

Rapport annuel de gestion
2002-2003

Bureau du Coroner

Le contenu de cette publication a été rédigé par

le Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B1
Téléphone : (418) 643-1845
Télécopieur : (418) 644-0654

Le présent document est disponible sur le
site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :

www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-41214-1
ISSN 0835-5258

© Gouvernement du Québec, 2003

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

Québec, le 15 septembre 2003

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année financière qui a pris fin le 31 mars 2003.

Conformément à la *Loi sur l'administration publique* adoptée le 25 mars 2000, le rapport annuel de gestion présente les résultats obtenus en fonction des orientations retenues dans le plan stratégique 2001-2004 ainsi que le rapport des activités réalisées par le Bureau du coroner. Ces orientations ont été actualisées afin de les adapter aux priorités de l'organisation ainsi qu'à celles du gouvernement.

Ce document constitue une reddition de comptes sur les activités du Bureau du coroner au cours de l'exercice 2002-2003; il démontre une évolution qui s'appuie sur des systèmes de gestion renouvelés et des processus de planification et de contrôle modernisés.

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

Le ministre de la Sécurité publique,

ORIGINAL REQUIS ET SIGNÉ

Jacques Chagnon

Québec, le 15 septembre 2003

Monsieur Jacques Chagnon
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année financière qui a pris fin le 31 mars 2003.

Afin de respecter les exigences de la *Loi sur l'administration publique* (art. 24) et celles de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (art. 29), le présent document comporte deux sections: le rapport annuel de gestion et le rapport d'activités.

À ma connaissance, le rapport annuel du Bureau du coroner :

- décrit fidèlement la mission et les orientations stratégiques;
- reflète les mandats des divers secteurs;
- présente les principales cibles de la planification stratégique 2001-2004 et les résultats afférents;
- offre des données conformes et fiables.

Je suis satisfait des pratiques et des méthodes qui ont été utilisées pour produire ce rapport annuel.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le coroner en chef,

ORIGINAL REQUIS ET SIGNÉ

Serge Turmel, m.d.

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 : LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

PARTIE I : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER	11
LA MISSION	11
LES SECTEURS D'ACTIVITÉ	11
LE CORONER INVESTIGATEUR	12
LE CORONER ENQUÊTEUR	12
LES SERVICES OFFERTS	12
LA CLIENTÈLE	13
LES PARTENAIRES	13
L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE	14
L'organigramme	14
Le coroner en chef	15
Les affaires juridiques et enquêtes	15
Les communications	15
La prévention	15
Le service de traitement des plaintes et des demandes d'annexes	16
La coroner en chef adjointe de l'Est du Québec	16
Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec	17
Les morgues	17
La Direction de l'administration	17
PARTIE 2 : FAITS SAILLANTS DE L'EXERCICE 2002-2003	19
PARTIE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	21
LE CONTEXTE ET LES ENJEUX	21
Le contexte externe	21
Le contexte interne	21
Les enjeux	22
LE RAPPEL DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS	22
LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES	23
LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS	29
LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE CERTAINES LOIS, RÉGLEMENTS ET POLITIQUES GOUVERNEMENTALES	31
PARTIE 4 : BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	33
LES RESSOURCES HUMAINES	33
LES RESSOURCES FINANCIÈRES	34

Section 2 : LE BILAN STATISTIQUE

PARTIE 1 : RAPPORT DES ACTIVITÉS TENUES PAR LES CORONERS	37
LES INVESTIGATIONS	37
Les décès signalés aux coroners	37
Les demandes de copies conformes des rapports	39
Les autopsies et les examens de laboratoire	40
Les rapports d'investigation les plus marquants déposés au cours de l'exercice 2002-2003	41
LES ENQUÊTES	48
La liste des rapports d'enquête déposés au cours de l'exercice 2002-2003	49
Le résumé des rapports d'enquêtes publiques réalisées en 2002-2003	50
Le bilan des enquêtes en cours	54
 LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT	57
 PARTIE 2 : BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC DE 1991 À 2001 ..	58
LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES	60
LES DÉCÈS ACCIDENTELS	61
LES AUTRES DÉCÈS ACCIDENTELS	62
Les suicides	63
Les homicides	64
Les décès indéterminés	65

Section 3 : LES ANNEXES

ANNEXE 1 : LES STATISTIQUES SUPPLÉMENTAIRES	69
ANNEXE 2 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF	73
ANNEXE 3 : LA LISTE DES CORONERS PAR RÉGIONS ADMINISTRATIVES	74
ANNEXE 4 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS	77

Le rapport annuel de gestion
section 1

Bureau du Coroner

PARTIE I : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER

Au Québec, le Bureau du coroner est une institution unique et nécessaire qui s'assure qu'une personne qui meurt de façon soudaine et inattendue, dans des circonstances obscures ou violentes, n'est pas inhumée ou incinérée sans que l'on sache pourquoi elle est morte et comment un tel décès pourrait être évité.

Le coroner a un rôle social qui vise la prévention du décès, laissant à la police la détection du crime et la tâche de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

La *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* donne compétence au coroner, en tant qu'officier public, sur tout décès survenu au Québec, de même que sur l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans des circonstances obscures ou violentes. Il a également compétence dans tous les cas où le corps d'une personne décédée est transporté à l'extérieur du Québec.

Le coroner agit avec impartialité, objectivité, rigueur et indépendance dans l'exercice de ses fonctions. Ainsi, il recueille et conserve la preuve et les expertises qui permettent d'expliquer les causes et les circonstances des décès.

Lorsque le coroner est avisé d'un décès, celui-ci peut, s'il le juge à propos, formuler des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine. Ainsi, le coroner peut actualiser le volet «prévention» de sa mission, en soulignant ou dénonçant les situations nécessitant des modifications pour respecter le droit de tout membre de la société à la vie, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne.

Il n'y a pas d'obligation légale à suivre les recommandations du coroner, et les suites qui y sont données dépendent de la force morale et de la crédibilité que l'on accorde à l'institution. Le coroner en chef, lorsqu'il le croit approprié, s'assure que les recommandations sont transmises aux personnes visées et en informe le public et le gouvernement. Chaque année, le coroner en chef publie un répertoire des recommandations à cet effet.

Les rapports d'investigation du coroner et d'enquête sont publics. Le principe de la publicité, dans la loi, fait exception à la règle de confidentialité qui s'applique normalement aux renseignements personnels recueillis par les agents de l'État.

Dès que le coroner a terminé son investigation, il doit verser aux archives, non seulement son rapport, mais tous les rapports, documents ou autres renseignements qu'il a obtenus lors de

l'investigation. Ces derniers sont d'accès restreint.

Les renseignements recueillis par les coroners sur les causes et les circonstances des décès sont fort utiles. D'ailleurs, des chercheurs de différents secteurs se penchent sur les dossiers des coroners portant sur le suicide ou la noyade. À cette fin, une banque de données découlant des investigations des coroners a été constituée et elle permet de repérer et de suivre les tendances concernant la mortalité au Québec, dans des circonstances violentes ou obscures. Elle est accessible aux personnes et aux organismes engagés dans des démarches pour la protection de la vie humaine.

■ LA MISSION

Investiguer et enquêter les décès, de façon indépendante et impartiale, afin de prévenir ceux qui sont évitables, acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité et faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits.

■ LES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Le coroner, conformément à la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (LRCCD) :

- procède à l'investigation de tout décès répondant à un des critères suivants :
- circonstances violentes (suicides, accidents, homicides);
- circonstances obscures;
- identité inconnue de la personne décédée;
- cause médicale du décès inconnue;
- décès qui surviennent dans des lieux particuliers (établissement de détention, cure fermée, etc.);
- sortie à l'extérieur du Québec du corps d'une personne décédée au Québec;
- entrée au Québec du corps d'une personne décédée à l'extérieur du Québec dans des circonstances violentes, obscures ou lorsque la cause du décès est inconnue.

- procède à une enquête publique, au cours ou à la suite d'une investigation, notamment s'il faut entendre des témoins;
- formule des recommandations découlant d'une investigation ou d'une enquête et rend accessibles la banque de données et les archives du coroner en chef aux divers intervenants en prévention pour prévenir des décès évitables;
- facilite la reconnaissance et l'exercice des droits aux ayants droit en leur rendant accessibles des copies conformes des rapports d'investigation ou d'enquête et, dans certains cas, des documents annexés, conformément aux critères définis par la loi;
- informe le public en portant à sa connaissance certains rapport d'investigation ou d'enquête et en produisant des bilans statistiques qui traduisent les tendances de certains types de mortalité.

■ LE CORONER INVESTIGATEUR

L'ensemble du territoire du Québec est couvert par des coroners investigateurs, qui peuvent être avisés d'un décès en tout temps.

Lorsque ces derniers sont avisés d'un décès, ils procèdent à une analyse préjudicielle afin de déterminer si celui-ci est survenu dans des conditions telles qu'il correspond aux dispositions de la loi et nécessite donc leur intervention. Dans un tel cas, les coroners prennent juridiction et disposent ainsi de pouvoirs qui leur permettent d'exercer leur mandat.

Le coroner peut examiner ou faire examiner le corps, le photographe ou le faire photographe, ordonner des expertises (autopsie, toxicologie, etc.), recourir à la saisie d'objets ou de documents, inspecter un lieu, interdire l'accès à un lieu, etc. Le coroner a aussi le pouvoir d'exiger d'un agent de la paix qu'il procède à une enquête ou à un complément d'enquête. Enfin, au cours ou après son investigation, le coroner peut recommander au coroner en chef la tenue d'une enquête publique.

À la suite de son investigation, le coroner rédige son rapport et le transmet au coroner en chef. Le rapport du coroner est l'acte authentique faisant état de l'identité de la personne décédée, de la date et du lieu du décès, des causes probables et des circonstances du décès; le coroner peut également, s'il y a lieu, faire des recommandations visant une meilleure protection de la vie humaine, qui suggèrent des mesures préventives, issues principalement de l'observation et de l'analyse des faits mis en lumière par l'investigation du coroner. Ces mesures ont pour but de favoriser la prévention d'autres décès dans des circonstances analogues.

Le rapport d'investigation est un document public; toute personne qui en fait la demande peut en obtenir copie conforme, au prix de 10 \$.

Des 80 coroners investigateurs, 11 coroners sont permanents et 69 sont à temps partiel; 60 sont de formation médicale et 20 de formation juridique.

■ LE CORONER ENQUÊTEUR

L'enquête, souvent appelée enquête publique, est l'autre moyen que la loi met à la disposition du coroner pour s'acquitter de son mandat.

Cette enquête, obligatoirement présidée par un coroner de formation juridique, sera ordonnée par le coroner en chef, notamment à la suite de la recommandation d'un coroner investigateur. La nécessité d'entendre des témoins et des experts, la complexité des causes ou des circonstances d'un décès, le nombre de décès dans un événement, et la survenue de plusieurs décès dans des circonstances identiques sont autant de critères qui guident le coroner en chef dans sa décision d'ordonner une enquête publique. Le ministre de la Sécurité publique, en vertu de l'article 106 de la loi, peut également demander au coroner en chef d'ordonner une enquête publique.

Actuellement quatre coroners permanents président environ de 10 à 20 enquêtes publiques annuellement.

■ LES SERVICES OFFERTS

Les services offerts par le Bureau du coroner sont :

- d'offrir un service direct à la population en délivrant des copies conformes de rapports d'investigation ou d'enquête et des documents annexés;
- de transmettre les recommandations des coroners lors d'investigation et d'enquête;
- de rendre accessibles la banque de données et les archives du coroner en chef à des fins de prévention, de recherche et d'enseignement;
- de publiciser certaines enquêtes ou investigations;
- de produire occasionnellement des études ou des analyses sur les phénomènes de décès violents;
- de réaliser des ententes de partenariat avec des milieux de

recherche et des groupes privés ou publics intéressés à la prévention des décès.

■ LA CLIENTÈLE

Le rôle du coroner consiste avant tout à conduire des investigations sur tous décès survenus dans des circonstances violentes, obscures ou de cause indéterminée; il peut paraître difficile de bien définir sa clientèle. De façon générale, il s'agit :

- de l'ensemble des citoyens;
- de la personne décédée;
- des proches et des ayants droit;
- des ministères et organismes;
- des chercheurs dans le domaine de la prévention.

L'ensemble des citoyens constitue une clientèle sous deux aspects. D'une part, le coroner a pour objectif de satisfaire le besoin de savoir de la société à l'égard de certains décès, et d'autre part, celle-ci s'attend à ce que soient déterminées et révélées par le coroner les situations susceptibles de menacer la vie des personnes.

La personne décédée est la raison d'être de l'intervention du coroner. Outre de s'assurer que son corps sera traité avec tout le respect qui lui est dû, la finalité de cette intervention est de déterminer les causes et les circonstances de ce décès, afin que pareils décès ne se reproduisent plus.

Tout décès violent, obscur ou de cause indéterminée peut être source de réclamations, et même de litiges civils, de sorte que les ayants droit ont besoin d'obtenir toute l'information susceptible s'y rattachant et de faire valoir leurs droits. En centralisant cette information dans ses archives, le coroner en chef, par la délivrance de copies conformes de rapports d'enquête et d'investigation ou de documents annexes, facilite leurs démarches.

Certains ministères ou organismes ont besoin des renseignements recueillis par le coroner sur un décès à des fins d'indemnisation, de prévention ou de recherche.

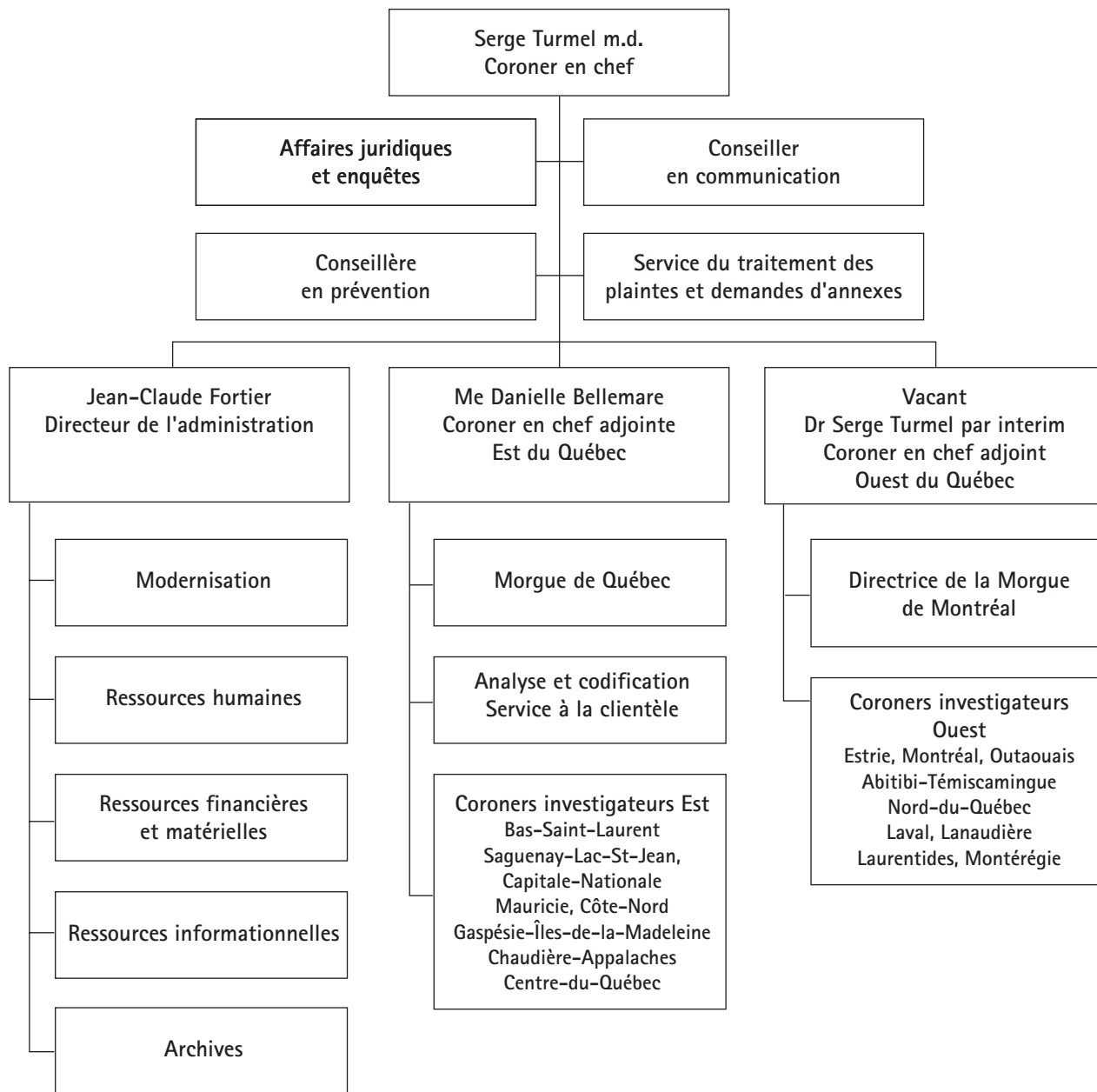
■ LES PARTENAIRES

Les principaux partenaires du Bureau du coroner sont :

- les corps policiers;
- le réseau de la santé;
- les intervenants en santé publique;
- le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale;
- les maisons funéraires;
- le Centre de toxicologie du Québec;
- les organismes ayant une fonction d'enquête (Le Bureau de la santé et du transport et la CSST);
- les organismes ayant une mission de recherche;
- les organismes agissant en prévention (SAAQ et CSST).

■ L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

■ L'organigramme



■ Le coroner en chef

Le coroner en chef a, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, les pouvoirs d'un dirigeant d'organisme. Il doit de plus coordonner, répartir et surveiller le travail des coroners, veiller à ce que tout le territoire du Québec soit desservi et s'assurer que l'infrastructure nécessaire au bon fonctionnement du système de coroner est mise en place.

Le coroner en chef a sous sa responsabilité les affaires juridiques et les enquêtes, les communications et la prévention.

■ Les affaires juridiques et enquêtes

Les avocats relevant du coroner en chef sont affectés au secteur des affaires juridiques et enquêtes. Ils apportent un soutien juridique à l'organisme et aux coroners, et agissent comme procureurs aux enquêtes publiques.

Concernant le soutien juridique, ce secteur fournit des avis et des opinions juridiques quant à l'interprétation des lois et des règlements ainsi qu'en matière d'amendements législatifs et réglementaires. Des dossiers à caractère juridique sont également préparés et présentés aux instances gouvernementales concernées.

De plus, ce secteur assure la représentation appropriée pour les procédures judiciaires mettant en cause le coroner en chef et les coroners, rédige des contrats et des ententes conformément à la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2) et participe à la formation des coroners.

Ce secteur conseille également le coroner en chef sur les enquêtes publiques, assiste les coroners enquêteurs lors de ces enquêtes et anime le Comité des enquêtes.

Le Comité des enquêtes est composé de coroners enquêteurs permanents et de procureurs. Ce comité a comme mandat d'uniformiser les pratiques, d'établir les orientations communes et d'élaborer des outils de travail en matière d'enquêtes publiques.

En 2002-2003, un guide pratique sur l'enquête publique du coroner a été publié et vise à éclairer toute personne appelée à participer à une enquête sur son déroulement, sa préparation et la rédaction du rapport.

■ Les communications

En matière de relations de presse, le Bureau du coroner a publié 73 communiqués de presse au cours du dernier exercice et donné 9 conférences de presse. Ces relations de presse faisaient état des ordonnances d'enquête, de la tenue d'audiences publiques, du dépôt de rapports d'investigation ou d'enquête, de résultats préliminaires d'autopsie et résumaient, dans un style journalistique, leur contenu. Un grand nombre de communiqués visant à faire connaître certaines recommandations ont aussi été distribués tant à l'échelle régionale que nationale.

Il s'avère crucial pour le Bureau du coroner d'informer la population sur les phénomènes de décès afin de sensibiliser la population et ainsi contribuer à prévenir les décès évitables.

■ La prévention

Ce secteur d'activité soutient les coroners investigateurs ou enquêteurs dans la réalisation de leur mandat, notamment au chapitre de l'élaboration des recommandations. La responsable de ce secteur est épidémiologiste et relève directement du coroner en chef.

Parmi les recherches réalisées à la demande des coroners, notons :

- des recherches sur les lois et les règlements en vigueur;
- la recherche d'articles scientifiques;
- la recherche de données statistiques et épidémiologiques;
- la recherche d'experts ou de personnes-ressources dans un domaine spécifique.

Une fois les recommandations formulées, ce secteur voit à les diffuser et à en faire le suivi auprès des organismes visés. Il arrive aussi que la personne responsable soit appelée à témoigner lors d'enquêtes publiques, pour présenter des études descriptives sur certains types de décès.

En plus de répondre aux demandes des coroners eux-mêmes, la responsable doit aussi renseigner le coroner en chef sur l'évolution des décès et effectuer, au besoin, l'analyse détaillée de certains phénomènes de décès.

Un des outils essentiels à la réalisation de ces mandats est la banque de données des coroners. Celle-ci est alimentée, depuis 1990, à partir des renseignements disponibles dans les rapports d'investigation ou d'enquête.

À des fins de prévention et suivant certaines conditions, ces données peuvent être rendues publiques. Chaque année, plusieurs organismes gouvernementaux, engagés dans des démarches pour la protection de la vie humaine, s'adressent au secteur de la prévention pour obtenir des données sur certains types d'événements mortels.

En 2002, nous avons répondu à environ 200 demandes de personnes, d'institutions et de groupes intéressés à la prévention. Des données brutes et des résultats d'études descriptives leur ont été fournis.

En outre, le Bureau du coroner collabore chaque année, avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), au jumelage des fichiers de données sur les décès de la route. Le fruit de ce travail est publié dans le Bilan statistique annuel de la SAAQ, en plus d'alimenter la base de données de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, qui produit aussi un rapport annuel.

■ Le service de traitement des plaintes et des demandes d'annexes

Un service de traitement des plaintes a été mis sur pied en avril 2002. Les plaintes reçues portent sur différents aspects du travail du coroner, particulièrement sur les délais de publication du rapport d'investigation ou d'enquête. La personne assurant ce service étudie la nature de la plainte, recueille l'information pertinente à son traitement et propose au plaignant une solution. Elle tient également un registre pour dresser un bilan des plaintes reçues soit : la nature de la plainte, le coroner concerné, le traitement donné à la plainte et le résultat de l'intervention par le responsable. Cette compilation permet de déceler une problématique récurrente.

Les demandes d'annexes de rapports d'investigation ou d'enquête sont traitées en vertu de l'article 101 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Selon cet article, les copies certifiées conformes des documents annexés (rapport d'autopsies, rapport d'analyses toxicologiques, etc.) au rapport d'investigation ou d'enquête peuvent être transmises uniquement à ceux qui veulent connaître ou faire reconnaître leurs droits. Les ministères ou les organismes publics peuvent aussi obtenir des documents annexés s'ils établissent que ceux-ci serviront dans l'intérêt public.

■ La coroner en chef adjointe de l'Est du Québec

La coroner en chef adjointe est responsable des coroners de l'Est du Québec (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-St-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Centre-du-Québec). Elle gère le service à la clientèle du Bureau du coroner ainsi que la morgue publique de Québec.

La supervision des coroners

La coroner en chef adjointe coordonne, répartit et supervise le travail des coroners de l'Est du Québec. À cette fin, elle est en relation continue avec ces derniers afin de les informer, les soutenir, susciter des améliorations dans l'exercice de leurs fonctions, discuter et résoudre les problèmes rencontrés dans la réalisation de leur mandat.

Le Service à la clientèle

Le Service à la clientèle analyse les rapports produits par les coroners sur les investigations réalisées et assure le contrôle de leur qualité. Chaque fois qu'un coroner transmet un formulaire d'avis au Bureau du coroner, un dossier est ouvert. Les renseignements préliminaires qui y sont contenus sont saisis dans la banque de données. Cette dernière confirme aux personnes intéressées que le décès concerné sera étudié par un coroner, le cas échéant. De plus, cette banque enregistre les demandes de copies conformes du rapport qui sera publié sur ce décès. Ce service accuse réception de ces demandes et, afin d'assurer une information adéquate aux citoyens, joint un document explicatif sur le rôle du coroner et sur ses méthodes d'investigation. Le service répond aussi aux citoyens sur toutes les questions relatives aux rapports des coroners. Il reçoit et achemine les plaintes au responsable pour leur traitement.

Le Service à la clientèle complète le dossier lorsqu'il reçoit du coroner le rapport d'investigation et les documents annexés. Tous les rapports sont lus, à des fins de contrôle de la qualité et d'analyse.

L'analyse consiste à extraire des rapports d'investigation les informations à inscrire dans la banque de données. Le Bureau du coroner utilise la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Ainsi, les causes de décès sont codifiées selon une variante de la Classification internationale (CIM 9), qui facilite l'analyse et l'interprétation des données à des fins épidémiologiques.

Afin de mieux connaître les causes et les circonstances des décès, d'autres données sont également colligées. Par exemple, des caractéristiques sur les victimes telles que l'âge ou le sexe, la présence et le type de drogues, le lieu du décès, etc. Les données à colliger sont choisies en fonction d'une grille qui comporte environ 90 variables, et sont saisies dans un système informatique.

Le Service à la clientèle contrôle également la qualité des rapports produits par les coroners enquêteurs.

Les recommandations qui sont inscrites au rapport d'investigation ainsi qu'au rapport d'enquête font l'objet d'une analyse particulière, pour vérifier si celles-ci ont été adressées aux interlocuteurs appropriés. Le Service à la clientèle fournit au coroner en chef tout le soutien nécessaire pour acheminer des recommandations aux instances concernées.

De plus, le personnel de la Morgue de Québec assure un lien entre le coroner et les policiers, les hôpitaux, les transporteurs et les autres intervenants.

■ Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec

Ce poste vacant depuis décembre 2001 est assumé par le coroner en chef qui supervise les activités des coroners des régions administratives de Montréal, Laval, Montérégie, Lanaudière, Laurentides, Abitibi-Témiscamingue, Estrie, Outaouais et Nord-du-Québec.

■ Les morgues

Aux fins de l'application de la loi, le Bureau du coroner dispose de deux morgues sous son autorité directe, une à Québec et l'autre à Montréal. Dans les autres régions du Québec, il utilise, par des ententes avec les morgues hospitalières ou les maisons funéraires privées.

Les morgues servent à l'entreposage temporaire des corps sous la juridiction des coroners, et leur permettent d'examiner les victimes, de les identifier et de faire des prélèvements ou autres expertises nécessaires.

La Morgue de Québec est sous la supervision directe de la coroner en chef adjointe de l'Est du Québec, alors que celle de Montréal est sous la supervision de la directrice de la morgue de Montréal.

■ La Direction de l'administration

La Direction de l'administration fournit au coroner en chef et aux unités administratives, l'expertise et le soutien en matière de gestion humaine, financière, matérielle et informationnelle. Par des procédures et des mécanismes appropriés, elle s'assure du respect des normes et des politiques gouvernementales. Elle fournit également le soutien administratif et technologique nécessaire pour assurer le bon fonctionnement de l'organisation.

Pour réaliser ses mandats, la Direction de l'administration regroupe les secteurs d'activité suivants :

- la modernisation;
- les ressources humaines;
- les ressources financières et matérielles;
- les ressources informationnelles;
- les morgues privées et les transporteurs;
- les archives.

La modernisation

Ce secteur coordonne la mise en œuvre et le suivi du nouveau cadre de gestion de la modernisation de l'administration publique. À ce titre, il accomplit la planification stratégique et la reddition de comptes de l'organisation, en passant par la réalisation de divers documents, recherches et évaluations pour répondre adéquatement aux exigences de la Loi sur l'administration publique.

Les ressources humaines

En matière de gestion des ressources humaines, ce secteur d'activité fournit les services de soutien et de conseil en matière d'organisation administrative, de recrutement, de dotation d'emplois réguliers et occasionnels, de classification des emplois, de développement des ressources humaines, d'accès à l'égalité en emploi, d'aide et de conseil au personnel. Il traite les dossiers d'assiduité à l'aide du système SAGIP, gère les absences pour invalidité ou accident de travail, les départs à la retraite ainsi que l'application du programme d'aide aux personnes.

Il est également responsable de l'application de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, de la rémunération et des avantages sociaux ainsi que de la représentation de certains dossiers auprès des organismes centraux et du ministère de la Sécurité publique. Il assure de plus, la mise à jour des coordonnées des coroners et les diffuse aux personnes concernées.

Les ressources financières et matérielles

En matière de gestion des ressources financières, ce secteur a la responsabilité de conseiller le coroner en chef et les gestionnaires, de réaliser les activités liées à l'élaboration du budget, à la gestion des engagements, aux paiements et aux revenus, et de produire des rapports financiers et des analyses financières.

Ce secteur s'occupe aussi des activités déléguées, à la suite de la décentralisation du système de gestion budgétaire et comptable (SYGBEC). À la demande d'organismes centraux, il doit préparer divers documents pour le cadre financier, la revue de programmes et l'enveloppe des crédits détaillés. Il doit, de plus, préparer les documents destinés aux commissions parlementaires sur l'étude des crédits et les engagements financiers de 25 000 \$ ou plus et y participer. Ce service doit préparer les données concernant la Commission sur l'imputabilité du dirigeant d'organisme.

En matière de gestion des ressources matérielles, ce secteur conseille le coroner en chef et ses gestionnaires dans l'acquisition de biens et de services et leur offre le soutien nécessaire, particulièrement pour les morgues de Montréal et de Québec. Il réalise également des activités liées aux télécommunications.

Les ressources informationnelles

Le secteur des ressources informationnelles est responsable de la sécurité, du développement, de l'entretien et de l'exploitation du système informatisé de gestion des opérations qui renferme la base de données du Bureau du coroner. Il gère les différentes composantes technologiques : matériel, logiciels et réseau de télécommunications. De plus, il soutient ces utilisateurs.

Les morgues privées et les transporteurs

Certaines morgues privées, situées en centres hospitaliers et occasionnellement dans les maisons funéraires, sont disponibles en région pour conserver des corps. Un service de transport est également assuré par les maisons funéraires sur tout le territoire afin d'acheminer, à la demande du coroner, les corps des personnes décédées aux endroits appropriés pour qu'il procède aux expertises nécessaires à son investigation.

La Direction de l'administration a, à cet égard, la responsabilité de s'assurer qu'un système de transport et de morgues privées

soient disponibles partout à travers la province et en tout temps et qu'ils soient effectués en conformité avec le Règlement sur *l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents*.

Les archives

La Direction de l'administration est responsable de la gestion des archives des coroners. Celles-ci sont constituées des originaux des rapports d'investigation ou d'enquête ainsi que des documents annexes que les coroners doivent faire parvenir au coroner en chef.

Les documents des archives peuvent être consultés à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique.

PARTIE 2 : FAITS SAILLANTS DE L'EXERCICE 2002-2003

Pendant l'exercice 2002-2003, plusieurs activités ont été réalisées au Bureau du coroner dont, certaines sont liées aux engagements prévus à la planification stratégique et à la Déclaration de services aux citoyens et d'autres liées au respect de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Voici un bref bilan des faits les plus marquants.

Les investigations

Conformément à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, 4 373 décès ont nécessité des investigations au cours de l'année 2002, ce qui représente 8 % des 55 600 décès survenus au Québec en 2002. On observe donc une stabilité par rapport à 2001.

Parmi ces investigations, certaines ont donné suite à des recommandations fort pertinentes en matière de prévention et protection de la vie humaine. Les événements les plus marquants ont été la sensibilisation au coup de chaleur, les noyades chez les jeunes enfants, la foudre, le suicide dans les centres jeunesse, les décès en plongée, les suicides sur le pont Jacques-Cartier. Les résumés de ces investigations se trouvent à la rubrique intitulée Les investigations dans la partie 1 de la section 2 du document.

Les enquêtes

En 2002-2003, neuf rapports d'enquête ont été déposés. Généralement, les enquêtes publiques suscitent beaucoup d'intérêt et bénéficient d'une large portée médiatique. Les principaux événements traités dans ces rapports concernaient les plates-formes élévatrices, l'intoxication à l'alcool, à la méthadone et aux médicaments, le suicide lié aux problèmes sociaux et aux maladies mentales, les décès à la suite d'une chirurgie et d'un cancer, un accident mortel causé par un but de soccer et la somnolence au volant. Les résumés de ces enquêtes se trouvent à la rubrique intitulée Les enquêtes dans la partie 1 de la section 2 du document.

Hausse de la rémunération des coroners à temps partiel

En juillet 2002, le Conseil du trésor a accordé aux coroners à temps partiel une hausse de leur tarification pour effectuer une investigation. Étant donné la complexité et la charge de travail, une rémunération plus adéquate était nécessaire.

Signature d'ententes avec les maisons funéraires

Depuis 2001, le Bureau du coroner procède à la signature d'ententes de service de transport de cadavres avec les maisons funéraires intéressées. Ces ententes permettent d'établir les modalités de transport des cadavres ainsi que les répartitions territoriales et d'informer adéquatement les intervenants concernés, dont principalement les coroners et les corps policiers et ainsi assurer une intervention rapide de qualité.

Guide sur les enquêtes

Le Bureau du coroner a conçu un guide pratique sur la façon de procéder à une enquête publique du coroner. Un comité formé à cet effet a déposé le guide en février 2003. Ce dernier vise à promouvoir une philosophie commune et une approche uniforme pour les enquêtes publiques, à partir de sa préparation à la rédaction du rapport d'enquête.

Plan d'urgence

Intervenir en cas d'événements causant des décès multiples fait partie du mandat du Bureau du coroner. Afin d'être en mesure d'agir rapidement et adéquatement, un nouveau plan d'intervention en cas de sinistre a été rédigé et distribué aux coroners en avril 2003.

Programme de reconnaissance des coroners

Ce programme permet d'attribuer à certains coroners, qui se sont distingués, des certificats de mérite reconnaissant la qualité exceptionnelle du travail fait dans une investigation ou une enquête ainsi que la valeur de son implication dans son milieu. Cinq certificats ont été remis cette année.

Contribution à des recherches et études

Le Bureau du coroner a participé activement à la 13e Semaine provinciale de prévention du suicide en présentant, entre autres, l'évolution des suicides depuis 1990.

Les coroners et médecins Dominique Bourget et Pierre Gagné ont effectué des études sur les caractéristiques des suicides liés au jeu pathologique, sur l'impact de la couverture médiatique sur le suicide et sur l'impact d'un désastre naturel, tel le verglas.

Par ailleurs, le coroner Paul Dionne a favorisé la formation d'un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner la problématique des suicides à partir du pont Jacques-Cartier et de proposer des solutions réalistes et efficaces, tant sur le plan technique que financier et ce, à court et à moyen terme. Faisant siennes les recommandations du groupe de travail, le coroner Dionne les a intégrées à son rapport d'investigation.

Plus récemment, ce même coroner, à la suite du suicide d'une jeune fille, dans un centre jeunesse, a rédigé un rapport d'investigation détaillé sur le suicide chez les jeunes en centres jeunesse. Il a d'ailleurs formulé plusieurs recommandations visant à rendre plus efficaces les services offerts aux jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec.

Ce même coroner a également participé à la 8^e clinique de vérification des sièges d'auto pour enfants qui s'est tenue le 29 mai 2002. Il a profité de cette occasion pour mentionner que, depuis 1995, 15 enfants sont décédés dans des accidents de la circulation, et pour rappeler les recommandations déjà formulées à ce sujet pour protéger, dans le futur, la vie des enfants circulant à bord d'une automobile.

Lors de ces drames, il a été établi, dans certains cas, que ces enfants de moins de cinq ans n'étaient pas attachés et que dans certains autres cas, les enfants étaient placés dans des systèmes de retenue mal installés ou dont la dimension n'était pas conforme à leur poids et à leur âge.

Le Bureau du coroner collabore également à des projets de recherche sur le suicide menés par l'Institut Fernand-Séguin et le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

La mise en œuvre de la modernisation de la gestion publique

Conformément aux exigences de la *Loi sur l'administration publique*, le Bureau du coroner a conçu de nouveaux outils de gestion. Le présent rapport annuel de gestion est un des outils qui démontre dans quelle mesure le Bureau du coroner a entrepris, lui aussi, le virage de la gestion par résultats.

Par ailleurs, les principales actions accomplies dans cette synthèse ainsi que les résultats qui seront présentés dans ce rapport, traduisent la volonté du Bureau du coroner de réaliser les objectifs et les engagements contenus dans la Planification stratégique 2001-2004 ainsi que dans la Déclaration de services aux citoyens, élaborée et diffusée en 2001.

PARTIE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

■ LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

■ Le contexte externe

Nous ne prévoyons pas, pour les prochaines années, de fluctuations significatives du nombre total de décès nécessitant l'intervention d'un coroner. Cependant, tous les types de décès n'évoluent pas dans le même sens. Alors que le nombre de suicides demeure très élevé, l'amélioration du bilan routier, conséquence des nombreuses campagnes de sécurité routière et des législations plus sévères en ce domaine, pourrait faire diminuer le nombre d'investigations sur des décès par collision de véhicule à moteur. Par contre, les nouvelles dispositions législatives sur la divulgation des erreurs médicales pourraient entraîner un nombre accru d'investigations de nature médicale et d'enquêtes dans les cas où les témoignages de plusieurs personnes sont nécessaires. Le vieillissement de la population pourrait aussi avoir pour effet d'augmenter le nombre d'avis au coroner pour des personnes âgées décédées en centre d'accueil ou à la maison.

Par ailleurs, le contexte international se traduit par une possibilité accrue d'actes terroristes qui peuvent causer des décès en grand nombre, exigeant par le fait même que le Bureau du coroner se prépare adéquatement à faire face à de tels événements.

Le coroner, de part la nature même de ses activités, est constamment soumis à la pression des médias désireux d'obtenir des renseignements sur les décès qui retiennent l'attention des citoyens. Dans ce contexte, les préoccupations de l'appareil gouvernemental en matière de protection des renseignements personnels, de même que le respect de la confidentialité entourant la vie des personnes dont le décès est sous investigation ou enquête, nous interpellent. La conciliation de ces préoccupations avec les objectifs d'information des citoyens et le caractère public des rapports d'investigation et d'enquête constitueront un défi pour le coroner et nécessiteront une réflexion.

L'évolution des technologies de l'information et des communications et le souci d'humaniser, d'améliorer et de faciliter les échanges avec nos clientèles immédiates seront au centre de nos préoccupations. En effet, la Loi sur l'administration publique nous amène à revoir nos façons de faire en matière de prestation électronique de services et de communication avec la clientèle.

■ Le contexte interne

Le coroner en chef doit s'assurer que des coroners desservent l'ensemble du territoire. Actuellement, plusieurs coroners doivent couvrir d'immenses territoires afin de pallier à l'absence de nomination de coroners locaux et à la difficulté de recruter des coroners à temps partiel. Cette situation cause parfois des insatisfactions chez les citoyens et entraîne des difficultés pour les partenaires des territoires concernés, en plus d'entraîner des coûts supplémentaires. Les pathologistes du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML) quant à eux, effectuent environ 800 autopsies annuellement à la demande des coroners. Leur expertise est hautement spécialisée et il s'agit du seul laboratoire médico-légal au Québec. Or, depuis plusieurs années, le laboratoire éprouve des difficultés à recruter de nouveaux pathologistes. Cette dotation insuffisante d'effectif provoque des délais dans la remise des rapports d'autopsie, lesquels sont essentiels pour déterminer les causes et les circonstances des décès, et retarde d'autant la délivrance des rapports d'investigation des coroners.

La pénurie de pathologistes dans les centres hospitaliers du Québec est une autre source de préoccupation. Les coroners y recourent en effet pour toutes les autopsies qui ne relèvent pas du laboratoire. Comme le reste du continent nord-américain, le Québec subit donc les conséquences de la diminution du nombre de ces spécialistes. En outre, la rémunération associée à cet acte médical est jugée insuffisante par ceux-ci. Les pathologistes des hôpitaux sont donc de moins en moins nombreux à réaliser des autopsies de coroner et le Bureau du coroner a dû s'assurer les services d'un pathologiste pour pallier cette difficulté. Malgré cela, la problématique demeure entière et la situation perdure et pourrait même s'accroître.

De plus, un petit nombre de coroners investigateurs sont des juristes. Ils doivent donc faire exécuter leurs examens externes par un médecin. Or, dans certaines régions, il est impossible de trouver un médecin qui accepte de pratiquer un examen externe à la demande du coroner. Cette situation entraîne, à certaines occasions, des transports de cadavres supplémentaires.

Enfin, les ressources au Bureau de coroner sont limitées. Cette situation retarde l'élaboration d'outils informatiques qui faciliteraient la tâche des coroners et augmenteraient leur productivité et la qualité de leur travail.

■ Les enjeux

Chacun des éléments de contexte requiert des actions qui constituent des enjeux pour le Bureau du coroner. Le Bureau du coroner devra s'assurer que les coroners disposent des compétences nécessaires pour mener à bien les investigations et les enquêtes concernant les erreurs médicales. La situation pourrait exiger un enrichissement de la formation des coroners, un effort soutenu dans l'assistance aux coroners, la disponibilité d'experts et le recrutement accru de coroners ayant une formation médicale.

Le risque d'actes terroristes a conduit tous les organismes qui ont des responsabilités en matière de sécurité à revoir leurs manières de faire. En se basant sur le Guide d'identification des victimes de catastrophes élaboré par Interpol, le Bureau du coroner a renouvelé son plan d'intervention en cas de sinistre en y intégrant la contribution de ses partenaires. Pour que son plan d'intervention soit mis en œuvre sur le terrain, le Bureau du coroner devra s'assurer que les ressources sont en place, que les conditions pour un arrimage efficace avec ses partenaires sont réunies, et que les coroners et les membres du personnel appelés à jouer un rôle dans l'exécution du plan soient formés.

Le Bureau du coroner devra s'assurer de disposer des conditions pour une couverture plus adéquate du territoire, notamment par la nomination de coroners locaux, évitant ainsi des coûts inutiles et assurant un meilleur service aux citoyens.

La qualité du travail des coroners et la rapidité à produire les rapports d'investigation est souvent tributaire de l'expertise de nos partenaires et de leur disponibilité. Pour maintenir une qualité adéquate dans un court délai, des dispositions devront être prises pour que les coroners puissent obtenir l'exécution d'autopsies et d'exams externes chaque fois que la situation l'exigera et ce, à moindres coûts et qu'ils puissent également recevoir plus rapidement les rapports d'autopsies.

Un des enjeux majeurs est l'amélioration de la qualité des services offerts aux citoyens, enjeu qui est d'ailleurs partagé par tout l'appareil gouvernemental. Conséquemment, le Bureau du coroner devra, entre autres, consacrer des ressources pour élaborer des outils afin d'améliorer la qualité du travail du coroner qui aura incidemment des répercussions sur les services offerts aux citoyens.

■ LE RAPPEL DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

■ La planification stratégique

La planification stratégique reflète la vision du Bureau du coroner quant à la prévention des décès évitables, en considérant également le contexte et les enjeux qui la caractérisent. De ces éléments, émergent deux orientations stratégiques fondamentales couvrant la période 2001 à 2004 :

- Première orientation : *L'amélioration des services aux citoyens*

Elle permet de canaliser les efforts et les actions de l'organisation afin de répondre aux exigences de la Loi sur l'administration publique et offrir des services de qualité conformément aux besoins des citoyens.

- Deuxième orientation : Amélioration de la qualité de l'exercice de la fonction de coroner

Cette orientation est au cœur de nos préoccupations quotidiennes et vise la mise en application optimale de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès concrétisant ainsi la mission du Bureau du coroner.

■ La Déclaration de services aux citoyens

La Déclaration de services aux citoyens, produite et diffusée le 1er avril 2001 renferme les engagements que le Bureau du coroner entend respecter afin d'offrir des services de qualité aux citoyens.

Les résultats obtenus en 2002-2003, à la suite de la mise en application des objectifs et des engagements contenus dans ces deux documents, sont décrits dans les pages suivantes.

■ LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES

Orientation stratégique 1 : Améliorer les services aux citoyens

Axe d'intervention no 1 : les communications

Objectif stratégique : Renforcer et moderniser les communications externes du coroner

Indicateurs et cibles	Résultats 2002-2003
<p>La politique de communication avec les médias est révisée. Échéance prévue : Septembre 2001</p>	<p>Un projet de politique de communication est en élaboration par un comité mandaté par le coroner en chef. Les lettres types utilisées dans les communications avec la clientèle sont mises à jour.</p>
<p>Les lettres types utilisées dans les communications avec la clientèle sont mises à jour. Échéance prévue : Septembre 2001</p>	<p>Depuis août 2001, les lettres types destinées aux citoyens pour une demande de copie d'un rapport d'investigation ont été mises à jour. Elles seront utilisées dès l'implantation du nouveau système informatique, prévue à l'automne 2003. Un nouveau processus de traitement des plaintes est mis en place.</p>
<p>Un nouveau processus de traitement des plaintes est mis en place. Échéance prévue : Juin 2002</p>	<p>Depuis avril 2002, un processus formel de traitement des plaintes est mis en place et encadré par une politique. Un responsable du traitement des plaintes a été nommé et un formulaire pour colliger les plaintes a également été conçu.</p>
<p>Commentaire</p> <p>Des démarches sont en cours afin de produire des articles relatant certains types d'investigations à caractère pédagogique pour informer davantage les omnipraticiens du Québec.</p>	

Axe d'intervention no 2 : l'intervention en cas d'événements majeurs impliquant des décès multiples
 Objectif stratégique : S'assurer que l'organisation est apte à répondre à tout événement majeur impliquant des décès multiples

Indicateurs et cibles	Résultats 2002-2003
<p>Le plan d'intervention en cas de sinistre est mis à jour de façon continue.</p> <p>Activité continue</p>	<p>La coroner en chef adjointe de l'Est du Québec, en collaboration avec le comité sur les mesures d'urgence qu'elle avait constitué, a rédigé le nouveau plan d'intervention en cas de sinistre du Bureau du coroner. Ce plan permet de faire face à n'importe quel événement.</p> <p>Il a fait l'objet de discussions avec les partenaires majeurs du Bureau du coroner, dont il intègre les contributions (les corps policiers, le réseau de la santé, le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale).</p> <p>La formation des coroners locaux dans ce domaine a été réalisée lors du colloque des coroners tenu en avril 2003.</p>
<p>Commentaire</p> <p>Pour que le plan soit applicable sur le terrain, le Bureau du coroner devra s'assurer que les ressources pour le mettre en œuvre sont en place et que les démarches additionnelles sont réalisées, particulièrement en ce qui a trait à la formation des intervenants (théorique et pratique) et à l'arrimage avec les partenaires.</p> <p>Des copies du plan devront aussi être distribuées aussitôt que possible aux partenaires du Bureau du coroner.</p>	

Axe d'intervention no 3 : la protection des renseignements personnels

Objectif stratégique : Poursuivre l'amélioration de la protection des renseignements personnels

Indicateurs et cibles	Résultats 2002-2003
Nombre de plaintes traitées	Activité continue Aucune plainte n'a été reçue.

Commentaires

Outre le traitement régulier de toute demande d'accès à nos documents ainsi que de toute demande de communication de renseignements personnels, en conformité avec les exigences législatives, le Bureau du coroner a également entrepris certaines actions afin de préserver l'intégrité et la confidentialité des renseignements personnels.

Soulignons d'abord notre participation aux activités du réseau des responsables de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels des ministères et organismes. Les renseignements reçus permettent de faciliter la gestion et le respect de cette législation et de transmettre, à l'occasion, de l'information au personnel.

Par ailleurs, l'organisation assure une surveillance constante du respect des politiques concernant les renseignements médicaux sur le personnel, l'éthique dans l'utilisation du télécopieur, la destruction des documents renfermant des renseignements personnels et des renseignements emmagasinés sur support informatique.

De plus, elle assure et contrôle la sécurité et l'accès des systèmes informatiques en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique. Un nouveau système informatique contenant les renseignements sur les interventions des coroners est en développement et des mesures pour sécuriser davantage ceux-ci seront déployées.

Axe d'intervention no 4 : les autopsies

Objectif stratégique : Augmenter l'éventail des ressources pour la réalisation des autopsies demandées par les coroners

Indicateurs et cibles	Résultats 2002-2003
<p>Nombre de centres hospitaliers additionnels</p> <p>Activité continue</p>	<p>En raison de la pénurie de pathologistes et des moyens de pression exercés sur le gouvernement, les pathologistes ont, pour la plupart, diminué leur pratique d'autopsies pour les coroners, et ce, à travers la province. Considérant ces circonstances, il s'avère donc très difficile pour le moment d'augmenter le nombre de centres hospitaliers qui pratiquent des autopsies pour les coroners.</p>
<p>Commentaires</p> <p>Les autorités du Bureau du coroner étudient les solutions qui intéresseraient davantage les pathologistes à pratiquer des autopsies à la demande des coroners.</p>	
<p>Autres actions pour améliorer les services aux citoyens</p> <p>En plus de réaliser les objectifs prévus à la planification stratégique, le Bureau du coroner a entrepris d'autres initiatives pour offrir, conformément à cette orientation stratégique, des services améliorés aux citoyens.</p> <p>D'abord, afin de structurer et solidifier l'intervention de notre organisation à cet égard, un plan d'amélioration des services aux citoyens est en élaboration. Pour ce faire, un comité interne, constitué d'intervenants de première ligne des différents secteurs d'activité du Bureau du coroner, a été formé. Les travaux de ce comité conduiront à des améliorations pour offrir un service de qualité aux citoyens.</p> <p>Par ailleurs, nous avons assuré une participation constante au comité gouvernemental de la table sur la qualité des services aux citoyens, afin d'être toujours à l'affût des développements portant sur l'amélioration des services aux citoyens. De même, nous pourrions effectuer les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs de modernisation de la gestion publique.</p> <p>La bonification du site web est une autre préoccupation d'importance pour le Bureau du coroner. Ce chantier permettra aux citoyens de bénéficier d'une prestation électronique de services à valeur ajoutée. Pour ce faire, un comité a été formé afin d'évaluer le site actuel et de proposer des améliorations. De plus, le Bureau du coroner participe à un comité ministériel sur l'inforoute et la prestation électronique de services, constitué selon le plan d'affaires gouvernemental. Ainsi, notre site web en bénéficiera.</p>	

Orientation stratégique no 2 : Améliorer la qualité de l'exercice de la fonction de coroner

Axe d'intervention : les coroners investigateurs

Objectif stratégique : S'assurer de la qualité et de l'uniformité de l'exercice de coroners investigateurs

Indicateurs et cibles	Résultats 2002-2003
<p>Un programme de formation continue et de contrôle de la qualité Échéance prévue : Octobre 2002</p>	<p>En mars 2001, un manuel de référence sur l'investigation a été publié et distribué aux coroners et à tout le personnel du Bureau du coroner ainsi qu'à de nombreux partenaires.</p> <p>En outre, le Bureau du coroner organise, tous les deux ans, un Colloque des coroners afin d'offrir une formation continue aux coroners.</p> <p>De plus, afin d'inciter les coroners à l'excellence, le Bureau du coroner a décidé, en octobre 2002, d'implanter un programme de reconnaissance des coroners.</p> <p>Ce programme permet d'attribuer à des coroners des certificats de mérite reconnaissant la qualité exceptionnelle du travail fait dans une investigation ou une enquête ainsi que la valeur de l'implication du coroner dans son milieu.</p> <p>Le programme détermine les conditions d'admissibilité et les critères de sélection pour chaque type de certificat. Il prévoit également qu'un comité de sélection, formé annuellement par le coroner en chef et présidé par un coroner en chef adjoint, est chargé d'assurer l'évaluation des dossiers et des candidats et de déterminer les récipiendaires. Ces certificats leur sont décernés lors du colloque des coroners.</p> <p>Les premiers certificats ont été remis à cinq coroners lors du colloque tenu en avril 2003.</p>
<p>Pourcentage de coroners formés.</p>	<p>73 % des coroners ont participé au colloque des coroners.</p> <p>Les coroners qui ne pouvaient assister au colloque ont tout de même reçu tous les documents remis lors de cette activité de formation.</p>
<p>La qualité de l'exercice des coroners est évaluée.</p>	<p>Le Service à la clientèle prend connaissance de chaque rapport d'investigation et s'assure de leur conformité avec la loi.</p> <p>Le programme de reconnaissance contribue également à l'évaluation de la qualité de l'exercice de la fonction de coroner investigateur.</p>
<p>Commentaires</p> <p>En plus d'expédier régulièrement de la documentation et de l'information aux coroners, le coroner en chef et la coroner en chef adjointe de l'Est du Québec sont en relation continue avec les coroners sous leur responsabilité, afin de discuter et de résoudre certains problèmes particuliers rencontrés par ces derniers.</p> <p>Par ailleurs, la coroner en chef adjointe de l'Est du Québec a procédé, à l'automne 2002, à des rencontres régionales avec les coroners sous sa gouverne, afin d'échanger sur leurs différentes réalités, les informer et aussi traiter des améliorations possibles.</p>	

Axe d'intervention : les coroners enquêteurs

Objectif stratégique : S'assurer de la qualité et de l'uniformité de l'exercice des coroners enquêteurs

Indicateurs et cibles	Résultats 2002-2003
<p>Les normes de pratique en matière d'enquêtes sont précisées. Échéance prévue : Juin 2002</p>	<p>Un comité, composé entre autres, de coroners enquêteurs et de conseillers juridiques, s'est penché sur les différents aspects qui doivent être considérés lors d'une enquête publique.</p> <p>À la suite de ces réflexions, un guide pratique sur l'enquête publique du coroner a été produit et a vu officiellement le jour en février 2003. Ce guide vise à éclairer toute personne appelée à participer à une enquête, à son déroulement, à sa préparation et à la rédaction du rapport.</p> <p>Il a été distribué à tous les coroners et le personnel du Bureau du coroner et des copies sont remises au besoin aux personnes intéressées ou touchées par une enquête publique.</p>
<p>Commentaire</p> <p>Le comité des enquêtes se réunit aussi pour traiter de divers sujets liés aux enquêtes et ainsi apporter des améliorations continues à ce secteur d'activité.</p>	

■ LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

■ Un service courtois et personnalisé

La publication et la diffusion d'une déclaration de services aux citoyens a suscité une préoccupation et une sensibilisation accrues auprès du personnel sur leur façon de desservir les citoyens.

De plus, un plan d'amélioration des services est en élaboration. Il permettra d'améliorer la qualité et l'efficacité des services offerts aux citoyens. Un comité, composé d'intervenants de première ligne provenant des différents secteurs de l'organisation, a permis de définir les actions les plus appropriées, dans le but d'améliorer les activités du Bureau du coroner et ainsi offrir des services adaptés aux besoins et aux attentes des citoyens.

■ Un service disponible

Le Bureau du coroner offre un service partout au Québec. Toutes les régions du Québec sont couvertes par les coroners et il est possible de les joindre en tout temps. La répartition des coroners par région est disponible en annexe de ce rapport.

De plus, un service de transport et de conservation des corps est assuré sur tout le territoire afin de procéder aux expertises nécessaires à l'investigation du coroner. Pour ce faire, deux morgues publiques sont disponibles, soit celle de Montréal et de Québec. La Morgue de Montréal assure un service 24 heures et prend la relève de la Morgue de Québec, pendant la nuit. Des centres hospitaliers offrent aussi un service de morgues lorsque nécessaire. En certaines occasions, des morgues privées situées dans des maisons funéraires peuvent être mises à la disposition des coroners.

■ Un service rapide

La délivrance d'un accusé de réception d'une correspondance postale, électronique ou téléphonique dans un délai de cinq jours ouvrables fait partie de nos préoccupations.

Afin de respecter ce délai, le système informatique génère immédiatement les accusés de réception liées aux demandes d'exemplaires de rapports d'investigation, représentant plus de 50 % de notre correspondance.

Par ailleurs, le personnel a la responsabilité de prendre les messages reçus dans leur boîte vocale et de rappeler rapidement. Leur message téléphonique doit contenir des renseignements sur la durée de leur absence et la date de leur retour.

Le personnel du Service à la clientèle prend connaissance quotidiennement des demandes transmises par courrier électronique. Pour la correspondance postale, le personnel fournit l'information demandée dans un délai maximal de 25 jours ouvrables ou, à défaut, indique les motifs du retard et le nouveau délai.

Un service accessible

Conformément à son engagement, le Bureau du coroner offre la possibilité, pendant ses heures d'ouverture, de s'adresser à une réceptionniste, en composant le 0.

De plus, notre site Internet diffuse l'information sur les services offerts par le Bureau du coroner ainsi que les coordonnées pour nous joindre.

Un formulaire est également disponible dans notre site afin de permettre aux citoyens d'acheminer une demande de copie conforme d'un rapport d'investigation ou d'enquête. De plus, un comité a été mis en place pour bonifier le site web actuel et pour faire bénéficier les citoyens d'une prestation électronique des services à valeur ajoutée.

■ Un service à l'écoute

Depuis avril 2002, un processus formel de traitement des plaintes a été mis en place et est encadré par une politique.

Un responsable du traitement des plaintes a été nommé et un formulaire pour colliger les plaintes a également été conçu.

Toute plainte, commentaire ou suggestion concernant la qualité des services reçus peuvent être adressés au coroner en chef, au Bureau de Québec.

■ Un service qui garantit la protection de vos renseignements personnels

Tout comme l'an dernier, aucune plainte n'a été formulée à cet égard en 2002-2003.

Notre devoir et nos préoccupations continues sont d'assurer la protection des renseignements personnels conformément aux dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Ce contrôle est exercé en limitant, entre autres, la consultation et l'accès à certains documents, autres que le rapport d'investigation, aux personnes autorisées seulement.

■ LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE CERTAINES LOIS, RÈGLEMENTS ET POLITIQUES GOUVERNEMENTALES

■ L'accès à l'égalité en emploi

Divers programmes gouvernementaux sont en vigueur afin d'augmenter la représentation des membres des différentes composantes de la société québécoise. Il est donc de notre devoir de respecter les objectifs d'embauche fixés pour chacun des programmes et d'en faire état, dans le rapport annuel de gestion.

Pour ce faire, mentionnons que le Bureau du coroner a embauché deux employées régulières au cours de l'année 2002-2003.

- Un emploi régulier de professionnel a été pourvu par appel de candidatures à la mutation et aucune personne des groupes cibles ne s'est portée candidate.

- Un emploi régulier de cadre a été pourvu par une employée occasionnelle, à la suite de son classement sur une liste de déclaration d'aptitude. Aucune candidature visée par un des groupes cibles n'a été soumise.

Le Bureau du coroner a également procédé à l'embauche temporaire de :

- quatre étudiants pour la période estivale, dont un d'entre eux était membre d'une communauté culturelle;

- trois emplois occasionnels, pour une période temporaire au cours de l'années 2002-2003. Parmi les candidats soumis pour un de ces emplois, un membre d'un groupe cible a été rencontré, mais n'a toutefois pu être retenu;

- quatre autres emplois occasionnels ont été pourvus pour une période indéterminée en 2002-2003 et aucune candidature provenant des groupes cibles n'a été soumise.

Le taux de représentation des femmes se situe à un niveau supérieur à la cible gouvernementale, dans la plupart des corps d'emploi. De plus, une femme s'est jointe, en 2002-2003, au personnel d'encadrement, répondant ainsi à l'objectif gouvernemental.

Les femmes représentent 61 % de l'effectif régulier du Bureau du coroner, le tableau qui suit en démontre leur répartition.

Le Bureau du coroner compte de plus, parmi son personnel, un employé régulier anglophone.

Bien que le Bureau du coroner soit très sensibilisé aux objectifs gouvernementaux en matière d'égalité en emploi, sa petite taille et son très faible taux de roulement font en sorte qu'il y a peu d'embauche.

Catégories d'emploi	Femmes	Hommes	Total	% de femmes
Emploi supérieur (coroners)	6	8	14	43
Cadre supérieur	1	2	3	33
Professionnel	5	5	10	50
Technicien	4		4	100
Employé de bureau	14		14	100
Ouvrier	1	6	7	14
Total	31	20	52	60

■ L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2002-2003, le Bureau du coroner s'est conformé aux dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. L'importance accordée à cet aspect s'est également traduite par un engagement d'inclure la confidentialité et la protection des renseignements personnels dans l'un des objectifs visés à la fois par la Déclaration de services aux citoyens et par la planification stratégique.

Afin de respecter ces objectifs et faciliter l'application de cette loi, le Bureau du coroner participe aux activités du réseau des responsables de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels des ministères et organismes.

Par ailleurs, l'organisation assure une surveillance constante du respect des politiques concernant les renseignements médicaux sur le personnel, l'éthique dans l'utilisation du télécopieur, la destruction des documents renfermant des renseignements personnels et des renseignements emmagasinés sur support informatique et informe au besoin, le personnel, sur les dispositions en lien avec la législation.

De plus, l'organisation assure et contrôle la sécurité et l'accès des systèmes informatiques en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique. Un nouveau système informatique contenant des renseignements sur les interventions des coroners est en développement et des mesures de sécurité seront déployées.

Enfin, le Bureau du coroner n'a reçu qu'une seule demande d'accès à l'information en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Elle a reçu une réponse conformément à la législation.

■ La politique linguistique

Le Bureau du coroner applique la même politique linguistique que le ministère de la Sécurité publique. Cette politique est diffusée dans l'Intranet ministériel. Un site linguistique est aussi disponible dans l'Intranet ministériel afin d'informer le personnel quant à l'amélioration de la qualité de leur français. Les rapports d'enquête publique sont transmis à la révision linguistique avant leur publication.

■ L'éthique et la déontologie

En 1990, le coroner en chef a adopté le Code de déontologie des coroners. Le code impose aux coroners des devoirs envers, entre

autres, le défunt, le public, les autres coroners, les personnes impliquées dans les circonstances d'un décès et les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête. Aucun manquement à ce code d'éthique n'a été soulevé en 2002-2003.

Ce code est remis à tous les nouveaux coroners. Il est reproduit en annexe.

■ Développement des ressources humaines

La Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre demande d'investir un budget de 1 % de la masse salariale en formation. Le Bureau du coroner a dépassé cet objectif puisqu'il en a consacré 1,1 % en formation et en développement de ses ressources humaines.

■ Programme d'aide aux personnes

Ce programme vise à offrir aux personnes de l'aide afin qu'elles puissent prévenir ou solutionner des problèmes de nature personnelle ou professionnelle affectant ou susceptible d'affecter leur rendement au travail. Ces services, gratuits et confidentiels, reposent sur une démarche volontaire et sans préjudice pour les employés.

Le Bureau du coroner a consacré, au cours du présent exercice, 493 \$ à ce programme qui s'inscrit dans la volonté de l'organisation de favoriser le développement et la santé des personnes au travail.

■ Santé et sécurité au travail

Au cours de l'exercice, on recense seulement deux événements reconnus comme des accidents de travail ou des maladies professionnelles occasionnant la perte de 44 jours de travail.

■ La protection des non-fumeurs

Conformément à la Loi sur le tabac, il est interdit de fumer dans les locaux et les établissements appartenant au Bureau du coroner.

PARTIE 4 : BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

■ LES RESSOURCES HUMAINES

Le territoire du Québec est desservi par des coroners qui, en tout temps, peuvent prendre avis pour des décès signalés par le réseau de la santé ou les corps policiers. Au 31 mars 2003, 82 coroners étaient en fonction, incluant le coroner en chef et la coroner en chef adjointe de l'Est. De ce nombre, 11 sont permanents et 69 à temps partiel. Parmi les coroners permanents, on dénombre sept coroners investigateurs et quatre coroners enquêteurs.

Exception faite des régions métropolitaines de Québec et de Montréal et des régions de l'Estrie et de Lanaudière, où l'essentiel du travail est fait par des coroners investigateurs permanents, toutes les autres régions du Québec sont desservies par des coroners investigateurs à temps partiel. Les coroners investigateurs à temps partiel sont des professionnels qui, en plus de leur charge de travail, acceptent d'agir comme coroner dans un territoire que leur assigne le coroner en chef.

Les coroners sont assistés, dans leurs fonctions, par le personnel de la fonction publique sur le plan professionnel et administratif. Au 31 mars 2003, l'effectif autorisé comprenait 52 équivalents à temps complet, soit 51 permanents et 1 occasionnel. En 2002-2003, on comptait 52 équivalents à temps complet. Le tableau qui suit présente la répartition de ces emplois, selon leur catégorie.

Catégories d'emploi	Permanents	Occasionnels	Total
Coroners	14		14
Cadres	3		3
Professionnels	10		10
Techniciens	4		4
Soutien administratif	14		14
Ouvriers	6	1	7
Total	51	1	52

■ LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le tableau ci-dessus présente la répartition des crédits octroyés au 1^{er} avril 2002.

Répartition des crédits votés le 1er avril 2002 pour 2002-2003

	2001-2002 (000 \$)	2002-2003 (000 \$)
Traitement	2 877,7	4 131,3
Fonctionnement	1 988,1	1 982,5
Capital	88,4	91,4
Total	4 954,2	6 205,2

Au cours de l'année 2002-2003, les crédits ont été majorés de 1 194,8 k\$ pour un total de 7 400 k\$. Les crédits supplémentaires ont été octroyés pour combler le sous-financement de la rémunération des coroners permanents, des enquêtes publiques et des dépenses liées aux investigations tels les honoraires des coroners à temps partiel, les frais d'analyses toxicologiques, d'autopsies et de transports des personnes décédées.

Le tableau qui suit présente les dépenses réelles par grandes catégories budgétaires au 31 mars 2003.

Dépenses réelles, par catégorie budgétaire, au 31 mars 2003

	2001-2002 (000 \$)	2002-2003 (000 \$)
Traitement	3 546,3	3 783,8
Fonctionnement	3 311,8	3 527,8
Capital	167,2	29,9
Total	7 025,3	7 341,5

Les crédits périmés, pour l'année financière 2002-2003, s'élèvent à 58,5 k\$.

Le bilan statistique
section 2

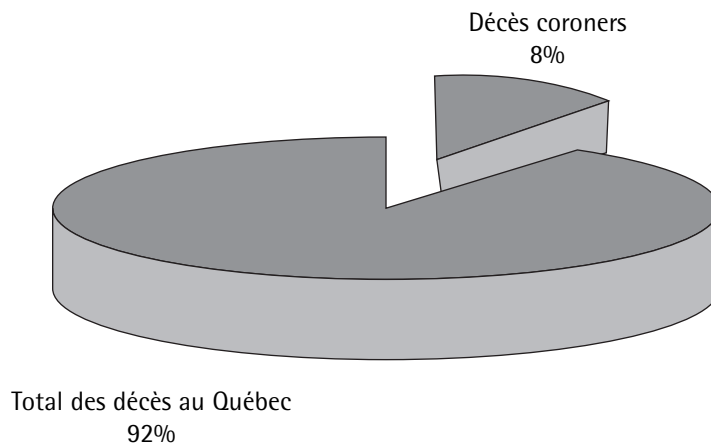
Bureau du Coroner

PARTIE 1 : RAPPORT DES ACTIVITÉS TENUES PAR LES CORONERS**■ LES INVESTIGATIONS****■ Les décès signalés aux coroners**

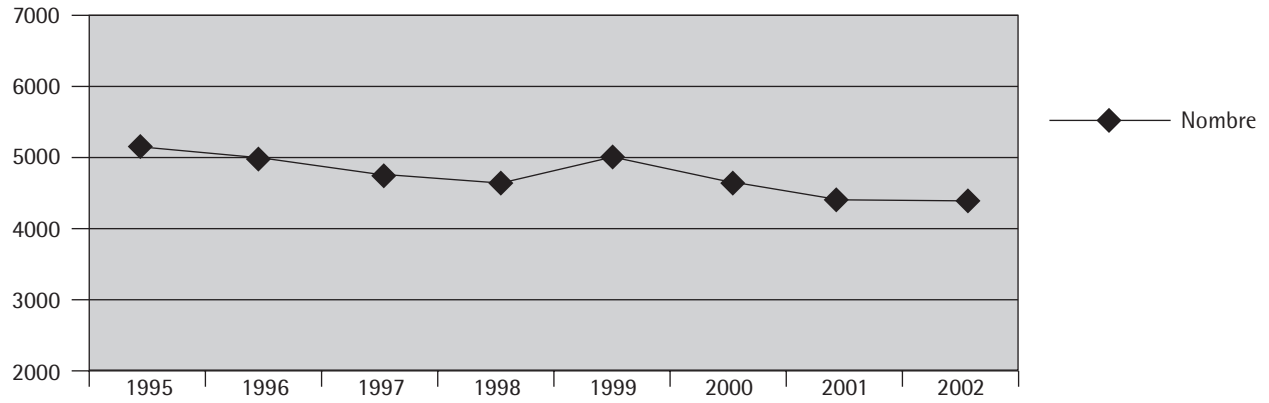
En 2002, 4 373 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique la figure suivante, les coroners sont intervenus dans 8 % des 55 600 décès survenus au Québec en 2002. Depuis 1997, le nombre de décès signalés aux coroners ne dépasse pas 5 000 annuellement. La grande majorité des investigations sont réalisées par des coroners à temps partiel (68 %).

Proportions des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec

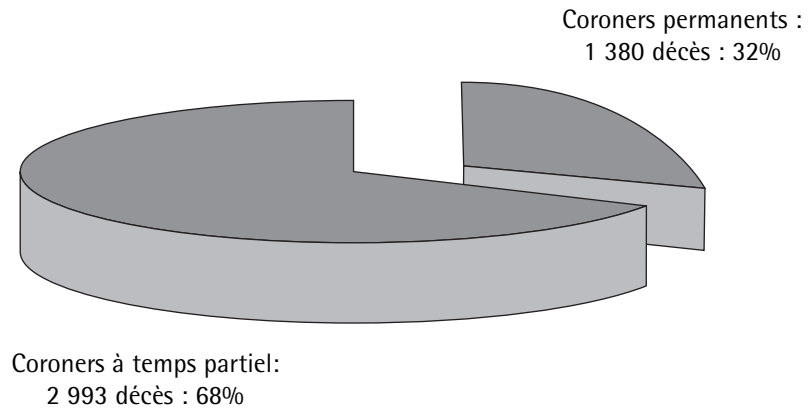
Décès signalés aux coroners : 4 373
Total des décès au Québec : 55 600



Évolution des décès signalés aux coroners de 1995 à 2002



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 2002



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention. Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2002. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (67,5 %) des interventions des coroners.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2002

Raison de l'intervention	Nombre	%
Circonstances obscures ou violentes	2 952	67,5
Causes médicales indéterminées	1 001	22,9
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	322	7,4
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	31	0,7
Autres raisons ou raison non disponible	67	1,5
Total des décès signalés	4 373	100,0

Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (22,9 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (7,4 %) et, dans le cas de décès dont les circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un pays étranger (0,7 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis, telles les prisons, les familles d'accueil et les garderies. Dans ces cas, la loi oblige le coroner à intervenir.

Délai entre le signalement d'un décès et le rapport d'investigation du coroner

Sauf dans les cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le début de l'investigation du coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef.

Ainsi, comme on peut le constater, sur les 4 373 décès signalés en 2002, 2 690 rapports étaient terminés et transmis au Coroner en chef au 14 avril 2003. Il reste donc, à cette même date, 1 683 décès en cours d'investigation, soit 38,5 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2002

État des rapports au 14 mai 2003	Nombre	%
Rapports terminés	2 690	61,5
Non terminés	1 683	38,5
Total des décès signalés	4 373	100,0

■ Les demandes de copies conformes des rapports

En 2002, les familles des personnes décédées et les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.) ont adressé au Bureau du coroner 3 966 demandes de copies conformes par téléphone ou par courrier, ce qui représente un peu plus de la moitié de l'ensemble des copies transmises.

Par ailleurs, 438 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des organismes qui travaillent en prévention des blessures ou qui effectuent des recherches dans ce domaine. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

Répartition des demandes de copies conformes, selon la provenance en 2002

Clientèle	Nombre	%
Citoyens et autres	3 966	56,2
– Familles	2 437	34,5
– Compagnies d'assurances	580	13,2
– Avocats et notaires	358	5,07
– Autres (amis, médias)	591	8,37
Collaborateurs	2 653	37,6
– Corps policiers	2 596	36,8
– Hôpitaux	57	2,1
Ministères et organismes intervenant en prévention	438	6,2
Total des copies conformes demandées	7 057	100,0

■ Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2002 en cours d'investigation. Des autopsies ont été ordonnées pour 45 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 970 autopsies. Selon les données disponibles, le tiers de ces autopsies ont été effectuées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique à Montréal, et les autres, dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données préliminaires pour 2002 montrent que, dans plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

Autopsies et examens de laboratoire demandés par les coroners et lieux d'exécution en 2002¹

Expertises	Nombre	%
Autopsies	1 970	45,0
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	673	34,2
– Hôpitaux	1 115	56,6
– Données non disponibles	182	9,2
Alcoolémie ou toxicologie	2 283	52,2
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légales	731	32,0
– Centre de toxicologie du Québec	1 386	60,7
– Centres hospitaliers	27	1,2
– Données non disponibles	139	6,1
Autres expertises²	401	9,2
Total des décès signalés	4 373	100,0

1. Les données sont préliminaires.

2. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique. Certaines de ces expertises ne sont pas directement demandées par le coroner, mais sont utilisées par ce dernier dans la réalisation de son mandat.

■ Les rapports d'investigation les plus marquants déposés au cours de l'exercice 2002-2003

Parmi les rapports déposés au cours du dernier exercice, certains d'entre eux furent davantage médiatisés, puisqu'ils contenaient, entre autres, des recommandations en vue d'éviter d'autres accidents mortels semblables. Voici ceux qui ont retenu davantage l'attention :

LA PLONGÉE SOUS-MARINE

À la suite du décès de deux plongeurs l'an passé à Rimouski, le coroner Jean-François Dorval a déposé, lors d'un point de presse, ses rapports d'investigation et a formulé des recommandations à l'Institut maritime du Québec et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux. Voici un bref aperçu des circonstances des deux décès :

Les circonstances du décès de M. Pierre Lepage

Le 24 juin 2001, M. Pierre Lepage, 46 ans, est décédé d'embolies gazeuses à la suite d'une plongée sous-marine sur l'épave de l'Empress of Ireland et au cours de laquelle, pour une raison inconnue, il a effectué une remontée trop rapide.

M. Lepage était un plongeur très expérimenté, mais il a plongé seul. D'autres plongeurs se trouvaient sur l'épave en même temps que lui, mais à une distance trop grande pour établir un contact visuel.

Commentaires du coroner sur le décès de M. Lepage

Bien qu'il existe des systèmes de valves permettant à deux bonbonnes d'être branchées et utilisées simultanément, M. Lepage avait un système de bonbonne avec détendeur qui exigeait de passer de la bonbonne vide à la bonbonne pleine.

La victime est remontée à la surface en urgence sans respecter les paliers, alors qu'une de ses bonbonnes était vide et que l'autre contenait 2 000 livres d'air. Il est possible que M. Lepage ait éprouvé un problème technique en voulant changer de bonbonne et, comme il n'avait pas de compagnon pour lui prêter main forte, il a été contraint de faire surface avec les conséquences que nous connaissons.

Les circonstances du décès de M. André Rousseau

Le 22 juillet 2001, M. André Rousseau, 24 ans, s'est noyé dans le bassin de plongée de l'Institut maritime du Québec, à Rimouki, à l'occasion d'une plongée de groupe en apnée. M. Rousseau était moniteur au camp de vacances Ulysse. Cet organisme n'avait pas l'habitude d'utiliser le bassin et aucune directive ou mise en garde n'avait été diffusée par rapport à l'utilisation de ce bassin.

Commentaires du coroner sur le décès de M. André Rousseau

L'entente entre l'Institut maritime et le Camp Ulysse avait été signée quelques semaines avant le décès de la victime et il a été établi par le coroner qu'aucune directive ou mise en garde n'avait été faite par rapport à l'utilisation du bassin.

Lors de l'activité du Camp Ulysse du 22 juillet, le plancher amovible recouvrant le dessus du cylindre de plongée n'avait pas été installé, car une plongée en profondeur avait été prévue pour les jours suivants.

Dans son rapport, le coroner Jean-François Dorval a indiqué que le Camp Ulysse n'avait aucun programme de prévention à l'intention de ses travailleurs, ni comité de santé et de sécurité au travail.

Recommandations

- 1- À l'Institut maritime du Québec, de s'assurer que le plancher amovible visant à boucher le cylindre de plongée sera mis en place, lorsque des activités, autres que celles de plongée, ont lieu au bassin.
- 2- Au Camp Ulysse, de donner aux moniteurs de la formation sur leur propre sécurité dans la semaine de formation précédant le début des activités avec les campeurs.
- 3- À l'Association des camps du Québec, d'inclure dans son programme d'accréditation des camps un volet sur la prévention et sur la sécurité des travailleurs.
- 4- À la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de reconnaître la mission médicale de la chambre hyperbare de l'Institut maritime de Rimouski et, de concert avec le Centre hospitalier de Rimouski, de rendre ledit service opérationnel.

NOYADES DE JEUNES ENFANTS

La coroner Line Duchesne a rendu public le 20 février 2003 à Montréal son rapport d'investigation visant à établir les causes et les circonstances du décès d'un nourrisson de dix mois, survenu en juin 2001, à la suite d'une noyade dans la baignoire familiale.

Le Bureau du coroner a répertorié, dix-sept noyades accidentelles chez les enfants de moins de quatre ans, de 1991 à 2001.

Le Dr Gilles Fortin, neuropédiatre à l'Hôpital Sainte-Justine et président du Comité d'examen de décès d'enfants de Montréal, a établi que, chez ces petits, la noyade est un événement silencieux, que seule la surveillance visuelle constante d'un adulte averti pourrait prévenir. Aucun appareil ou alarme ne saurait remplacer cette surveillance.

Les circonstances du décès

Ce soir-là, vers 21 heures, le père du bébé effectuait des travaux dans la cour extérieure. Il demanda à son épouse d'aller chercher une masse chez le voisin. La mère demanda alors à son fils aîné de 11 ans de surveiller le bébé qui était assis dans un siège de plastique retenu au fond de la baignoire par des ventouses.

S'étant absentée environ cinq minutes, à son retour dans la salle de bain, la mère trouva le siège renversé sur le côté et le bébé sous l'eau. Elle sortit son fils de l'eau et commença les manœuvres de réanimation. Les ambulanciers poursuivirent les manœuvres et transportèrent la victime à l'hôpital où celles-ci connurent un certain succès.

L'enfant fut ensuite transféré à l'Hôpital Sainte-Justine où son décès fut constaté.

Commentaires du coroner

La victime a été installée dans un siège d'appoint retenu au fond de la baignoire par des ventouses, et laissée quelques minutes sans surveillance. Après analyse, il a été établi que les ventouses avant avaient cédé et que le siège s'était renversé vers l'arrière.

Bien que les sièges de baignoire soient conçus pour permettre à un jeune enfant de se tenir assis tout en jouant ou en se faisant laver, la coroner Duchesne tient à rappeler que rien ne peut remplacer une surveillance constante, et qu'un enfant peut se noyer s'il est laissé sans surveillance visuelle directe. Ces sièges ne sont pas des systèmes de retenue et les enfants peuvent simplement glisser ou même se libérer du siège. Ces sièges devraient être utilisés uniquement pour éviter que l'adulte demeure longtemps penché au-dessus de la baignoire et y maintienne l'enfant qui s'y baigne; ils ne doivent être utilisés qu'en la présence constante d'un adulte auprès de l'enfant.

En conclusion, il ne faut jamais laisser un enfant sans surveillance visuelle directe et ne jamais se laisser distraire par le téléphone, la sonnette de la porte ou d'autres obligations ménagères à l'heure du bain d'un bébé. Les sièges de baignoire ne sauveront pas un enfant d'une éventuelle noyade.

Recommandations

1. Afin d'assurer une meilleure protection de la vie humaine et d'éviter des décès semblables dans le futur, la coroner Line Duchesne a recommandé à Santé Canada d'étudier les sièges de bébé pour le bain et de les assujettir à la Loi sur les produits dangereux.
2. Elle a aussi recommandé à la Société canadienne de pédiatrie de sensibiliser ses membres et les parents au sujet de la fausse sécurité que procure cet objet.

BILAN DES NOYADES ACCIDENTELLES D'ENFANTS DE MOINS DE 4 ANS DANS DES BAIGNOIRES POUR LES ANNÉES 1991 À 2001

Cas	Sexe	Âge (mois)	Bain (R/O)	Aide technique	Accompagnement dans le bain de la perte du contact visuel	Raisons
1	F	7	O	non	2 enfants	téléphone
2	F	15	O	non	1 enfant de 3 ans	chercher vêtements au sous-sol
3	M	22	O	chaise flottante	0	chercher quelque chose dans la cuisine
4	M	12	O	non	1 enfant de 3 ans	inconnue
5	M	10	R	non	1 enfant de 2 ans et 10 mois	occupation par les autres enfants dans la cuisine
6	M	7	O	non	0	inconnue
7	F	39	O	non	0	tâches ménagères, enfant fiévreux
8	M	13	R	non	0	sommeil
9	M	44	O	non	0	tâches ménagères, enfant fiévreux
10	M	4	R	non	1 enfant	sommeil
11	M	19	O	non	0	sonnette de la porte
12	M	6	O	non	0	sonnette de la porte, autre enfant
13	M	13	R	non	0	enfant perdu de vue
14	M	13	O	non	0	téléphone
15	M	8	O	siège d'auto	0	souper - 3 autres enfants, téléphone
16	M	4	O	couche flottante	0	déjeuner - 1 autre enfant
17	M	10	O	anneau de bain	0	aide requise dans la cour arrière

Légende

T = Bain à remous

O = Bain ordinaire

LES COUPS DE CHALEUR

Le coroner Claude Paquin a déposé le 3 juillet 2002 à Sherbrooke, lors d'un point de presse en compagnie d'experts de la Commission de santé et de sécurité au travail (CSST), son rapport d'investigation visant à établir les causes médicales et les circonstances du décès de M. Daniel Boulet, 36 ans, survenu le 15 juin 2001 à Lac-Drolet.

Les circonstances du décès

Le 13 juin vers 11 h, la victime a été embauchée comme empileur manuel à la Scierie Tech de Lac-Drolet. Lors de son embauche, M. Boulet avait mentionné avoir eu des problèmes d'alcool et de drogues.

Le 15 juin, jour de canicule, M. Boulet se leva à 5 h et quitta rapidement le domicile, ne prenant pas le temps de boire de l'eau malgré sa soif, selon sa mère. Durant cette journée fatidique, le travail était continu; il y avait très peu de vent et le soleil plombait.

Vers 14 h, M. Boulet se sentit mal. Deux compagnons de travail lui prêtèrent secours et l'accompagnèrent à la cafétéria. Le secouriste lui passa de l'eau sur le front et lui mit une serviette mouillée autour du cou. On demanda une ambulance et on alla chercher un médecin qui demeurait tout près. À son arrivée à 14 h 15, celui-ci constata que M. Boulet était en état de choc.

Les ambulanciers transportèrent la victime à l'urgence du Carrefour de santé du Granit. Il était 15 h 50 lorsqu'on remarqua pour la première fois que sa température était à 41,7 °C. Vers 16 h 20, on décida de transporter M. Boulet au Centre universitaire de santé de l'Estrie, où il décéda dans la soirée du 15 juin vers 20 h 15.

Commentaires du coroner

La journée du 14 juin, M. Boulet réunissait tous les éléments pour être atteint d'un coup de chaleur. Il en était à sa deuxième journée de travail comme empileur à la scierie et travaillait en plein soleil. La température maximale était de 30,4°C au moment de l'accident.

La victime n'était pas habituée à un travail physique d'exigence moyenne. Elle n'avait pas été mise au courant du danger des contraintes thermiques et ignorait les mesures de prévention associées à ces contraintes, soit des pauses fréquentes et l'absorption de 750 ml d'eau à l'heure.

Nouvellement embauché, M. Boulet n'osait pas demander des pauses fréquentes et se plaignait de malaises physiques.

Le coroner a présumé dans son rapport qu'avant d'être atteint du coup de chaleur M. Boulet avait éprouvé différents malaises alors qu'il se déshydratait et qu'il perdait ses électrolytes.

Le coroner Paquin conclut que M. Boulet est décédé d'un coup de chaleur puisque, deux heures après la syncope, sa température corporelle centrale était de 41,7°C. Rappelons que la température corporelle d'un humain se situe normalement autour de 37°C.

Selon le coroner, le coup de chaleur n'a été décelé par aucune des ressources qui lui ont prêté secours; c'est la raison pour laquelle personne n'a cru bon de prendre sa température.

La notion médicale de coup de chaleur et de contraintes thermiques en ambiance chaude sont des notions relativement peu connues et peu documentées au Québec, en raison du climat.

Selon le protocole préhospitalier d'intervention d'un présumé coup de chaleur, il faut conduire la victime dans un environnement frais et la rafraîchir; il n'est jamais mentionné de prendre sa température. Comme la vérification des autres signes vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire), celle de la température corporelle, par mesure directe, apporte une contribution essentielle au processus diagnostic.

Recommandations

Afin d'assurer une meilleure protection de la vie humaine, le coroner Claude Paquin a recommandé notamment :

1- À la CSST et aux CLSC division de la santé au travail, de mieux informer les employeurs et leurs employés sur les dangers du coup de chaleur et sur les façons de le prévenir (inclusion d'un thermomètre dans la trousse d'urgence, rappel de boire de l'eau, etc.);

2- Au ministère de la Santé et des Services sociaux et au Collège des médecins, de mieux sensibiliser les médecins de première ligne au coup de chaleur;

3- Au ministère de la Santé et des Services sociaux et aux régies régionales de la santé et des services sociaux, de fournir aux techniciens ambulanciers un thermomètre et de les sensibiliser au coup de chaleur, pour qu'ils fassent baisser rapidement la température du patient durant le transport.

ÉLECTROCUTION PAR LA Foudre

Le coroner Guy Morissette a déposé le 9 mai 2002 à Gatineau, lors d'un point de presse, son rapport d'investigation sur le décès d'Anya Brebner, seize ans électrocutée par la foudre, le 16 juin 2001 à Chelsea.

Les circonstances du décès

Ce jour-là, en début d'après-midi, quatre adolescents jouaient au volley-ball dans un champ, sous l'orage, devant l'auberge Carman Trails Hostels de Chelsea.

Soudainement, une forte lueur est apparue sur un des poteaux du filet de volley-ball. Immédiatement après, un éclair frappa le groupe, plus particulièrement Anya et un adolescent qui convulsèrent à plusieurs reprises.

Selon l'enquête policière, au moment de l'incident les quatre jeunes étaient près du filet et semblaient ajuster les cordes supportant le poteau. On ne put toutefois déterminer si le filet et les deux poteaux avaient pu être touchés par l'éclair. Quant à la victime, elle était vêtue d'une culotte courte et d'une camisole, mais ne portait pas de chaussures.

Commentaires du coroner

La foudre est un acte de la nature qui engendre généralement des décès isolés et pour la plupart évitables, pourvu que les règles élémentaires de prévention aient été suivies.

Le coroner Morissette considère malheureux et étonnant de voir circuler une foule de renseignements contradictoires de même que des mesures de prévention plus ou moins justes, semant ainsi la confusion parmi la population.

Il est nécessaire de bien comprendre la foudre. Elle fait partie des phénomènes électriques qui peuvent provoquer des blessures ou un décès.

Les coups de foudre naissent habituellement dans la trace négative du nuage. Des charges négatives partent alors du nuage et se propagent vers le sol en cherchant les zones offrant le moins de résistance. De nombreux zigzags peuvent alors apparaître.

Le foudroiement se produit habituellement l'été, l'après-midi, lors d'activités sportives en pleine nature.

Consignes du coroner à la population

Avant l'orage, le coroner Morissette recommande de reporter toute activité de plein air, car tout corps mouillé et l'eau sont des conducteurs d'électricité qui favorisent le passage de courants intenses et dangereux.

Dès qu'il tonne, il faut se mettre à l'abri; les abris de choix sont l'intérieur d'une construction solide, une voiture munie d'un toit en tôle et dont les fenêtres sont fermées et l'antenne rabattue.

Il faut éviter de s'abriter dans une cabane, sous un arbre isolé, dans une voiture décapotable ou un hangar au toit de tôle et supporté par des poutres de bois. Il faut éviter également de naviguer, d'utiliser un téléphone, de se servir des robinets, il faut se tenir à l'écart des fenêtres et surtout éviter de récupérer le linge mouillé qui sèche sur la corde.

À l'extérieur, le coroner conseille de se retirer dans une dépression de terrain ou un fossé loin de tout arbre ou poteau, et de ne pas s'abriter dans une cabine téléphonique.

Il faut jamais circuler à bicyclette, en motocyclette ou en voiturette de golf et ne jamais tenir une pelle ou bâton de golf. Les personnes en groupe doivent s'écarter d'au moins trois mètres les unes des autres, pour éviter le risque d'un éclair latéral.

Le mythe voulant que s'il n'y a pas de pluie, il n'y a pas de danger d'être frappé par la foudre doit disparaître. Il faut retenir que, si on entend tonner, on est susceptible d'être foudroyé. Il est faux de penser qu'une personne foudroyée garde une charge électrique et qu'il est dangereux de lui prêter secours.

Recommandations

Afin d'assurer une meilleure protection de la vie humaine dans le futur, le coroner Guy Morissette a recommandé notamment :

1. Au gouvernement du Québec, plus spécifiquement à Hydro-Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de la Sécurité publique, d'élaborer et de mener à bien une campagne de sensibilisation concertée sur la foudre, ses dangers et les moyens de s'en protéger;
2. Cette campagne devrait porter une attention particulière aux membres des clubs de golf, aux campeurs, aux usagers des parcs forestiers et des camps de vacances ainsi qu'aux plaisanciers.

SUICIDE DANS UN CENTRE JEUNESSE

Le coroner Paul G. Dionne a déposé le 17 décembre 2002, lors d'un point de presse, son rapport d'investigation visant à établir les causes médicales et les circonstances du suicide de Cathy, une adolescente de seize ans, survenu le 19 juillet 2002 au Centre jeunesse de Montréal où elle résidait.

Le coroner Dionne était accompagné du docteur Brian Bexton, président de l'Association des médecins psychiatres du Québec, de M. Jean-Pierre Duplantie, directeur général du Centre jeunesse de Montréal et de M. David Levine, président-directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, qui ont réagi aux recommandations du coroner qui leur étaient adressées.

Les circonstances du décès

Le 17 juillet 2002, Cathy s'est pendue dans une douche, dans une unité d'arrêt d'agir, au Centre jeunesse de Montréal où elle était hébergée.

Le Centre jeunesse de Montréal fournit en moyenne annuellement des services à plus de 17 000 usagers et à leur famille. Il est à noter que 30 % de ceux-ci sont alors placés dans une ressource d'hébergement.

Commentaires du coroner

Après avoir analysé l'information fournie par les personnes étant intervenues auprès de Cathy, de janvier à juillet 2002, le coroner Dionne a conclu qu'il n'y avait pas eu négligence professionnelle. Il a cependant constaté des problèmes pour lesquels des solutions devraient être envisagées afin de prévenir l'occurrence d'une telle situation malheureuse.

Manifestement, il y a eu des problèmes de communication entre les différentes personnes étant intervenues auprès de Cathy, que ce soit entre celles du foyer de groupe d'où elle provenait et celles de l'unité d'arrêt d'agir où elle séjournait, que ce soit entre les professionnels du Centre jeunesse de Montréal ou encore avec le personnel du milieu psychiatrique. Dans les faits, tous ne disposaient pas de la même information.

L'étude de la situation de Cathy a mis en lumière des difficultés d'accès à des ressources psychiatriques et des problèmes de continuité de services entre le Centre jeunesse de Montréal et le milieu psychiatrique en général. Selon le coroner Dionne, il est anormal qu'un établissement comme le Centre jeunesse de Montréal, qui vient en aide à des jeunes en très grande difficulté, ne dispose souvent que de l'urgence d'un hôpital comme porte d'entrée à des services psychiatriques.

Recommandations

Afin d'assurer une meilleure protection de la vie humaine et d'éviter de tels décès dans le futur, le coroner Paul G. Dionne a recommandé notamment :

- 1- Au Centre jeunesse de Montréal, de revoir le processus de transmission de renseignements figurant dans le dossier médical d'un jeune et de revoir les mécanismes de communication avec les ressources pédopsychiatriques;
- 2- À la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, de déterminer très clairement à l'intention des intervenants les ressources psychiatriques du milieu et de faire en sorte que des services pédopsychiatriques soient offerts en continuité aux jeunes hébergés au Centre jeunesse de Montréal. Qu'une équipe pédopsychiatrique d'un centre hospitalier de Montréal soit affectée aux jeunes et au personnel du Centre jeunesse de Montréal;
- 3- À la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, de faciliter le recrutement de médecins-omnipraticiens pouvant travailler dans les centres jeunesse et faire reconnaître les activités médicales en centres jeunesse comme des activités médicales particulières;
- 4- À l'Association des psychiatres du Québec, de consulter à nouveau le rapport intitulé Le suicide chez les usagers des centres jeunesse : il est urgent d'agir! et de continuer d'étudier les solutions proposées, de s'assurer que les pédopsychiatres établissent des critères de performance dans l'exercice de leur profession et d'évaluer tous les cas de suicides, y compris les interventions de tous les professionnels au dossier.

Même s'il est difficile de lutter contre le suicide le coroner Dionne rappelle qu'il faut continuer à soutenir les intervenants sur le terrain.

SUICIDE SUR LE PONT JACQUES-CARTIER

Étant donné le nombre élevé de suicides à partir du pont Jacques-Cartier et le dépôt du rapport d'investigation sur le suicide d'un homme de 34 ans, le 15 novembre 2001, à partir de ce pont, le coroner Paul G. Dionne a suscité la formation d'un groupe de travail. Ce groupe devait principalement se pencher sur la question du suicide à partir du pont Jacques-Cartier et proposer des mesures réalistes, efficaces, faisables sur les plans technique et financier et surtout pouvant être mises en œuvre à court et à moyen termes, afin de réduire le nombre de suicides à partir de cet endroit.

Recommandations du groupe de travail et du coroner

Accompagné du Dr Richard Lessard, directeur de la Direction de santé publique de Montréal-Centre, qui préside le groupe de travail, le coroner Dionne a rappelé, lors d'une conférence de presse le 24 octobre 2002, l'ampleur du problème en révélant des statistiques du Bureau du coroner indiquant que, de 1986 à 2001, 143 personnes se sont suicidées en sautant du pont Jacques-Cartier.

Ces données sont d'autant plus troublantes que, sur les 179 suicides commis à partir des ponts entourant l'île de Montréal, un si grand nombre a eu lieu à partir du pont Jacques-Cartier.

Faisant siennes les recommandations du groupe de travail et afin d'assurer une meilleure protection de la vie humaine dans le futur, le coroner Paul G. Dionne a recommandé notamment :

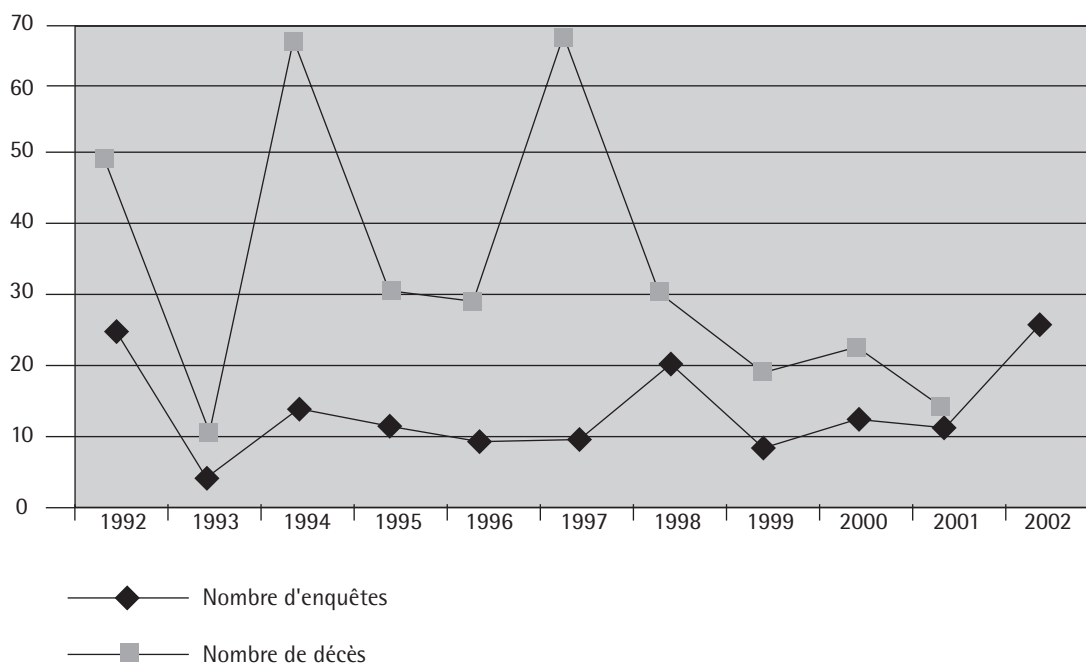
- 1- À la Société des ponts fédéraux limitée, de demander une étude de faisabilité sur l'installation de barrières anti-saut sur le pont;
- 2- À la Société des ponts fédéraux limitée, de faire installer des téléphones dont la communication serait reliée à un centre de crise;
- 3- À la Ville de Montréal, de concert avec la Ville de Longueuil, d'étudier la création d'une patrouille cycliste civile pour accroître la sécurité des piétons, des cyclistes et des personnes en détresse;
- 4- À la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, de s'assurer que les hôpitaux et la Corporation d'Urgences-santé de Montréal métropolitain offrent un accueil approprié et un suivi coordonné aux personnes qui ont fait une tentative de suicide au pont Jacques-Cartier;

- 5- À Suicide-Action Montréal, d'assurer la formation des policiers, pompiers et autres intervenants de première ligne interpellés lors des tentatives de suicide au pont Jacques-Cartier;
- 6- À la Direction de santé publique de Montréal-Centre, de concert avec Suicide-Action Montréal et le Bureau du coroner, de mieux sensibiliser les médias au phénomène de contagion afin de promouvoir une couverture médiatique responsable en vue de réduire les risques de suicide;
- 7- À l'Association des psychiatres du Québec, d'évaluer la pertinence d'implanter un protocole d'intervention dans les services des urgences et dans les cliniques externes à l'intention des patients ayant des idées suicidaires;
- 8- À l'Association des psychiatres du Québec, de s'assurer que les lignes directrices de l'évaluation clinique du patient et du suivi médical soient les mêmes partout au Québec afin que l'évaluation des dossiers puisse se faire de façon systématique à l'aide de critères de performance;
- 9- Au président du groupe de travail, de mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations et de réunir ledit groupe au moins une fois par année pour faire le point.

■ LES ENQUÊTES

Évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
1992	24	46
1993	6	10
1994	13	64
1995	11	30
1996	9	29
1997	9	64
1998	20	31
1999	7	18
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
TOTAL	146	358



■ La liste des rapports d'enquête déposés au cours de l'exercice 2002-2003

Nom/Prénom No Dossier Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête	Rapport déposé
Raymond, Daniel Méthadone (2001-02-04)	2001-03-28	Me C. Rudel-Tessier	Sherbrooke	17 mai 2002
Plasse, Salvail A. Plates-formes élévatrices (1999-08-31)	2000-01-12	Me Luc Malouin	Sorel Longueuil	14 juin 2002
Desjardins, Mélina Plates-formes élévatrices (1994-07-05)	2000-03-23		Sherbrooke Longueuil	
Girard, Ida Plates-formes élévatrices (1994-07-16)	2000-03-23		Sherbrooke Longueuil	
Boivin, Alicia Plates-formes élévatrices (1997-03-25)	2000-03-23		Alma	
Lambert, Christophe Plates-formes élévatrices (2001-09-08)	2001-10-02		Joliette	
Diabo, Shane But de soccer (2001-09-07)	2001-11-12	Me Luc Malouin	Laval	18 juin 2002
Gélinas, Martin Intoxication (2001-06-20)	2002-02-28	Me Andrée Kronström	Montréal	13 sept. 2002
Pereira, Robert Intoxication (2002-01-04)				
Jean, Carl Décès à la suite d'une chirurgie (2002-04-11)	2002-04-16	Me Catherine Rudel- Tessier	Laval	27 sept. 2002
Pinsonneault, Hélène Heurtée par automobile (2001-07-27)	2002-09-20	Me Catherine Rudel Tessier	Laval	20 nov. 2002
Brogan, Francine Mort naturelle (2001-04-24)	2001-07-13	Me Andrée Kronström	Pohénégamook	2 déc. 2002
Vaillancourt, Alexandre Intoxication à l'alcool (2001-02-23)	2001-12-06	Me Andrée Kronström	Québec	3 mars 2003
Sargent, Yvan Inanimé dans la neige (2000-01-12)	2000-03-24	Me Michel Ferland	Joliette	21 mars 2003

■ Le résumé des rapports d'enquêtes publiques réalisées en 2002-2003

Intoxication à la méthadone dans un pénitencier

Un détenu de l'Établissement de détention de Sherbrooke, M. Daniel Raymond, décède d'une intoxication à la méthadone, associée à la prise de benzodiazépines. Il est probable que, dans la soirée précédant son décès, l'homme ait ingéré une dose de méthadone en plus du comprimé de Restoril qui lui avait été prescrit. Il s'en est suivi qu'une insuffisance respiratoire en un processus lent, a causé sa mort.

Un traitement à la méthadone comporte des risques, puisqu'il s'agit d'un opiacé puissant qui a un potentiel d'action toxique. Des lignes directrices à l'intention des médecins et des pharmaciens ont été élaborées par le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens en 1999. Elles prescrivent une attitude de prudence en début de traitement, tant qu'on ne connaît pas la tolérance du patient au médicament. Le cadre de tolérance prévoit en outre une distribution contrôlée de la méthadone. Or, la victime n'a bénéficié ni de cette prudence ni de ce contrôle.

Nous ne saurons jamais avec certitude si le détenu a voulu obtenir la méthadone par réel besoin ou pour " passer le temps ". Mais il n'a pas pris sa méthadone comme il aurait dû. Il a profité du laxisme de l'établissement de détention dans la distribution de celle-ci.

Malgré les modifications apportées par la direction de l'établissement, à la suite de l'enquête interne qui a suivi ce décès, la coroner considère que l'on devrait remédier à la situation afin qu'un traitement à la méthadone soit aussi sécuritaire pour un détenu que pour tout autre citoyen.

L'enquête a permis de formuler dix recommandations au ministère de la Sécurité publique, à l'Établissement de détention de Sherbrooke et au Dr Alain Bérubé, qui a prescrit la méthadone.

Les plates-formes élévatrices

Dans le premier évènement, il s'agit de quatre personnes âgées qui ont trouvé la mort à la suite d'une chute dans le puits d'une plate-forme élévatrice installée dans leur résidence d'accueil de retraite privée. Dans le second, il est question d'un jeune garçon de 3 ans qui jouait avec la plate-forme élévatrice extérieure de la résidence familiale.

L'enquête a démontré que ces décès ont été occasionnés par des appareils élévateurs dangereux, comportant de nombreuses défauts. Les fabricants et les installateurs n'avaient

aucune connaissance des normes ni des règles de l'art. Leurs employés n'ont aucun certificat de qualification bien qu'il soit obligatoire. De plus, plusieurs fabricants et installateurs ne détiennent pas de licence d'entrepreneur comme la loi l'exige. Or, les responsables de l'entreprise obtiennent auprès de la Régie du bâtiment leur licence d'entrepreneur sans aucun examen ni contrôle de leurs connaissances dans le domaine des appareils élévateurs.

En 1981, le Québec confiait à la Société d'habitation du Québec le mandat de promouvoir l'accessibilité domiciliaire aux personnes handicapées et devenait responsable du programme de subventions alors administré par l'Office des personnes handicapées du Québec.

Pour cette raison, entre autres, on observa le développement d'une industrie alors presque inexistante, soit celle de la fabrication, de la vente et de l'installation de plates-formes élévatrices pour personnes handicapées. Toujours dans les années 80, de nombreuses résidences privées se sont transformées en résidences d'accueil privées pour héberger cette clientèle qui n'avait plus de place dans le réseau public. Comme la population de ces résidences éprouve souvent des problèmes de mobilité, de nombreux propriétaires ont installé des plates-formes élévatrices identiques à celles conçues originalement pour une personne handicapée demeurant à domicile.

À l'heure actuelle, il est impossible de connaître avec exactitude le nombre de résidences d'accueil privées au Québec, ni celui des plates-formes élévatrice installées, tant dans ces résidences que dans les habitations des particuliers. Environ 4 000 à 5 000 plates-formes élévatrices auraient été installées depuis vingt ans, mais on ignore leur état véritable.

L'enquête publique a donné lieu à de multiples recommandations. Le ministre des Affaires municipales et de la Métropole et le Secrétariat des aînés ont tous deux été visés par quatre recommandations. La Régie du bâtiment du Québec a donné suite aux six recommandations qu'elle a reçues. La Société d'habitation du Québec, la Commission de la construction du Québec, Emploi-Québec et la Ville de Sorel-Tracy ont également été visées par certaines recommandations du coroner.

Traumatisme mortel avec un but de soccer

Un adolescent de quatorze ans, Shane Diabo, est mortellement blessé lorsque le but de soccer, à la barre transversale duquel il se suspendait, est tombé, le heurtant violemment à la tête. La victime était en sortie scolaire au parc Loyola, situé tout près de l'école, pour jouer une partie de soccer. Cette activité se déroulait à l'intérieur des cours d'éducation physique.

Cet accident est attribuable à une défectuosité du but de soccer. En effet, sa base arrière était dessoudée, et deux employés municipaux étaient au courant de cette situation. De plus, le but n'était pas ancré au sol, contrairement à la politique de la Ville de Montréal. L'absence de cohésion dans les divers arrondissements de la ville quant à l'achat et à l'entretien des équipements sportifs des divers parcs municipaux a également été mise en relief. Plus encore, la répartition des pouvoirs entre la Ville et les arrondissements a créé de nouveaux paliers administratifs qui, dans le domaine de la sécurité des utilisateurs d'équipements sportifs des parcs municipaux ne procureront aucun avantage aux contribuables. La Ville de Montréal a créé 28 classes de citoyens qui n'auront pas tous droit à la même sécurité des équipements sportifs des parcs municipaux. De plus, la Ville a réduit à un simple rôle de consultant les experts du Service des parcs, et ces derniers n'ont aucun pouvoir décisionnel.

L'enquête a permis, entre autres, de formuler cinq recommandations à la Ville de Montréal, liées principalement au contrôle plus accru de l'entretien des équipements sportifs.

Intoxication dans des centres privés d'aide et d'hébergement aux personnes toxicomanes

Il s'agit d'une enquête publique portant sur deux décès par intoxication, l'une à la méthadone et l'autre à l'héroïne. Les deux victimes étaient respectivement, à ce moment, dans un centre privé offrant des services avec hébergement aux personnes toxicomanes.

Le premier décès est survenu au Camp de l'Armée du Salut situé à Saint-Hippolyte, à l'occasion des activités de l'Ancrage également sous la responsabilité de l'Armée du Salut de Montréal. L'Ancrage se présente comme un programme de l'Armée du Salut destiné à la réhabilitation des personnes toxicomanes. C'est en début de nuit que l'homme s'est rendu au réfrigérateur du camp, pour absorber une dose de méthadone destinée à un autre résident.

Le deuxième décès est survenu au Centre Détox situé sur la rue Charlemagne à Montréal. Il offre des services de désintoxication et de sevrage. Son cochambre, à la suite d'une sortie libre, a rapporté une dose d'héroïne à la victime.

Six recommandations concernant la méthadone ont été formulées. Deux concernant l'orientation et l'évaluation d'une personne toxicomane lorsque judiciarisée, quatre concernant l'encadrement à fournir aux personnes toxicomanes lorsqu'elles sont hébergées dans un centre privé ou communautaire, sept concernant le Cadre normatif (normes de qualité développées au Québec) et quatre concernant l'héroïne alors que la victime était en centre privé. Ces recommandations ont été formulées aux organismes suivants :

Centre Détox;
 FOBAST;
 Association des intervenants en toxicomanie;
 Comité permanent de lutte à la toxicomanie;
 Toutes les régies régionales du Québec;
 FQCROPAT;
 Centre Dollard-Cormier;
 Armée du Salut;
 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;
 Ordre des pharmaciens du Québec;
 Collège des médecins du Québec;
 Ministère de la Santé et des Services sociaux;
 Ministère de la Sécurité publique;
 Ministère de la Justice.

Décès d'un jeune enfant à la suite d'une chirurgie

Un enfant de trois ans, Carl Jean, décède des suites d'une hémorragie lente, douze heures après avoir subi une amygdalectomie et une adénoïdectomie, à la Cité de la santé de Laval.

L'opération s'est bien déroulée et, après un court passage à la salle de réveil, l'enfant est conduit à sa chambre de l'unité de chirurgie d'un jour, où ses parents l'attendent. À son arrivée, vers 12 h 10, l'enfant est agité et pleure, mais il se calme rapidement dans les bras de sa mère. Le père est très anxieux, car du sang rouge clair s'écoule du nez de l'enfant. Un peu plus tard, le père, paniqué, se rend au poste chercher une infirmière, se plaignant que l'enfant saigne beaucoup et qu'on ne fait rien pour remédier à la situation. L'infirmière se rend au chevet de l'enfant et constate que ce dernier pleure, que son nez suinte et que l'état général du patient semble bon. Elle demande aux parents de le calmer pour que les saignements cessent. Deux heures après la chirurgie, les notes au dossier indiquent que le petit marche de façon stable sans aucun vertige. Aucun médecin n'est venu voir l'enfant avant leur départ, malgré les demandes répétées des parents. Vers 16 h 10, ils quittent l'hôpital avec l'enfant après avoir reçu les consignes d'usage sur la surveillance à exercer et sur la façon de l'alimenter. Le saignement est quasiment arrêté et les parents reprennent confiance.

Dès leur arrivée à la maison, la mère installe le petit, la tête soulevée par des oreillers, comme on le lui avait suggéré. Il est éveillé, non agité et saigne un peu. Les parents ne s'inquiètent pas, car le saignement n'est pas continu. L'enfant veut se lever, mais il vacille. Le père veut le prendre, mais l'enfant s'énervé et le mord. Il boit quelques gorgées d'eau. Vers 20 h, l'enfant vomit en jet du sang rouge clair avec quelques gros caillots plus foncés. La mère appelle immédiatement à l'hôpital, au numéro indiqué sur la brochure qu'on lui avait remise. On l'informe que personne ne peut lui répondre et qu'elle doit plutôt s'adresser à Info-Santé, ce qu'elle fait tout de suite.

Les parents expliquent à l'infirmière d'Info-Santé que l'enfant vient de vomir du sang rouge clair, qu'il est faible et qu'il ne peut pas se tenir debout. Elle demande s'il y a un saignement actif provenant de la gorge et le père répond négativement. Elle leur dit de monter la tête de lit, de bien hydrater l'enfant et précise que, si les saignements recommençaient et que son état se détériorait, ils devraient se présenter à l'urgence. Un peu plus tard, le petit vomit de nouveau. Puisque ce n'est pas du sang rouge clair comme le premier vomissement, les parents ne s'inquiètent pas trop. Ils ne pensent pas à rappeler Info-Santé ou à se rendre à l'hôpital. Vers 3 h 30, l'enfant est trouvé sans vie dans son lit.

À la suite de cette enquête, le coroner a formulé huit recommandations à la Cité de la Santé de Laval. Quant à Info-Santé et au CLSC du Marigot, ils ont donné suite aux quatre recommandations qui les concernaient.

La somnolence au volant

Une femme de 67 ans, Mme Hélène Pinsonnault, est heurtée mortellement par un véhicule automobile, alors qu'elle attendait l'autobus sur le trottoir de la rue Sauvé à Montréal.

Un manque de sommeil est à l'origine de l'hypovigilance du jeune conducteur de dix-huit ans. Occupant deux emplois, un de soir et l'autre dès 6 h le matin, il n'avait dormi que quelques heures la nuit précédant l'accident. Il était clairement en déficit de sommeil depuis plusieurs jours, puisqu'il occupait cet emploi du matin depuis quinze jours et ne se couchait jamais avant minuit. Son organisme avait besoin de repos et c'est alors qu'est survenu cet épisode de microsommeil aux conséquences tragiques.

La somnolence au volant est un problème mal connu auquel les autorités responsables de la sécurité routière devront s'attaquer. Plusieurs études récentes ont mis en évidence une surexposition des 18 à 25 ans à l'hypovigilance. Le sujet mérite attention. La Société de l'assurance automobile du Québec, entre autres, doit s'assurer de faire comprendre aux conducteurs que la fatigue affaiblit leurs facultés et que quiconque ne devrait prendre le volant s'il est en dette de sommeil, quelle qu'en soit la cause.

À la suite de cette enquête, deux recommandations ont été formulées à la SAAQ pour recueillir des données sur la somnolence au volant et sur les moyens de la contrer et pour intégrer l'hypovigilance à ses programmes de sensibilisation du public à la sécurité routière.

Mort naturelle (traitement palliatif)

Une enquête s'est tenue afin d'établir les causes médicales et de clarifier les circonstances du décès d'une femme de 54 ans, Mme Francine Brogan, à la Villa de la Rivière-Bleue, un centre hospitalier de soins de longue durée, afin de déterminer également si cette mort aurait pu être évitée.

Selon l'enquête, la qualité des soins prodigués n'est pas en cause. La femme est décédée d'un cancer du poumon. Ce cancer, qui a proliféré et a donné naissance à des métastases, notamment dans la tête et aux surrénales, n'a jamais pu être détecté lorsqu'elle était vivante. Seule l'autopsie a permis de mettre en évidence cette maladie.

Le coroner a conclu que, puisque Mme Brogan était atteinte d'une telle affection, ses chances de guérison étaient nulles et que, malheureusement, son décès n'aurait pu être évité. Elle a donc reçu des soins palliatifs pour sa maladie.

Selon le coroner, aucune action ne pourrait être entreprise afin de mieux protéger la vie humaine. Le coroner a recommandé au réseau de la santé du Témiscouata de poursuivre le travail amorcé pour les soins palliatifs.

Intoxication à l'alcool

Un jeune homme de dix-huit ans, Alexandre Vaillancourt, décède d'une intoxication alcoolique quelques heures après avoir participé à une activité de consommation rapide d'alcool " calage " au pub L'autre Zone, à Québec.

Compte tenu de son état d'ivresse, la victime devait être raccompagnée à son domicile en taxi environ 45 minutes après la fin de l'activité. Le chauffeur de taxi et l'amie qui l'accompagnait l'ont laissé assis dans les marches de l'escalier intérieur de son logement, endroit chauffé, en pensant que le temps le dégriserait un peu et qu'il pourrait monter à son appartement un peu plus tard. Assis dans les marches, les jambes allongées vers le bas, l'homme respirait de plus en plus lentement, sa tension a chuté peu à peu et il a perdu conscience. Il est décédé dans cette position.

Selon le coroner, il faut intervenir afin d'éviter la tenue d'activités de consommation rapide d'alcool dans un bar et accroître le niveau de connaissance des intervenants du milieu. En plus de documenter cette situation, davantage connue aux États-Unis, il y aurait lieu de faire des campagnes de sensibilisation et d'éducation auprès des jeunes et de la population concernant la toxicité de l'alcool.

Finalement, compte tenu que l'industrie du taxi a un rôle prépondérant lorsqu'il s'agit de raccompagner une personne intoxiquée par l'alcool à son domicile, les instances concernées devront veiller à accroître le niveau de connaissance des propriétaires et des conducteurs de taxi en leur fournissant des outils adaptés.

En tout, 24 recommandations ont été formulées aux organismes suivants :

Régie des alcools, des courses et des jeux du Québec;
Ministère de la Sécurité publique;
Service de police de la Ville de Québec;
Corporation des propriétaires de bars, brasseries et tavernes du Québec;
Compagnie 9075-7154 Québec inc. (Pub L'autre Zone);
Éduc'alcool;
Ministère de la Santé et des Services sociaux;
Association professionnelle des propriétaires de taxi;
Forum des intervenants de l'industrie du taxi;
Ministère des Transports;
Taxi Québec.

Narcomane décédé d'hypothermie

Enquête publique portant sur le décès de Yvan Sargent, 50 ans, retrouvé sans vie au pied de l'escalier extérieur de sa résidence de Saint-Calixte le 12 janvier 2000, par des policiers venus l'arrêter pour des actes de violence familiale s'étant produit le 17 décembre 1999. Le rapport d'autopsie conclut que l'hypothermie est la cause probable de décès.

La victime était connue pour une dépendance aux narcotiques qui soulageaient une douleur chronique. Il collaborait peu aux traitements médicaux. Durant la période du 17 décembre 1999 au 12 janvier 2000, plusieurs interventions policières et hospitalières ont été faites auprès de la victime. Des demandes d'évaluation sociale faites par les médecins n'ont pas pu être menées à terme à l'établissement hospitalier, en raison des vacances des fêtes et parce qu'elle avait quitté l'établissement.

L'homme a eu recours à plusieurs services. Il s'est souvent retrouvé assis entre deux chaises, faute d'interaction entre les services. Il refusait de collaborer lorsqu'il était question de sa narcodépendance.

Des recommandations ont été formulées au ministère de la Santé et des Services sociaux et au Service social du Centre hospitalier régional de Lanaudière à l'effet d'encadrer davantage les interventions auprès d'usagers qui ont développé une dépendance problématique aux narcotiques ou aux médicaments.

■ Le bilan des enquêtes en cours

Nom/Prénom N°Dossier Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Vinson, Gilbert Viaduc du souvenir, autoroute des Laurentides – Laval (2000-06-18)	2000-07-10	Me Gilles Perron	Laval
Snow, Francis Asphyxie par lien mécanique au cou (2001-02-09)	2001-03-01	Me Luc Malouin	
Pelletier, Gabriel Noyade – piscine publique (2001-10-20)	2002-05-29	Me Catherine Rudel- Tessier	Laval
St-Amant, Éliane Suicide (2000-11-08)	2002-05-29	Me Andrée Kronström	Val d'Or
Adam, Alexandre Escalade – lors de la formation (2001-06-09)	2002-06-03	Me Catherine Rudel- Tessier	Granby
Veillette, Jacques Poirier, Lucie Escalade Cap-Trinité (2002-08-04)	2002-08-14	Me Catherine Rudel- Tessier	
Lalo, Terry Happé par auto police (2002-04-16)	2002-06-26	Me Catherine Rudel- Tessier	Sept-Îles
Yu, Stéphanie Noyade – Lady Duck (2002-06-23) Yu, Tiffany Noyade – Lady Duck (2002-06-23) Wong, Doris Noyade – Lady Duck (2002-06-23) Fallum, Marielle Noyade – Lady Duck (2002-06-23)	2002-06-29	Me Catherine Rudel- Tessier	Rivière-des- Outaouais
Bernier, Raphaël Noyade – Canot sur la rivière – 4 ans (2002-07-24)	2002-08-28	Me Andrée Kronström	Carleton et Québec
Cournoyer, Serge (Noyade – Plongée sous-marine – Empress of Ireland) (2002-08-04)	2002-09-18	Me Andrée Kronström	Rimouski

Nom/Prénom N°Dossier Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Labrecque, Sarah (Heurtée par une automobile – Conducteur âgé) (2002-02-04)	2002-09-23	Me Andrée Kronström	Saint-Joseph- de- Beauce
Demers, Claire (CHSLD Jacques Viger – Système Anti-fugue) (2002-03-12)	2002-10-09	Me Catherine Rudel- Tessier	Laval
Murphy, Irène (Personne âgée – Foyer d'hébergement – Fauteuil roulant) (2002-03-13)	2002-10-09	Me Catherine Rudel- Tessier	
Therrien, Serge (Prisonnier en milieu hospitalier – Soins palliatifs) (2002-12-30)	2002-10-25	Me Luc Malouin	
Bolduc, Gisèle (Personne âgée – Foyer d'hébergement – Alzheimer – Chute) (2002-04-14)	2002-11-05	Me Catherine Rudel- Tessier	Saint-Joseph- de-Beauce
Lefebvre, Lucia (Personne âgée – Foyer d'hébergement – Brûlures) (2002-05-16)	2002-11-11	Me Catherine Rudel Tessier	
Emond, Jean Intoxication (Décès au Centre d'hébergement Champlain) (2002-02-22)	2002-11-21	Me Andrée Kronström	
Leduc, Denise (Trouvée morte à l'extérieur de l'Hôpital du Haut- Richelieu) (2002-01-10)	2002-11-28	Me Luc Malouin	
Gaudet, Christopher (Électrocution Décès à Joliette) (2002-08-16)	2002-11-28	Me Andrée Kronström	
Tremblay, Sébastien (Poursuite policière Décès route 132 à Matane) (2002-11-09)	2002-12-12	Me Andrée Kronström	Matane
Gervais, Annie (Accident boul. Pie IX Montréal) (2002-06-12)	2002-12-16	Me Luc Malouin	
Jean-Berthony, Charles (Accident boul. Pie IX Montréal) (2001-10-23)			

Nom/Prénom N°Dossier Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Harting, Hassan (Noyade à la base de plein air Saint-Polycarpe) (2002-07-25)	2002-12-23	Me Louise Nolet	Saint-Polycarpe
Pall, Alexandre Pall, Vixy (Incendie à Saint-Boniface de Shawinigan) (2002-12-29)	2003-01-13	Me Cyrille Delage	Saint-Boniface Shawinigan
Guay Pierre-Étienne (Accident de ski) (2003-03-22)	2003-04-09	Me Louise Nolet	
Couture, Yannick Chute planche à neige Centre de ski Mont Joye Hatley (2003-02-15)	2003-03-10		
Gagnon, Shirley (Décès à l'Hôpital Saint-Georges-de-Beauce) (2002-12-20)	2003-04-22	Me Louise Nolet	
Bergeron, Jean-François (Polytraumatisme Crânien) (2003-04-09)	2003-05-20	Me Catherine Rudel- Tessier	
Petitclerc, Micheline (Étranglée par contention Centre d'accueil Saint-Hippolyte) (2002-09-19)	2003-05-15	Me Luc Malouin	

■ LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

Le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Cet aspect de son travail constitue l'une des grandes responsabilités qui lui sont confiées : tout mettre en œuvre pour réduire le nombre de décès évitables.

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

L'article 98 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit que le coroner en chef peut transmettre les recommandations, s'il le juge approprié, à toute personne ou association et à tout ministère ou organisme concernés.

En 2002, 187 rapports contenant des recommandations ont été acheminés pour suivi. La majorité de ces rapports avec recommandations visaient la prévention de décès accidentels, que ce soit des accidents de transport, des accidents de travail ou d'autres types d'accidents. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel n'intègre pas la liste des recommandations, car elle était trop longue pour y figurer. Cependant, le Bureau du coroner publie annuellement le Répertoire des recommandations des coroners, qui est mis à la disposition de toute personne qui en fait la demande ainsi que dans le site Internet du Bureau du coroner. Ce répertoire renseigne sur les recommandations transmises pour suivi selon le type d'événement auquel elles se rattachent, ainsi que l'illustre le tableau suivant.

Répartition des rapports de coroners transmis en 2002 contenant des recommandations, selon la catégorie de décès

Catégorie de décès	Total	%
Décès naturel	25	11,4
Accident	149	68,0
– de transport routier	80	36,5
– de travail	18	8,2
– autres	51	23,3
Suicide	40	18,3
Homicide	1	0,5
Décès indéterminé	4	1,8
Total	219	100,0

Comme chaque année, les recommandations formulées en 2002 visent divers champs d'intervention, dont l'environnement, les comportements humains et la législation. Au point de vue de l'environnement, le coroner suggère des modifications pour rendre les lieux concernés plus sécuritaires. Lorsque les comportements humains sont visés, les moyens proposés passent par la sensibilisation, la formation ou la surveillance. Dans certains cas, le coroner recommande plutôt des modifications à la législation.

Enfin, ces recommandations n'ont pas force de loi, mais de façon générale, elles sont considérées sérieusement par les organismes visés.

PARTIE 2 : BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC DE 1991 À 2001

■ Classification statistique des décès ayant fait l'objet d'une investigation ou d'une enquête du coroner

Un aspect important du travail des coroners consiste à documenter les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents en vue de les classer selon les règles de la Classification internationale des maladies et des blessures. Cette classification est particulièrement utile pour comparer la mortalité québécoise aux réalités observées ailleurs au Canada et ailleurs.

La classification statistique des décès est fondée sur quelques définitions de base. Tout d'abord, les décès sont répartis en deux grandes catégories : les décès naturels et les décès violents par traumatisme.

Le décès naturel : Décès survenant à la suite d'une maladie ou du processus naturel du vieillissement. La majorité (94 %) des décès qui surviennent au Québec appartiennent à cette catégorie. Généralement, le coroner n'a pas à intervenir, sauf dans quatre situations précises : lorsque les causes médicales ne peuvent être établies; lorsque le décès survient dans certains lieux définis par la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès; lorsque l'identité de la personne décédée est inconnue; lorsque le décès survient dans des circonstances obscures.

Les décès naturels représentent le tiers des décès investigués par les coroners. Ces décès ne font toutefois pas l'objet d'analyse statistique particulière par le Bureau du coroner en raison du peu de représentativité de ceux-ci par rapport à l'ensemble de la mortalité naturelle au Québec.

Le décès violent ou par traumatisme : Décès consécutif à un traumatisme extérieur causant des blessures ou à l'absence d'un élément essentiel à la vie tel l'oxygène ou la chaleur. Il s'agit en fait d'un décès dans lequel un événement soudain provoque la mort, soit par accident, par suicide ou par homicide. Ces décès doivent obligatoirement être soumis aux coroners.

- Le décès accidentel : décès à la suite d'un traumatisme non intentionnel.
- Le suicide : décès à la suite d'un traumatisme qu'une personne s'inflige elle-même, avec l'intention de se donner la mort.

- L'homicide : décès à la suite d'un traumatisme infligé par une autre personne, avec l'intention de blesser ou de tuer.
- Le décès indéterminé : décès à la suite d'un traumatisme dont l'intention demeure indéterminée.

Puisque le concept de «décès par traumatisme» est bien connu et bien compris en santé publique, nous utiliserons cette expression plutôt que «décès violent».

■ Estimation des données dans le cas de rapports non déposés

Il arrive que certains rapports de coroner prennent plusieurs mois avant d'être déposés au Bureau du coroner, notamment en raison de la complexité des causes et des circonstances du décès, des délais à l'intérieur desquels le coroner obtient les rapports d'autopsie, de toxicologie et de police, etc. Ces délais sont une préoccupation constante pour le Bureau du coroner, entre autres parce qu'ils compromettent l'exhaustivité des bilans statistiques. En effet, seule l'information contenue dans le rapport final du coroner a une valeur officielle.

Dans le cas d'un rapport non déposé, le Bureau du coroner est toutefois informé des causes et circonstances probables du décès faisant l'objet de l'investigation. Dès la prise en charge d'un décès par un coroner, ce dernier fait parvenir un formulaire au coroner en chef dans lequel il précise les raisons justifiant son intervention. Bien que cette information soit préliminaire et sujette à changement, il s'agit de bonnes évaluations de la réalité. Dans les faits, l'inclusion des données préliminaires produit des statistiques annuelles plus valides et plus réalistes que leur exclusion. C'est pourquoi le Bureau du coroner incorpore maintenant cette information préliminaire à ses bilans lorsque c'est possible et que la catégorie «à déterminer» a été ajoutée aux tableaux statistiques.

Compte tenu de cette façon de faire, les chiffres pourront varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. Ainsi, l'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est disponible, peu importe l'année du décès. La section qui suit permet de mesurer l'incidence de ces imputations pour 2000 et 2001.

■ État des rapports en 2000, au 8 mai 2003

4 206 décès soumis aux coroners
4 018 (95 %) rapports déposés
188 (5 %) rapports à venir

Parmi les 188 décès dont le rapport est à venir, 142 seraient des décès par traumatisme selon l'information préliminaire disponible.

■ État des rapports en 2001, au 8 mai 2003

4 031 décès soumis aux coroners
3 587 (89 %) rapports déposés
444 (11 %) rapports à venir

Parmi les 444 décès dont le rapport est à venir, 337 seraient des décès par traumatisme selon l'information préliminaire disponible. Dans le portrait statistique qui suit, nous aborderons la projection pour 2001 étant donné que les données relatives à plus de 5 % des décès sont préliminaires.

■ Registre du Bureau du coroner

Depuis 1990, le Bureau du coroner tient le registre des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Nous présentons dans les pages qui suivent le portrait évolutif de ces décès sur une période de plus de dix ans. L'objectif premier n'est pas d'interpréter les décès, mais de présenter l'information contenue dans les rapports des coroners avec rigueur et de fournir ainsi une représentation la plus fidèle possible des décès par traumatisme sur son territoire. La diffusion de données fiables sur l'ampleur des problèmes favorise la mobilisation et la prise de décision quant aux interventions préventives appropriées.

Pour les fins du bilan nous avons regroupé les causes de décès selon les critères habituels des chercheurs. Toutefois, le registre de données du Bureau du coroner permet d'étudier des phénomènes particuliers. Enfin, des données plus précises peuvent être obtenues auprès du Bureau du coroner.

La grille de classification des décès

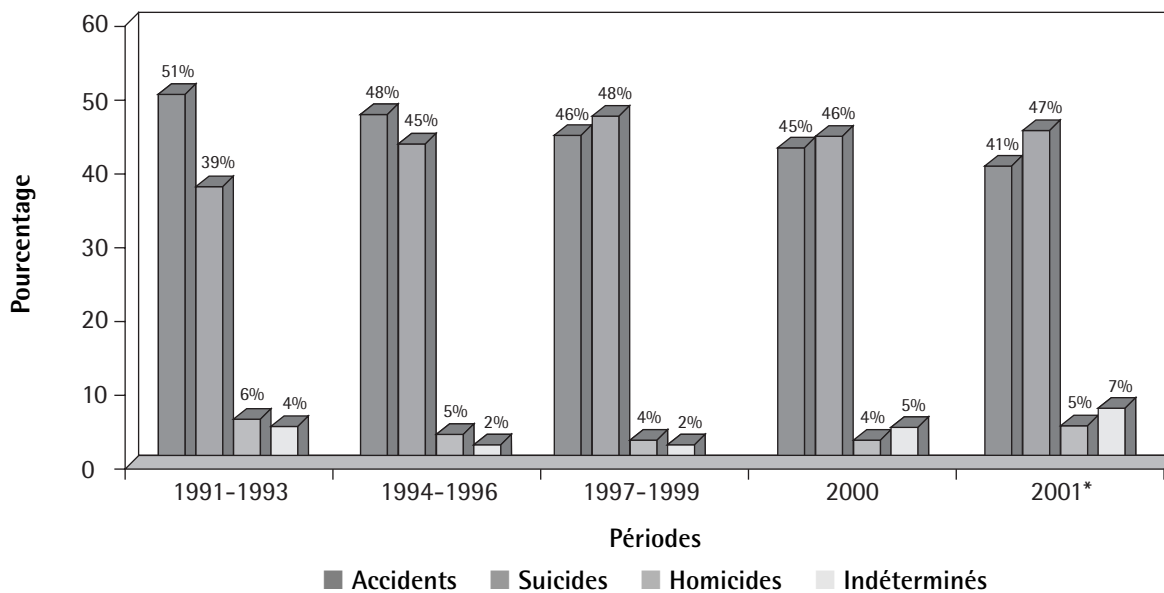
Le Bureau du coroner utilise une grille de classification qui lui est propre, bien qu'elle s'inspire beaucoup de la Classification internationale des maladies, 9e révision.

■ Annexes

Les tableaux selon l'âge, le sexe et la région de résidence de la victime figurent en annexe.

■ LES DÉCÈS PAR TRAUMATISMES

La répartition des décès par traumatisme au cours de la dernière décennie



* Données préliminaires

Nombre annuel moyen de décès par traumatisme

TYPE DE DÉCÈS	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	DONNÉES PRÉLIMINAIRES 2001
Accidents	1 624	1 512	1 401	1 338	1 178
Suicides	1 247	1 427	1 454	1 362	1 344
Homicides	175	145	129	140	132
Indéterminés	133	83	67	149	188
TOTAL	3 179	3 167	3 051	2 989	2 842

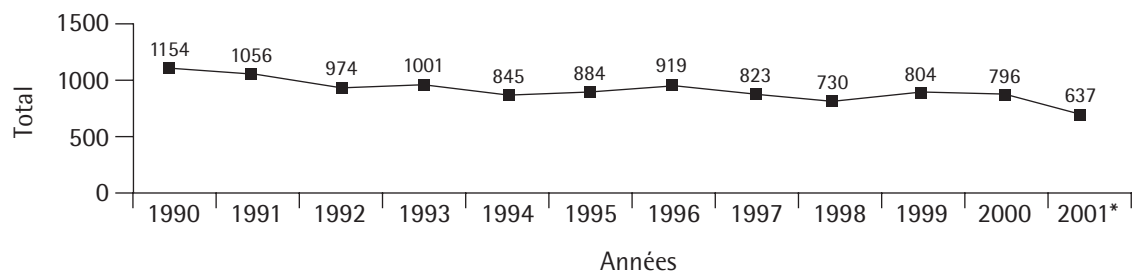
On remarque la proportion prépondérante qu'occupe le suicide, et la diminution relative des décès accidentels au fil des ans.

■ LES DÉCÈS ACCIDENTELS

Les décès accidentels se divisent en deux grands groupes : ceux qui sont liés aux transports terrestres et les autres décès accidentels.

Les décès accidentels liés aux transports terrestres

Font partie de cette catégorie tous les décès liés à un moyen de transport terrestre dont les transports ferroviaires, que l'accident se soit produit sur la voie publique ou hors de celle-ci.



* Données préliminaires

Nombre annuel moyen

DÉCÈS LIÉS AUX TRANSPORTS TERRESTRES	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	% VARIATION 2000 / 1997-1999	DONNÉES PRÉLIMINAIRES 2001
Conducteur VM ¹	472	403	357	352	- 1,4	294
Passager VM1	232	194	173	176	1,7	100
Piéton	151	146	119	113	- 5,0	92
Motocycliste	69	56	58	70	20,7	40
Cycliste	37	35	27	26	- 3,7	27
Motoneigiste	28	28	30	24	- 20,0	22
Occupant d'un Quad ²	15	17	19	23	21,1	29
Autres routiers	7	4	3	1	- 66,7	3
À déterminer	----	----	----	11	----	30
TOTAL	1 011	883	786	796	1,3	637

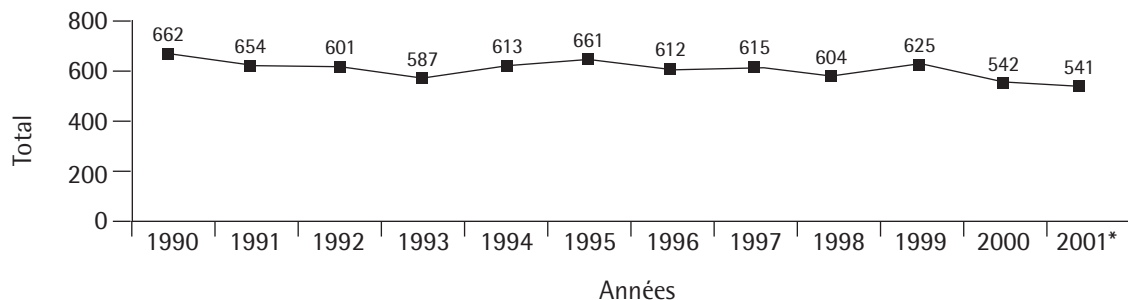
1. Véhicule à moteur.

2. Inclut les véhicules à trois roues.

Depuis 1991, on note une baisse progressive des décès liés aux transports terrestres, et cette tendance semble se confirmer car, bien que le nombre observé en 2000 soit comparable à la moyenne des trois années antérieures, le bilan pour 2001 sera de toute évidence inférieur à 700. Malgré l'amélioration du bilan routier dans son ensemble, certains problèmes demeurent préoccupants et ne présentent pas ce profil à la baisse. C'est le cas des décès de motocyclistes, de motoneigistes et d'utilisateurs de Quad.

■ LES AUTRES DÉCÈS ACCIDENTELS

Font partie de cette catégorie tous les autres décès par traumatismes non intentionnels.



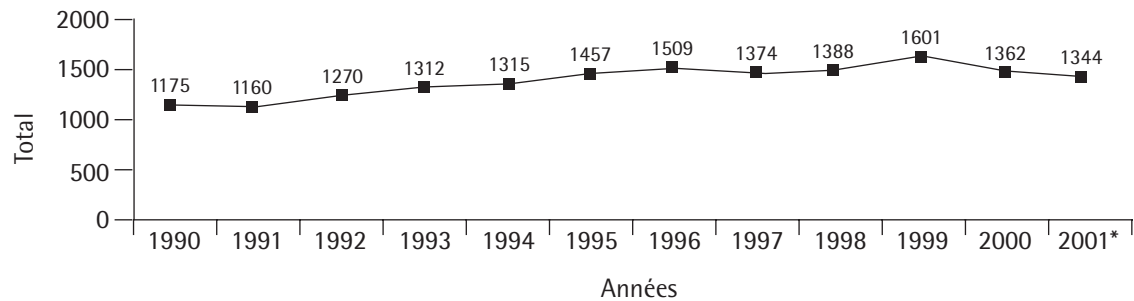
* Données préliminaires

Nombre annuel moyen

AUTRES DÉCÈS ACCIDENTELS	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	% 2000 / 1997-1999	DONNÉES PRÉLIMINAIRES 2001
Chute	104	110	118	115	- 2,5	120
Intoxication	113	112	114	100	- 12,3	94
Noyade	101	111	99	64	- 35,4	64
Strangulation/suffocation	74	76	62	68	9,7	46
Provoqué par le feu	71	69	61	46	- 24,6	48
Causé par une machine	35	39	31	38	22,6	27
Choc accidentel	20	19	24	27	12,5	31
Agents physiques naturels	20	22	26	17	- 34,6	19
Aérien	18	17	27	14	- 48,1	12
Électrocution	13	13	6	6	0,0	5
Explosion	10	8	12	10	- 16,7	2
Arme à feu	10	6	7	3	- 57,1	7
Accident médical	7	9	6	2	- 66,7	4
Accident de bateau	7	6	4	1	- 75,0	1
Autres accidents	12	12	18	13	- 27,8	9
À déterminer	----	----	----	18	---	52
TOTAL	615	629	615	542	- 11,9	541

On observe une diminution de 12 % des décès accidentels en 2000 et 2001, comparativement aux moyennes antérieures. Ce sont surtout les noyades et les décès provoqués par le feu qui contribuent à cette baisse.

■ Les suicides



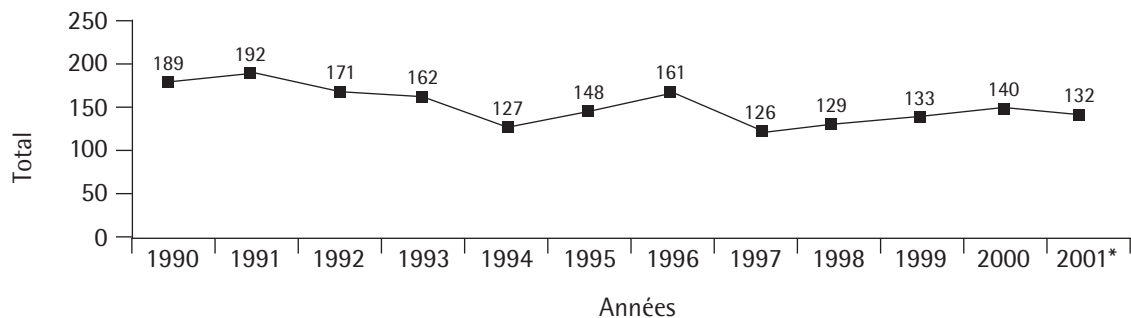
*Données préliminaires

Nombre annuel moyen

SUICIDES	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	% 2000 / 1997- 1999	DONNÉES PRÉLIMINAIRES 2001
Pendaison	456	599	694	707	1,9	605
Arme à feu	299	290	278	215	- 22,7	194
Intoxication CO	152	164	124	91	- 26,6	107
Autres Intoxications	136	141	141	123	- 12,8	149
Chute	68	82	63	45	- 28,6	48
Noyade	50	43	58	31	- 46,6	28
Moyen de transport	25	45	35	36	2,9	39
Arme blanche	19	22	18	15	- 16,7	22
Suffocation	23	23	18	15	- 16,7	16
Par le feu	11	11	14	14	0,0	9
Autres moyens	9	7	12	9	- 25,0	10
À déterminer	----	----	----	61	----	117
TOTAL	1 248	1 427	1 455	1 362	- 6,3	1 344

Après le sommet enregistré en 1999, le nombre des suicides est revenu à son niveau de 1997 et de 1998. Par ailleurs, il s'agit d'une situation imprévisible dans la mesure où les efforts de prévention consacrés ne se traduisent pas encore par une diminution marquée du phénomène. Toutefois, certains efforts semblent porter fruits. En effet, le cas des suicides par arme à feu ainsi que ceux par intoxication à l'oxyde de carbone affichent une baisse depuis quelques années. En revanche, les cas de pendaison augmentent de manière considérable et inquiétante.

■ Les homicides



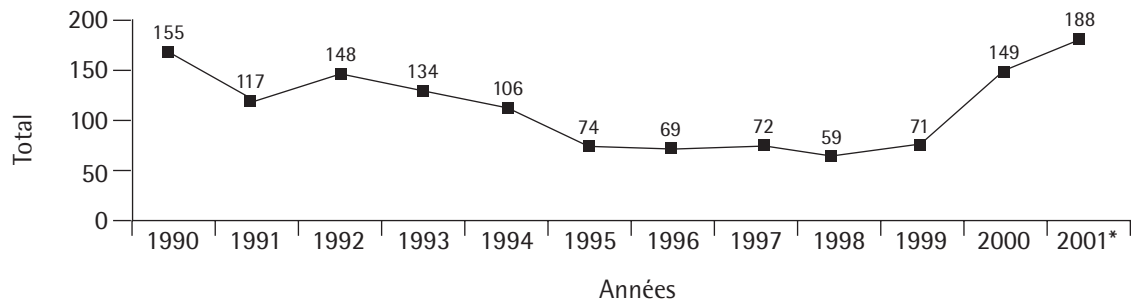
*Données préliminaires

Nombre annuel moyen

HOMICIDES	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	% 2000 / 1997- 1999	DONNÉES PRÉLIMINAIRES 2001
Arme à feu	87	59	60	68	13,3	50
Objet tranchant	40	38	32	24	- 25,0	26
Autres homicides	48	48	37	38	2,7	40
À déterminer	----	----	----	10	----	16
TOTAL	175	145	129	140	8,5	132

Entre 1991 et 1999 le nombre des homicides au Québec a diminué de 25 % en moyenne.

■ Les décès indéterminés



*Données préliminaires

Nombre annuel moyen

INDÉTERMINÉS	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	% 2000 / 1997- 1999	DONNÉES PRÉLIMINAIRES 2001
Traumatisme indéterminé	133	83	67	109	----	88
À déterminer	----	----	----	40	----	100
TOTAL	133	83	67	149	122,4	188

De 1990 à 1999 inclusivement, on remarquait une diminution progressive du nombre des décès classés dans cette catégorie à la suite des investigations des coroners. Les raisons expliquant cette tendance ne sont cependant pas claires. Par ailleurs, la tendance sera à la hausse en 2000 et 2001, étant donné que plus d'une centaine de décès demeureront indéterminés. Toutefois, plusieurs décès appartenant à la catégorie " À déterminer " verront leurs causes et circonstances bien établies une fois l'investigation terminée. Ils seront alors ventilés au sein des accidents, des suicides ou des homicides.

Les annexes
section 3

Bureau du Coroner

■ ANNEXE 1 : LES STATISTIQUES SUPPLÉMENTAIRES

LES DÉCÈS ACCIDENTELS RELIÉS AUX TRANSPORTS TERRESTRES SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA RÉGION AU QUÉBEC

ÂGE	Nombre annuel moyen				
	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	2001 ¹
0-9 ans	43	44	27	29	18
10-19	139	143	120	131	87
20-29	251	177	165	175	135
30-39	176	137	118	103	100
40-49	130	105	104	121	83
50-59	77	82	70	81	68
60-69	87	86	66	62	64
70 et +	107	108	115	93	80
TOTAL	1 010	882	785	795	635
SEXE					
F	307	259	253	235	168
M	703	623	533	560	467
TOTAL	1 010	882	786	795	635
RÉGION DE RÉSIDENCE					
Hors Québec	31	30	27	31	38
01-Bas-Saint-Laurent	42	50	38	39	32
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	60	57	51	51	45
03-Capitale-Nationale	70	55	56	44	21
04-Mauricie	32	40	33	27	25
05-Estrie	49	48	40	36	30
06-Montréal	131	99	84	91	65
07-Outaouais	34	33	23	23	27
08-Abitibi-Témiscamingue	33	36	26	35	16
09-Côte-Nord	22	26	21	23	10
10-Nord-du-Québec	13	8	10	6	9
11-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	25	22	18	19	11
12-Chaudière-Appalaches	88	75	88	62	51
13-Laval	23	24	19	19	9
14-Lanaudière	63	52	45	48	47
15-Laurentides	64	54	33	49	43
16-Montérégie	178	128	122	152	114
17-Centre-du-Québec	52	46	52	40	42
TOTAL	1 010	883	786	795	635

1. Estimation basée sur les avis aux coroners dans une proportion de 11 %.

Note : Exclusion de certains décès en raison de valeurs manquantes.

LES AUTRES DÉCÈS ACCIDENTELS SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA RÉGION AU QUÉBEC

ÂGE	Nombre annuel moyen				
	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	2001 ¹
0-9 ans	43	40	36	24	20
10-19	44	40	38	26	26
20-29	94	73	67	59	58
30-39	110	118	104	90	92
40-49	80	105	110	93	91
50-59	78	77	79	97	77
60-69	68	68	69	64	62
70 et +	97	108	111	88	114
TOTAL	614	629	614	541	540
SEXE					
F	145	157	145	115	135
M	468	472	470	426	405
TOTAL	613	629	615	541	540
RÉGION DE RÉSIDENCE					
Hors Québec	12	19	23	21	20
01-Bas-Saint-Laurent	23	22	19	13	17
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	25	31	27	23	27
03-Capitale-Nationale	53	52	52	46	40
04-Mauricie	26	32	26	23	22
05-Estrie	20	23	24	21	25
06-Montréal	147	147	134	115	119
07-Outaouais	21	21	26	21	22
08-Abitibi-Témiscamingue	18	21	17	24	19
09-Côte-Nord	24	18	18	17	12
10-Nord-du-Québec	16	10	13	6	6
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madelaine	8	12	15	11	8
12-Chaudière-Appalaches	38	35	31	29	27
13-Laval	18	19	16	10	15
14-Lanaudière	23	33	28	28	31
15-Laurentides	33	34	29	40	24
16-Montérégie	86	85	96	81	85
17-Centre-du-Québec	21	15	22	12	21
TOTAL	612	629	615	541	540

1. Estimation basée sur les avis aux coroners dans une proportion de 11 %.

Note : Exclusion de certains décès en raison de valeurs manquantes.

LES SUICIDES SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA RÉGION AU QUÉBEC

ÂGE	Nombre annuel moyen				
	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000	2001 ¹
0-9 ans	0	0	0	0	0
10-19	99	123	115	95	82
20-29	261	257	242	216	212
30-39	319	362	327	289	274
40-49	251	316	365	364	365
50-59	153	188	202	205	234
60-69	95	100	107	105	94
70 et +	68	81	96	87	77
TOTAL	1 246	1 427	1 454	1 361	1 338
SEXE					
F	242	306	316	273	278
M	1005	1121	1138	1088	1060
TOTAL	1 247	1 427	1 454	1 361	1 338
RÉGION DE RÉSIDENCE					
Hors Québec	10	11	9	9	9
01-Bas-Saint-Laurent	34	44	60	46	42
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	53	68	62	51	55
03-Capitale-Nationale	120	154	160	151	154
04-Mauricie	53	61	62	64	71
05-Estrie	52	61	66	65	47
06-Montréal	267	282	277	261	239
07-Outaouais	54	58	65	50	58
08-Abitibi-Témiscamingue	44	45	44	36	46
09-Côte-Nord	20	30	25	25	28
10-Nord-du-Québec	15	10	14	23	14
11-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	15	19	16	24	11
12-Chaudière-Appalaches	87	100	106	91	86
13-Laval	42	60	46	42	51
14-Lanaudière	57	72	78	83	89
15-Laurentides	74	91	93	83	94
16-Montérégie	204	206	216	214	183
17-Centre-du-Québec	46	53	56	43	61
TOTAL	1 247	1 427	1 455	1 361	1 338

1. Estimation basée sur les avis aux coroners dans une proportion de 11 %.

Note : Exclusion de certains décès en raison de valeurs manquantes.

LES HOMICIDES SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LA RÉGION AU QUÉBEC

ÂGE	Nombre annuel moyen				
	1991-1993	PÉRIODES 1994-1996	1997-1999	2000	2001 ¹
0-9 ans	9	12	10	7	12
10-19	6	12	9	10	12
20-29	46	29	23	19	28
30-39	51	29	32	46	22
40-49	32	32	25	27	30
50-59	16	18	13	13	13
60-69	11	6	9	9	7
70 et +	5	6	8	8	8
TOTAL	176	144	129	139	132
SEXE					
F	44	46	38	37	36
M	131	99	92	102	96
TOTAL	175	145	130	139	132
RÉGION DE RÉSIDENCE					
Hors Québec	6	6	2	2	3
01-Bas-Saint-Laurent	4	4	1	1	4
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	3	2	2	5	1
03-Capitale-Nationale	12	12	12	11	6
04-Mauricie	3	6	3	5	4
05-Estrie	2	3	6	6	2
06-Montréal	74	53	44	56	53
07-Outaouais	5	6	5	2	3
08-Abitibi-Témiscamingue	2	2	4	4	4
09-Côte-Nord	1	1	2	2	0
10-Nord-du-Québec	1	2	1	0	3
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2	2	2	1	2
12-Chaudière-Appalaches	3	5	4	2	5
13-Laval	7	6	6	6	5
14-Lanaudière	11	5	7	4	14
15-Laurentides	11	8	8	12	8
16-Montérégie	24	18	19	17	11
17-Centre-du-Québec	4	4	1	3	4
TOTAL	175	145	129	139	132

1. Estimation basée sur les avis aux coroners dans une proportion de 11 %.

Note : Exclusion de certains décès en raison de valeurs manquantes.

■ ANNEXE 2 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès et ses règlements :

<ul style="list-style-type: none"> Code de déontologie des coroners R.R.Q., c. R-0.2, r.0.1 D. 557-90, 1990, 1383 	
<ul style="list-style-type: none"> Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommés coroners R.R.Q., c. R-0.2, r.1 	D. 2110-85, 1985, 6061
<ul style="list-style-type: none"> Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents R.R.Q., c. R-0.2, r.1.001 	D. 907-92, 1992, 4337 Modifié en partie par : D. 403-96, 1996, 2247 D. 436-2001, 2001, 2600
<ul style="list-style-type: none"> Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel R.R.Q., c. R-0.2, r.1.01 Modifié en partie par : 	D.1687-87, 1987, 6492 D. 1050-95,1995, 3791 D. 849-96, 1996, 4124 D. 841-2002, 2002, 4852
<ul style="list-style-type: none"> Règlement sur les sommes à rembourser aux coroners et aux coroners auxiliaires pour les dépenses faites ou engagées dans l'exercice de leurs fonctions R.R.Q., c. R-0.2, r.1.1 	D. 1657-87, 1987, 6367
<ul style="list-style-type: none"> Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la Loi sur les recherches des causes et des circonstances des décès R.R.Q., c. R-0.2, r.1.2 	D. 295-89, 1989, 1807 Modifié en partie par : D. 1417-91, 1991, 5880
<ul style="list-style-type: none"> Tarif sur les frais d'autopsies R.R.Q., c. R-0.2, r.2 	D.971-89, 1989, 3381
<ul style="list-style-type: none"> Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres R.R.Q., c.R-0.2, r.3 	D. 470-2001, 2001, 2874

■ ANNEXE 3 : LA LISTE DES CORONERS PAR RÉGIONS ADMINISTRATIVES

Turmel, Dr Serge, coroner en chef (Québec)

Bellemare, Me Danielle, coroner en chef adjointe (Est du Québec)

Vacant, coroner en chef adjoint (Ouest du Québec)

Régions	Coroners permanents	
	Investigateurs	Enquêteurs
03 - Capitale-Nationale	Couillard, Dr Bernard Nolet, Dre Louise	Bouliane, Me Marc-André Kronström, Me Andrée Morin, Me Pierre
06 - Montréal	David, Me Anne-Marie	Rudel-Tessier, Me Catherine
05 - Estrie	Dionne, Dr Paul G.	
14 - Lanaudière	Duchesne, Dr Line Michaud, Dr Roger C. Paquin, Dr Claude	
17 - Centre-du-Québec	Malouin, Me Luc	Malouin, Me Luc
	Coroners à temps partiel	
	Investigateurs	Enquêteurs
01 - Bas-Saint-Laurent	Dorval, Dr Jean-François Lévesque, Dr Gaétan Raymond, Dr Yves	
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	Bergeron, Dr André Bolduc, Dr Yves Côté, Me Mandoza Gagné, Dr Carol Miron, Dr Michel	
03 - Capitale-Nationale	Bédard, Dr Marc Brochu, Dr Pierre Carrier, Dr Pierre Naud, Dr Yvon Samson, Dr Pierre-Charles Turmel, Dr Yvan	Bérubé, Me Jacques Delâge, Me Cyrille
04 - Mauricie	Blais, Dr Jean-Pierre Charest, Me René Gauthier, Dr Raynald Martin, Dr Pierre Pinsonnault, Me Jean Trahan, Dr André-G. Lamothe, Me Bertrand	

Régions	Coroners à temps partiel	
	Investigateurs	Enquêteurs
05 - Estrie	Gagné, Dr Pierre Giguère, Me Robert	Giguère, Me Robert
06 - Montréal	Ayllon, Dr Rafaël Goupil, Dr Jean-Noël Labarias, Dr Jose-Luis Lambert, Dr Yves Tremblay, Dr Candide	Boudrias, Me Denis
07 - Outaouais	Bourassa, Dr Pierre Bourget, Dre Dominique Lachapelle, Me Joanne Morissette, Dr Guy Tremblay, Dr Gaston-A. Turgeon, Dr Robert	
08 - Abitibi-Témiscamingue	Aubry, Dr Sylvain Germain, Dr Hughes Gurekas, Dr Vydas Malenfant, Dr Claude Molloy, Dre Francine Provost, Me Jeannine	
09 - Côte-Nord	Lefrançois, Me Bernard Monger, M. Richmond Samson, Dr Arnaud	
10 - Nord-du-Québec	Létourneau, Dr Joël	
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Gauthier, Dr Gilles Lévesque, Dr Jean-Louis	
12 - Chaudière-Appalaches	Garneau, Me Gabriel Morin, Dr Raymond Picard, Dr Jean-Marc Toussaint, Dr Martin	Garneau, Me Gabriel
13 - Laval	Trudeau, Dr Michel Ferland, Me Michel	Ferland, Me Michel
15 - Laurentides	Ferland, Me Michel Fermini, Dr Richard Larocque, Dr Robert Paquette, Dr Jean-Lévy Talbot, Dr Linda	Ferland, Me Michel

Régions

Coroners à temps partiel

	Investigateurs	Enquêteurs
16 - Montérégie	Bélanger, Dr René-Maurice Brochu, Dr Jean Chalut, Dr Pierre Clément, Dr Marcel Cuillerier, Dr Jean-François Dandavino, Dr André-H. Laberge, Dr J. Roger Massé, Dr Michel	Perron, Me Gilles
17 - Centre-du-Québec	Bélisle, Me Pierre Proulx, Dr André	

■ ANNEXE 4 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès
(L.R.Q., c. R-0.2, a. 28 et 165)

**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* (L.R.Q., c. 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.
D. 557-90, a. 1.

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.
D. 557-90, a. 2.

3. Le coroner doit s'assurer que tout cadavre dont il a la garde et la possession soit traité avec dignité et respect.
D. 557-90, a. 3.

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.
D. 557-90, a. 4.

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.
D. 557-90, a. 5.

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.
D. 557-90, a. 6.

7. Le coroner ne doit pas s'immiscer dans une investigation ou une enquête du ressort d'un autre coroner.
D. 557-90, a. 7.

8. Les coroners doivent agir de façon courtoise entre eux et maintenir des relations empreintes de bonne foi.
D. 557-90, a. 8.

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.
D. 557-90, a. 9.

**SECTION II
DEVOIRS PARTICULIERS****1. Intégrité et dignité**

10. Le coroner doit exercer ses fonctions avec intégrité et dignité.
D. 557-90, a. 10.

11. Le coroner ne doit pas, dans l'exercice de ses fonctions, faire un usage immodéré de substances psychotropes, incluant l'alcool, ou de toute autre substance produisant des effets analogues.
D. 557-90, a. 11.

12. Le coroner doit dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
D. 557-90, a. 12.

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.
D. 557-90, a. 13.

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.
D. 557-90, a. 14.

2. Objectivité, rigueur et indépendance

15. Le coroner doit, de façon manifeste, faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
D. 557-90, a. 15.

16. Le coroner doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions de façon objective, rigoureuse et indépendante.
D. 557-90, a. 16.

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 droit en vertu de la loi; il doit refuser tout ce qui lui serait, malgré tout, offert ou en disposer de la façon prévue par la loi, le cas échéant.

D. 557-90, a. 17.

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 :

1° 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;

2° de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion se rapportant au décès;

3° 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.

D. 557-90, a. 18.

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.

D. 557-90, a. 19.

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.

D. 557-90, a. 20.

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.

D. 557-90, a. 21.

3. Disponibilité et diligence

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

D. 557-90, a. 22.

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.

D. 557-90, a. 23.

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.

D. 557-90, a. 24.

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.

D. 557-90, a. 25.

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.

D. 557-90, a. 26.

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

D. 557-90, a. 27.

4. Compétence et connaissances

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.

D. 557-90, a. 28

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

D. 557-90, a. 29.

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.

D. 557-90, a. 30.

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

D. 557-90, a. 31.

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.

D. 557-90, a. 32.

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.

D. 557-90, a. 33.

5. 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.

D. 557-90, a. 34.

35. Omis.

D. 557-90, a. 35.

D. 557-90, 1990 G.O. 2, 1383