

Rapport annuel de gestion
2003-2004

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) 643-6174

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

www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-43158-8
ISSN 0835-5258

© Gouvernement du Québec, 2004

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.

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 2004.

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 pour être adaptées 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 2003-2004; 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, novembre 2004

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 2004.

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 des activités des coroners.

Le rapport annuel du Bureau du coroner :

- décrit 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 satisfaite 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

M^e Danielle Bellemare

Québec, novembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 : LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

PARTIE 1 : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER	11
La mission	11
L'investigation et l'enquête	11
Les domaines d'activité	12
Les services offerts	12
Les clientèles	12
Les partenaires	13
L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE	14
L'organigramme	14
Le coroner en chef	15
Les communications	15
Le service de traitement des plaintes et des demandes d'annexes et l'éthique	15
Le coroner en chef adjoint de l'Est du Québec	15
La supervision des coroners investigateurs	15
Le Service à la clientèle	15
La prévention	16
La morgue publique de Québec	16
Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec	16
La supervision des coroners investigateurs	16
La supervision des coroners enquêteurs	17
Le secteur des affaires juridiques	17
La morgue publique de Montréal	17
La Direction de l'administration	17
La modernisation	17
Les ressources humaines	17
Les ressources financières et matérielles	17
Les ressources informationnelles	18
Les morgues privées et les transporteurs	18
Les archives	18
PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	19
LE CONTEXTE ET LES ENJEUX	19
Le contexte externe	19
Le contexte interne	19
Les enjeux	19
LE RAPPEL DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS	20
LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES	21
Orientation stratégique 1 : Améliorer les services aux citoyens	21
Orientation stratégique 2 : Améliorer la qualité de l'exercice de la fonction de coroner	24

LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS	.26
Un service courtois et personnalisé	.26
Un service disponible	.26
Un service rapide	.26
Un service accessible	.26
Un service à l'écoute	.26
Un service qui garantit la protection des renseignements personnels	.26
LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LOIS, POLITIQUES ET RÈGLEMENTS GOUVERNEMENTAUX	.27
L'accès à l'égalité en emploi	.27
L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels	.28
La politique linguistique	.28
L'éthique et la déontologie	.28
Le développement des ressources humaines	.28
Le programme d'aide aux personnes	.28
La santé et sécurité au travail	.29
La protection des non-fumeurs	.29
PARTIE 3 : BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	.30
LES RESSOURCES HUMAINES	.30
LES RESSOURCES FINANCIÈRES	.31

Section 2 : LE RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

LES INVESTIGATIONS	.33
Les décès signalés aux coroners	.33
Délai entre les signalements d'un décès et le rapport d'investigation du coroner	.35
Les demandes de copies conformes des rapports	.35
Les autopsies, examens de laboratoire et autres expertises	.36
Les rapports d'investigation les plus marquants déposés au cours de l'exercice 2003-2004	.36
LES ENQUÊTES	.38
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie	.38
Les rapports d'enquête déposés en 2003-2004	.39
Les enquêtes en cours en 2003-2004	.42
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT	.45
BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC, ANNÉES 1992 À 2002	.46
Classification statistique des décès ayant fait l'objet d'une investigation ou d'une enquête du coroner	.46
Délais dans le dépôt des rapports	.46
État des rapports de 2001, en date du 17 septembre 2004	.47
État des rapports de 2002, en date du 17 septembre 2004	.47
Registre des traumatismes	.47
Décès par traumatisme	.48
Décès accidentels liés aux transports terrestres	.49
Autres décès accidentels	.50
Suicides	.51
Homicides	.52
Décès de cause indéterminée	.53
ANNEXE 1 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF	.57
ANNEXE 2 : LA LISTE DES CORONERS ACTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE EN 2003-2004	.58
ANNEXE 3 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS	.60

Le rapport annuel de gestion
section 1

Bureau du Coroner

PARTIE I : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER

Le rôle du Bureau du coroner est de s'assurer qu'une personne dont le décès est obscur ou violent n'est pas inhumée ou incinérée sans que l'on sache pourquoi elle est morte et, si possible, comment éviter la répétition d'un décès similaire.

Pour ce faire, la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit qu'un officier public, le coroner, doit par une investigation ou une enquête publique déterminer les causes et les circonstances de tels décès ainsi que l'identité de la personne décédée et la date et le lieu de son décès et en faire rapport.

Dans l'exercice de ce mandat, le coroner a compétence 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 chaque fois que le corps d'une personne décédée est transporté à l'extérieur du Québec.

Le coroner exerce ce rôle social qui vise la prévention des décès, laissant à la police la détection du crime et au système judiciaire la tâche de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

Le coroner réalise ce rôle par la possibilité que la loi lui donne de formuler dans son rapport des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine, au regard de situations qui nécessitent 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.

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

Dès que le coroner a terminé son travail, il doit verser son rapport aux archives du coroner en chef ainsi que tous les documents qui ont contribué à l'informer. Ces rapports d'investigation ou d'enquête des coroners sont publics : toute personne qui en fait la demande peut en obtenir copie conforme sur versement des frais prescrits. Le principe de la publicité, dans la loi, fait exception à la règle de la confidentialité qui s'applique normalement aux renseignements personnels recueillis par les agents de l'État. Les documents annexés aux rapports des coroners sont, quant à eux, d'accès restreint.

Les renseignements recueillis par les coroners sur les causes et les circonstances des décès sont colligés dans une banque de données qui permet de repérer et de suivre les tendances concernant la mortalité obscure ou violente au Québec. Les archives et les données de cette banque sont largement utilisées par certains organismes, ministères ou groupes pour la recherche et la prévention.

■ LA MISSION

Rechercher de façon indépendante et impartiale les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents, de manière à contribuer au développement de mesures de protection de la vie humaine et à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits et recours à la suite de ces décès.

■ L'INVESTIGATION ET L'ENQUÊTE

L'investigation et l'enquête sont les deux moyens de recherche prévus par la loi pour réaliser la mission.

Les investigations sont effectuées par des coroners nommés à la prérogative du gouvernement. Ils assurent une garde de l'ensemble du territoire du Québec et peuvent être avisés d'un décès en tout temps. Ils mènent une investigation chaque fois qu'un décès signalé survient dans des conditions telles qu'il correspond aux dispositions de la loi et nécessite leur intervention.

Environ 30 % des investigations sont assumées par des coroners permanents, le reste (environ 70 %) l'étant par des coroners investigateurs à temps partiel. Les coroners investigateurs doivent avoir une formation médicale ou juridique.

Les coroners enquêteurs sont aussi nommés à la prérogative du gouvernement et doivent obligatoirement avoir une formation juridique. Ils interviennent pour réaliser l'enquête publique 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 pour déterminer les causes et les circonstances du décès ou pour élaborer des recommandations pertinentes ou encore pour mieux informer le public sont autant de critères qui guident le coroner en chef dans sa décision d'ordonner une enquête publique. Le ministre de la Sécurité publique peut également, en vertu de l'article 106 de la loi, demander au coroner en chef d'ordonner une enquête publique.

Les coroners disposent de pouvoirs importants pour exercer leur mandat. Ils peuvent notamment examiner ou faire examiner le corps, le photographier ou le faire photographier, ordonner des expertises (autopsie, analyses toxicologiques, etc.), recourir à la saisie d'objets ou de documents, inspecter un lieu, en interdire l'accès. Le coroner a aussi le pouvoir d'exiger d'un agent de la paix qu'il procède à un enquête ou à un complément d'enquête. Pendant ou après une investigation, le coroner peut recommander au coroner en chef la tenue d'une enquête publique.

■ LES DOMAINES D'ACTIVITÉ

Les diverses facettes de l'activité du Bureau du coroner sont regroupées en trois grands domaines :

- la recherche des causes et des circonstances des décès obscurs ou violents. Sous ce chapitre sont englobés l'investigation ou l'enquête publique sur les décès obscurs ou violents qui sont signalés par les policiers, le réseau de la santé ou toute personne, et tout ce qui est requis pour assurer ce mandat (maintien des morgues, transport de cadavres et soutien administratif);
- la contribution au développement de mesures de protection de la vie humaine. La recherche de recommandations appropriées par les coroners, la transmission de celles-ci aux ministères, organismes et personnes concernées, les activités de maintien d'archives et de banques de données ainsi que le soutien aux chercheurs en prévention entrent dans ce créneau;
- l'information. La transmission des rapports d'investigation ou d'enquête aux proches et à tout demandeur et celle des documents annexés aux rapports pour la reconnaissance des droits ainsi que les activités de communication publique entrent dans ce créneau.

■ LES SERVICES OFFERTS

Les services offerts par le Bureau du coroner sont :

- la transmission de copies conformes des rapports d'investigation et d'enquête à toute personne qui en fait la demande et des documents annexés à ces rapports aux personnes dont la demande répond aux critères prévus par la loi;

- l'envoi aux intervenants concernés des recommandations formulées par les coroners lors des investigations ou des enquêtes qu'ils réalisent;
- l'accessibilité des archives du Bureau du coroner aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique;
- la production d'analyses des phénomènes de mort violente;
- la réalisation d'ententes avec des milieux de recherche engagés dans la prévention des décès;
- l'information du public quant au mandat du coroner et du Bureau du coroner, à leur action et aux recommandations formulées par les coroners.

■ LES CLIENTÈLES

La réalisation de la mission du Bureau du coroner se fait au bénéfice de divers groupes ou personnes. Le Bureau du coroner considère ceux-ci comme ses clientèles :

- les citoyens. Les citoyens constituent une clientèle sous deux aspects. D'une part, le rôle du coroner comme catalyseur de changements en ce qui a trait à la protection de la vie humaine donne à ce volet de sa mission un caractère sociétal. D'autre part, le travail qu'il accomplit permet de satisfaire le besoin de savoir de la société à l'égard de certains décès;
- la personne décédée. Le Bureau du coroner considère la personne décédée comme une de ses clientèles parce qu'il doit s'assurer que son corps sera traité avec tout le respect qui lui est dû;
- les proches, les ayants droit ou leurs représentants. Tout décès violent, obscur ou de cause indéterminée peut être source de réclamations, et même de litiges civils, de sorte que les ayants droit doivent obtenir toute l'information susceptible pour connaître et faire valoir leurs droits;
- les ministères et organismes. Certains ministères ou organismes se servent de l'information recueillie par le coroner aux fins d'indemnisation, de prévention ou de recherche;
- les chercheurs dans le domaine de la prévention. Certains chercheurs ont besoin d'information recueillie par le coroner sur un décès aux fins de recherche ou de prévention.

■ LES PARTENAIRES

Les entités suivantes contribuent directement à la réalisation du mandat du coroner et sont, en ce sens, ses principaux partenaires :

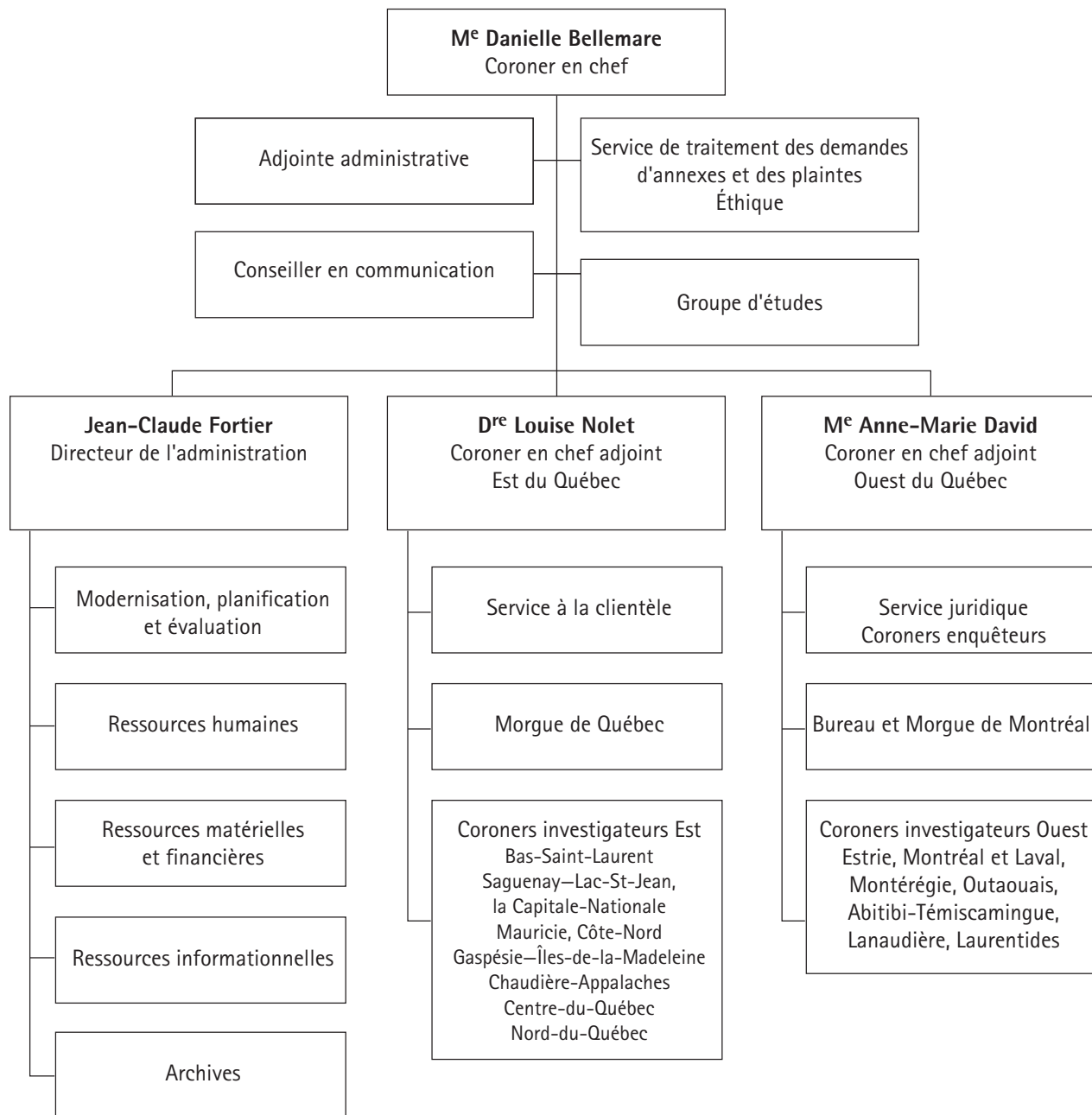
- les corps policiers. Une enquête policière est effectuée dans la majorité des décès nécessitant l'intervention du coroner. Sauf dans les cas de nature criminelle, elle est menée pour le coroner, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Dans le cas de sinistres causant un grand nombre de décès, l'appui des forces policières pour l'identification des victimes est essentiel à la réalisation du mandat du coroner;
- le réseau de la santé. Le réseau de la santé est un partenaire important du coroner sur trois plans. D'abord, c'est dans les salles d'urgence que sont constatés la majorité des décès faisant l'objet d'une intervention du coroner. Les établissements de santé doivent donc bien connaître les situations pour lesquelles ils doivent aviser un coroner. En outre, plus de 1 000 autopsies sont réalisées annuellement à la demande des coroners par les pathologistes dans les établissements du réseau hospitalier. Enfin, les installations de plusieurs de ceux-ci sont utilisées comme morgues par les coroners;
- le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML). Plus de 1 000 expertises sont effectuées annuellement par les ressources professionnelles du LSJML (autopsies, analyses toxicologiques, anthropologie judiciaire, odontologie judiciaire, etc.);
- les établissements funéraires. Un grand nombre d'établissements funéraires agissent comme transporteurs pour acheminer les corps dans les hôpitaux ou au LSJML aux fins d'expertise. En outre, les installations de plusieurs d'entre eux sont aussi utilisées comme morgues par les coroners;
- le Centre de toxicologie du Québec. Partie intégrante de l'Institut de santé publique du Québec, ce centre procède annuellement à plus de 5 000 analyses toxicologiques demandées par les coroners sur les quelque 1 200 décès qui lui sont soumis;
- les organismes ayant une fonction d'enquête. Le coroner agit de façon régulière en concertation avec d'autres organismes ayant des pouvoirs d'enquête, par exemple lors d'accidents de travail, avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou lors d'accidents aériens, ferroviaires ou maritimes, avec le Bureau de la sécurité des transports du Canada.

Par ailleurs, le Bureau du coroner collabore avec certains organismes ayant une mission de recherche ou agissant en prévention, les principaux étant le Groupe McGill d'études sur le suicide, le Centre de recherche sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQAM, l'Institut Fernand-Seguin, associé au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine (projets de recherche touchant le suicide).

Enfin, le Bureau du coroner constitue une source d'information majeure pour plusieurs organismes dédiés à la prévention, dont la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la CSST, les centres de prévention du suicide, la Croix-Rouge canadienne (noyades).

■ 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 également 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 à la réalisation du mandat confié au Bureau du coroner est en place.

En plus de son adjointe administrative et d'un groupe d'études, le coroner en chef a sous sa responsabilité directe les activités de communications, le traitement des demandes d'annexes et des plaintes et de l'éthique.

■ Les communications

En matière de relations de presse, le Bureau du coroner a publié une cinquantaine de communiqués de presse au cours du dernier exercice et a tenu une conférence de presse. Les 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.

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

Les plaintes reçues portent sur différents aspects du travail du coroner, particulièrement sur les délais de dépôt 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 peut permettre de déceler un problème récurrent.

Les demandes de documents annexés aux 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 au rapport d'investigation ou d'enquête (rapport d'autopsie, rapport d'analyses toxicologiques, etc.) ne peuvent être transmises qu'aux personnes qui en ont besoin pour connaître ou faire reconnaître leurs droits. Les ministères ou les organismes publics peuvent aussi obtenir des documents annexés s'ils établissent que ceux-ci leur serviront dans la poursuite de l'intérêt public.

Le responsable de ce secteur est également le répondant en éthique. Il assure un rôle de veille dans le domaine de l'éthique en se référant, entre autres, au *Règlement sur l'éthique* ainsi qu'à l'Énoncé de valeurs de l'Administration publique québécoise. Il a également le rôle de renforcer la compréhension du personnel du Bureau du coroner à propos de ce règlement et des valeurs de la fonction publique québécoise et d'agir comme consultant pour le personnel.

■ LE CORONER EN CHEF ADJOINT DE L'EST DU QUÉBEC

En plus d'être responsable des coroners investigateurs de l'Est du Québec, il gère le Service à la clientèle du Bureau du coroner, le secteur de la prévention ainsi que la morgue publique de Québec.

■ La supervision des coroners investigateurs

Le coroner en chef adjoint coordonne, répartit et surveille le travail des coroners investigateurs du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Chaudière-Appalaches, du Centre-du-Québec et du Nord-du-Québec. À cette fin, il est en relation continue avec ces derniers afin de les informer, de les soutenir, de susciter des améliorations dans l'exercice de leurs fonctions, d'aborder et de résoudre les problèmes qui surviennent 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. Le service répond aussi aux citoyens pour toutes les questions relatives aux rapports des coroners. Il reçoit et achemine les plaintes au responsable pour leur traitement.

La transmission par un coroner d'un formulaire d'avis au Bureau du coroner entraîne l'ouverture d'un dossier. 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, le Service à la clientèle enregistre dans cette banque les demandes de copies conformes du rapport qui sera déposé sur ce décès. Le service accuse réception de ces demandes et, afin d'assurer de l'information adéquate aux citoyens, il joint un document explicatif sur le rôle du coroner et sur ses méthodes d'investigation.

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

L'analyse consiste à extraire des rapports d'investigation les renseignements à inscrire dans la banque de données. Le Bureau du coroner codifie les décès en s'inspirant de la Classification internationale des maladies (CIM-9) de l'Organisation mondiale de la santé, ce 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 recueillies, notamment 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 comportant environ 90 variables.

Les recommandations inscrites au rapport d'investigation ainsi qu'au rapport d'enquête font l'objet d'une analyse particulière, pour vérifier si elles ont été adressées aux destinataires appropriés. Enfin, le Service à la clientèle fournit au coroner en chef tout le soutien nécessaire pour adresser des recommandations aux instances concernées.

■ 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. On y effectue des recherches sur les lois et les règlements en vigueur, la recherche d'articles scientifiques, la recherche de données statistiques et épidémiologiques ainsi que celle d'experts ou de personnes-ressources.

Une fois les recommandations formulées, ce secteur effectue le suivi auprès des organismes visés.

En plus de répondre aux demandes des coroners, le 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 1986, à partir des renseignements disponibles dans les rapports d'investigation ou d'enquête.

À des fins préventives et suivant certaines conditions, ces données peuvent être rendues accessibles. 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.

Nous estimons répondre, en moyenne chaque année, à 200 demandes de personnes, d'organismes et de groupes intéressés à la prévention. Des données brutes et des résultats d'études descriptives leur ont été fournis. Par ailleurs, environ 2 000 rapports d'investigation sont consultés annuellement par ces clients.

En outre, le Bureau du coroner collabore chaque année avec la 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.

■ La morgue publique de Québec

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. La morgue publique de Québec est sous la supervision du coroner en chef adjoint de l'Est du Québec.

Les morgues servent à l'entreposage temporaire des corps des personnes dont le décès est étudié par un coroner. Elles permettent également aux coroners d'examiner ces corps, de faire des prélèvements ou autres expertises nécessaires et de procéder à l'identification des personnes décédées. Le personnel de ces morgues 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

En plus d'être responsable des coroners investigateurs de l'Ouest du Québec, il gère le secteur des affaires juridiques, des coroners enquêteurs et la morgue publique de Montréal.

■ La supervision des coroners investigateurs

Le coroner en chef adjoint de l'Ouest coordonne, répartit et surveille le travail des coroners investigateurs de l'Estrie, de Montréal, de Laval, de la Montérégie, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière et des Laurentides.

■ La supervision des coroners enquêteurs

Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec coordonne, répartit et surveille le travail des coroners enquêteurs. Il est soutenu par le comité des enquêtes, composé des coroners enquêteurs permanents et des procureurs. Ce comité a pour mandat d'uniformiser les pratiques, d'établir les orientations communes et d'élaborer des outils de travail en matière d'enquêtes publiques.

■ Le secteur des affaires juridiques

Les avocats affectés au secteur des affaires juridiques apportent un soutien à l'organisme et aux coroners. Certains d'entre eux agissent également comme procureurs aux enquêtes publiques.

Ce secteur fournit aussi des avis et des opinions juridiques quant à l'interprétation des lois et des règlements, ainsi qu'en matière d'amendements législatifs et réglementaires. Il rédige aussi 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). De plus, il assure la représentation appropriée pour les procédures judiciaires concernant le coroner en chef et les coroners.

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

■ La morgue publique de Montréal

La morgue publique de Montréal est sous la supervision du coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec. Tout comme celui de la morgue de Québec, le personnel de la morgue de Montréal assure un lien entre le coroner et les policiers, les hôpitaux, les transporteurs et les autres intervenants. La morgue publique de Montréal assure un service 24 heures sur 24.

■ LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION

La Direction de l'administration fournit au coroner en chef et aux coroners en chef adjoints 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 apporte également le soutien administratif et technologique nécessaire pour garantir 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 cadre de gestion de la modernisation de l'administration publique. À ce titre, il collabore à la préparation de la planification stratégique et de la reddition de comptes de l'organisation. Il réalise divers documents, recherches et évaluations pour respecter adéquatement les exigences de la *Loi sur l'administration publique*.

■ Les ressources humaines

Ce secteur 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, gère les absences pour invalidité ou accident de travail, les départs à la retraite ainsi que l'application du programme d'aide aux personnes, le tout en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique.

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 présentation 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 conseille le coroner en chef et les coroners en chef adjoints, réalise les activités liées à l'élaboration du budget, à la gestion des engagements, aux paiements et aux revenus et produit 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 prépare divers documents pour le cadre financier, la revue de programmes et l'enveloppe des crédits détaillés. Il prépare les documents destinés aux commissions parlementaires sur l'étude des crédits et les engagements financiers de 25 000 \$ ou plus et y participe. Ce service prépare les données concernant la Commission sur l'administration publique.

En matière de gestion des ressources matérielles, ce secteur conseille le coroner en chef et les coroners en chef adjoints dans l'acquisition de biens et de services et leur offre le soutien nécessaire. 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 ses utilisateurs.

■ Les morgues privées et les transporteurs

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

La Direction de l'administration, à cet égard, s'assure que des systèmes de transport et de morgues privées sont disponibles partout dans la province et en tout temps. Elle veille aussi à ce que ces systèmes soient conformes aux exigences du *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 du coroner en chef. Celles-ci sont constituées des originaux des rapports d'investigation et d'enquête ainsi que des documents annexes que les coroners doivent faire parvenir au coroner en chef.

Les documents des archives peuvent, sur autorisation du coroner en chef, être consultés aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique.

PARTIE 2 : 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 de la législation plus sévère en ce domaine, pourrait faire diminuer le nombre d'investigations sur des décès par collision de véhicules à moteur. Le vieillissement de la population pourrait aussi faire augmenter le nombre d'avis au coroner pour des décès traumatiques, comme les chutes, touchant particulièrement les personnes âgées.

Par ailleurs, le contexte international se caractérise par une possibilité accrue d'actes terroristes susceptibles de causer de nombreux décès. Les catastrophes d'origine naturelle, humaine ou technologique sont aussi des éventualités pour lesquelles le Bureau du coroner doit se préparer adéquatement.

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 outre, la *Loi sur l'administration publique* nous amène à revoir nos façons de faire en matière de prestation électronique de services et de communications avec la clientèle.

La banque de données du coroner en chef contient des renseignements très précis sur tous les décès traumatiques survenus au Québec depuis 1986. Elle s'avère une précieuse source d'information non seulement pour les coroners, mais aussi pour de nombreux chercheurs du réseau de la santé et des milieux universitaires. Les attentes envers cette banque de données sont d'autant plus élevées que plusieurs banques de données d'autres organisations ne permettent pas de repérer certains types de décès dont la surveillance est pourtant reconnue comme essentielle, notamment les suicides associés au jeu pathologique et les accidents liés au transport terrestre en dehors de la voie publique. De plus, depuis quelques années, plusieurs organisations qui colligent des données de mortalité ont adopté la dixième révision de la Classification internationale des maladies, dont les nouvelles règles de codification entraînent une perte de précision pour plusieurs causes externes de traumatismes. Par conséquent, il est à prévoir que la banque de données du coroner en chef prendra une importance stratégique de plus en plus grande pour de nombreux

acteurs engagés dans la surveillance et la prévention des traumatismes.

La pénurie de pathologistes dans les centres hospitaliers du Québec représente une autre source de préoccupation. Les coroners recourent en effet à ces spécialistes pour toutes les autopsies qui ne relèvent pas du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Comme le reste du continent nord-américain, le Québec subit les conséquences de la diminution du nombre de ces pathologistes. En outre, la rémunération associée à ces actes médicaux est jugée insuffisante par ceux-ci. Les pathologistes des hôpitaux étant moins nombreux à effectuer des autopsies pour le coroner, le Bureau du coroner a donc dû s'assurer les services d'un pathologiste pour pallier cette difficulté. Le transport des corps vers ce pathologiste pour la réalisation des autopsies requises entraîne des coûts et des délais que la réalisation locale des autopsies permettrait d'éviter.

■ LE CONTEXTE INTERNE

Les coroners investigateurs juristes doivent faire exécuter leurs examens externes par un médecin. Or, dans certaines régions, aucun médecin n'accepte de pratiquer un examen externe à la demande du coroner. Cette situation entraîne parfois des transports de cadavres ainsi que des coûts et des délais supplémentaires.

■ LES ENJEUX

Chacun des éléments de contexte requiert des actions qui constituent des enjeux pour le Bureau du coroner.

Il faudra veiller, notamment, à ce que les décès de personnes âgées répondant aux critères de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soient signalés aux coroners. De plus, ces derniers devront être au fait des lacunes en prévention touchant le vieillissement de la population.

Le risque d'actes terroristes et de catastrophes naturelles a conduit tous les organismes qui ont des responsabilités en matière de sécurité à revoir leurs façons 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 sont formés.

Une réflexion devra être faite sur les dispositions qui pourraient être prises pour que les coroners bénéficient des autopsies et des examens externes à moindres coûts.

Le coroner en chef doit s'assurer que sa banque de données demeure un outil de pointe pour accomplir la mission de prévention dévolue à l'institution. C'est pourquoi la mise à jour de la classification des décès utilisée par le Bureau du coroner depuis 1986 fera l'objet d'une réflexion, dans la perspective d'aligner la codification sur les standards internationaux reconnus, tout en maintenant un degré de précision optimal. Cette réflexion, principalement axée sur les besoins des coroners, tiendra également compte des attentes des chercheurs.

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 consacrer des ressources pour élaborer des outils visant à améliorer tant la performance du coroner que la qualité de son travail, ce qui aura des répercussions sur les services offerts aux citoyens.

Afin d'assumer pleinement sa mission, il est en outre essentiel que le Bureau du coroner fasse preuve d'un effort soutenu dans la formation et l'assistance aux coroners.

■ 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 d'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, diffusée le 1^{er} 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 2003-2004, à la suite de la mise en application des objectifs et des engagements contenus dans cette planification et cette déclaration, 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 2003-2004
La politique de communication avec les médias est révisée. Échéance prévue : Septembre 2001	Un projet de politique de communication qui respecte le mandat du coroner et les dispositions de la loi est en élaboration. Elle sera présentée à l'automne 2004.
Les lettres types utilisées dans les communications avec la clientèle sont mises à jour. Échéance prévue : Septembre 2001	La révision est terminée, mais les lettres ne sont pas encore intégrées au système, dans l'attente d'une éventuelle modification législative de la <i>Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès</i> et à l'un des ses règlements.
Un nouveau processus de traitement des plaintes est mis en place. Échéance prévue : Juin 2002	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.

AUTRES RÉALISATIONS

Certains coroners ont collaboré, au cours de l'année, à des activités de formation sur le rôle du coroner, destinées entre autres, aux étudiants en médecine. Certains ont également participé à des activités de prévention concernant diverses problématiques, telles que le suicide, les décès de jeunes enfants, les noyades, l'utilisation sécuritaire de crics d'automobiles, etc.

De plus, quatre articles ont été rédigés par des coroners et publiés dans la revue *Médecin du Québec*. Ces articles, à caractère pédagogique, informent davantage les omnipraticiens du Québec quant au rôle des coroners et à leurs principales constatations sur certains phénomènes de mortalité.

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 faire face à tout événement majeur impliquant des décès multiples

INDICATEURS ET CIBLES		RÉSULTATS 2003-2004
Le plan d'intervention en cas de sinistre est mis à jour de façon continue.	<p>Le plan d'intervention en cas de sinistre du Bureau du coroner a été révisé et présenté aux coroners en avril 2003. Ce plan permet de faire face à n'importe quel événement et intègre les contributions des partenaires majeurs du Bureau du coroner (les corps policiers, le réseau de la santé, le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale).</p> <p>Le Bureau du coroner a demandé, en vertu du Programme conjoint de protection civile (PCPC), une subvention afin d'imprimer le nouveau plan d'intervention, de le diffuser aux coroners et à ses partenaires et de donner la formation requise aux coroners et au personnel susceptibles d'intervenir dans de telles situations.</p>	
AUTRES RÉALISATIONS		
Des efforts seront déployés dans les prochaines années pour déterminer avec nos partenaires et convenir des modalités de mise en œuvre de leur contribution prévue au plan d'intervention en cas de sinistre pour diffuser ce plan et leur donner la formation requise maximisant ainsi l'efficacité de leur collaboration.		

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 2003-2004
Nombre de plaintes traitées	Aucune plainte n'a été reçue.	
Activité continue		
AUTRES RÉALISATIONS		
Le nouveau système informatique contenant les renseignements sur les interventions des coroners a contribué à améliorer la sécurité des données. Il permet un meilleur contrôle des utilisateurs du système et l'attribution des droits d'accès selon les tâches des employés.		

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 2003-2004
Nombre de centres hospitaliers additionnels	Activité continue	Depuis février 2004, le service de pathologie de l'Hôpital Laval de Québec procède à des autopsies demandées par des coroners.
COMMENTAIRE		
En raison de la pénurie de pathologistes, ces derniers ont, pour la plupart, diminué leur pratique d'autopsies requises par les coroners, et ce, partout dans la province. Il s'avère donc très difficile pour le moment d'augmenter le nombre de centres hospitaliers qui pratiquent des autopsies pour les coroners.		

Orientation stratégique 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 la fonction de coroner investigateur

INDICATEURS ET CIBLES	RÉSULTATS 2003-2004
<p>Un programme de formation continue et de contrôle de la qualité.</p> <p>Échéance prévue : Octobre 2002</p>	<p>Tous les nouveaux coroners reçoivent une formation du Bureau du coroner. 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 en 2001.</p> <p>En outre, le Bureau du coroner organise, tous les deux ans, un colloque des coroners afin de leur offrir une formation continue.</p> <p>De plus, afin d'inciter les coroners à l'excellence, le Bureau du coroner a implanté, en octobre 2002, un programme de reconnaissance des coroners.</p> <p>Celui-ci permet de décerner à des coroners des certificats de mérite reconnaissant la qualité exceptionnelle de leur travail lors d'une investigation ainsi que la valeur de leur engagement dans leur 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 choisir les récipiendaires. Ces certificats sont décernés aux coroners lors du colloque.</p> <p>Les premiers certificats ont été remis à cinq coroners lors du colloque d'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 y assister ont 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.</p>

AUTRES RÉALISATIONS

Les coroners en chef adjoints sont en relation continue avec les coroners sous leur responsabilité, afin d'aborder et de résoudre certains problèmes particuliers éprouvés par ces derniers.

Par ailleurs, un outil de support pour les coroners investigateurs est en cours de réalisation afin d'accroître l'efficacité et la qualité du travail effectué par ses utilisateurs. Il s'agit d'une application informatique (Access) facilitant la réalisation de leurs dossiers. Trois volets sont couverts, soit le suivi des dossiers, l'impression de formulaires et la consultation d'une banque documentaire inhérente au travail du coroner. Le déploiement est prévu pour l'automne 2004.

Axe d'intervention : Les coroners enquêteurs**Objectif stratégique :** S'assurer de la qualité et de l'uniformité de l'exercice de la fonction de coroner enquêteur

INDICATEURS ET CIBLES	RÉSULTATS 2003-2004
Les normes de pratique en matière d'enquêtes sont précisées. Échéance prévue : Juin 2002	Un guide pratique sur l'enquête publique du coroner, produit en février 2003, a été distribué à tous les coroners et au personnel du Bureau du coroner et des exemplaires sont remis au besoin aux personnes intéressées ou touchées par une enquête publique. 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. Le programme de reconnaissance contribue également à l'évaluation de la qualité de l'exercice de la fonction des coroners enquêteurs.
AUTRE RÉALISATION	
Un comité des enquêtes se réunit pour traiter de sujets liés aux enquêtes et ainsi apporter des améliorations continues à ce secteur d'activité.	

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

■ UN SERVICE COURTOIS ET PERSONNALISÉ

La publication et la diffusion de la Déclaration de services aux citoyens a suscité une préoccupation et une sensibilisation accrues auprès du personnel sur sa manière de servir les citoyens.

De plus, un plan d'amélioration des services destiné à accroître la qualité et l'efficacité des services offerts aux citoyens est en élaboration. Un comité, composé d'intervenants de première ligne provenant des différents secteurs de l'organisation, a défini 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 figure en annexe de ce rapport.

De plus, un service de transport et de conservation des corps est assuré sur tout le territoire afin d'effectuer la réalisation des expertises nécessaires à l'investigation du coroner. Pour ce faire, deux morgues publiques sont disponibles, soit celles de Montréal et de Québec. La morgue de Montréal assure un service 24 heures sur 24 et prend la relève de la morgue de Québec durant le quart de nuit.

Des centres hospitaliers offrent aussi un service de morgue lorsque nécessaire. En certaines occasions, des morgues privées situées dans des établissements funéraires peuvent être mises à la disposition des coroners.

■ UN SERVICE RAPIDE

La délivrance d'un accusé de réception pour 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 produit immédiatement les accusés de réception liés aux demandes de copies certifiées conformes de rapports d'investigation ou d'enquête, qui représentent une grande partie de notre correspondance.

Par ailleurs, les membres du personnel doivent prendre les messages reçus dans leur boîte vocale respective et rappeler rapidement. Leur message téléphonique personnalisé 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.

■ 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 faisant 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.

Par ailleurs, un formulaire dans notre site permet aux citoyens d'acheminer une demande de copie conforme d'un rapport d'investigation ou d'enquête. Des démarches sont également envisagées avec le ministère de la Sécurité publique, qui héberge le site Web du Bureau du coroner, afin d'améliorer ce site et d'offrir aux citoyens une prestation électronique de 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 été conçu.

Toute plainte, tout commentaire ou toute suggestion concernant la qualité des services reçus peut être adressé au coroner en chef, au Bureau de Québec.

■ UN SERVICE QUI GARANTIT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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*.

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

■ 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. Nous devons donc respecter les objectifs fixés pour chacun des programmes et en faire état dans le rapport annuel de gestion.

■ Les femmes

Dans la plupart des corps d'emploi, le taux de représentation des femmes est supérieur à la cible gouvernementale.

Les femmes représentent un peu plus de 50 % de l'effectif régulier du Bureau du coroner qui se répartit comme suit :

■ Les membres des communautés culturelles, autochtones et anglophones et le plan de rajeunissement de la fonction publique

Le taux de représentation des membres des communautés culturelles, autochtones et anglophones au Bureau du coroner est de 3,57 % par rapport à la cible gouvernementale qui est de 9 %.

Quant à la représentation de ces groupes cibles lors de l'embauche, aucun poste régulier n'a été doté au cours de cet exercice. Toutefois, un employé occasionnel, deux employés sur appel, un étudiant pour la période estivale et une avocate stagiaire ont été embauchés. Aucun d'entre eux ne faisant partie des groupes cibles, la cible gouvernementale fixée à 25 % n'a pas été atteinte.

Ils étaient par contre tous âgés de moins de 35 ans, ce qui dépasse la cible gouvernementale en matière de rajeunissement de la fonction publique, qui est de 70 %.

■ Les personnes handicapées

Les personnes handicapées ne sont pas représentées au Bureau du coroner, bien que la cible gouvernementale soit de 2 %.

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 expliquent le peu d'embauche.

Répartition des femmes

Catégories d'emploi	Femmes	Effectif autorisé	% de femmes
Emploi supérieur (coroners)	6	14	43
Cadre supérieur		3	0
Professionnel	5	10	50
Technicien	3	3	100
Employé de bureau	15	15	100
Ouvrier	1	11	.09
Total	30	56	54

■ L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Au cours de l'année 2002-2003, le Bureau du coroner a reçu et traité trois demandes d'accès à l'information en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Le nombre de demandes d'accès à l'information est à peu près semblable d'une année à l'autre.

Afin de respecter ses engagements dans sa Déclaration de services aux citoyens et sa planification stratégique et de faciliter l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, 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.

L'organisation assure et contrôle la sécurité et l'accès des systèmes informatiques en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique. De plus, le nouveau système informatique contenant les renseignements sur les interventions des coroners a contribué à améliorer la sécurité des données. Il permet un meilleur contrôle des utilisateurs du système et l'attribution des droits d'accès selon les tâches des employés.

■ LA POLITIQUE LINGUISTIQUE

Le Bureau du coroner applique la même politique linguistique que le ministère de la Sécurité publique. Un site linguistique est disponible dans l'intranet ministériel afin d'informer le personnel quant à l'amélioration de la qualité de son français. De plus, tout document officiel est transmis à la révision linguistique avant sa publication.

■ L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

Le *Code de déontologie des coroners*, reproduit en annexe, est remis à tous les nouveaux coroners. Il impose aux coroners des devoirs envers 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 n'a été soulevé en 2003-2004.

■ LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

En vertu de la *Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre*, une proportion de 1 % de la masse salariale doit être réservée à la formation. Le Bureau du coroner a dépassé cet objectif puisqu'il a consacré 2,1 % à la formation et au développement de ses ressources humaines.

■ LE PROGRAMME D'AIDE AUX PERSONNES

Ce programme vise à offrir de l'aide aux personnes, afin qu'elles puissent prévenir ou résoudre des problèmes personnels ou professionnels nuisant ou susceptibles de nuire à leur rendement au travail. Ces services, gratuits et confidentiels, reposent sur une démarche volontaire de la part des employés.

Le Bureau du coroner a consacré, au cours du présent exercice, 1 552 \$ à ce programme qui s'inscrit dans la volonté de l'organisation de favoriser le développement et la santé des personnes au travail.

■ LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Au cours de l'exercice, aucun accident de travail ni aucune maladie professionnelle occasionnant la perte de jours de travail ne s'est produit.

■ 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 3 : 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 2004, 78 coroners étaient actifs, y compris le coroner en chef et les coroners en chef adjoints. De ce nombre, 14 étaient permanents et 64 travaillaient à temps partiel. Parmi ceux-ci, 56 ont une formation médicale et 14 une formation juridique. Quant aux coroners permanents, on dénombre sept coroners investigateurs et trois coroners enquêteurs.

À l'exception des régions métropolitaines de Québec et de Montréal et des régions de l'Estrie, de Lanaudière et du Nord-du-Québec où l'essentiel du travail est fait par des coroners investigateurs permanents, les 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 coroners 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 les plans professionnel et administratif. Au 31 mars 2004, l'effectif autorisé comprenait 56 équivalents à temps complet, soit 51 permanents et 5 occasionnels. En 2002-2003, on comptait 52 équivalents à temps complet. Le tableau qui suit présente la répartition de ces emplois, selon leur catégorie.

Répartition de l'effectif autorisé

Catégories d'emploi	Permanents	Occasionnels	Total
Coroners	14		14
Cadres	3		3
Professionnels	10		10
Techniciens	3		3
Employés de bureau	15		15
Ouvriers	6	5	11
Total	51	5	56

■ LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le tableau ci-dessous présente la répartition des crédits octroyés au 1^{er} avril 2003 ainsi que celle de 2002-2003.

Répartition des crédits votés le 1^{er} avril 2003 pour 2003-2004

	2002-2003 (k\$)	2003-2004 (k\$)
Traitement	4 131,3	3 733,8
Fonctionnement	1 982,5	3 021,1
Capital	91,4	91,4
Total	6 205,2	6 846,3

Au cours de l'année 2003-2004, les crédits ont été majorés de 222,6 k\$ pour un total de 7068,9 k\$. Ces crédits supplémentaires ont été octroyés pour combler le sous-financement 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 2004.

Dépenses réelles, par catégories budgétaires, au 31 mars 2004

	2002-2003 (k\$)	2003-2004 (k\$)
Traitement	3 783,8	3 774,0
Fonctionnement	3 527,8	3 235,7
Capital	29,9	59,2
Total	7 341,5	7 068,9

Les crédits périmés, pour l'année financière 2003-2004, s'élèvent à 20,1 k\$.

Le rapport des activités des coroners
section 2

Bureau du Coroner

■ LES INVESTIGATIONS

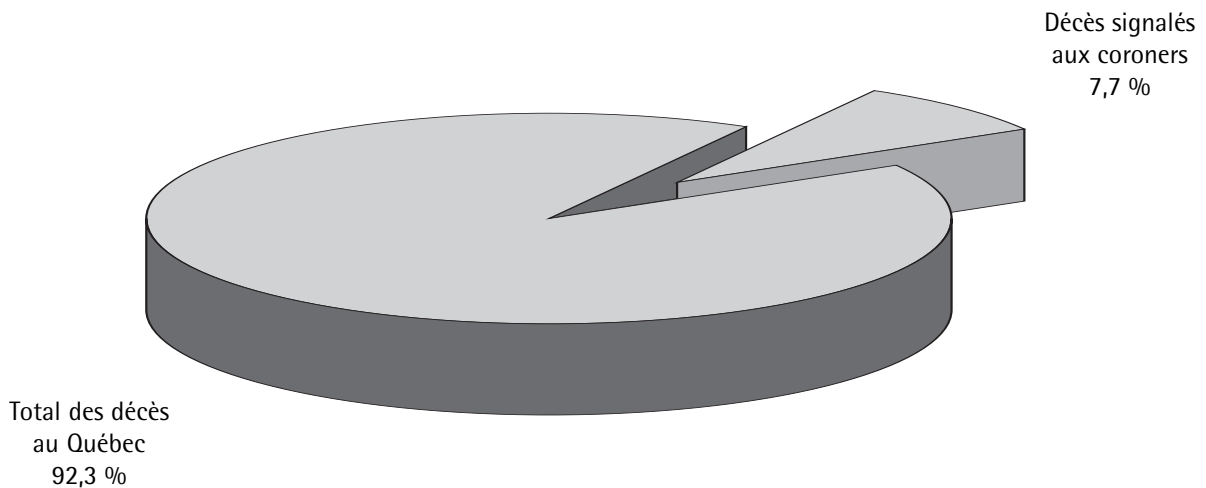
■ LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

En 2003, 4 213 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans 7,7 % des 54 654 décès survenus au Québec en 2003. Depuis 1997, le nombre annuel de décès signalés aux coroners est inférieur à 5 000 annuellement. La grande majorité des investigations sont réalisées par des coroners à temps partiel (71,7 %).

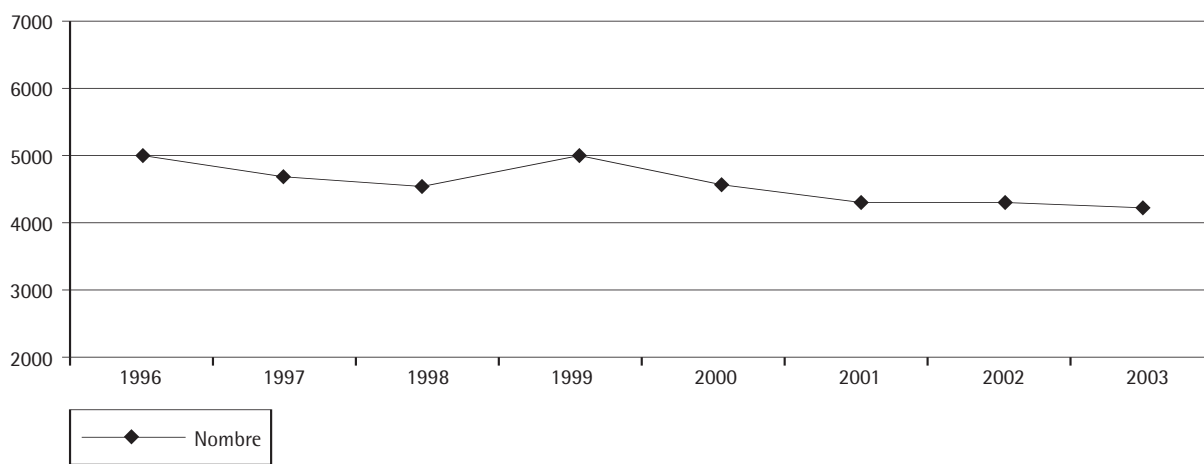
Pourcentage des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec en 2003

Décès signalés aux coroners : 4 213

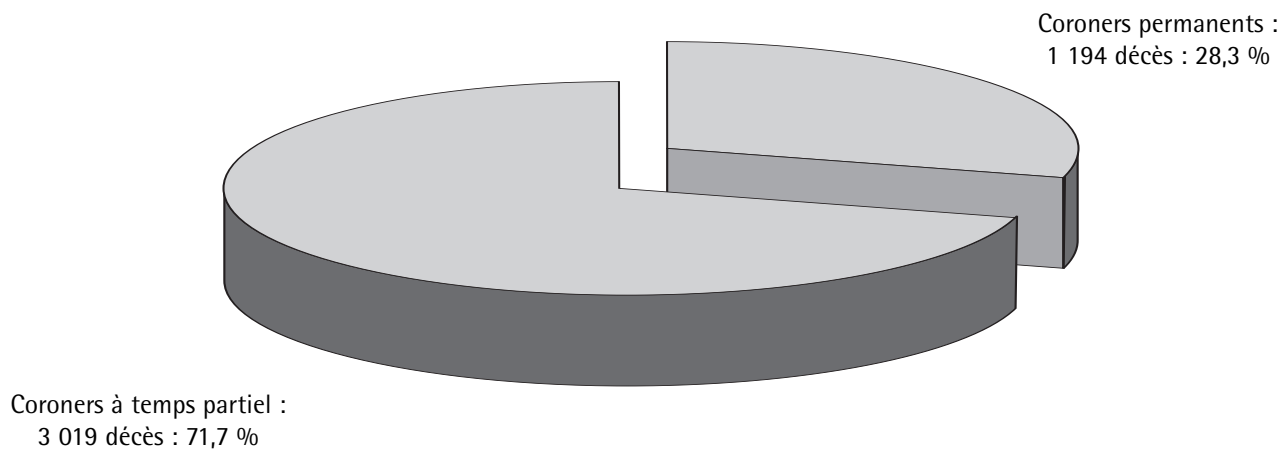
Total des décès au Québec : 54 624



Évolution des décès signalés aux coroners de 1996 à 2003



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 2003



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef de son intervention dans les jours suivant l'avis de signalement. Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2003. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (70,4 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (20,9 %).

Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (6,7 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un pays étranger (0,4 %). 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.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2003

Raison de l'intervention	Nombre	%
Circonstances obscures ou violentes	2 965	70,4
Causes médicales indéterminées	881	20,9
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	285	6,7
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	15	0,4
Autres raisons ou raison non disponible	67	1,6
Total des décès signalés	4 213	100,0

■ 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 au coroner en chef. Sur la base des investigations terminées depuis 2000, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est de sept à huit mois.

Ainsi, comme on peut le constater, sur les 4 213 décès signalés en 2003, 3 475 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 17 septembre 2004. Ainsi, il reste, à cette même date, 738 décès en cours d'investigation, soit 17,5 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2003

État des rapports au 17 septembre 2004	Nombre	%
Rapports terminés	3 475	82,5
Non terminés	738	17,5
Total des décès signalés	4 213	100,0

■ LES DEMANDES DE COPIES CONFORMES DES RAPPORTS

En 2003, les familles des personnes décédées et les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.) ont adressé au Bureau du coroner 3 456 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, 146 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 2003

Clientèle	Nombre	%
Citoyens et autres	3 456	47,9
– Familles	2 238	31,0
– Compagnies d'assurances	427	5,9
– Avocats et notaires	246	3,4
– Autres (amis, médias)	545	7,6
Collaborateurs	3 611	50,1
– Corps policiers	3 552	49,3
– Hôpitaux	59	0,8
Ministères et organismes intervenant en prévention	146	2,0
Total des copies conformes demandées	7 213	100,0

■ LES AUTOPSIES, EXAMENS DE LABORATOIRE ET AUTRES EXPERTISES

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en cours d'investigation en 2003. Des autopsies ont été ordonnées pour 42 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 775 autopsies. Selon les données disponibles, un peu plus du tiers de ces autopsies ont été pratiquées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale 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 2003 montrent que, dans près d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

Autopsies, examens de laboratoire et autres expertises demandés par les coroners et lieux d'exécution en 2003¹

Expertises	Nombre	% ²
Autopsie	1 775	42,1
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	626	35,3
– Hôpitaux	1 057	59,5
– Données non disponibles	92	5,2
Alcoolémie ou toxicologie	1 930	45,8
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	501	26,0
– Centre de toxicologie du Québec	1 237	64,1
– Centres hospitaliers	23	1,2
– Données non disponibles	169	8,7
Autres expertises³	577	13,7

1. Les données sont préliminaires.

2. Les pourcentages en gras sont calculés sur l'ensemble des 4 213 décès signalés.

3. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une expertise en anthropologie judiciaire ou 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 2003-2004

■ Maladie mentale : refus d'évaluation médicale

Un homme de 74 ans décède à la suite d'une chute de la fenêtre du deuxième étage de sa résidence, dans un contexte de délire paranoïde, alors qu'il était aux prises avec des hallucinations agressives. Depuis le décès de son épouse survenu en 1996, il s'était retiré chez lui et avait développé une méfiance du monde qui l'entourait. Ses problèmes de santé mentale inquiétaient ses enfants, mais il refusait toute évaluation médicale.

Le coroner a formulé des recommandations pour sensibiliser la population sur les buts et les procédures de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et pour informer adéquatement les citoyens concernés par cette situation sur la manière d'obtenir de l'aide. Il a recommandé également aux intervenants sociaux visés de se doter de protocoles d'intervention bien définis et de favoriser l'accompagnement d'un requérant lors d'une demande au tribunal. En effet, ce dernier vit souvent une situation de crise familiale et n'a pas toujours une connaissance appropriée du système judiciaire. Enfin, le coroner a fait des recommandations pour harmoniser le travail entre les établissements visés (CLSC) et les corps policiers.

■ Victime d'une attaque par un ours noir

Un homme de 77 ans est mortellement blessé par un ours noir à son camp de chasse situé sur des terres publiques, à environ 60 km du lac Humqui, près de la rivière Matapédia. Cet ours avait déjà été blessé par un chasseur ou un braconnier, ce qui pourrait l'avoir rendu plus agressif envers l'être humain. De plus, ce camp était situé dans une zone remplie de petits fruits sauvages dont les ours se nourrissent. Il est également possible que l'ours ait été attiré par l'odeur des restes de nourriture qui avaient été laissés sur le sol près du chalet.

Le coroner a recommandé aux instances concernées de se consulter et de collaborer, notamment pour le choix des sites à offrir et pour l'information à fournir aux villégiateurs, afin d'assurer leur sécurité par rapport à l'ours noir, lorsque des terrains de villégiature sont offerts en location sur les terres publiques du Québec.

■ Médecine douce : l'évaluation du risque suicidaire

Une femme de 33 ans, aux prises avec une dépression profonde et refusant toute consultation médicale, se suicide en se jetant devant un wagon de métro à Montréal.

Depuis plusieurs années, la victime était suivie sur une base hebdomadaire par sa naturothérapeute en qui elle avait une confiance aveugle. Toutefois, ses notes d'observation ne démontraient ni la détresse psychologique de sa cliente, ni le fait qu'elle ait tenté de la convaincre d'aller consulter un médecin ou de se présenter dans une salle d'urgence. Elle était pourtant la seule personne à pouvoir le faire. Elle envoyait donc à sa cliente le message que l'aide qu'elle lui apportait était la solution valable.

Le coroner a recommandé à l'Association des hypnologues du Québec et à l'Association des naturothérapeutes de sensibiliser leurs membres à l'importance de tenir un dossier qui reflète le suivi du client et leurs interventions. Ils doivent être particulièrement vigilants devant la dépression majeure, son diagnostic, son suivi, l'évaluation du risque suicidaire et la conduite à adopter vis-à-vis d'une personne dépressive.

■ Accident avec un véhicule de plus de dix ans

Un accident fait deux victimes sur la route 132 à Sainte-Félicité, lorsque la conductrice perd la maîtrise de son véhicule sur une chaussée glissante et dérape sur la voie inverse. Son véhicule est alors heurté par une auto qui y circule et est sectionné en deux, en raison de la corrosion importante affaiblissant sa structure. Signalons que le véhicule était chaussé d'un pneu neuf et de trois pneus usés.

À la suite de son investigation, le coroner a recommandé à la Société de l'assurance automobile du Québec d'exiger de tout propriétaire de véhicule de plus de dix ans une preuve d'inspection mécanique lui garantissant la sécurité de l'usage de ce véhicule, avant qu'un permis d'immatriculation lui soit délivré. Il a recommandé également à la Sûreté du Québec, région du Bas-Saint-Laurent, de continuer à faire de la sensibilisation et de l'intervention auprès des propriétaires de véhicules ne respectant pas les normes de base de sécurité.

■ Inflammabilité de certains types de vêtements et leur entretien

Une femme de 65 ans décède d'asphyxie de privation lorsque le feu prend accidentellement à son vêtement de ratine. Elle avait l'habitude d'utiliser un assouplisseur liquide comme agent de rinçage et de faire sécher son linge à la machine.

Selon Santé Canada, les tissus de fibre grattée, telle la ratine, même sans assouplisseur, sont hautement inflammables après un lavage et un séchage à la machine. Le séchage à la machine soulève les fibres de surface, emprisonnant ainsi une grande quantité d'oxygène et augmentant leur inflammabilité.

Des recommandations ont été adressées à Santé Canada afin d'exiger des fabricants de vêtements qu'ils apposent le pictogramme « Ne pas sécher à la machine » sur l'étiquette interne des vêtements faits de tissus susceptibles de devenir hautement inflammables lorsque séchés à la machine. Il a été recommandé aussi que Santé Canada s'assure que les normes d'inflammabilité relatives aux tissus tiennent compte de leur état après le lavage et le séchage à la machine.

■ Effondrement d'un panier de basketball dans une école

Un adolescent de 15 ans qui s'amusait à s'agripper à un panier de basketball, dans un gymnase d'école, décède des blessures subies lorsque le panier s'est détaché, entraînant dans sa chute une partie du mur de blocs de béton auquel il était fixé.

Les arrêts de basketball muraux s'installent généralement sur trois types de murs, soit en béton coulé, en blocs de béton armé ou en gypse.

Dans ce cas-ci, les ancrages étaient installés dans des blocs de béton non armé de quatre pouces. Aucune vérification quant à l'épaisseur des blocs et à la présence d'armature n'avait été effectuée.

Le coroner a recommandé au ministère de l'Éducation de voir à ce que les commissions scolaires s'assurent que les installations déjà existantes de paniers de basketball sont sécuritaires. Il suggère aussi la mise en place d'une régie des sports qui réglerait et superviserait l'achat, l'installation et l'entretien des équipements sportifs potentiellement dangereux, dans les commissions scolaires du Québec.

■ Barrière artisanale sur une route privée

Un motocycliste de 45 ans, circulant sur une route privée, heurte une chaîne qui en bloquait l'accès, occasionnant son éjection du véhicule et des lésions mortelles. Aucune indication sur la route n'annonçait le caractère privé de ce chemin et seulement une barrière en obstruait le passage. La chaîne était marquée que par un ruban rouge fixé à 1,46 m du poteau auquel elle était rattachée.

Le coroner a recommandé à la municipalité régionale de comté d'évaluer la pertinence d'adopter une réglementation visant l'installation de barrières sur les routes privées qui commencent avec les routes publiques de la MRC.

■ **Patient décédé 24 heures après son congé de l'hôpital**

Un homme de 43 ans décède d'un infarctus du myocarde récent (moins de 24 heures), le lendemain de sa libération des soins intensifs d'un centre hospitalier où il s'était présenté pour des douleurs thoraciques à l'effort.

L'électrocardiogramme est resté dans les limites normales, mais les troponines ont migré de 0,324 le 26 août au soir à 1,4 le 27 août au matin. Signalons que les troponines sont des marqueurs sensibles et spécifiques de la souffrance myocardique. À moins de 0,1, la situation est normale. Entre 0,1 et 0,5, la situation est douteuse et à plus de 0,5, il y a souffrance myocardique malgré l'absence de perturbations à l'électrocardiogramme. Le 28 août, jour de son départ, les troponines étaient à 1,10.

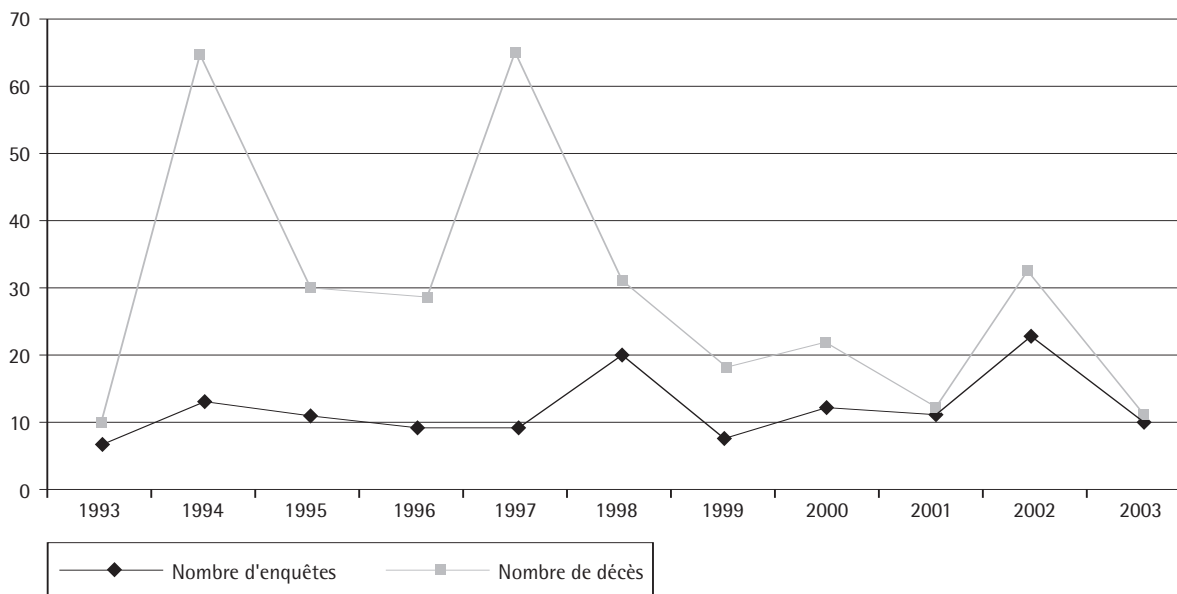
Vu l'absence de douleur et son désir de quitter le centre hospitalier, le patient a reçu son congé avec une médication semblable à celle qu'il prenait déjà, en plus de produits antiangineux. Aucune mesure diagnostique ne semble avoir été prévue pour préciser l'ampleur de l'ischémie myocardique (épreuve d'effort, scintigraphie (MIBI), coronographie).

Le coroner a adressé des recommandations au centre hospitalier à l'effet de soumettre le dossier au comité d'évaluation de l'acte médical pour révision et a demandé une formation professionnelle médicale continue sur le syndrome coronarien aigu avec ou sans perturbation de l'électrocardiogramme.

■ **LES ENQUÊTES**

■ **L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE**

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
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
2003	9	10
TOTAL	155	367



■ LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2003-2004

■ Collision avec une semi-remorque

Un accident entre un véhicule automobile et un camion chargé de bois en longueur fait deux victimes au kilomètre 42 de la route 389, entre Baie-Comeau et Manic 5.

Le rapport d'enquête révèle que cet accident est attribuable à plusieurs facteurs humains, entre autres, un manque de vigilance de la part du conducteur du véhicule lourd, une route dangereuse qui ne respecte pas les normes actuelles et une signalisation routière défailante et trompeuse. L'enquête a aussi permis de s'interroger sur certains éléments du Programme d'entretien préventif de la Société de l'assurance automobile du Québec. Des recommandations ont été adressées à plusieurs organismes.

■ Contention dans un foyer d'hébergement

L'enquête portait sur le décès d'une personne habitant dans une résidence pour personnes âgées en perte d'autonomie, décès causé par le gilet de contention que les préposés de la résidence lui mettaient la nuit pour éviter qu'elle tombe de son lit.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié des orientations ministérielles et un plan d'action afin de réduire l'utilisation des contentions. Cependant, ces orientations ne s'appliquent pas dans les résidences privées qui hébergent pourtant plus de 60 % de la population âgée et non autonome au Québec. Plusieurs recommandations ont été formulées afin de mieux encadrer les résidences privées et s'assurer que les personnes âgées qui y résident reçoivent en tout temps des soins de qualité et une évaluation adéquate de leurs besoins.

■ Noyade dans une piscine publique

Un enfant de 6 ans, sous la surveillance d'une monitrice aquatique lors d'un cours de natation de niveau débutant, se noie à la piscine municipale. Personne n'a eu conscience de sa détresse et il s'est noyé, quelques minutes avant la fin de sa leçon. La victime, qui était asthmatique, avait des problèmes de langage, tant pour l'expression que pour la compréhension, et ne savait pas nager.

La coroner a examiné comment se faisaient les inscriptions aux cours et la formation des moniteurs ainsi que les normes applicables aux piscines publiques. Plusieurs recommandations ont été formulées à différents organismes pour éviter d'autres accidents de même nature.

■ Suicide

Une femme s'est donné la mort par pendaison dans l'appartement où elle venait d'emménager. Elle était alors en congé temporaire de psychiatrie pour six jours, étant hospitalisée pour un état dépressif et quatre tentatives de suicide.

Bien qu'il soit difficile de relever tous les facteurs de stress, plusieurs étant imprévisibles, la coroner est d'avis qu'il aurait été souhaitable de dresser un profil plus détaillé des éléments ayant pu affecter cette patiente. Elle croit néanmoins que ce congé temporaire était justifié puisqu'il lui donnait l'occasion d'assister à l'accouchement de sa fille. Elle précise que ce congé aurait pu être écourté, scindé ou mieux encadré. Des recommandations ont été adressées au centre hospitalier afin qu'il voie à l'établissement d'un protocole concernant le congé temporaire, à la création d'une feuille qui reprendrait ce protocole et à l'ajout d'un poste d'agent de liaison.

Le rapport d'enquête contenait aussi plusieurs recommandations adressées à différents intervenants du milieu au regard du phénomène du suicide.

■ Décès à l'hôpital

L'enquête portait sur le décès d'une femme qui présentait une anomalie congénitale au cœur, sans aucun signe clinique, anomalie la prédisposant à l'endocardite. Lors d'une intervention banale chez le dentiste, une bactérie s'est probablement logée sur la valve aortique, où elle a proliféré. L'infection s'est propagée à tout le cœur puis s'est disséminée et a causé l'apparition d'un syndrome respiratoire de l'adulte qui l'a emportée quelques heures plus tard.

L'enquête a démontré que la femme avait consulté, sans rendez-vous, durant le processus d'installation de sa maladie, trois médecins dans trois cliniques différentes. Elle avait beaucoup de mal à décrire ses malaises à un médecin, et ceux qu'elle a consultés n'ont décelé, dans leurs examens, aucun signe clinique alarmant. Ils ne la connaissaient pas et n'ont pu se fier qu'à ce qu'elle leur disait. Toutefois, l'enquête n'a pas permis de conclure qu'un autre médecin aurait pu déceler cette maladie.

■ Happé par une voiture de police

Un jeune Amérindien de 16 ans décède deux jours après avoir été heurté par une voiture de patrouille au cours d'une poursuite policière. L'enquête a mis en lumière que ce n'est pas la témérité du jeune homme mais bien la ténacité du policier à vouloir l'intercepter qui explique l'accident.

La coroner a souligné que le policier n'aurait pas dû se lancer à la poursuite du jeune piéton pour un supposé vol de bière. L'enquête a permis de constater en outre que l'attitude de ce policier aurait pu être celle de certains de ses collègues qui sont venus expliquer qu'ils avaient participé à de telles poursuites. La coroner a recommandé que le ministère de la Sécurité publique mandate un comité pour se pencher sur cette question et qu'une formation adéquate soit offerte aux policiers en matière de premiers soins, de connaissance du *Code de la sécurité routière* et de conduite sécuritaire.

■ Décès dans un centre hospitalier de soins de longue durée

L'enquête portait sur le décès d'une femme souffrant depuis plusieurs années de troubles mentaux et ayant des idées suicidaires, qui a chuté dans un escalier, attachée à son fauteuil roulant, dans un centre hospitalier.

L'enquête a démontré que le système antifugue a fait défaut. À la suite de l'enquête, le centre hospitalier a installé les patients de l'aile concernée dans un pavillon où le système antifugue est différent. La coroner est d'avis que chaque centre hospitalier devrait analyser ses besoins en matière de sécurité, selon ses caractéristiques physiques et les risques que ses patients présentent. Toutefois, quel que soit le système en place, une surveillance exercée par du personnel qualifié et suffisamment nombreux est primordiale.

■ Enfants décédés dans un incendie

Deux enfants âgés de 10 et 12 ans décèdent par asphyxie à la suite de l'incendie de leur domicile. Il n'y avait aucun détecteur de fumée dans la résidence. L'incendie est survenu durant la nuit alors que les enfants étaient seuls; le père, chauffeur de taxi indépendant, était parti reconduire des clients. Selon les expertises effectuées, l'incendie aurait débuté dans la chambre occupée par une colocataire, absente au moment du drame, mais la cause demeure toujours nébuleuse.

Le rapport d'enquête a mis en relief quelques lacunes dans l'intervention du Service de protection des incendies de la Ville. Il y a eu un léger retard au début de l'intervention parce qu'on attendait l'arrivée du camion-échelle et de l'autopompe, une certaine confusion dans l'exécution des ordres relativement à la ventilation et au sauvetage. De plus, certains ordres n'ont pas été donnés ou ont été mal suivis par les pompiers. La coroner a ainsi recommandé à la Ville de se doter d'un service de protection des incendies distinct de son service de police et au ministère de la Sécurité publique d'adopter une législation provinciale, afin d'obliger l'installation d'avertisseurs de fumée reliés au système électrique du bâtiment.

■ Effondrement d'un viaduc sur l'autoroute des Laurentides

Le passager d'un véhicule automobile est mortellement atteint lorsque des poutres d'une structure d'un viaduc en construction s'effondrent sur l'autoroute 15, à la hauteur du boulevard du Souvenir, à Laval.

L'enquête a démontré que la cause technique de cette catastrophe est un manque de contreventement adéquat pour empêcher le mouvement latéral des poutres pendant la phase critique des travaux de solidification. Ce manque était dû en bonne partie à des plans d'ouvrages provisoires incomplets. En effet, ils n'illustraient pas tout ce qui était nécessaire pour maintenir en place les poutres, et ont semé l'ambiguïté et la confusion chez les parties concernées par l'exécution de ces travaux.

Des recommandations ont été formulées à l'égard des chantiers de construction de génie civil de grande envergure. Une nouvelle licence d'entrepreneur général, plus significative et plus représentative, constituerait une meilleure garantie de conformité lors des appels d'offres. De plus, la coroner a estimé qu'il y aurait lieu d'améliorer les critères et les exigences pour la délivrance, le renouvellement et le contrôle de cette nouvelle licence.

■ Étouffement dans une chaise de contention dans un centre hospitalier

Un jeune homme de 23 ans, résidant dans un centre hospitalier et centre de réadaptation, décède d'une asphyxie mécanique causée par une contention thoracique le retenant à sa chaise gériatrique, contention appliquée à cause de son agitation.

La victime avait souffert d'une encéphalopathie anoxique néonatale. Ses atteintes cérébrales se sont concrétisées au fil des ans et elle a dû être hébergée dans un centre de réadaptation. Durant la sieste, elle a été laissée seule dans la salle de séjour, sans surveillance. Elle a ensuite été trouvée sous la tablette de sa chaise, sans signes vitaux.

L'enquête a permis de faire la lumière sur le fonctionnement de l'unité de besoins complexes où résidait la victime, illustrant certaines lacunes, notamment le roulement du personnel, le peu de temps consacré à l'unité par les professionnels ainsi que des manques dans la formation du personnel et le milieu de vie. Des recommandations ont été adressées à différents intervenants pour améliorer les services de ce type de clientèle et de diminuer le recours à la contention.

■ Accident à la sortie d'un autobus scolaire

Une écolière de 5 ans est mortellement heurtée par une fourgonnette à sa descente d'un autobus scolaire. Le conducteur, âgé de 76 ans, n'a pas freiné à la vue de l'autobus arrêté et a contourné ce dernier par la droite pour éviter de l'emboutir. C'est ainsi qu'il a heurté l'enfant à deux reprises.

Depuis l'année 2000 jusqu'à l'accident survenu en 2002, les aptitudes à conduire du septuagénaire étaient problématiques. Aussi, son acuité visuelle avait diminué et sa mobilité était restreinte. Il semblait également adopter, malgré son âge, une témérité davantage associée au jeune conducteur, ce qui allait à l'encontre de son état et laissait présager un problème d'adaptation, augmentant ainsi son niveau de risque d'accident routier.

Des recommandations ont été faites à différentes instances afin d'élaborer une grille décisionnelle qui prévoirait toutes les étapes pour dépister et évaluer les conducteurs à risque d'accidents routiers et qui préciserait le rôle de chaque intervenant. D'autres recommandations touchent la sensibilisation des aînés sur l'obligation de déclarer leur état de santé à la Société de l'assurance automobile du Québec.

■ Noyade en canot

Un garçonnet de 5 ans s'est noyé alors qu'il participait, accompagné de ses parents et de membres de sa famille, à une randonnée en canot sur une rivière. Le canot dans lequel prenait place l'enfant avait heurté un tas de bois (embâcle), chaviré, puis coulé, l'emprisonnant sous l'eau.

L'enquête a mis en évidence que les trois guides qui accompagnaient le groupe ne possédaient ni les connaissances techniques de canotage ni les qualités d'encadrement. Leur présence a contribué à créer un faux sentiment de sécurité et à accroître par le fait même les risques d'accidents. Le coroner a constaté qu'il existait, au moment des événements, des normes pour la pratique du canotage ainsi que pour la formation des guides. Ainsi, 33 recommandations ont été adressées aux différents intervenants dans le domaine du canotage et de l'industrie de nature et d'aventure qui font la location de canots. Ces recommandations couvrent la certification et la formation des guides, l'ajout de matériel de flottaison aux embarcations dans certains cas ainsi que la mise en place d'un plan d'urgence et de sauvetage, surtout dans les localités où se trouvent des rivières.

■ LES ENQUÊTES EN COURS EN 2003-2004

Nom/Prénom Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Snow, Francis Asphyxie par lien mécanique au cou (2001-02-08)	1 ^{er} mars 2001	M ^c Luc Malouin	
Adam, Alexandre Escalade – lors de la formation (2001-06-09)	3 juin 2002	M ^c Catherine Rudel-Tessier	Granby
Veillette, Jacques Poirier, Lucie Escalade Cap-Trinité (2002-08-04)	14 août 2002		Chicoutimi Québec Longueuil
Yu, Stéphanie Noyade – Lady Duck Yu, Tiffany Noyade – Lady Duck Wong, Doris Noyade – Lady Duck Fallum, Marielle Noyade – Lady Duck (2002-06-23)	29 juin 2002	M ^c Catherine Rudel-Tessier	Rivière-des-Outaouais
Cournoyer, Serge Noyade en plongée sous-marine sur l'épave de Empress of Ireland (2002-08-04)	18 septembre 2002	M ^c Andrée Kronström	Rimouski
Murphy, Irène Personne âgée en fauteuil roulant dans un foyer d'hébergement (2002-03-13)	9 octobre 2002	M ^c Catherine Rudel-Tessier	Laval
Therrien, Serge Prisonnier en soins palliatifs en milieu hospitalier (2001-12-30)	25 octobre 2002	M ^c Catherine Rudel-Tessier	Laval
Bolduc, Gisèle Personne âgée atteinte d'Alzheimer qui a fait une chute dans un foyer d'hébergement (2002-04-14)	5 novembre 2002	M ^c Catherine Rudel-Tessier	Saint-Joseph- de-Beauce
Lefebvre, Lucia Personne âgée – Brûlure dans un foyer d'hébergement (2002-05-16)	11 novembre 2002	M ^c Catherine Rudel-Tessier	Laval

Nom/Prénom Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Emond, Jean-François Intoxication Décès dans un centre d'hébergement (2002-02-22)	21 novembre 2002	M ^e Andrée Kronström	Montréal
Leduc, Denise Trouvée morte à l'extérieur d'un hôpital (2002-01-10)	28 novembre 2002	M ^e Luc Malouin	Saint-Jean-sur-Richelieu
Gaudet-Rainville, Christopher Électrocution (2002-08-16)	28 novembre 2002	M ^e Andrée Kronström	Joliette
Tremblay, Sébastien Poursuite policière (2001-11-09)	12 décembre 2002	M ^e Andrée Kronström	Matane
Gervais, Annie Accident boul. Pie-IX, à Montréal (2002-06-12)	16 décembre 2002	M ^e Luc Malouin	Laval
Jean-Berthony, Charles Accident boul. Pie-IX, à Montréal (2001-10-23)			
Harting, Hassan Noyade dans une base de plein air (2002-07-25)	23 décembre 2002	M ^e Louise Nolet	Saint-Polycarpe
Couture, Yannick Chute de planche à neige dans un centre de ski (2003-02-15)	10 mars 2003	M ^e Andrée Kronström	
Guay, Pierre-Étienne Perte de contrôle en ski (2003-03-22)	9 avril 2003	M ^e Andrée Kronström	
Gagnon, Shirley Décès dans un centre hospitalier (2002-12-20)	22 avril 2003	M ^e Andrée Kronström	
Petitclerc, Micheline Étranglée par contention dans un centre d'accueil (2002-09-19)	15 mai 2003	M ^e Catherine Rudel-Tessier	
Bergeron, Jean-François Accident impliquant un véhicule tout terrain et une voiture de police (2003-04-09)	20 mai 2003	M ^e Catherine Rudel-Tessier	

Nom/Prénom Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Guimond, Henri Décès dans une résidence pour personnes âgées (2003-06-25)	5 août 2003	M ^e Catherine Rudel-Tessier	
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M ^e Catherine Rudel-Tessier	
Wells, Cosmo Chute dans un centre hospitalier (2003-08-15)	14 octobre 2003	M ^e Andrée Kronström	
Caron, Antoine Incendie dans la résidence familiale (2004-02-25)	25 mars 2004	M ^e Cyrille Delâge	

■ 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 2003, les coroners ont déposé 290 rapports comportant une ou plusieurs recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. La majorité des 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 est trop longue pour y figurer. Cependant, le Bureau du coroner publie annuellement le Répertoire des recommandations des coroners, qui renseigne sur les recommandations transmises pour suivi selon le type d'événement auquel elles se rattachent. Enfin, il est mis à la disposition de toute personne qui en fait la demande ainsi que dans le site Internet du Bureau du coroner.

Recommandations transmises en 2003

Catégories de décès	(Pour information)		(Pour suivi)	
	Total	%	Total	%
Décès naturel	76	14,9	53	11,6
Décès accidentels	317	62,2	315	68,9
– Accident transport terrestre	126	27,7	138	30,2
– Accident de travail	37	7,3	31	6,8
– Autres accidents	154	30,2	146	31,9
Suicide	94	18,4	72	15,8
Homicide	1	0,2	2	0,4
Décès indéterminé	22	4,3	15	3,3
Total	510	100,0	457	100,0

■ BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC, ANNÉES 1992 À 2002

■ 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 de manière à permettre leur classification 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 dans le monde.

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

Le décès naturel est causé par une maladie ou par le 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 probables 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 et, enfin, lorsque le décès survient dans des circonstances obscures. Les décès naturels représentent environ le quart des décès investigués par les coroners. Ces décès ne font toutefois pas l'objet d'une analyse statistique particulière par le Bureau du coroner en raison de leur faible représentativité par rapport à l'ensemble de la mortalité naturelle au Québec.

Le décès violent ou par traumatisme est consécutif, soit à un transfert d'énergie causant des lésions ou un empoisonnement, soit à l'absence d'un élément essentiel à la vie tel que l'oxygène ou la chaleur. Il s'agit généralement de décès dans lesquels un événement soudain provoque la mort, soit de manière accidentelle, soit par suicide, ou soit par homicide. Ces décès doivent obligatoirement être soumis aux coroners.

- Le décès accidentel : décès causé par un traumatisme non intentionnel.
- Le suicide : décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige elle-même, avec l'intention de se donner la mort.
- L'homicide : décès causé par un traumatisme infligé par une autre personne, avec l'intention de blesser ou de tuer.
- Le décès indéterminé : décès causé par un traumatisme dont l'intention est indéterminée.

Le concept de « décès par traumatisme » est bien connu et compris en santé publique. Ainsi, pour des raisons de clarté, nous utiliserons cette expression plutôt que celle de « décès violent ».

■ DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports des coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef pour différentes raisons, dont la complexité des causes et des circonstances du décès, les délais dans lesquels le coroner obtient les rapports d'autopsie, de toxicologie et de la police, etc. Dans le cas d'un rapport non déposé, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et circonstances probables du décès faisant l'objet de l'investigation. En effet, dès la prise en charge d'un décès par un coroner, ce dernier fait parvenir un formulaire au coroner en chef sur lequel il précise les raisons justifiant son intervention. Bien que ces données soient préliminaires et sujettes à changement, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, l'inclusion des données préliminaires permet de produire des statistiques annuelles plus valides et plus près de la réalité que leur exclusion. Voilà pourquoi ces informations préliminaires sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. Leur inclusion explique l'ajout d'une catégorie « à déterminer » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres pourront varier légèrement d'un bilan à l'autre, la banque de données n'étant jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est disponible, peu importe l'année du décès. Les données suivantes permettent au lecteur de mesurer la portée de ces imputations pour les années 2001 et 2002.

**■ ÉTAT DES RAPPORTS DE 2001, EN DATE DU
17 SEPTEMBRE 2004**

4 390 décès soumis aux coroners dont:

- 4 228 (96,3 %) rapports déposés
- 162 (3,7 %) rapports à venir

Selon les renseignements préliminaires disponibles, parmi les 162 décès dont le rapport est à venir, 104 (64,2 %) seraient des décès par traumatisme.

**■ ÉTAT DES RAPPORTS DE 2002, EN DATE
DU 17 SEPTEMBRE 2004**

4 398 décès soumis aux coroners dont:

- 4 167 (94,7 %) rapports déposés
- 231 (5,3 %) rapports à venir

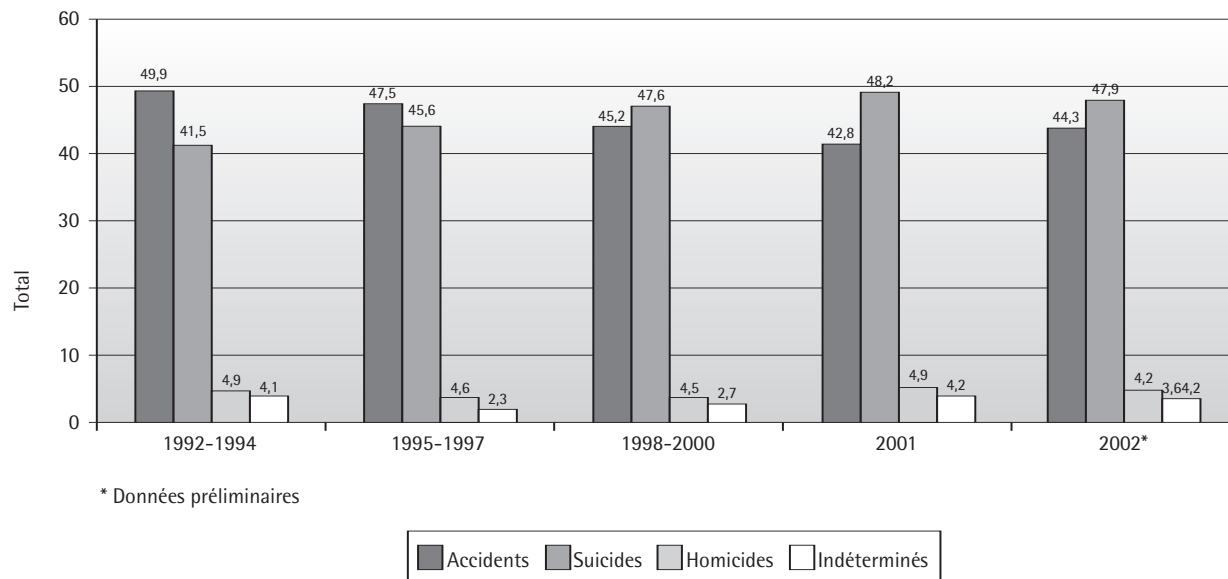
Selon les renseignements préliminaires disponibles, parmi les 231 décès dont le rapport est à venir, 138 (59,7 %) seraient des décès par traumatisme.

■ REGISTRE DES TRAUMATISMES

Depuis 1990, le coroner en chef 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 pour cette période. Notre but premier n'est pas d'analyser les phénomènes mortels, mais de présenter l'information issue des rapports des coroners avec rigueur et de fournir une représentation la plus fidèle possible de la réalité des décès par traumatisme. Nous savons que la diffusion de données fiables sur l'ampleur des problèmes favorise la mobilisation et la prise de décisions quant aux interventions préventives appropriées.

Pour les besoins du bilan, nous avons regroupé les causes de décès selon des critères familiers aux chercheurs. Toutefois, le registre de données du coroner en chef permet d'étudier des phénomènes particuliers et d'obtenir des données plus spécifiques sur demande.

■ DÉCÈS PAR TRAUMATISME

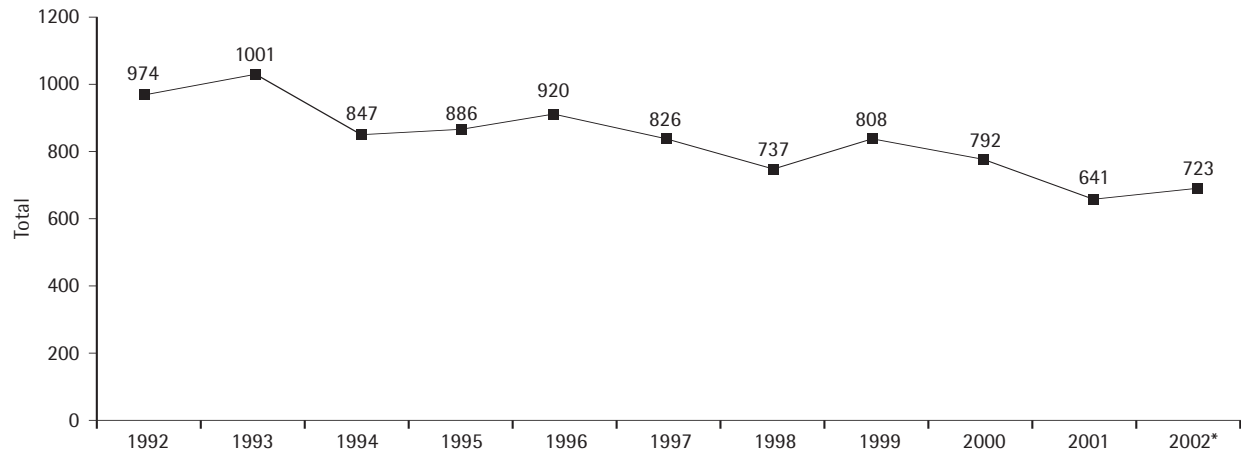


Décès par traumatisme	Nombre annuel moyen		Nombre		
	1992-1994	1995-1997	1998-2000	2001	Données préliminaires 2002
Accidents	1544	1512	1373	1203	1256
Suicides	1298	1451	1447	1355	1360
Homicides	154	145	136	137	118
Indéterminés	129	72	81	117	103
TOTAL	3125	3180	3037	2812	2837

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

■ DÉCÈS ACCIDENTELS LIÉS AUX TRANSPORTS TERRESTRES

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



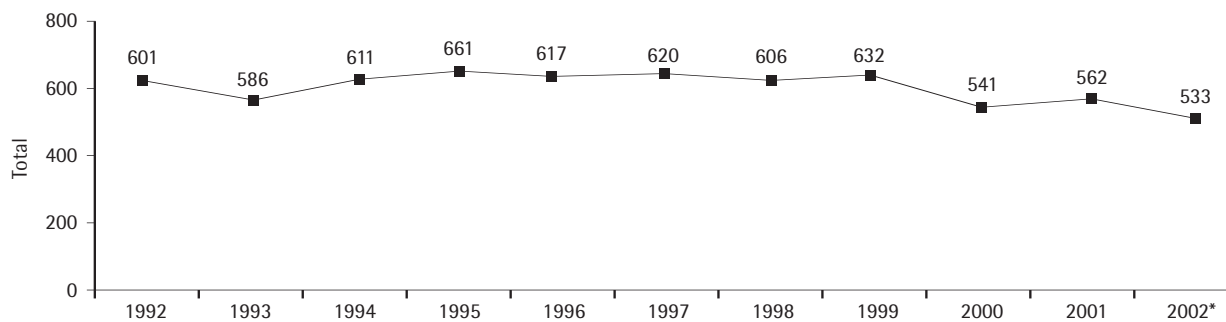
* Données préliminaires

Décès accidentels liés aux transports terrestres	Nombre annuel moyen			Nombre 2001	% variation 2001 / 1998-2000	Nombre Données préliminaires 2002
	1992-1994	1995-1997	1998-2000			
Conducteur d'une automobile, d'un camion ou d'un autobus	436	399	349	308	-11,7	348
Passager d'une automobile, d'un camion ou d'un autobus	213	203	165	109	-33,9	128
Piéton	143	138	118	87	-26,3	89
Motocycliste	61	53	67	40	-40,3	57
Cycliste	36	31	25	28	12,0	25
Motoneigiste	28	29	29	19	-34,5	29
Occupants d'un véhicule tout-terrain	18	18	20	29	45,0	23
Autres accidents de transport terrestre	8	7	7	9	28,6	6
À déterminer				12		18
Total	943	878	780	641	-17,8	723

Depuis 1992, on note une baisse progressive des décès liés aux transports terrestres. Cette tendance semble se confirmer, bien que le bilan de 2002 soit de toute évidence supérieur à celui de 2001. Par ailleurs, le nombre de décès causés par un accident de véhicule tout-terrain est nettement plus élevé en 2001 que lors des années précédentes.

■ AUTRES DÉCÈS ACCIDENTELS

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

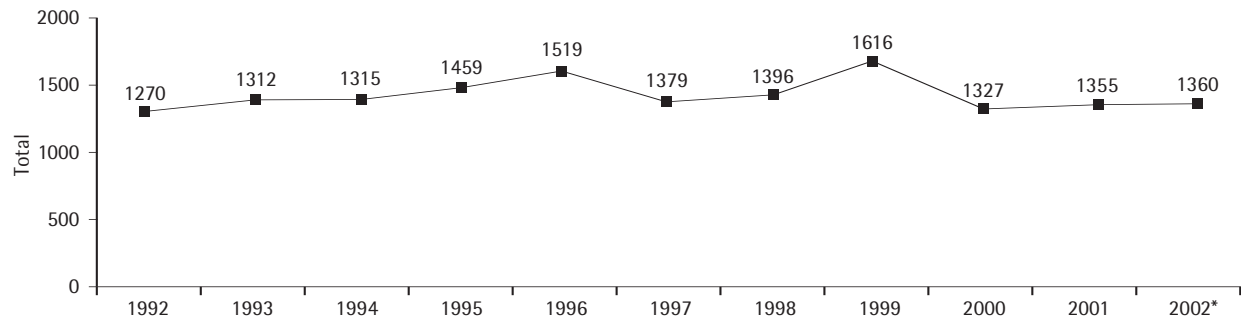


* Données préliminaires

Autres décès accidentels	Nombre annuel moyen			Nombre 2001	% variation 2001 / 1998-2000	Nombre Données préliminaires 2002
	1992-1994	1995-1997	1998-2000			
Chute	98	113	113	130	15,0	129
Intoxication	106	114	113	114	0,9	97
Noyade et submersion accidentelle	106	110	91	67	-26,4	85
Strangulation, suffocation, asphyxie	72	74	65	51	-21,5	58
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	68	68	57	56	-1,8	40
Contact avec une machine	34	38	34	31	-8,8	33
Choc, heurt	21	25	31	32	3,2	24
Exposition aux forces de la nature	21	25	23	20	-13,0	17
Accident de transport aérien	18	18	23	12	-47,8	8
Exposition au courant électrique	13	9	6	8	33,3	5
Explosion	10	8	12	2	-83,3	2
Arme à feu	10	6	5	7	40,0	4
Accident médical ou chirurgical	7	10	5	6	20,0	6
Brûlures à l'eau chaude	4	3	4	2	-50,0	1
Accident de bateau	3	3	1	1	0,0	2
Autres traumatismes	10	10	10	12	20,0	5
À déterminer				11		17
Total	601	634	593	562	-5,2	533

On observe une diminution de 5,2 % des décès accidentels en 2001, comparativement aux moyennes antérieures.

■ SUICIDES

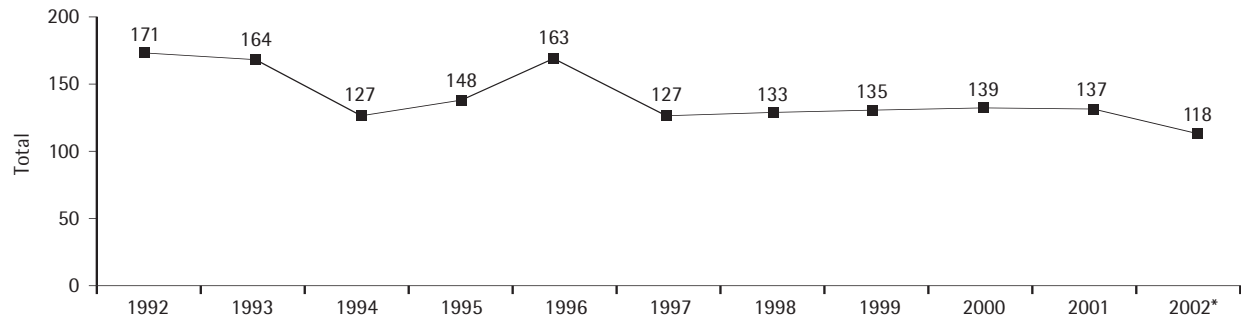


* Données préliminaires

Suicides	Nombre annuel moyen			Nombre 2001	% variation 2001 / 1998-2000	Nombre Données préliminaires 2002
	1992-1994	1995-1997	1998-2000			
Pendaison	497	619	735	632	-14,0	689
Arme à feu	297	288	258	205	-20,5	186
Auto-intoxication à l'oxyde de carbone	157	150	118	114	-3,4	94
Autres auto-intoxications	134	151	136	158	16,2	136
Chute	72	82	58	54	-6,9	64
Noyade	49	49	48	30	-37,5	34
Moyen de transport	33	36	37	39	5,4	44
Objet tranchant ou perforant	18	27	18	31	72,2	29
Suffocation	25	29	17	22	29,4	13
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	10	13	14	11	-21,4	11
Autres lésions auto-infligées	6	7	8	2	-75,0	7
À déterminer				57	235,3	53
Total	1298	1451	1447	1355	-6,4	1360

Comme l'illustre le graphique en haut de cette page, après le sommet enregistré en 1999, le nombre des suicides s'est stabilisé et s'est rapproché de ce qu'il était en 1997 et 1998.

■ HOMICIDES

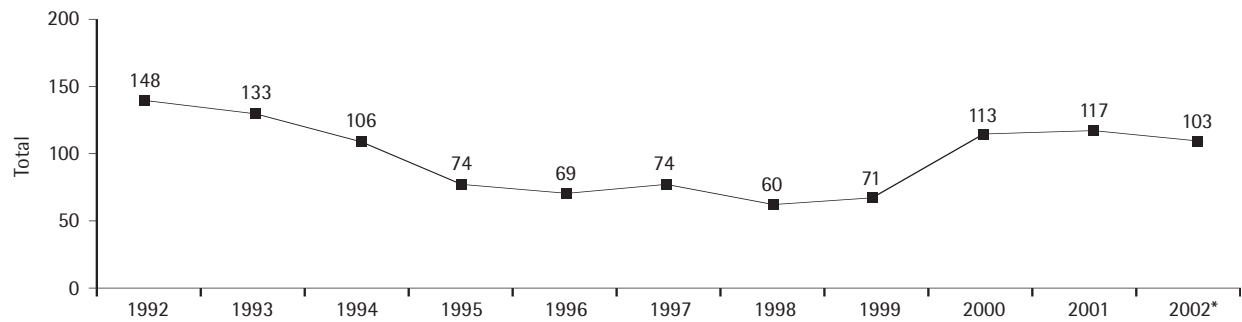


* Données préliminaires

Homicides	Nombre annuel moyen			Nombre	% variation	Nombre
	1992-1994	1995-1997	1998-2000	2001	2001 / 1998-2000	Données préliminaires 2002
Arme à feu	71	62	65	60	-7,7	28
Objet tranchant ou perforant	40	38	30	32	6,7	30
Objet contondant	11	10	16	13	-18,8	10
Strangulation	13	9	9	12	33,3	18
Autres	19	26	16	16	0,0	18
À déterminer				4	100,0	14
Total	154	145	136	137	0,7	118

Le nombre d'homicides survenus en 2001 est stable comparativement à celui des trois années précédentes. À long terme, on observe que la fréquence des homicides tend à diminuer.

■ DÉCÈS DE CAUSE INDÉTERMINÉE



* Données préliminaires

Décès de cause indéterminée	Nombre annuel moyen			Nombre 2001	% variation 2001 / 1998-2000	Nombre Données préliminaires 2002
	1992-1994	1995-1997	1998-2000			
Traumatisme indéterminé	129	72	81	97	19,8	67
À déterminer				20		36
Total	129	72	81	117	44,4	103

Plusieurs décès dont la cause est apparemment indéterminée au moment de l'avis au coroner et appartenant à ce stade-ci à la catégorie « À déterminer » verront leurs causes et circonstances bien établies une fois l'investigation terminée. Ils seront alors ventilés parmi les accidents, les suicides et les homicides.

Les annexes

Bureau du Coroner

■ ANNEXE 1 : 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 nommées 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 	D.1687-87, 1987, 6492 Modifié en partie par : 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 <i>Loi sur les recherches des causes et des circonstances des décès</i> 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 2 : LA LISTE DES CORONERS ACTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE EN 2003-2004

Coroner en chef	Bellemare, M ^e Danielle	
Coroner en chef adjoint, l'Ouest du Québec	David, M ^e Anne-Marie	
Coroner en chef adjoint, l'Est du Québec	Nolet, D ^{re} Louise Nolet	
RÉGIONS	CORONERS PERMANENTS	
	INVESTIGATEURS	ENQUÊTEURS
03 - Capitale-Nationale	Couillard, D ^r Bernard Morin, M ^e Pierre Turmel, D ^r Serge	Bouliane, M ^e Marc-André Kronström, M ^e Andrée
06 - Montréal	Dionne, D ^r Paul G. Duchesne, D ^r Line Michaud, D ^r Roger C. Paquin, D ^r Claude	Rudel-Tessier, M ^e Catherine
14- Lanaudière	Territoire couvert par certains coroners de Montréal	
17 - Centre-du-Québec		Malouin, M ^e Luc
RÉGIONS	CORONERS À TEMPS PARTIEL	
	INVESTIGATEURS	ENQUÊTEURS
01 - Bas-Saint-Laurent	Dorval, D ^r Jean-François Lévesque, D ^r Gaétan Raymond, D ^r Yves	
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	Bergeron, Dr André Bolduc, D ^r Yves Côté, M ^e Mandoza Gagné, D ^r Carol Miron, D ^r Michel	
03 - Capitale-Nationale	Bédard, D ^r Marc Brochu, D ^r Pierre Naud, D ^r Yvon Samson, D ^r Pierre-Charles Turmel, D ^r Yvan	Bérubé, M ^e Jacques Delâge, M ^e Cyrille
04 - Mauricie	Blais, D ^r Jean-Pierre Charest, M ^e René Gauthier, D ^r Raynald Martin, D ^r Pierre Trahan, D ^r André-G.	
05 - Estrie	Giguère, M ^e Robert	
06 - Montréal	Ayllon, D ^r Rafaël Goupil, D ^r Jean-Noël Labarias, D ^r Jose-Luis Tremblay, D ^{re} Candide	Boudrias, M ^e Denis

RÉGIONS	CORONERS À TEMPS PARTIEL	
	INVESTIGATEURS	ENQUÊTEURS
07 – Outaouais	Bourassa, D ^r Pierre Lachapelle, M ^c Joanne Morissette, D ^r Guy Tremblay, D ^r Gaston-A. Turgeon, D ^r Robert	
08 – Abitibi-Témiscamingue	Aubry, D ^r Sylvain Germain, D ^r Hughes Gurekas, D ^r Vydas Malenfant, D ^r Claude Molloy, D ^{re} Francine Provost, M ^c Jeannine	
09 – Côte-Nord	Lefrançois, M ^c Bernard Monger, M. Richmond Samson, D ^r Arnaud	
10 – Nord-du-Québec	Létourneau, D ^r Joël	
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Gauthier, D ^r Gilles Lévesque, D ^r Jean-Louis	
12 – Chaudière-Appalaches	Garneau, M ^c Gabriel Morin, D ^r Raymond Picard, D ^r Jean-Marc Toussaint, D ^r Martin	
13 – Laval	Ferland, M ^c Michel Trudeau, D ^r Michel	
15 – Laurentides	Fermini, D ^r Richard Larocque, D ^r Robert Paquette, D ^r Jean-Lévy Talbot, D ^{re} Linda	
16 – Montérégie	Bélanger, D ^r René-Maurice Brochu, D ^r Jean Chalut, D ^r Pierre Clément, D ^r Marcel Dandavino, D ^r André-H. Laberge, D ^r J. Roger Lambert, D ^r Yves Massé, D ^r Michel	Perron, M ^c Gilles
17 – Centre-du-Québec	Bélisle, M ^c Pierre Proulx, D ^r André	

■ ANNEXE 3 : 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 est 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, y compris 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 raisonnables.
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