10 h 25. Entre 10 h 35 et 10 h 45, elle se filme avec son téléphone cellulaire et diffuse en temps réel la vidéo sur le réseau social Facebook. Deux membres du personnel soignant sont avec la patiente à ce moment. Il est compris des propos entendus sur la vidéo qu'elle a de nouveau chuté de sa civière. Des paroles dénigrantes sont prononcées par le personnel soignant. On la remet au lit, réinstalle la perfusion intraveineuse, puis on procède à la pose de contentions aux quatre membres et à l'abdomen.

Une surveillance étroite, nécessaire lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée, est prescrite. Toutefois, les préposées aux bénéficiaires ne sont pas en mesure de l'effectuer. La CEPI effectue donc une surveillance visuelle par la fenêtre du cubicule jusqu'à 11 h 35, heure à laquelle l'état de la jeune femme se dégrade. À 11 h 45, les signes vitaux sont faibles. Un transfert en salle de réanimation est demandé, ce qui est finalement fait à 11 h 56. À 11 h 58, le moniteur cardiaque indique une asystolie. Les manœuvres de réanimation sont débutées, en vain. Le décès est constaté à 12 h 44 par la médecin.

L'autopsie et le rapport de l'expert, D<sup>r</sup> Vadeboncoeur, suggèrent que la jeune mère est décédée d'un œdème pulmonaire. L'autopsie a en effet révélé que le cœur était volumineux et ses ventricules étaient dilatés, suggérant une malfonction cardiaque. Ceci est en accord avec l'histoire médicale de la femme, qui comprend des épisodes d'insuffisance cardiaque qui fluctuent dans le temps. Enfin, le pathologiste note des poumons engorgés et très pesants, suggérant que la défaillance cardiaque pourrait être à l'origine du décès. D'autres facteurs pourraient avoir été en cause, entre autres l'hypotension occasionnée par l'injection de l'Haldol<sup>®</sup> ainsi que les contentions qui ont retenu la femme clouée contre sa civière sans possibilité de se redresser, un geste naturel lorsqu'il y a accumulation d'eau sur les poumons. La présence de liquide dans les alvéoles pulmonaires peut être responsable d'une diminution de la qualité des échanges gazeux, entraînant des difficultés respiratoires importantes.

La jeune femme est décédée des suites d'un œdème pulmonaire provoqué par un choc cardiogénique dans un contexte de cœur malade (cardiomyopathie préexistante vraisemblablement rhumatismale) associé à des manœuvres possiblement délétères telles que le maintien en décubitus dorsal sous contentions sans surveillance adéquate. Le racisme et les préjugés auxquels la patiente a fait face ont certainement été contributifs à son décès. Il s'agit d'un décès accidentel.

La coroner Kamel a établi que la situation clinique aurait pu être réversible si :

- une surveillance accrue par une infirmière d'expérience avait été mise en place ou à défaut un transfert plus rapide en salle de réanimation avait été fait;
- une évaluation par la médecin responsable des hospitalisations en médecine de famille avait été faite en adoptant une approche différente avant d'autoriser un nouveau calmant;
- une surveillance de la mesure de contrôle (contention) avait été mise en place comme prescrit;
- une reconnaissance précoce de son état précaire avait été détectée;
- un protocole était existant pour le lancement précoce d'un code bleu;
- une correction précoce des sources d'instabilité avait été prise en compte (hypoglycémie, hypotension, œdème pulmonaire);
- un *monitoring* cardiaque et une saturométrie avaient été installés.

Des efforts pour rétablir la communication entre le gouvernement et la communauté atikamekw sont d'autant plus nécessaires que les conclusions de cette enquête indiquent que la jeune femme a bel et bien été ostracisée, que son décès est directement relié aux soins obtenus lors de son hospitalisation en septembre 2020 et que sa mort aurait pu être évitée.

C'est pourquoi M<sup>e</sup> Kamel recommande :

- Au gouvernement québécois de reconnaître l'existence du racisme systémique au sein de ses institutions et de prendre l'engagement de contribuer à son élimination;
- Au Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière :
  - de s'assurer d'intégrer efficacement l'agent de liaison de Manawan au sein de l'établissement, notamment en l'impliquant auprès des équipes de soins;
  - de s'assurer d'un mécanisme de collaboration entre le dispensaire de Manawan et l'urgence du Centre hospitalier De Lanaudière afin que les informations médicales concernant le patient soient transmises en temps réel;
  - de s'assurer que les notes au dossier médical reflètent la réalité de la prise en charge d'un patient;
  - de revoir ses ratios infirmières et préposées aux bénéficiaires en fonction des normes reconnues au niveau provincial afin d'offrir des services sécuritaires à la population;
  - d'appliquer un modèle de gestion de l'urgence basé sur les principes directeurs du Guide de gestion de l'urgence;
  - de maintenir une formation périodique quant au code d'éthique de l'établissement, aux mesures de contention, à la surveillance des patients à la suite d'une chute et à la tenue de dossier;
  - de mettre en place rapidement une formation et des activités d'inclusion de la culture autochtone qui soient concertées avec la communauté de Manawan;
  - de perfectionner le modèle des dyades infirmières/infirmières auxiliaires et de s'assurer que chacune comprenne bien son rôle.
- Au Collège des médecins du Québec de revoir la qualité des actes médicaux de la médecin responsable des hospitalisations en médecine familiale et de la résidente en gastrologie qui ont prodigué les soins à la patiente lors de son hospitalisation en septembre 2020.
- À l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :
  - d'examiner la qualité des services des infirmières qui ont prodigué des soins à la patiente lors de son hospitalisation du 26 au 28 septembre 2020;
  - de revoir les pratiques d'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) de niveau collégial dans les urgences des milieux hospitaliers à l'échelle de la province.
- Au ministère de l'Enseignement supérieur pour ses établissements d'enseignement (collégial et universitaire) qui forment des médecins, des infirmières et des infirmières auxiliaires :
  - d'inscrire au cursus scolaire une formation portant sur les soins aux patients autochtones qui prennent en considération les réalités des communautés autochtones;
  - d'établir avec les communautés autochtones une plus grande offre de stages tant pour les infirmières que pour les résidents en médecine.

## 3. Recommandations

### 3.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler des recommandations afin de prévenir les décès et de protéger la vie humaine. À cette fin, il examine, s'il y a lieu, les rapports de coroners portant sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente. Les coroners sont épaulés à toutes les étapes de leur investigation par un conseiller en prévention.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2), le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2021, les coroners ont déposé 228 rapports comportant des recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou à plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Les recommandations formulées depuis 2001 peuvent cependant être consultées sur le site Internet du Bureau du coroner.

#### Rapports de coroners avec recommandations en 2021

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE DE RAPPORTS	%
Traumatisme non intentionnel	146	64,0
Suicide	46	20,2
Cause naturelle	30	13,2
Homicide	4	1,7
Traumatisme d'intention indéterminée	2	0,9
TOTAL	228	100

## 3.2 SUIVI DES RECOMMANDATIONS

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

Plusieurs destinataires collaborent déjà activement au suivi des recommandations, et ces partenariats inspirent le Bureau du coroner à en développer de nouveaux. Par exemple, le Bureau du coroner peut compter sur la collaboration du ministère des Transports du Québec (MTQ) qui a créé un Bureau du suivi des recommandations des coroners. Dans le contexte de cette collaboration, le ministère a aussi mis sur pied un réseau de répondants disponibles pour renseigner les coroners sur une foule de sujets, ce qui a facilité la formulation de meilleures recommandations. Par ailleurs, le Bureau de suivi analyse toutes les recommandations destinées au MTQ, dresse un bilan évolutif et détaillé du suivi qui leur est accordé et en informe régulièrement le coroner en chef lors de rencontres de bilan. Pour la période 2021-2022, les sommes dépensées dans les projets menés par le MTQ et qui donnent suite en totalité ou en partie aux recommandations de coroners s'élèvent à 204,6 millions de dollars. On peut penser par exemple au grand projet de réaménagement de la route 185 dans le Bas-Saint-Laurent, au projet d'installation de clôture à grande faune sur la route 175 au Saguenay-Lac-Saint-Jean, à l'installation de glissières de sécurité sur l'autoroute 50 en Outaouais, dont la réalisation rejoint des objectifs de prévention portés par des recommandations de coroners.

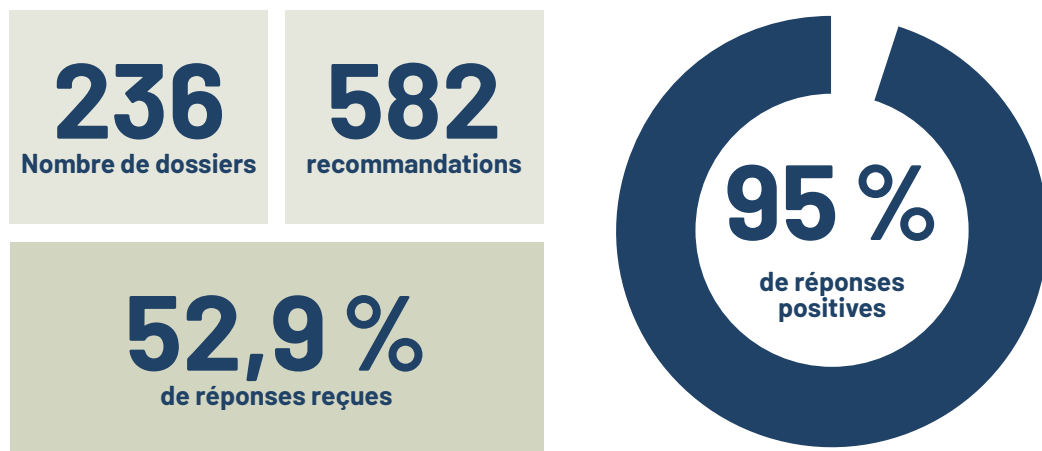
Au rang de ses partenaires, le Bureau du coroner compte aussi sur le Collège des médecins du Québec (CMQ), qui a désigné une personne-ressource pour répondre aux questions des coroners au cours de leurs investigations, et avec lequel le Bureau participe à une table de concertation. L'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 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 et la Régie du bâtiment du Québec ont également désigné des personnes-ressources pour aider les coroners à explorer des pistes de prévention.

De plus, dans la dernière année, 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. Cette entente est un exemple probant du type de partenariat que le Bureau du coroner veut de plus en plus développer dans l'avenir auprès d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, 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.

### Un nouvel outil de suivi



Au cours de l'année 2021, en prévision de l'entrée en vigueur de la Loi sur les coroners et avec l'aide de l'équipe de la DGTI du ministère de la Sécurité publique, le Bureau du coroner a mis en place un outil de suivi des recommandations et des réponses obtenues des destinataires. Cet outil permettra une meilleure reddition de comptes basée sur des indicateurs rigoureux de résultats. Ainsi, 236 dossiers<sup>44</sup> contenant des recommandations ont été créés en 2021, pour un total de 582 recommandations (un dossier peut contenir plus d'une recommandation). Pour 582 réponses attendues, le Bureau du coroner a obtenu 52,9 % de réponses, dont 95 % de ces réponses sont positives, c'est-à-dire que les organisations acceptent de mettre en œuvre les recommandations.

44. Au point 3.1, le nombre 228 représente le nombre de dossiers comportant des recommandations qui ont été fermés dans l'année. Ici, 236 représente le nombre de dossiers comportant des recommandations qui ont été créés.

### 3.3 PORTÉE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations des coroners ont une portée certaine. En ce qui a trait à l'impact des recommandations des coroners au cours de l'année 2021, il est opportun de souligner la révision du Règlement sur la sécurité des piscines résidentielles, qui s'appliquera dorénavant à toutes les piscines, peu importe leur date d'installation. Cette révision de la réglementation est une réponse à la recommandation formulée par plusieurs coroners au cours des dernières années, et ce, dans le but de réduire les risques de noyade de jeunes enfants.

Plusieurs avancées au niveau de la société au cours des années antérieures sont notamment attribuables aux recommandations des coroners, à savoir :

- La formation des policiers en matière de santé mentale;
- Les pneus d'hiver obligatoires en hiver;
- L'interdiction de l'utilisation du téléphone cellulaire au volant;
- Le port du casque obligatoire dans les parcs à neige;
- 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 2018 et 2019, en le comparant à la moyenne des années 2013 à 2017.

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 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 2018, selon les données à jour au 25 avril 2022

5 565 décès soumis au coroner

- 5 543 dossiers terminés (99,6 %)
- 22 rapports à venir (0,4 %)

### État des rapports de 2019, selon les données à jour au 25 avril 2022

5 715 décès soumis au coroner

- 5 608 dossiers terminés (98,1 %)
- 107 rapports à venir (1,9 %)

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

	MOYENNE 2013-2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013-2017	NOMBRE 2019
Occupant d'une automobile	198	190	(4,0)	170
Piéton	65	77	18,5	67
Motocycliste	50	58	16,0	45
Occupant d'un VTT	28	21	(25,0)	37
Occupant d'une motoneige	27	25	(7,4)	22
Cycliste	17	17	0,0	10
Occupant d'un véhicule lourd	7	4	(42,9)	10
Occupant d'une camionnette	13	15	15,4	8
Occupant d'un véhicule agricole	5	7	40,0	7
Occupant d'autre véhicule hors route	1	2	100,0	2
Occupant d'un véhicule industriel	2	6	200,0	2
Occupant d'un véhicule à trois roues	1	1	0,0	2
Occupant d'un autobus	1	-	-	1
Occupant d'un train	0	-	-	-
Occupant d'un véhicule de construction	2	2	0,0	-
Personne montant un animal ou occupant un véhicule à traction animale	1	-	-	-
Autre	2	-	-	2
En cours	-	-	-	9
<b>TOTAL</b>	<b>420</b>	<b>425</b>	<b>1,2</b>	<b>394</b>

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

	MOYENNE 2013 – 2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013 – 2017	NOMBRE 2019
Événements entraînant la noyade et la submersion	17	8	(52,9)	12
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	1	2	100,0	1
TOTAL	18	10	(44,4)	13

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

	MOYENNE 2013 – 2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013 – 2017	NOMBRE 2019
Aérien	9	5	(44,4)	12
TOTAL	9	5	(44,4)	12

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

	MOYENNE 2013 – 2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013 – 2017	NOMBRE 2019
Chute	429	841	96,0	1 031
Intoxication	336	395	17,6	382
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	85	93	9,4	113
Noyade	55	73	32,7	57
Exposition aux forces de la nature	23	167	626,1	56
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	65	48	(26,2)	43
Complication de soins médicaux	27	23	(14,8)	35
Heurt par ou contre un objet	17	28	64,7	14
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	11	9	(18,2)	12
Exposition au courant électrique	5	5	0,0	8
Compression entre des objets	7	6	(14,3)	6
Décharge d'arme à feu	3	2	(33,3)	4
Explosion	1	4	300,0	1
Exposition à l'eau chaude	2	-	-	1
Autre	24	18	(25,0)	10
En cours	0	-	-	7
<b>TOTAL</b>	<b>1 090</b>	<b>1 712</b>	<b>57,1</b>	<b>1 780</b>

## Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2013 – 2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013 – 2017	NOMBRE 2019
Pendaison et strangulation	582	595	2,2	629
Intoxication à des substances liquides ou solides	178	145	(18,5)	141
Décharge d'arme à feu	128	127	(0,8)	136
Intoxication à un gaz	49	40	(18,4)	49
Précipitation dans le vide	45	37	(17,8)	48
Utilisation d'un objet tranchant	31	39	25,8	37
Noyade	34	32	(5,9)	28
Collision d'un véhicule à moteur	37	34	(8,1)	26
Exposition au feu ou aux flammes	8	4	(50,0)	10
Autre	10	10	0,0	9
En cours	-	3	-	8
<b>TOTAL</b>	<b>1 102</b>	<b>1 066</b>	<b>(3,3)</b>	<b>1 121</b>

### Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2013 – 2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013 – 2017	NOMBRE 2019
Agression par arme à feu	27	24	(11,1)	18
Agression par objet tranchant	22	25	13,6	10
Agression par la force physique, sans arme	4	6	50,0	3
Agression par strangulation	4	2	(50,0)	3
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	1	1	0,0	1
Agression par objet contondant	7	7	0,0	1
Autre	4	8	100,0	-
En cours	1	8	700,0	32
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>81</b>	<b>15,7</b>	<b>68</b>

### Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2013 – 2017	NOMBRE 2018	% VARIATION 2018 / 2013 – 2017	NOMBRE 2019
Intoxication	35	22	(37,1)	17
Chute	3	3	0,0	4
Collision d'un véhicule à moteur	2	6	200,0	4
Noyade	8	7	(12,5)	4
Pendaison	3	2	(33,3)	-
Autre	5	7	40,0	7
En cours	0	-	-	12
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>(16,1)</b>	<b>48</b>

## Annexes

### LOI ET RÈGLEMENTS<sup>45</sup>

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

- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2);
- Code de déontologie des coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 1);
- Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 2);
- Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 3);
- Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel (Décret n° 1687-87 du 4 novembre 1987 et ses modifications subséquentes);
- Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 4);
- Tarif sur les frais d'autopsies (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 5);
- Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 7).

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 la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2, r. 1).

### SECTION I – DEVOIRS GÉNÉRAUX

1. Dans l'exercice de ses fonctions en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (RLRQ, chapitre R-0.2), notamment lors d'une investigation ou d'une enquête, le coroner doit respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée ainsi que le secret professionnel à l'égard de cette personne.
2. Le coroner doit respecter les croyances et les opinions religieuses de la personne décédée et celles de ses proches dans la mesure où les exigences que la loi lui impose le permettent.
3. Le coroner doit s'assurer que tout cadavre dont il a la garde et la possession est traité avec dignité et respect.
4. Le coroner doit agir de telle sorte que son comportement envers les proches de la personne décédée ainsi qu'envers les personnes impliquées dans les circonstances du décès reflète le respect et la courtoisie qu'imposent les circonstances.
5. Le coroner doit éviter tout acte, toute omission, tout comportement ou tout propos relatif à l'exercice de ses fonctions qui serait de nature à porter atteinte à l'institution du coroner ou aux autres personnes qui y exercent également la fonction de coroner.
6. Le coroner doit maintenir de bons rapports avec les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête, se comporter à leur égard avec courtoisie et respect et leur accorder son entière disponibilité.
7. Le coroner ne doit pas s'immiscer dans une investigation ou une enquête du ressort d'un autre coroner.
8. Les coroners doivent agir de façon courtoise entre eux et maintenir des relations empreintes de bonne foi.
9. Le coroner doit témoigner, dans l'exercice de ses fonctions, d'un constant souci du respect de ses devoirs de protection de la vie humaine.

### SECTION II – DEVOIRS PARTICULIERS

#### Intégrité et dignité

10. Le coroner doit exercer ses fonctions avec intégrité et dignité.
11. Le coroner ne doit pas, dans l'exercice de ses fonctions, faire un usage immodéré de substances psychotropes, incluant alcool, ou de toute autre substance produisant des effets analogues.



12. Le coroner doit dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
13. Le coroner doit s'assurer du maintien de l'ordre et du décorum durant une enquête tout en manifestant une attitude courtoise envers les personnes présentes.
14. Le coroner doit faire preuve de réserve et de mesure à l'occasion de tout commentaire public concernant ses recherches ou ses activités et en restreindre l'expression aux seules fins pédagogiques ou scientifiques découlant de l'exercice de ses fonctions.

### **Objectivité, rigueur et indépendance**

15. Le coroner doit, de façon manifeste, faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
16. Le coroner doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions de façon objective, rigoureuse et indépendante.
17. Le coroner doit se comporter de façon à ne pas encourager ou inciter quiconque à lui offrir quoi que ce soit auquel il n'a pas le droit en vertu de la loi. Il doit refuser tout ce qui serait, malgré tout, offert ou en disposer de la façon prévue par la loi, le cas échéant.
18. Le coroner doit s'abstenir de poursuivre une investigation ou de tenir une enquête lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment :
  - de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires avec la personne décédée, avec une personne impliquée dans les circonstances du décès ou avec une personne appelée à participer à l'investigation ou à l'enquête;
  - de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion se rapportant au décès;
  - de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme à l'égard de la personne décédée ou à l'égard d'une personne impliquée dans les circonstances du décès.
19. Le coroner doit s'assurer que son rapport contienne les faits qui lui sont connus se rapportant aux causes et aux circonstances du décès.
20. Le coroner doit s'assurer de la valeur probante, de l'authenticité et de la pertinence de tout fait sur lequel il s'appuie pour établir l'identité de la personne décédée, la date, le lieu, les causes et les circonstances du décès.
21. Le coroner doit s'assurer de l'authenticité de tout fait qu'il divulgue publiquement avant la production de son rapport et apprécier les risques et les inconvénients pouvant résulter de cette divulgation.

### **Disponibilité et diligence**

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

23. Le coroner doit prendre les mesures nécessaires à l'examen du cadavre ou à la visite des lieux, lorsque les circonstances du décès l'exigent.
24. Le coroner doit être à la disposition des proches de la personne décédée afin de les rencontrer et de les renseigner lorsque la situation l'exige.
25. Le coroner doit faciliter la libération du cadavre et y donner suite avec toute la diligence à laquelle peuvent raisonnablement s'attendre les proches de la personne décédée.
26. Le coroner doit faire en sorte que les conditions d'exercice de sa garde d'objets et de documents en garantissent la conservation et en permettent la remise aux réclamants conformément à la loi.
27. Le coroner doit informer les proches de la personne décédée que le choix des dispositions funéraires leur revient.

### **Compétence et connaissance**

28. Le coroner doit maintenir ses connaissances et ses capacités dans les domaines pertinents à l'exercice de ses fonctions de façon à ce qu'elles concordent avec les exigences de son travail et en garantissent la qualité.
29. Le coroner doit connaître les lois, règlements et directives régissant l'exercice de ses fonctions.
30. Le coroner doit s'assurer que la personne à qui il délègue des pouvoirs, dans les cas prévus par la loi, connaisse les lois, règlements et directives régissant l'exercice des fonctions du coroner.
31. Le coroner doit participer, dans la mesure du possible, aux programmes de perfectionnement mis en œuvre par le coroner en chef.
32. Le coroner doit fournir la contribution attendue de lui dans le perfectionnement des autres coroners, notamment par l'échange avec eux de ses connaissances et expériences.
33. Le coroner doit respecter les limites de son expertise et de ses connaissances, en particulier dans des domaines qui lui sont étrangers, et s'assurer personnellement de la compétence des sources auxquelles il doit recourir.

### **Confidentialité**

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

## PROCÉDURE ADMINISTRATIVE PRÉALABLE À UNE RÉPRIMANDE<sup>46</sup>

### Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

### Le mandat

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

### Le processus d'enquête

4. La personne désignée à titre d'enquêteur doit, sans délai, informer par écrit le coroner visé de la nature de son enquête, à moins que le déroulement de l'enquête en soit perturbé.
5. L'enquêteur doit chercher à établir tous les faits pertinents et, dans la mesure du possible, obtenir des personnes concernées des déclarations écrites ou, à défaut, consigner les déclarations verbales par écrit sans délai.

46. Aucune situation n'a entraîné de procédure administrative préalable à une réprimande en 2021-2022.

6. L'enquêteur peut mettre fin prématurément à une enquête déjà commencée si, à son avis, la plainte s'avère frivole, vexatoire ou de mauvaise foi, ou si la tenue ou la poursuite de son enquête n'est pas nécessaire eu égard aux circonstances. Il en avise alors le coroner en chef et le coroner visé.
7. Avant de compléter son enquête, l'enquêteur doit fournir au coroner visé l'occasion de faire valoir son point de vue, si ce dernier le désire, en l'invitant par écrit à le rencontrer à moins qu'il ne préfère faire part par écrit de ses commentaires à l'enquêteur.
8. Tout coroner ou toute autre personne du Bureau du coroner, rencontré à titre de témoin relativement à une plainte portée contre un coroner, doit collaborer avec l'enquêteur.

### **Le rapport de l'enquêteur**

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