



Rapport annuel

**Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario
2008**

Table des matières

Message du coroner en chef	2
Système des coroners de l'Ontario	3
Structure organisationnelle	5
Services de pathologie	9
Données statistiques sur les décès	11
Enquêtes du coroner	14
Aide aux enquêtes	15
Données statistiques sur les enquêtes	20
Comités experts d'examen des décès	22
Examen du coroner régional principal	31
Documents juridiques	34
Avertissements du coroner en chef relatifs à la sécurité publique	37
Mort cardiaque	38
Recherche	40
Ressources	41
Renseignements complémentaires	41

Message du coroner en chef

L'année 2008 a été une année de transition pour le Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Au printemps, les audiences de la Commission d'enquête Goudge sur la médecine pédiatrique légale en Ontario se sont terminées. Au début du mois de juin, après s'être bien acquittée de son rôle, la D^{re} Bonita Porter m'a cédé sa place de coroner en chef de l'Ontario. J'ai accepté le poste, étant rassuré par l'appui manifesté par une excellente équipe de haute direction, envers le bureau et envers moi-même, au moment où nous mettons le cap vers le changement.

Pendant tout l'été, l'équipe de gestion a procédé avec diligence à la rédaction du rapport du commissaire Goudge. Ce rapport a été publié au début d'octobre. L'Assemblée législative de l'Ontario a rapidement déposé un projet de loi pour procéder aux modifications recommandées par le commissaire. Grâce à la rédaction détaillée, les membres du personnel du Bureau du coroner en chef et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels ont été en mesure de mettre en œuvre rapidement les nombreuses modifications recommandées par le commissaire. La nouvelle version de la *Loi sur les coroners* a été promulguée en juillet 2009.

Au cours de la dernière partie de l'année 2008 a eu lieu le recrutement d'une directrice de projet qui a mené le projet de l'avant. Elle a habilement piloté le projet, mais ce sont les membres du personnel qui par leur engagement et leur dévouement ont assuré l'exécution du travail nécessaire pour assurer la mise en œuvre des recommandations. J'éprouve une grande reconnaissance pour les efforts qu'ils ont accomplis et beaucoup de fierté d'avoir eu la chance de diriger cette entreprise.

Au moment où je rédige cette introduction selon le point de vue de 2011, je suis vraiment impressionné de constater la somme de travail abattue par le personnel. L'équipe multidisciplinaire qui s'est engagée dans cette importante entreprise a réalisé de nombreuses tâches. Comme nous le verrons dans les prochaines éditions de ces rapports annuels, nombreux sont les changements qui surviendront encore. Nous instaurons de nouvelles solutions technologiques qui nous permettront de produire en moins de temps des rapports plus précis, d'améliorer nos communications, de gérer en temps réel des enquêtes sur les décès dans toutes les parties de la province et d'améliorer constamment la qualité de notre travail, alors que nous nous efforçons de devenir le point de référence en matière d'enquête sur les décès. Notre objectif est d'en arriver à des conclusions d'une qualité et d'une fiabilité maximales grâce aux importantes tâches exécutées par nos enquêteurs, un objectif qui concorde entièrement avec les attentes des citoyens que nous servons. En nous inspirant des recommandations du commissaire Goudge, nous réussirons.

Andrew McCallum, M.D., FRCPC
Coroner en chef pour l'Ontario

Système des coroners de l'Ontario

L'origine du régime ontarien d'investigations et d'enquêtes sur les décès remonte au XI^e siècle, en Angleterre. Quand un corps était découvert, un représentant de la Couronne (appelé le « Crouner ») devait répondre aux cinq questions suivantes :

- **Qui** était la personne défunte?
- **Où** est-elle morte?
- **Quand** est-elle morte?
- **Comment** est-elle morte?
- **Qui** est à blâmer pour ce décès?

De nos jours, les coroners ne déterminent plus la responsabilité légale. Leurs investigations se limitent à un examen des circonstances entourant le décès.

Pour l'aider à répondre aux cinq questions, le « Crouner » convoquait tous les hommes des villages environnants pour venir témoigner. Cette coutume a évolué et a été remplacée par la sélection d'un jury chargé d'entendre les témoignages. À l'époque, le « Crouner » (appelé depuis lors le « coroner ») avait d'autres fonctions, notamment la perception des impôts et la saisie de certains biens au nom de la Couronne. La nomination d'un coroner dans le comté était aussi importante que celle du shérif. Au fil des siècles, le rôle et les pouvoirs du coroner ont évolué pour répondre aux besoins des nations qui ont hérité du système juridique anglais de la common law. Le système ontarien des coroners est conçu selon le modèle anglais.

En vertu de la *Loi sur les coroners*, les coroners doivent être des médecins dûment qualifiés pour exercer dans la province; ils sont nommés par le lieutenant-gouverneur pour un mandat d'une durée indéterminée. Les coroners mènent une investigation sur tous les décès dont la cause n'est pas naturelle, notamment lorsqu'on soupçonne ou allègue un acte suspect, un suicide, un accident, une négligence ou une faute professionnelle. De nos jours, les coroners doivent répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'**identité** du défunt
- **Comment** le décès est-il survenu (c.-à-d. la cause médicale du décès)
- **Quand** est-il survenu
- **Où** est-il survenu
- **Quelle en est la cause** (c.-à-d. mort naturelle, suicide, accident, homicide ou cause indéterminée)

En 2008, il y avait environ 320 coroners en Ontario, dont 49 coroners spécialement qualifiés pour présider à une enquête.

Énoncé de mission

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario est au service des vivants en menant des investigations et des enquêtes de haute qualité sur des décès pour veiller à ce qu'aucune mort ne soit négligée, dissimulée ou ignorée. Ses conclusions forment la base de recommandations visant à améliorer la sécurité publique et à éviter que d'autres décès ne surviennent dans des circonstances similaires.

Devise

Les coroners de l'Ontario ont adopté la devise suivante, basée sur une déclaration du député Thomas D'Arcy McGee (1825-1868) :

« Nous parlons pour les morts afin de protéger les vivants. »

Cette devise reflète la mission fondamentale du système ontarien des coroners : répondre aux questions concernant les décès pour lesquels une investigation est requise, en vertu de la *Loi sur les coroners*, et utiliser l'information ainsi recueillie afin d'éviter d'autres décès dans des circonstances similaires et de promouvoir la sécurité publique.

Structure organisationnelle

Les activités du Bureau du coroner en chef relèvent de la compétence de la Division de la sécurité communautaire du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Le ministère veille à ce que les collectivités de l'Ontario puissent compter sur le soutien et la protection de systèmes de maintien de l'ordre et de sécurité publique sûrs, sécuritaires, performants, efficaces et responsabilisés. Ces systèmes englobent les mesures d'urgence, des investigations scientifiques, la coordination des services d'incendie et le système des coroners.

Le Bureau du coroner en chef assume les responsabilités suivantes :

- administrer la *Loi sur les coroners*;
- superviser, diriger et contrôler tous les coroners en Ontario;
- organiser des programmes afin d'instruire les coroners sur leurs responsabilités;
- communiquer les conclusions et recommandations des jurys des enquêtes de coroner aux particuliers, organismes et ministères concernés;
- rédiger, publier et distribuer un code de déontologie pour guider les coroners dans l'exécution de leurs fonctions;
- exercer les autres fonctions et pouvoirs qui lui sont assignés par toute autre loi ou par des règlements pris par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Le Bureau du coroner en chef englobe les secteurs de programme suivants :

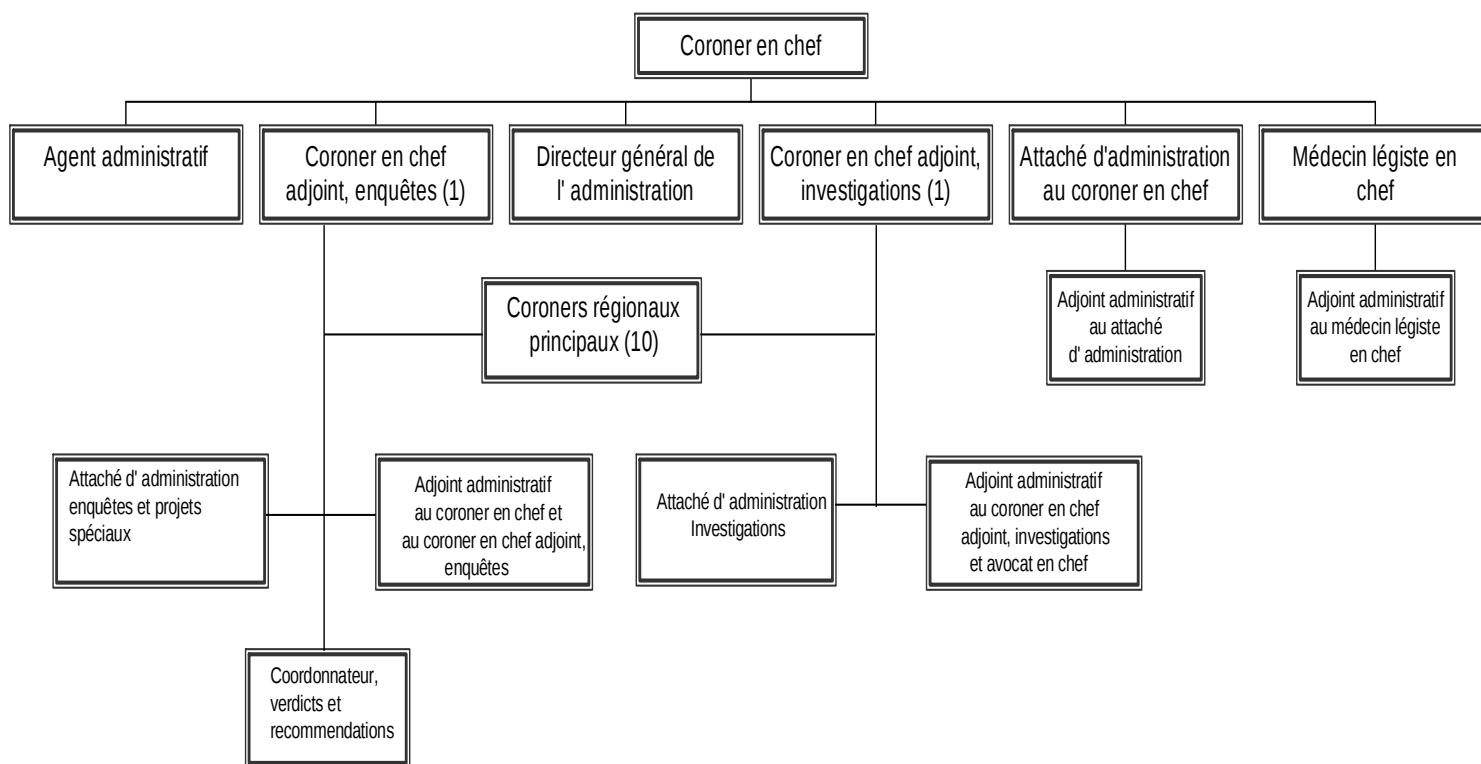
- Investigations;
- Enquêtes;
- Services de médecine légale;
- Services juridiques;
- Soutien aux programmes.

Structure organisationnelle

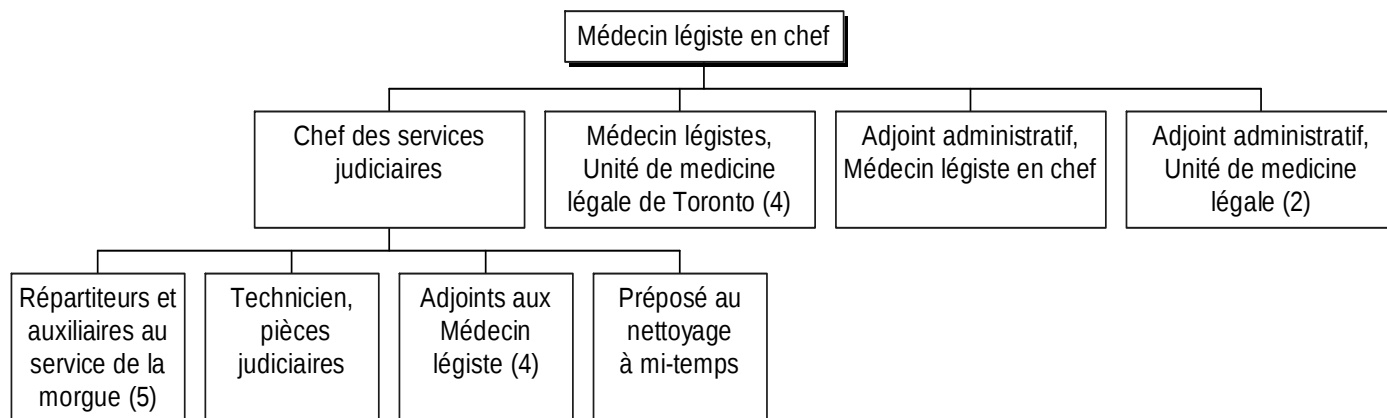
En plus de son bureau central à Toronto, le Bureau du coroner en chef a un certain nombre de bureaux régionaux répartis dans la province. Chacun de ces bureaux est dirigé par un coroner régional principal, avec l'appui de personnel administratif. Ces régions et leurs limites respectives sont illustrées ci-dessous :

Région	Emplacement du bureau	Limites
Est	Peterborough	Haliburton, Hastings, Manitoulin, Muskoka, Nipissing, Northumberland, Parry Sound, Peterborough, Renfrew, Sudbury, Victoria
Est	Kingston	Dundas-Glengarry, Frontenac, Lanark, Leeds-Grenville, Lennox-Addington, Ottawa-Carleton, Prescott-Russell, comté de Prince Edward et Stormont
Ouest	St. Catharines	Brant, Haldimand-Norfolk, Hamilton-Wentworth, Niagara
Ouest	London	Bruce, Elgin, Essex, Grey, Huron, Kent, Lambton, Middlesex, Perth
Nord	Thunder Bay	Algoma, Cochrane, Kenora, Rainy River, Temiskaming, Thunder Bay
Centre	Guelph	Dufferin, Halton, Oxford, Simcoe, Waterloo, Wellington
Centre	Toronto Est	Toronto (à l'est de la rue Yonge)
Centre	Toronto Ouest	Toronto (à l'ouest de la rue Yonge)
Centre	Brampton	York, Durham, Peel

Structure organisationnelle du Bureau du coroner en chef – 2008



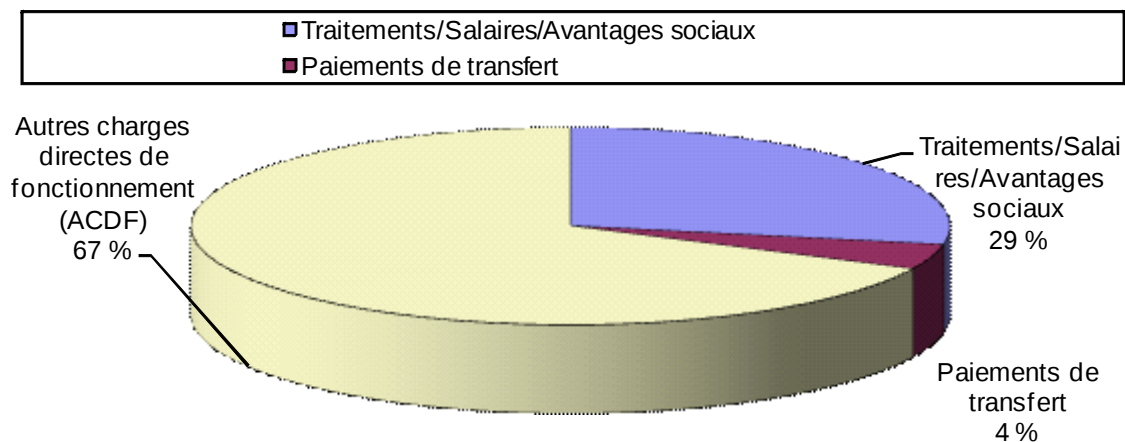
Structure organisationnelle de l'Unité de médecine légale – 2008



Budgets

2007-2008 Budget (25,6 millions \$)

ACDF - Transports, administration, enquêtes, services médicaux/medico-légaux, fourniture et matériel



Services de pathologie

Une autopsie consiste à examiner un cadavre dans le but de déterminer la cause de la mort. Elle est réalisée en vertu d'un mandat du coroner lorsque celui-ci estime que les résultats pourraient s'avérer utiles pour les besoins de l'enquête. Dans les cas où le coroner est en mesure de déterminer de manière raisonnable la cause de la mort en se fondant sur les antécédents médicaux, le traitement reçu, les circonstances de la mort et l'état du corps, il se peut que l'autopsie ne soit pas jugée nécessaire.

Il y a les autopsies dites « de routine » (mort non suspecte) et celles qui s'imposent en cas de mort suspecte (homicide). Les cas de mort suspecte ou d'homicide requièrent l'expertise de médecins légistes, des experts qui ont reçu une formation spécialisée et qui peuvent être appelés à témoigner devant un tribunal judiciaire. L'objectif d'une autopsie peut consister entre autres à trouver des signes de violence ou de traumatismes qui justifieraient la tenue d'une enquête criminelle, à établir l'identité de la personne décédée ou à déterminer la cause de sa mort lorsqu'il est impossible de le faire autrement.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario abrite l'Unité de médecine légale de la province de l'Ontario. Située à Toronto et communément appelée la « morgue de Toronto », cette unité offre des services d'autopsie médico-légale et judiciaire à tous les coroners de la province. Dirigée autrefois par le coroner en chef adjoint des services judiciaires (2005), et maintenant par le médecin légiste en chef (2006), cette unité fait appel à des experts dans divers domaines dont les connaissances et les compétences dans des domaines spécialisés contribuent au processus d'investigation sur les décès (p. ex., anthropologues judiciaires, dentistes, toxicologues). L'Unité de médecine légale a pour mandat de fournir à la population de l'Ontario des services de médecine légale de la plus haute qualité.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario fournit aussi des services de médecine légale aux Forces canadiennes depuis un certain nombre d'années. Cette unité procède à une autopsie pour les membres des Forces canadiennes tués en Afghanistan ou ailleurs de façon à :

- faciliter leur identification;
- déterminer la cause du décès;
- mieux comprendre les blessures résultant des traumatismes en temps de guerre, afin de disposer de données pour la conception et l'utilisation d'équipement de protection amélioré, et contribuer ainsi à prévenir d'autres décès.

Pour le Bureau du coroner en chef, c'est un honneur de fournir ce service au gouvernement du Canada. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario recourt aux services de plusieurs médecins légistes dans la province qu'il rémunère à l'acte. Lorsque les circonstances le permettent, l'autopsie est effectuée dans un hôpital aussi près que possible du lieu de résidence de la famille du défunt. Le service est ainsi assuré dans les meilleurs délais.

Voici les chiffres quant au nombre d'autopsies effectuées en 2008 en vertu du mandat d'un coroner :

Nombre d'autopsies effectuées à l'Unité de médecine légale de la province : 1 293

Nombre total dans la province : 6 408

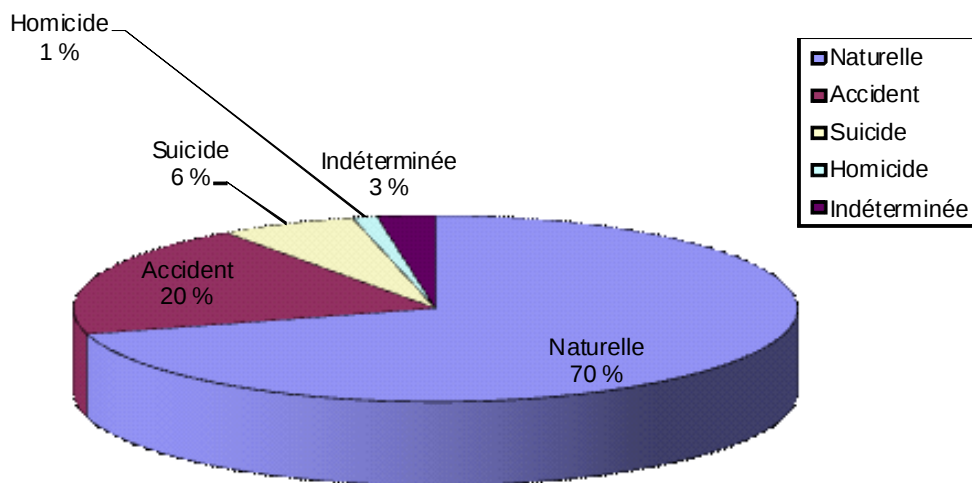
Données statistiques sur les décès

Mode de décès (par région) – 2008

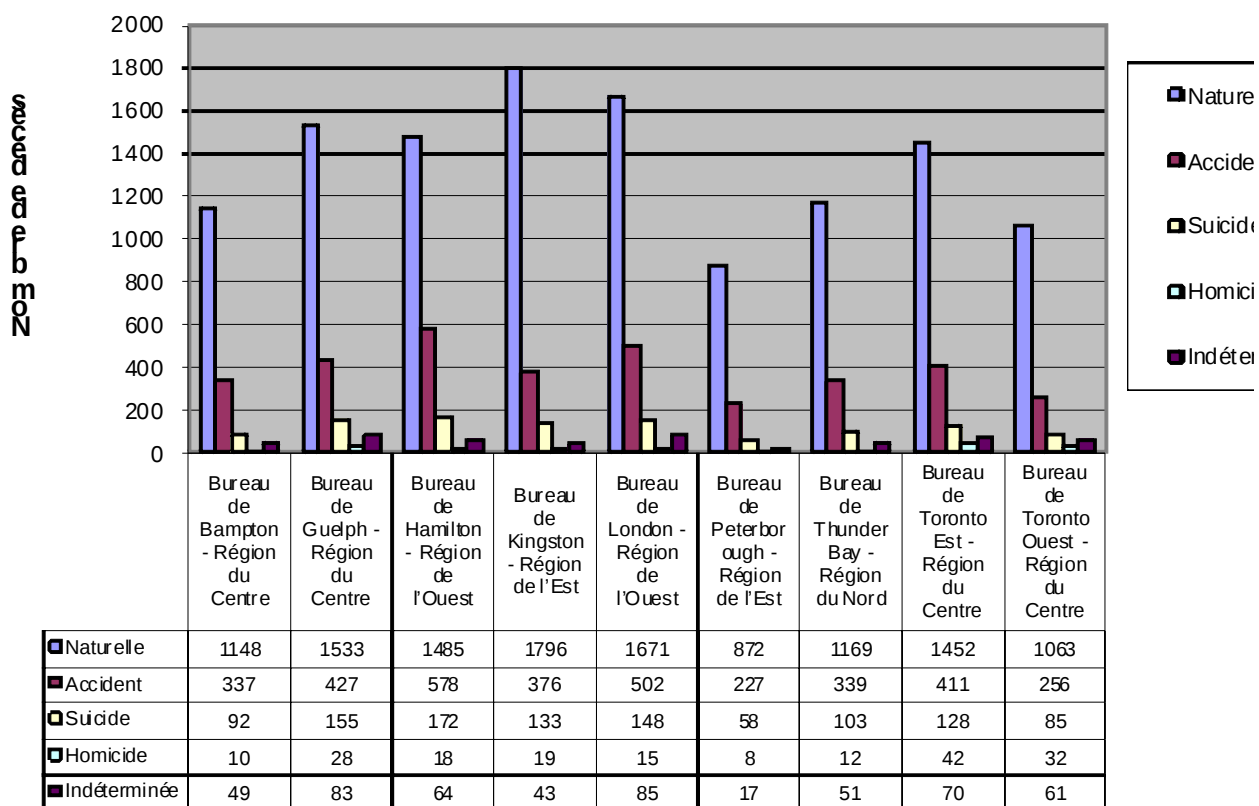
	Naturelle	Accident	Suicide	Homicide	Indéterminée	Squelettique	Total
Bureau de Peterborough - Région de l'Est	872	227	58	8	17	8	1 190
Bureau de Kingston - Région de l'Est	1 796	376	133	19	43	6	2 373
Bureau de London - Région de l'Ouest	1 671	502	148	15	85	9	2 430
Bureau de Hamilton - Région de l'Ouest	1 485	578	172	18	64	34	2 351
Bureau de Thunder Bay - Région du Nord	1 169	339	103	12	51	14	1 691
Bureau de Toronto Est - Région du Centre	1 452	411	128	42	70	4	2 107
Bureau de Toronto Ouest - Région du Centre	1 063	256	85	32	61	2	1 499
Bureau de Brampton - Région du Centre	1 148	337	92	10	49	3	1 639
Bureau de Guelph - Région du Centre	1 533	427	155	28	83	22	2 248
Total	12 189	3 453	1 074	184	523	105	17 528

REMARQUE : En 2008, le nombre de décès enregistrés en Ontario a été de 88 265. (Source : Dossiers de l'état civil de l'Ontario)

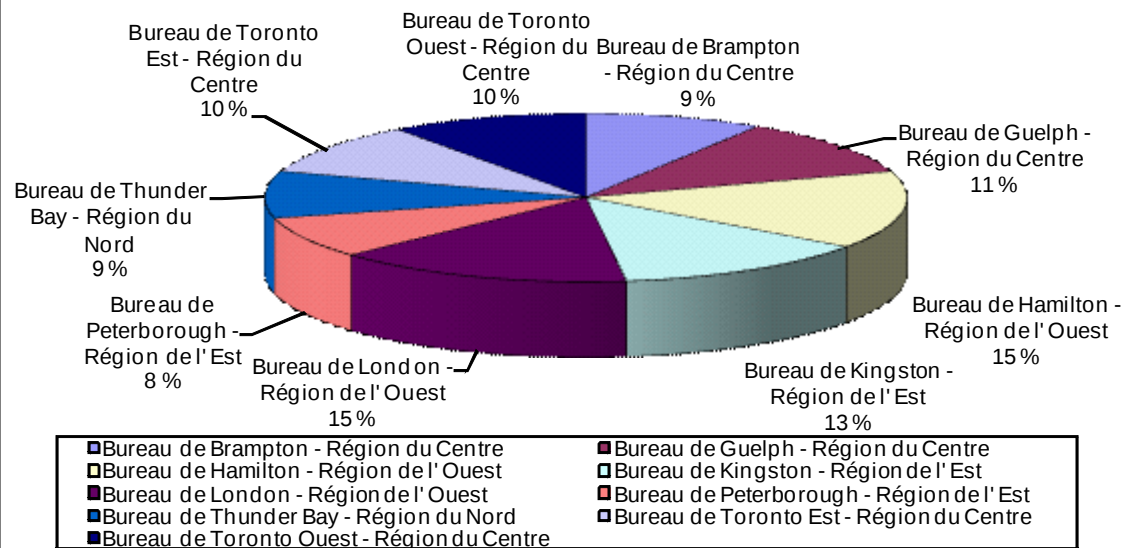
Nombre total de décès selon le mode (2008)



Sommaire des décès selon le mode et la région (2008)



Nombre total de décès par région (2008)



Dix principales causes de mortalité dans la province de l'Ontario

Dix premières Cause de décès	2008		Total
	Hommes	Femmes	
Naturelle – maladie cardiovasculaire - myocardique	3 838	1 998	5 836
Naturelle – maladie pulmonaire	878	858	1 736
Chute/saut – même niveau	628	769	1 397
Naturelle – maladie du système nerveux central/neurologique	509	732	1 241
Naturelle – maladie cardiovasculaire – autre, vasculaire périphérique	492	327	819
Naturelle – maladie gastrointestinale	432	335	758
Naturelle – maladie non précisée/autre	314	386	700
Trauma – collision de véhicules ou entre un véhicule et un piéton	451	243	694
Intoxication à un médicament (aiguë)	359	265	624
Asphyxie – Pendaison	377	95	472

Enquêtes du coroner

En Ontario, des coroners ayant reçu une formation spécialisée président aux enquêtes du coroner. Pour ces enquêtes, les membres du jury sont choisis à partir des listes de jurés utilisées pour les autres instances judiciaires. Comme les coroners, les jurés doivent répondre aux cinq questions suivantes et peuvent, s'il y a lieu, faire des recommandations :

- Quelle est l'**identité** du défunt
- **Comment** le décès est-il survenu (c.-à-d. la cause médicale du décès)
- **Quand** est-il survenu
- **Où** est-il survenu
- **Quelle en est la cause** (c.-à-d. mort naturelle, suicide, accident, homicide ou cause indéterminée)

Il y a deux sortes d'enquêtes du coroner : les enquêtes obligatoires et les enquêtes discrétionnaires. Les enquêtes obligatoires sont menées conformément aux exigences de la *Loi sur les coroners*. Elles portent sur les décès qui résultent d'accidents survenus dans l'exercice d'un emploi sur un chantier de construction, dans une mine, dans un puits d'extraction ou dans une carrière ainsi que sur les décès survenus alors que la personne était sous garde ou en détention. En 2006, la *Loi sur les coroners* a été modifiée pour inclure dans ces enquêtes obligatoires les décès d'enfants, dans certaines circonstances. Toutes les autres enquêtes sont discrétionnaires et peuvent être menées conformément à l'article 20 de la *Loi sur les coroners*.

Un coroner tient compte de plusieurs facteurs pour décider de mener ou non une enquête discrétionnaire. Il doit, par exemple, examiner si les réponses aux cinq questions sont connues. Il peut également déterminer s'il est souhaitable ou non que le public ait accès à une audience ouverte et complète sur les circonstances d'un décès. En outre, une enquête permet au jury de formuler des recommandations utiles dont la mise en œuvre pourrait permettre d'éviter que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires.

Les enquêtes du coroner sont ouvertes au public et aux médias. Les recommandations et les verdicts formulés par le jury d'une enquête sont publics et peuvent être obtenus auprès du Bureau du coroner en chef ou sur le site Web du ministère.

Aide aux enquêtes

Le document intitulé *Aide aux enquêtes* fournit des renseignements de nature générale et une aide aux personnes qui présentent une demande et qui obtiennent la qualité pour agir dans une enquête en Ontario. Ces renseignements visent à faire comprendre la conduite et le résultat d'une enquête et ne sont pas censés remplacer des conseils juridiques.

Décision de faire enquête

Il y a deux sortes d'enquêtes du coroner : les enquêtes obligatoires et les enquêtes discrétionnaires. Les enquêtes obligatoires sont menées conformément aux exigences de la *Loi sur les coroners*. Elles portent sur les décès qui résultent d'accidents survenus dans l'exercice d'un emploi sur un chantier de construction, dans une mine, dans un puits d'extraction ou dans une carrière, sur les décès survenus alors que la personne était sous garde ou en détention ainsi que sur les décès d'enfants, dans certaines circonstances (2006). Toutes les autres enquêtes sont considérées comme discrétionnaires et peuvent être menées conformément à l'article 20 de la *Loi sur les coroners*.

Un coroner tient compte de plusieurs facteurs pour décider de mener ou non une enquête discrétionnaire. Il doit, par exemple, examiner si les réponses aux cinq questions sont connues. Il peut également déterminer s'il est souhaitable ou non que le public ait accès à une audience ouverte et complète sur les circonstances d'un décès. En outre, une enquête permet au jury de formuler des recommandations utiles visant à éviter que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires.

Cette fonction de prévention constitue un aspect très important des enquêtes parce qu'elle favorise des changements qui renforceront la sécurité dans la province. Les recommandations découlant d'enquêtes antérieures ont entraîné des modifications à des lois (p. ex., délivrance graduelle du permis de conduire et droit du travail), à des politiques (p. ex. la façon dont la police et les tribunaux administrent la justice), à des procédures (p. ex., protection des enfants et promotion de pratiques médicales sûres) et au développement de produits (p. ex., dispositifs de sécurité pour les véhicules motorisés et d'autres biens de consommation).

Le parent d'une personne décédée (au sens de l'article 26 de la *Loi sur les coroners*) peut réclamer la tenue d'une enquête en présentant une demande par écrit au coroner chargé de l'investigation. Cette demande est présentée à l'équipe de gestion des coroners principaux régionaux qui décide si une enquête s'impose ou non, en application de l'article 20 de la *Loi sur les coroners*.

Aucune limite n'est prescrite quant au délai entre la date du décès et celle de la tenue d'une enquête.

Définition et limites d'une enquête

Une enquête n'est PAS un processus accusatoire. Ce n'est ni un procès, ni un processus d'enquête préalable. Il ne s'agit pas non plus d'une commission royale d'enquête, ni d'une campagne régie par des motivations personnelles ou philosophiques. Une enquête du coroner est un processus inquisitoire conçu pour attirer l'attention du public sur les circonstances d'un décès, qui doit constituer un examen public impartial des faits. Tous les participants sont tenus de se comporter de façon professionnelle, digne et respectueuse du processus.

Comportement en salle d'audience d'enquête

Même si une enquête du coroner n'est pas un tribunal pénal d'archives, il s'agit néanmoins d'une procédure judiciaire. Une conduite, une tenue vestimentaire et une attitude appropriées sont attendues de la part des participants, des médias et des personnes qui assistent à une enquête.

Jury

Le jury d'enquête est composé de cinq personnes choisies par le constable du coroner parmi une liste de jurés de la collectivité. Siéger à un jury d'enquête est un devoir public.

Le premier jour de l'enquête, les jurés se réunissent et choisissent un président au sein de leur groupe. Les jurés doivent ensuite prêter serment ou affirmer solennellement qu'ils vont « enquêter diligemment » sur le décès, pour ensuite rendre un verdict répondant aux cinq questions le concernant. Ce verdict ne doit pas nécessairement être unanime et peut être obtenu par vote majoritaire. Les jurés peuvent jouer un rôle actif dans l'enquête et sont encouragés à poser des questions pertinentes aux témoins afin de soulever des questions problématiques. Après avoir répondu aux cinq questions, les jurés peuvent faire des recommandations fondées sur les preuves et les témoignages qui leur ont été présentés. Ils ne sont toutefois pas tenus de faire des recommandations.

Il est interdit aux jurys d'enquête d'émettre des conclusions de responsabilité légale ou d'exprimer une quelconque conclusion de droit. Leur rôle n'est pas de faire porter le blâme, ni d'exempter du blâme, ni de statuer ou de sous-entendre un jugement dans leurs recommandations concernant le décès. Si de telles conclusions ressortaient d'un verdict, celui-ci serait considéré comme irrégulier et donc irrecevable.

Les jurys d'enquête peuvent être amenés à regarder des photographies des blessures de la personne décédée ou à examiner le lieu où le décès s'est produit. De nos jours, il ne leur est plus demandé de regarder le corps de la personne décédée.

Qui peut participer à une enquête?

Toute enquête du coroner est ouverte au public et aux médias. Certaines mesures interdisent l'usage de caméras en salle d'audience. Des restrictions visent également l'usage d'appareils d'enregistrement en salle d'audience par les médias ou par toute personne présente.

Un coroner spécialement formé préside l'enquête à titre quasi judiciaire. Le coroner est généralement représenté par un avocat de la Couronne qui agit comme son conseiller juridique. En outre, le coroner qui préside peut autoriser d'autres personnes ayant un intérêt important et direct dans l'enquête, notamment des personnes pouvant être concernées de manière directe et unique par les recommandations, à prendre une part active aux audiences. Cette participation est appelée « qualité pour agir ». Toute personne ou partie voulant se prévaloir de la qualité pour agir doit en faire la demande. Pour répondre favorablement à une telle demande, le coroner doit juger que l'enquête intéresse sérieusement et directement cette personne ou partie.

Les parties ayant qualité pour agir peuvent se représenter elles-mêmes, ou être représentées par des avocats ou des mandataires. Les parties peuvent procéder au contre-interrogatoire des témoins ayant rapport avec leur intérêt manifeste, et appeler leurs propres témoins si le coroner juge leur témoignage pertinent pour les besoins de l'instance. Pour en venir à cette conclusion, le coroner demandera la production d'un résumé de témoignage anticipé ou d'une déclaration par écrit du témoignage avant la convocation du témoin.

Les parties ayant qualité pour agir peuvent également présenter leurs arguments et observations au jury après que tous les témoignages ont été entendus. De cette façon, chaque personne susceptible d'être touchée de façon significative par le verdict ou les recommandations a la possibilité de présenter son point de vue. Au besoin, le coroner tiendra une audience séparée pour résoudre les questions relevant de la qualité pour agir ou toute autre question exigeant une décision en l'absence du jury. Bien que des avocats représentant des intérêts divers (et parfois opposés) puissent intervenir dans une enquête, il est essentiel de se rappeler que personne n'est en procès et que le jury n'est pas autorisé à imputer les torts dans son verdict.

La famille de la personne décédée peut demander la qualité pour agir (avec ou sans avocat), ou simplement observer la procédure parmi public. Selon les circonstances, les membres de la famille peuvent aussi être appelés à témoigner dans l'enquête. Les membres de la famille de la personne décédée ne sont pas tenus d'assister à l'enquête, sauf dans le cas où ils sont appelés à témoigner.

Les personnes dont le témoignage est pertinent pour une enquête sont assignées à comparaître.

Les témoins doivent prêter serment ou faire une affirmation solennelle de témoignage conforme à la vérité.

Les témoins peuvent être contre-interrogés par les parties ayant qualité pour agir dans l'enquête.

Aucune preuve recueillie dans une enquête de coroner ne peut être utilisée pour incriminer une personne dans d'autres tribunaux, à moins que celle-ci n'ait commis un parjure. Le parjure dans une enquête est une infraction passible d'accusations au criminel. Les témoins ont droit à la présence de leur avocat ou mandataire aux audiences pour les conseiller, mais toute autre participation d'un avocat ou mandataire à l'enquête requiert la permission du coroner.

Un sténographe judiciaire est présent aux enquêtes du coroner pour enregistrer la procédure.

La transcription de la procédure peut être obtenue auprès de celui-ci moyennant des frais.

Le constable du coroner sélectionne le jury et aide le coroner à maintenir l'ordre durant l'enquête. Le constable demande aux témoins de prêter serment ou de faire une affirmation solennelle, assiste le jury et prend en charge la manipulation des pièces présentées.

Réunion préalable à l'enquête

Avant le début de l'enquête, le coroner peut convoquer une réunion préalable à l'enquête. Lors de cette réunion, habituellement dirigée par le conseiller juridique du coroner, certains sujets sont débattus afin de garantir l'efficacité et l'efficience de l'enquête, notamment l'établissement des dates et heures d'audience, les questions à examiner et l'échange de renseignements'. C'est généralement lors de cette réunion que le dossier de l'enquête est remis aux parties dont l'avocat est présent. Ce dossier n'est remis qu'après signature d'un engagement à en respecter le caractère confidentiel et à le restituer une fois l'enquête terminée. Si une partie n'est pas représentée par avocat, des dispositions spéciales peuvent être prises pour obtenir l'accès à ce dossier.

Protocole des enquêtes

Dans le cadre d'une enquête, il faut s'adresser au coroner en disant « Monsieur le Coroner » ou « Madame la Coroner ». Pour le président du jury, il faut dire « Monsieur le Président » ou « Madame la Présidente ». Après que le jury a prêté serment, le coroner expose les observations préliminaires. Le conseiller juridique du coroner s'adresse ensuite au jury et appelle le premier témoin. Lorsqu'un témoin est appelé, les autres parties ayant qualité pour agir ont la possibilité de lui poser des questions pertinentes en contre-interrogatoire. Les jurés ont également la possibilité de poser des questions et d'examiner les pièces. Le coroner peut statuer sur l'admissibilité ou la pertinence des éléments de preuve. Les règles concernant les éléments de preuve dans une enquête du coroner diffèrent de celles des autres procédures judiciaires.

Les membres du jury sont autorisés à débattre entre eux des preuves en dehors de la salle d'audience, mais ces discussions doivent demeurer confidentielles durant l'enquête, pendant les délibérations et après la fin de l'enquête. La confidentialité des délibérations est indispensable pour que le processus soit équitable et pour éviter le harcèlement des jurés une fois l'enquête terminée. Les jurés ne doivent parler de l'enquête à quiconque, y compris aux médias, pendant toute la durée de celle-ci, ni discuter de leurs délibérations après la fin de l'enquête.

Généralement, l'accès aux pièces est limité aux parties participant à l'enquête. À la discrétion du coroner, et compte tenu des intérêts privés des parties, le public et les médias peuvent être autorisés à examiner les pièces durant les pauses. Cependant, le coroner n'autorise à faire des copies des pièces que dans de rares circonstances.

Lorsque tous les témoignages ont été entendus, les avocats ou mandataires s'adressent généralement au jury. Ces plaidoiries leur offrent une dernière occasion de présenter au jury leur interprétation des preuves et de faire des recommandations. Diverses parties peuvent également formuler des recommandations conjointes. Le conseiller juridique du

coroner présente aussi ses observations finales au jury, avec les points de droit déterminants.

Lorsque toutes les parties ont fini de présenter leurs plaidoiries et observations, le coroner qui préside s'adresse aux membres du jury auxquels il décrit leurs responsabilités et leurs limites, et leur donne les consignes en regard de la loi telle qu'elle s'applique aux enquêtes.

Verdicts et recommandations

Le jury se retire en prenant toutes les pièces pour délibérer, rendre un verdict et préparer des recommandations, le cas échéant. Un verdict qui impute des torts est irrecevable. Le jury doit répondre aux cinq questions et peut faire des recommandations. Celles-ci ne sont pas obligatoires, mais représentent la voix de la collectivité et doivent être prises en considération afin de prévenir des décès dans des circonstances similaires à l'avenir. Les recommandations doivent être fondées sur les témoignages entendus lors de l'enquête.

Le jury n'est pas isolé lors de l'examen des preuves et des pièces. Cependant, il a pour consigne de ne pas écouter ni lire quoi que ce soit en relation avec l'enquête dans les médias et de ne pas discuter de ses délibérations en dehors de la salle des jurés. Lorsque le jury revient en salle d'audience, le verdict est lu à voix haute, puis l'enquête est close. Le verdict et les recommandations sont à la disposition du public, sur demande auprès du Bureau du coroner en chef.

Le verdict et les recommandations, accompagnés d'une brève explication rédigée par le coroner qui préside, sont envoyés au coroner en chef qui les distribuera aux agences, associations, ministères ou autres organismes identifiés qui peuvent être en mesure de mettre en œuvre les recommandations. Les destinataires doivent évaluer leur réaction face aux recommandations et envoyer leur réponse au Bureau du coroner en chef dans un délai d'un an après l'enquête. Les membres du public, y compris les médias, peuvent demander une copie des réponses aux recommandations de l'enquête en présentant une demande par écrit au Bureau du coroner en chef.

Le Bureau du coroner en chef prépare un rapport sur la mise en œuvre des recommandations de toutes les enquêtes. Ces rapports sont publiés dans un rapport annuel sur les enquêtes qui est mis à la disposition du public.

Données statistiques sur les enquêtes

Résumé pour 2008

- 76 enquêtes ont été menées en 2008
- 4 % des enquêtes réalisées étaient de nature discrétionnaire
- 96 % des enquêtes réalisées étaient obligatoires :
 - o 71 % établissements de détention
 - o 22 % chantiers de construction
 - o 3 % mines
- 28 % des enquêtes n'ont donné lieu à aucune recommandation
- 423 recommandations ont été formulées au total
- 75 % des organismes à qui on a demandé une réponse l'ont fournie
- La durée moyenne des enquêtes a été de 3 jours

De l'ensemble des recommandations formulées :

- 40 % ont été mises en œuvre
- 6 % allaient être mises en œuvre
- 21 % ont été mises en œuvre sous une autre forme
- 24 % allaient être mises en œuvre sous une autre forme
- 18 % étaient à l'étude
- 0,5 % ont soulevé des questions encore non résolues
- 3 % ont été rejetées sans qu'une raison précise soit donnée
- 1 % ont été rejetées en raison de lacunes
- 0,5 % ont été rejetées en raison d'un manque de ressources
- 10 % ne pouvaient être mises en application par l'agence à qui elles étaient adressées
- 12 % sont demeurées sans réponse
- 1 % des réponses reçues ne pouvaient être évaluées

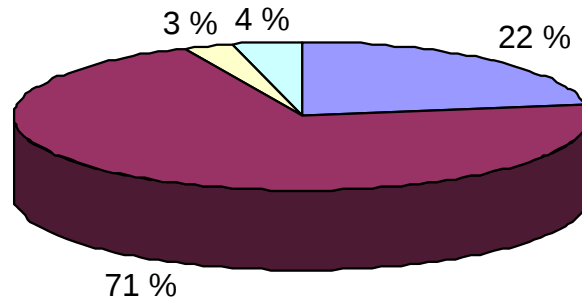
De l'ensemble des décès survenus en 2008 et ayant fait l'objet d'une enquête :

- 37 % étaient d'origine naturelle
- 43 % étaient accidentels
- 9 % étaient des suicides
- 8 % étaient des homicides
- 3 % étaient indéterminées
- 100 % des décès survenus sur des chantiers de construction et dans des mines étaient accidentels

Sommaire des enquêtes du coroner selon le type d'enquête – 2008

Type	N ^{bre} de recomm.	% du n ^{bre} de recomm.	Enquêtes	% des enquêtes	N ^{bre} moyen de recomm. par enquête	Taux de réponse moyen *	Jours d'enquête- total	N ^{bre} moyen de jours d'enquêtes
Discretionnaire	26	6	3	4	9	67	15	5
Détention	274	65	54	71	5	100	176	3
Construction	95	22	17	22	6	79	37	2
Secteur minier	28	7	2	3	14	67	9	5
Total	423	100	76	100	9	78	237	4

Pourcentage d'enquêtes selon le type - 2008



■ Construction ■ Détention ■ Mines ■ Discretionnaire

Comités experts d'examen des décès

Le Bureau du coroner en chef supervise six comités spécialisés chargés d'examiner des décès particuliers. Ces comités sont composés de représentants de divers secteurs multidisciplinaires qui prodiguent des conseils d'experts dans le cadre des investigations et des examens effectués par le Bureau du coroner en chef. Ces comités sont les suivants :

- 1) Comité d'examen des décès dus à la violence familiale;
- 2) Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux;
- 3) Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée;
- 4) Comité d'examen de la sécurité des patients;
- 5) Comité d'examen des décès d'enfants;
- 6) Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Ces comités ont pour mission d'accomplir les actes suivants :

- formuler une opinion sur la cause et les circonstances de certains décès;
- formuler une opinion sur la présence ou l'absence de problèmes systémiques qui pourraient nécessiter un suivi par le coroner chargé de l'investigation, le coroner régional ou le coroner en chef;
- formuler une opinion d'expert concernant le besoin de soumettre l'affaire à d'autres entités appropriées, pour mener des investigations plus poussées ou prendre certaines mesures;
- favoriser des activités éducatives en relevant les questions systémiques;
- promouvoir la recherche, s'il y a lieu;
- faire des examens de cas de façon aléatoire ou dirigée, à la demande du président ou de la présidente du comité;
- signaler au coroner en chef les cas susceptibles de contribuer à la sécurité publique, s'ils faisaient l'objet d'une enquête du coroner.

Les comités contribuent, par leurs connaissances et expertises spécialisées, aux investigations sur des cas complexes, pour les décès relevant de domaines de compétence particuliers. Ils font appel aux services de personnes possédant des connaissances et de l'expérience dans un éventail de domaines médicaux, sociaux, juridiques et universitaires. Ils procèdent à divers examens complets et minutieux des circonstances et des faits entourant le décès, mais ne prennent aucune décision concernant les normes de diligence. Ils peuvent relever des problèmes en rapport avec des normes de diligence et recommander au besoin au coroner en chef de soumettre ces questions à un organisme de réglementation.

Les membres de ces comités spécialisés reçoivent une modeste rémunération pour leur participation aux réunions des comités et à la rédaction de rapports d'examen. Les comités se réunissent de trois à dix fois par année, selon le volume et l'urgence des cas qui leur sont confiés.

Le Bureau du coroner en chef a élaboré, pour les investigations, des procédures qui encadrent les circonstances dans lesquelles le cas doit être soumis à un comité spécialisé :

- Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale examine tous les cas d'homicide dans lesquels la victime (ou un de ses enfants) a été tuée par son partenaire ou son ex-partenaire d'une relation intime;
- Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examine tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner;
- Le Comité d'examen des décès d'enfants examine tous les cas de décès d'enfants qui recevaient des services d'une société d'aide à l'enfance au moment de leur décès ou dans les douze mois précédents;
- Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée examine tous les homicides qui se sont produits dans un établissement de soins de longue durée;
- Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux examine tous les cas où une femme est morte « durant la grossesse ou à la suite d'une grossesse, dans des circonstances pouvant raisonnablement être attribuées à celle-ci ».

Pour chaque cas qui leur est soumis, les comités rédigent un rapport contenant leurs conclusions. Au cours de l'investigation, les conclusions du comité peuvent être communiquées à d'autres personnes ou entités intéressées afin de susciter un dialogue fructueux et d'encourager un changement systémique, s'il y a lieu. Les conclusions peuvent aussi être communiquées à la famille de la personne dont le décès a fait l'objet de l'examen.

Les comités rédigent eux aussi leurs propres rapports annuels. Il est possible d'en obtenir des exemplaires sur le site Web du coroner en chef, à l'adresse suivante : http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/office_coroner/PublicationsandReports/Coroners_pubs_reports.html.

Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale est un comité consultatif formé d'experts de divers domaines, qui a été créé en 2003 pour donner suite aux recommandations formulées dans le cadre de deux grandes enquêtes du coroner portant sur les décès d'Arlene May et de Randy Iles et de Gillian et Ralph Hadley, respectivement. Ce comité a pour mandat d'aider le Bureau du coroner en chef à enquêter sur les décès attribuables à la violence familiale, à étudier ces cas et à formuler des recommandations, le tout, en vue d'éviter que d'autres décès ne surviennent dans des circonstances similaires et de réduire l'ampleur du phénomène de la violence familiale en général.

Les membres du comité sont des spécialistes de la violence familiale qui proviennent d'un large éventail d'horizons professionnels : services policiers, système de justice criminelle, secteur des soins de santé, services sociaux et autres agences et organismes de sécurité publique. En procédant à une analyse minutieuse des faits et à l'étude détaillée de chaque cas, le comité s'efforce de comprendre les causes profondes des homicides intrafamiliaux et de trouver des moyens de les prévenir. Dans le cadre de son analyse, le comité examine notamment les antécédents, les circonstances et la conduite des agresseurs ou auteurs des infractions, des victimes et de leur famille. Il étudie également les réactions systémiques et collectives, afin de cerner les principaux facteurs de risque qui sont en jeu et de déterminer les cibles d'intervention possibles qui pourraient contribuer à prévenir d'autres décès semblables à l'avenir.

Depuis sa création, le comité a examiné 77 affaires impliquant un nombre total de 117 décès. Le tableau suivant indique le nombre de cas et de décès soumis au comité depuis sa création en 2003 :

Année	Cas examinés	Décès
2003	11	24
2004	9	11
2005	14	19
2006	13	21
2007	15	25
2008	15	17
Total	77	117

Le tableau suivant décrit les facteurs de risques qui favorisent le plus souvent la mortalité en cas d'incident de violence familiale. Conformément aux rapports antérieurs du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale, le facteur de risque le plus fréquent pour les homicides intrafamiliaux en 2008 est la séparation, réelle ou imminente. Les autres facteurs prépondérants sont les suivants : des antécédents de violence familiale, des comportements obsessionnels chez le contrevenant (p. ex., le harcèlement), des rapports de dépression chez le contrevenant, et une escalade de la violence. On remplit une formule de codage des facteurs de risque pour chaque cas examiné par le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale. Le tableau suivant met en lumière certaines des données statistiques les plus significatives qui ont

été relevées dans le cadre des examens effectués par le comité :

Facteurs de risques	2008		2003-2008	
	n	Pourcentage	n	Pourcentage
Séparation réelle ou imminente	13	87 %	62	81 %
Antécédents de violence familiale	14	93 %	61	79 %
Comportements obsessionnels chez le contrevenant	9	60 %	48	62 %
Diagnostics de dépression chez le contrevenant posés par des professionnels (p. ex., médecin, orienteur) ou non-professionnels (p. ex., famille, amis)	6	40 %	45	58 %
Escalade de la violence	8	53 %	44	57 %
Menaces de tuer la victime	8	53 %	39	51 %
Menaces de commettre un suicide	9	60 %	37	48 %
Antécédents de violence extrafamiliale	10	67 %	34	44 %
Tentatives antérieures d'isoler la victime	6	40 %	33	43 %
Craintes intuitives ressenties par la victime	7	47 %	33	43 %
Abus d'alcool ou de drogue	7	47 %	32	42 %
Accès à des armes à feu ou possession de telles armes	4	27 %	31	40 %
Contrôle de la plupart ou de toutes les activités quotidiennes de la victime	5	33 %	31	40 %
Chômage du contrevenant	5	33 %	30	39 %
Présence réelle ou présumée d'un nouveau partenaire dans la vie de la victime	6	40 %	27	35 %
Défaut du contrevenant de se soumettre à l'autorité	7	47 %	27	35 %
Menaces armées envers la victime	4	27 %	25	32 %
Contrevenant témoin ou victime de violence familiale dans son enfance	5	33 %	24	31 %
Manifestation de jalousie sexuelle par le contrevenant	5	33 %	24	31 %

Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux

Le mandat du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux consiste à assister le Bureau du coroner en chef dans ses enquêtes et ses examens, et à formuler des recommandations en vue de prévenir la récurrence de décès maternels similaires, quelle qu'en soit la cause. Seront visés tous les décès survenus pendant la grossesse et la période postnatale (soit les 42 jours suivant l'accouchement). Tout décès survenu entre 42 et 365 jours après l'accouchement fera l'objet d'un examen si la cause du décès est directement liée à la grossesse ou à une complication de celle-ci.

Le comité examinera les mortinaissances et les décès néonataux si la famille, le coroner ou le coroner régional éprouve des doutes quant aux soins prodigués à la mère ou à l'enfant. Si les soins ont été prodigués par une sage-femme, le comité examinera tous les cas de décès maternels, de mortinaissances et de décès néonataux.

Sommaire des examens de cas du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux en 2008 :

Nombre total de cas examinés :	30
Nombre total de décès examinés :	30
Nombre total de recommandations :	46
Nombre de décès maternels examinés :	8
Nombre de recommandations pour des décès maternels :	3
Nombre de décès néonataux examinés :	12
Nombre de recommandations pour des décès néonataux :	24
Nombre de mortinaissances examinées :	10
Nombre de recommandations pour des mortinaissances :	20

Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée

Fondé à l'origine en décembre 1989, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée est un comité consultatif du Bureau du coroner en chef de l'Ontario chargé de procéder à un examen indépendant des décès survenus dans des établissements gériatriques ou de soins de longue durée. Le mandat du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée consiste à assister le Bureau du coroner en chef dans ses enquêtes et ses examens, et à formuler des recommandations en vue de prévenir des décès similaires, ayant trait à la prestation de services aux personnes âgées ou aux personnes recevant des soins gériatriques ou de longue durée dans la province. Tous les homicides qui surviennent dans des établissements de soins de longue durée sont soumis à l'examen du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée.

Les rapports et les recommandations du comité sont distribués aux organismes du secteur de la santé, aux membres de la famille des défunts, à d'autres autorités provinciales, nationales et internationales, ainsi qu'au grand public.

En 2008, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné au total 18 cas traités par le coroner dont il a été saisi et qui impliquaient des résidents d'établissements de soins de longue durée et des personnes âgées. Après avoir examiné les cas, le comité a formulé au total 46 recommandations visant à prévenir des décès similaires. Ces recommandations mettaient en évidence des problèmes et appréhensions concernant les aspects suivants :

- gestion des services médicaux et des soins infirmiers;
- communication et documentation;
- consommation de médicaments par les personnes âgées;
- procédures d'admission, de congé et de transfert;
- secteur des soins de courte et de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Comité d'examen de la sécurité des patients

Le Comité d'examen de la sécurité des patients examine les décès se rapportant à des soins de santé dans les cas où des événements indésirables ou des erreurs systémiques semblent avoir joué un rôle important.

En ce qui concerne le présent comité, les « événements indésirables » se définissent comme des blessures ou complications non intentionnelles ayant causé la mort, et causées par la gestion des services médicaux plutôt que par l'état sous-jacent du patient. « Erreur » s'entend d'une caractéristique de conception systémique qui permet que des événements indésirables involontaires surviennent (erreur latente) ou qui ne détecte pas les déviations du plan de soins prévu (erreur active). La conception systémique comprend non seulement la conception du processus de prestation des soins, mais aussi la gestion de l'accès aux soins (p. ex., les listes d'attente).

L'occurrence de telles erreurs ne signifie pas qu'un particulier ou un organisme devrait recevoir un blâme ou se voir attribuer la responsabilité concernant un résultat non désiré.

D'ailleurs, comme pour tous les aspects du Bureau du coroner en chef, le Comité d'examen de la sécurité des patients ne peut imputer des torts ou des responsabilités. Son mandat consiste plutôt à cibler les événements indésirables et erreurs dont il est possible de tirer des leçons pour prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires, et d'émettre des recommandations dans ce sens.

Buts et objectifs :

- offrir un avis d'expert concernant la cause et les circonstances d'une mort liée aux soins de santé si des événements indésirables ou des erreurs systémiques semblent avoir été un facteur important;
- aider les coroners à améliorer les enquêtes sur la mort au sein du système de soins de santé ou découlant de celui-ci, si des événements indésirables ou des erreurs systémiques semblent avoir eu lieu;
- promouvoir la formation continue des professionnels en matière de sécurité des patients en cernant les problèmes systémiques, en formulant des recommandations aux organismes appropriés pour qu'ils prennent des mesures, en collaborant avec les organismes de réglementation des professions et en publiant un rapport annuel, le tout en mettant l'accent sur une diffusion rapide de l'information;
- offrir un avis d'experts sur demande au moment des enquêtes;
- favoriser ou promouvoir la recherche, s'il y a lieu;
- entreprendre des examens aléatoires ou dirigés, à la demande du président;
- aider à relever les questions, problèmes ou lacunes de chaque cas afin de favoriser la formulation de recommandations appropriées en matière de prévention.

L'effectif du comité est constitué de praticiennes et praticiens respectés dans diverses disciplines liées aux soins de santé. L'effectif est équilibré de façon à assurer, dans la mesure du possible, une large et pratique représentation géographique d'établissements de tous niveaux, y compris des centres communautaires et universitaires. La présidence sera assumée par un coroner en chef adjoint ou un coroner régional principal, ou par une autre personne désignée par le coroner en chef de l'Ontario.

Selon les besoins, au cas par cas, d'autres personnes sont invitées aux réunions du comité (p. ex., le coroner enquêteur, le coroner régional principal, tout spécialiste d'intérêt pour les faits de l'affaire).

En 2008, le Comité d'examen de la sécurité des patients a examiné trois cas et formulé sept recommandations.

Comité d'examen des décès d'enfants et Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

Ces deux comités apportent leur concours aux investigations et conseillent le coroner en chef en ce qui a trait à la cause et aux circonstances des décès d'enfants. De plus, l'examen des décès complexes sur le plan médical et des décès d'enfants ayant bénéficié de services de protection de l'enfance peut donner au Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) l'occasion de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables.

Les comités font le suivi des tendances et des facteurs de risque relevés dans le cadre de leurs travaux et en rendent compte, dans l'intérêt de la sécurité publique et de la prévention.

Il est essentiel que le public comprenne que ces comités, qui sont chargés de déterminer les causes de décès et de cerner les problèmes systémiques qui peuvent y avoir contribué, ne sont pas autorisés à prendre position, à élaborer des lignes directrices ni à mettre en œuvre des programmes visant à prévenir des décès. Lorsque le coroner en chef les informe des tendances relevées, c'est aux organismes non gouvernementaux, aux ministères, aux associations représentatives ou aux groupes de défense concernés qu'incombe cette tâche.

Outre un coroner en chef adjoint et un coroner régional principal, ces comités comprennent des représentants de diverses disciplines, dont des pédiatres, des pathologistes, des policiers, des membres du Bureau du procureur de la Couronne et des spécialistes du bien-être de l'enfance. À la discrétion du président et suivant les conseils des membres, il est possible d'inviter à des réunions du comité, au cas par cas et selon les besoins, d'autres personnes ayant une expertise particulière ou une connaissance de l'affaire examinée.

Examens de cas

Le Comité des décès d'enfants de moins de cinq ans (CDM5) examine tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans sur lesquels un coroner a mené une investigation en Ontario. Il aide à classer les causes et les origines des décès et peut transmettre le cas au Comité d'examen des décès d'enfants en vue d'un examen complémentaire, s'il y a lieu. Le CDM5 se réunit environ 6 fois par an.

Statistiques du CDM5 en 2008 :

- Le Comité a examiné 96 cas au cours de l'année.
- Dans 40 cas sur 96, le mode de décès est indéterminé.
- Dans 33 (75 %) des cas indéterminés, le décès est lié à un environnement de sommeil dangereux.
- Dans 19 (58 %) des cas liés à un environnement de sommeil dangereux, le décès est associé au partage du lit.

0 à 5 ans Mode de décès	2007
Naturel	39
Accident	17
Indéterminé	<i>40</i>
Total	96

Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) examine les cas de décès qui sont complexes sur le plan médical, soit ceux dont la cause ou l'origine laisse planer un doute ou qui soulèvent des questions quant aux soins médicaux. Le Comité peut également examiner certains cas lorsque des membres de la famille ou des fournisseurs de soins émettent des doutes. Par ailleurs, le CEDE examine tous les cas de décès survenu alors qu'une société d'aide à l'enfance avait un dossier ouvert sur la famille de l'enfant au moment de son décès ou dans les douze mois précédents, conformément à une directive conjointe du Bureau du coroner en chef et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Le CEDE tient 10 réunions mensuelles par an, de septembre à juin.

Statistiques du CEDE

En 2008, le CEDE a examiné en tout 138 cas et produit 82 rapports.

Mode de décès	Médical	SAE	Examiné
Naturel	30	2	27
Accident	1	1	11
Homicide	1	4	3
Suicide	0	14	1
Indéterminé	8	21	3
<i>Investigation en cours</i>			11
Total des cas examinés :	40	42	56

Examen du coroner régional principal

Les examens du coroner régional principal sont effectués par le Bureau du coroner en chef depuis un certain nombre d'années comme solution de rechange à une enquête si des domaines précis semblent pouvoir faire l'objet de recommandations et dans des cas où les questions d'ordre médical sont complexes. C'est particulièrement vrai quand les questions mises en lumière se confinent à un seul et même service dans un hôpital. Par le passé, les examens du coroner régional principal ont été effectués dans des hôpitaux; toutefois, on peut appliquer le processus à d'autres institutions pouvant en retirer des avantages semblables.

Le format des rencontres est moins officiel que pour une enquête. On invite le personnel de l'hôpital ayant prodigué directement des soins à la personne décédée, le personnel administratif concerné, le chef de service (soins infirmiers et médecin), le médecin en chef de l'hôpital et d'autres intervenants que l'hôpital estime être concernés à une réunion présidée par le coroner régional principal.

Ces réunions permettent aux personnes qui ont prodigué des soins de commenter les problèmes relevés dans le cadre de la première partie de l'enquête du coroner portant sur la vérification ou la clarification des événements. L'expérience a démontré que le dossier médical, habituellement l'une des principales sources de renseignements du coroner, ne rend pas toujours compte de tous les faits cliniques. Les réunions offrent l'occasion de clarifier les questions soulevées et permettent un apprentissage réfléchi au moyen d'une discussion. L'objectif est de susciter des recommandations détaillées, raisonnables et pratiques, en plus d'accroître l'efficacité organisationnelle médicale des personnes ayant pris part à la prestation de soins à la personne décédée.

Bien que les conclusions et les recommandations formulées dans ces examens ne soient pas juridiquement contraignantes ni rendues publiques, la famille de la personne décédée est informée de tout changement découlant du processus d'examen du coroner régional principal. Le Bureau du coroner en chef reconnaît le soutien des établissements médicaux, des fournisseurs de services, des praticiens et d'autres institutions ou organismes concernés en ce qui a trait à leur participation et à leur préparation en vue d'avoir une incidence sur des changements importants visant à accroître la sécurité du public.

Cinq examens de coroner régional principal ont eu lieu en 2008. En voici un résumé :

Cas n° 1

Un homme de 64 ans en hémorragie gastro-intestinale causée par un ulcère duodénal a été admis à l'hôpital. Il a subi une chirurgie avant de décéder par la suite. Après avoir examiné le dossier médical, le coroner chargé de l'enquête a recommandé un examen de coroner régional principal. L'examen a révélé un délai de quelques heures entre le diagnostic et la chirurgie. Le coroner régional principal a recommandé à l'hôpital de procéder à un examen de la qualité des soins, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*.

Résultat : L'hôpital a procédé à l'examen et avisé le coroner régional principal des mesures prises pour éviter des résultats similaires.

Cas n° 2 :

Un homme de 33 ans a été arrêté par la police après avoir foncé dans une fenêtre de verre. Il a été conduit à l'hôpital sous surveillance policière pour le traitement de ses blessures. En raison de son comportement erratique, on avait utilisé des moyens de contention qui ont été retirés en partie à l'hôpital, pour lui permettre de recevoir les soins médicaux. Toujours sous surveillance policière, il est parvenu à se libérer complètement des moyens de contention restants et s'est lancé par une fenêtre d'une hauteur d'environ 6 m. De graves blessures à la tête ont entraîné son décès. Comme l'homme était sous surveillance policière lors de son décès, outre l'examen du coroner régional principal, une enquête a été menée par l'Unité des enquêtes spéciales.

Résultat : Le coroner régional principal a recommandé de prendre des mesures pour améliorer la communication entre la police et le personnel de l'hôpital afin de mieux équilibrer les préoccupations en matière de sécurité et les soins du patient, et que l'hôpital envisage la possibilité de désigner des « lits de sécurité » pour les patients nécessitant une surveillance. Le service de police et l'hôpital ont signalé avoir pris des mesures pour mettre en œuvre les recommandations.

Cas n° 3 :

Après avoir subi une chute à domicile, un homme de 78 ans a été transporté à l'hôpital pour subir des examens en raison de douleurs à la poitrine. Ce patient avait des antécédents médicaux complexes et aurait récemment commencé à subir des chutes à son domicile. Après avoir passé des examens ne révélant que des blessures mineures, on lui a donné son congé en lui prescrivant des analgésiques. Plus tard le même jour, il a subi un collapsus et a été conduit de nouveau à l'hôpital où il est décédé d'une coronopathie en raison de fractures aux côtes et d'épanchement de sang dans la poitrine. Le coroner chargé de l'enquête a demandé qu'un examen de ce cas soit effectué par le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée du Bureau du coroner en chef. Le comité a conclu que l'hôpital n'avait pas procédé à un examen suffisamment approfondi étant donné les antécédents de chutes récentes du patient décédé. Une telle évaluation aurait pu permettre un examen clinique plus global et prévenir le deuxième collapsus. Le comité a recommandé la tenue d'un examen par le coroner principal régional.

Résultat : Le coroner principal régional a recommandé de rappeler au personnel de l'hôpital la nécessité d'obtenir tous les renseignements cliniques pertinents des patients âgés, ainsi que la nécessité de procéder à des évaluations médicales complètes afin de déterminer les causes des chutes de patients âgés présentant des douleurs à la poitrine. L'hôpital n'a pas encore répondu à la recommandation.

Cas n° 4 :

Une patiente âgée de 93 ans vivant dans un établissement de soins de longue durée est décédée pour cause d'insuffisance cardiaque congestive. Elle avait des antécédents

médicaux complexes, et son état se détériorait au cours des dernières semaines, alors qu'on lui administrait un certain nombre de médicaments. Le coroner chargé de l'enquête a observé que les notes médicales étaient éparées, souvent illisibles et incohérentes. Même s'il ne s'agissait pas d'un facteur contributif au décès, on a demandé une enquête du coroner régional principal pour mesurer l'importance des notes médicales.

Résultat : Le coroner principal régional a formulé des recommandations sur les pratiques acceptables de tenue de dossiers. Les recommandations ont été mises en œuvre par l'établissement.

Cas n° 5 :

Une dame de 77 ans a été admise à l'hôpital à la demande de son médecin de famille en raison de douleurs à la hanche irradiant dans son dos. On a diagnostiqué une infection de la région de la hanche et on l'a traitée avec des préparations antibiotiques, antinauséuses et analgésiques. Elle a pris un médicament anticoagulant en raison de troubles de santé antérieurs. Elle est décédée plusieurs heures plus tard des suites d'une hémorragie. Le coroner chargé de l'enquête a examiné le dossier médical et découvert que les tests avaient donné des résultats anormaux, ce qui indiquait une possibilité de complications avec le plan de traitement prescrit. Le cas a été envoyé au Comité d'examen de la sécurité des patients du Bureau du coroner en chef. Le comité a examiné le cas et demandé une enquête du coroner régional principal.

Résultat : Le coroner principal régional a conclu à une erreur de communication entre le laboratoire et les services cliniques de l'hôpital ayant causé une rupture de l'information, empêchant de bien discerner les conditions anormales des résultats aux tests par rapport au traitement prescrit. Des recommandations ont été formulées au sujet de l'échange de renseignements entre le laboratoire et les services cliniques, surtout dans les cas où des tests hautement anormaux proviennent du laboratoire. L'hôpital a mis en œuvre les recommandations.

Documents juridiques

Le droit qui régit le travail des coroners provient généralement de deux sources principales :

1. la législation, par l'adoption de nouvelles lois ou de nouveaux règlements;
2. les principes juridiques qu'expriment les tribunaux dans le cadre des décisions qui interprètent et appliquent la loi.

En 2008, les décisions judiciaires ont contribué au corpus croissant de textes législatifs touchant les coroners, les personnes qui travaillent avec eux durant les enquêtes sur les décès et leurs importantes responsabilités à l'égard du public. Trois décisions, en particulier, ont enrichi la jurisprudence concernant le travail des coroners de l'Ontario.

Investigations et enquêtes : la norme civile de preuve

F.H. c. McDougall, 2008 CSC 53

Date de l'audience : 2 mai 2008; date de la décision : 2 octobre 2008

La norme civile de preuve connue comme la « preuve selon la prépondérance des probabilités » s'applique aux conclusions de fait que doivent tirer les coroners dans une investigation en cas de décès. La même norme de preuve s'applique aux conclusions tirées par les jurys sur les enquêtes de coroner. Cette norme se distingue de celle propre aux affaires criminelles, plus exigeante pour la poursuite, soit la « preuve hors de tout doute raisonnable ».

Pendant de nombreuses années, les coroners et les jurys des enquêtes de coroner ont procédé en se fondant sur la jurisprudence voulant que pour en arriver à certains types de conclusions (surtout celles qualifiant un décès en particulier de suicide), il fallait satisfaire à une norme de preuve plus rigoureuse que celle de la « prépondérance des probabilités », quoique moins exigeante que la norme criminelle. Cette norme de preuve intermédiaire a été appelée « un haut degré de probabilité » et doit être satisfaite par une preuve « claire et convaincante ».

Dans l'arrêt *F. H. c. McDougall*, la Cour suprême du Canada a tenté de préciser la nature de la norme civile de preuve. Elle a conclu qu'il n'existe qu'une seule norme civile de preuve, celle de la « prépondérance des probabilités » et qu'il est inapproprié de moduler différents niveaux de probabilité à l'intérieur de cette norme selon la nature ou la gravité de l'allégation de fait en cause. Dans tous les cas, le juge des faits doit examiner soigneusement les éléments de preuve pour déterminer si un événement particulier a eu lieu. La preuve doit toujours être suffisamment claire et convaincante pour passer le test de la prépondérance des probabilités.

Cette décision a permis de clarifier le droit quant à la norme civile de la preuve. Dans le contexte particulier des enquêtes et investigations des coroners, il apparaît clairement

désormais qu'il faut respecter la même norme de preuve et d'attention aux éléments pertinents pour chacune des conclusions de fait.

Jacko c. Ontario (Coroner en chef de l'Ontario), [2008] O.J. n° 5376

Date de l'audience : 27 novembre 2008; date de la décision : 19 décembre 2008

Dans cette affaire, la Cour divisionnaire de l'Ontario a formulé un commentaire sur la nature et la signification de la décision du coroner en chef de l'Ontario d'ordonner ou non une enquête sur la foi de motifs d'ordre discrétionnaires. La Cour a réaffirmé le principe expliqué dans une de ses décisions de 2007, soit qu'au moment de décider s'il doit ouvrir une enquête, le coroner agit dans l'intérêt public. Le devoir du coroner est d'agir dans l'intérêt du public, et non pour des intérêts privés.

La Cour divisionnaire a ajouté que si la *Loi sur les coroners* accorde le droit à un membre de la famille de la personne décédée de réclamer la tenue d'une enquête, et de demander la révision du refus de tenir une enquête, il n'existe pas de droit à une enquête proprement dit. Par conséquent, la décision d'un coroner de refuser la tenue d'une enquête et la décision du coroner en chef de l'Ontario de rejeter une demande de réviser cette décision, ne constituent pas une décision touchant les droits d'un membre de la famille.

La Cour a en outre conclu que la décision de tenir ou non une enquête ne détermine pas l'admissibilité d'une personne à des avantages. Tout en reconnaissant qu'une enquête peut être perçue comme avantageuse par des membres de la famille, la décision de tenir ou non une enquête ne constitue pas une décision concernant l'admissibilité à des avantages.

Proper c. Ontario (coroner en chef de l'Ontario), [2008] O.J. n° 4922

Date de l'audience et de la décision : 25 septembre 2008; Date de l'exposé des motifs : 2 décembre 2008

Dans cette affaire, la Cour divisionnaire de l'Ontario a eu l'occasion de formuler un commentaire sur la nature et la portée d'un document que doit produire un coroner aux personnes qui ont la qualité pour agir dans une enquête, afin de donner à ces parties la possibilité de bien se préparer pour l'enquête. Le coroner avait remis aux parties une copie du dossier de l'enquête, qui contenait les déclarations des témoins et plusieurs rapports. De plus, une des parties avait fourni au coroner un CD contenant la transcription d'environ 34 dépositions de témoins dans une autre instance découlant du même décès. Le coroner a renvoyé sans l'examiner ce CD à la partie qui l'avait fourni. Cette partie a par la suite constaté que la divulgation du CD au coroner n'était pas permise. Deux autres parties ont demandé au coroner d'ordonner la production du CD. Il a refusé. La Cour divisionnaire a maintenu le refus, en jugeant que le coroner n'a pas l'obligation de chercher des documents qui se trouvent en possession d'une autre partie, et que cette partie n'a pas l'obligation de divulguer les documents en sa possession.

Dans ses commentaires sur le devoir d'équité procédurale du coroner visant à permettre aux personnes qui ont qualité pour agir dans une enquête de participer pleinement à

l'enquête sur le décès, la Cour a souligné que les éléments nécessaires pour assurer l'équité procédurale relèvent du contexte particulier. Et donc que l'équité procédurale n'est pas un concept absolu. La Cour a conclu que pour préserver la confiance dans le système d'enquête, la procédure doit être raisonnablement efficace, rapide et exécutée dans un délai raisonnable. En même temps, il existe à la fois un intérêt public et privé à la divulgation des faits et à la transparence du processus pour assurer la tenue d'une enquête complète et permettre aux parties d'y participer. En définitive, la Cour a conclu que dans le contexte d'une enquête du coroner, l'équité procédurale exige que toute preuve pertinente en possession du coroner soit produite aux parties.

Dans la présente affaire, la Cour s'est fondée sur le principe que tous les documents en possession du coroner avaient été produits aux parties ayant qualité pour agir. Elle a donc conclu qu'il n'y avait eu aucun manquement à l'équité procédurale.

MÉDECINE LÉGALE

Le 25 avril 2007, en vertu de la *Loi sur les enquêtes publiques*, le gouvernement de l'Ontario a mis sur pied l'Enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, en réaction à l'examen des cas réalisés par le Bureau du coroner en chef mettant en lumière les conclusions erronées du D^r Charles Smith. L'honorable juge Stephen Goudge a été nommé commissaire pour l'instance qui a débuté le 12 novembre 2007, à Toronto, et dont les audiences publiques se sont terminées le 29 février 2008.

Le mandat de la commission consistait à procéder à un examen systématique et à évaluer les politiques, procédures, pratiques, mécanismes de responsabilisation et de surveillance, moyens de contrôle de la qualité et mesures institutionnelles de la médecine légale pédiatrique en Ontario, de 1981 à 2001, relativement à leur application dans sa pratique et dans les enquêtes et procédures criminelles.

Le commissaire a produit son rapport en octobre 2008, lequel contenait 169 recommandations adressées au procureur général. Les recommandations visaient les aspects suivants : rôles et responsabilités, assurance de la qualité, surveillance et responsabilisation, communication, réorganisation et reconstitution de la médecine légale pédiatrique en Ontario. Le gouvernement de l'Ontario a réagi peu après avec la présentation du projet 115, *Loi modifiant la Loi sur les coroners*, en réponse aux recommandations portant sur des modifications législatives. Après un examen minutieux, des audiences publiques et un débat législatif, cette *Loi* a été adoptée le 29 juillet 2009, jetant les bases d'une importante amélioration de la prestation des services d'enquête sur les décès en Ontario...

Avis de sécurité publique du coroner en chef

Dans le cadre de son mandat de sécurité publique, le Bureau du coroner en chef diffuse des messages de sécurité publique dans les situations exigeant une attention immédiate du public pour prévenir des décès ou des blessures. En 2008, le Bureau du coroner en chef a diffusé un message de ce type sur l'utilisation des appareils de levage Liko, modèle UNO102EE.

Au printemps 2008, le décès de deux patients âgés dans un établissement de soins de longue durée de la région de Toronto a fait l'objet d'une enquête du Bureau du coroner en chef. On soupçonnait que les deux personnes avaient succombé à leurs blessures causées par un mauvais fonctionnement de l'appareil ayant servi dans les deux cas.

Le 13 mai 2008, le Bureau du coroner en chef a diffusé dans toute la province un communiqué avisant le public de la tenue d'une enquête et que l'établissement particulier où les décès étaient survenus avait remis les appareils en cause jusqu'à la fin des investigations.

En novembre 2008, le Bureau du coroner en chef a diffusé un nouveau communiqué annonçant qu'il avait terminé ses investigations sur ces deux décès. Le Bureau a retenu les services d'un ingénieur pour réaliser une investigation diagnostique de l'appareil. L'ingénieur n'a pas été en mesure de déterminer la cause du mauvais fonctionnement, mais il a pu rendre compte qu'au moment où la panne s'est produite, le personnel utilisait correctement l'appareil. Le communiqué mentionnait la marque et le modèle de l'appareil et recommandait à tous les établissements qui s'en servaient de cesser leur utilisation jusqu'à ce que le fabricant en détermine la cause et prenne les mesures correctives.

Le Bureau du coroner en chef a informé Santé Canada et le fabricant des résultats de son enquête et de ses recommandations.

Mort cardiaque

1

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa travaille avec le Bureau du coroner en chef de l'Ontario en vue de prévoir une analyse génétique lors des décès inexpliqués **OTTAWA – 29 juillet 2008**

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) a élaboré, en collaboration avec le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, un protocole normalisé pour les autopsies prévoyant une enquête lors des cas de morts subites d'origine cardiaque chez les jeunes et la protection du matériel génétique en vue d'identifier les membres de la famille pouvant courir le même risque.

Chaque année en Ontario, jusqu'à 100 jeunes de 18 ans et moins meurent sans cause apparente pouvant être déterminée par une autopsie standard. Parmi les cas de morts subites d'origine cardiaque, mentionnons celui d'un jeune joueur de hockey bien connu de Windsor, en Ontario, qui s'est effondré en février pendant son déjeuner.

Le nouveau protocole englobe des guides sur la pratique d'autopsies cardiaques poussées visant à déceler une maladie qui passe souvent inaperçue. Ce protocole, qui est maintenant en vigueur, permettra de donner des réponses claires aux familles dans le deuil, et peut-être de déterminer une anomalie génétique héréditaire potentiellement mortelle susceptible d'affecter les autres membres de la famille. L'élaboration du protocole, qui s'applique aux décès de personnes âgées de 2 à 40 ans, a été dirigée par l'Institut de cardiologie en collaboration avec le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, et avec la participation du Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario et du Hospital for Sick Children de Toronto où sont généralement pratiquées les autopsies sur les enfants.

Ce protocole ontarien devrait avoir une incidence sur d'autres provinces et territoires du Canada. À l'heure actuelle, l'Institut de cardiologie reçoit des échantillons pathologiques de partout au pays pour qu'il effectue des autopsies cardiaques lors de morts subites inexpliquées.

Le guide ontarien fournit pour la première fois aux pathologistes des conseils sur le prélèvement et le stockage appropriés d'échantillons à des fins d'analyse génétique future parce que nous savons, à l'heure actuelle, que les mutations de l'ADN peuvent causer une mort subite d'origine cardiaque. Des recherches effectuées à l'Institut de cardiologie ont déterminé qu'une mutation génétique, pouvant être décelée uniquement par une analyse de l'ADN, cause une arythmie (forme courante de battements de cœur irréguliers).

« La possibilité de déterminer de façon définitive la cause du décès d'un être cher est importante pour les membres de la famille. Toutefois, ce protocole aura un effet encore plus notable. Le fait de déterminer qu'une personne est décédée en raison d'un défaut génétique non décelé peut avoir des incidences pour les autres membres de la famille, affirme le D^r Michael Gollob, directeur de la Clinique d'arythmie héréditaire et du Laboratoire de recherche sur l'arythmie de l'ICUO. Pour les membres de la famille d'une

¹ Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (Juillet 2008). *L'Ontario adopte le premier guide au Canada pour les autopsies cardiaques lors de morts subites inexpliquées*. Tiré le 31 mai 2011 du document http://www.ottawaheart.ca/content_documents/News_July29_2008.pdf.

personne décédée, la possibilité d'obtenir une réponse définitive sur la cause du décès est très importante. Ce protocole aura toutefois une portée bien plus grande. S'il est établi que la personne décédée avait un défaut génétique antérieur non identifié, ce diagnostic peut avoir des répercussions sur les autres membres de la famille. »

Dans le cadre du protocole, les pathologistes doivent effectuer les tests liés à une maladie du cœur souvent non décelée, la cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit (CAVD), qui entraîne une irrégularité des signaux électriques assurant les battements rythmiques du cœur. La CAVD peut être héréditaire. On traite l'arythmie à l'aide de médicaments ou de défibrillateurs implantables, qui rétablissent le rythme des battements du cœur.

« On peut voir clairement un grand nombre de maladies en examinant le ventricule gauche du cœur, ce qui se fait automatiquement lors d'une autopsie. Toutefois, puisque la CAVD touche surtout le ventricule droit, ce ne sont pas tous les pathologistes qui examinent ce ventricule et détectent cette maladie. Nous voulons nous assurer que cette maladie ne leur échappe pas », mentionne le D^r John Veinot, anatomopathologiste des cardiopathies à l'Institut de cardiologie.

« L'Institut de cardiologie nous a renseignés sur la façon d'effectuer d'autres enquêtes pour les cas inexplicables de morts subites d'origine cardiaque afin que les familles qui risquent de subir les conséquences d'un défaut génétique puissent être évaluées adéquatement. Dans le cadre de notre mandat lié à la santé publique, cela constitue une étape importante pour repérer et protéger les familles à risque », déclare le D^r Andrew McCallum, coroner en chef de l'Ontario.

« Suivant les traces de l'Ontario, la Société canadienne de rythmologie examinera cette question et déterminera comment nous pouvons inciter les provinces et territoires du pays à emboîter le pas. Nous souhaitons principalement améliorer notre démarche professionnelle afin d'aider les patients et leur famille », souligne le président de la Société, le D^r Martin Gardner, doyen associé de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie.

À l'Institut de cardiologie, le D^r Gollob fait autorité à l'échelle nationale en matière de génétique et d'arythmie. Les résultats de ses recherches semblent indiquer que les Canadiennes et Canadiens qui risquent de mourir de défaillance cardiaque peuvent recevoir un mauvais diagnostic et être traités pour d'autres symptômes. Ses études marquantes ont mené à l'instauration, à l'Institut de cardiologie, d'un programme portant sur les autopsies moléculaires, le dépistage génétique et la consultation génétique pour les familles dont la constitution génétique influera sur leur santé future.

À propos de l'ICUO

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, le centre de santé cardiovasculaire le plus important et le plus innovateur au Canada, se consacre à la recherche, au traitement et à la prévention des maladies du cœur. Nous offrons des soins de pointe personnalisés, façonnons la pratique de la médecine cardiovasculaire et révolutionnons la compréhension des maladies du cœur ainsi que leur traitement. Nous acquérons de nouvelles connaissances et utilisons ces découvertes pour améliorer les soins. Au service de la collectivité locale, nationale et internationale, nous sommes les pionniers d'une nouvelle ère dans le domaine de la santé cardiaque. Pour en savoir plus, visitez le www.ottawaheart.ca.

Recherche

Le Bureau du coroner en chef est très actif dans le domaine de la recherche, tant à l'interne qu'en collaboration avec d'autres ministères et des organismes externes, comme Statistique Canada, le Registre ontarien des traumatismes, le Bureau de santé publique de Toronto, la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada et bien d'autres encore, afin de faire avancer la cause de la sécurité publique en Ontario.

Statistique Canada

La base de données du Bureau du coroner en chef a été utilisée dans le cadre d'un projet pilote pour élaborer un système permettant d'attribuer un code normalisé aux dossiers d'affaires, et de le convertir dans le système de codification international pour la collecte des données médicales dans l'ensemble du Canada. Les données des coroners et des médecins légistes contribuent utilement aux politiques et campagnes de prévention des blessures.

Le ministère des Transports et la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada

Ces deux entités utilisent les données du Bureau du coroner en chef relatives aux accidents de la route afin de sensibiliser le public aux questions de la conduite en état d'ébriété et du port de la ceinture de sécurité.

Registre ontarien des traumatismes

Le Registre ontarien des traumatismes recueille des données médicales sur les blessures auprès des principaux hôpitaux de l'Ontario, en collaboration avec le Bureau du coroner en chef. Il vise à fournir des données sur les décès résultant de traumatismes afin de promouvoir l'éducation et l'adoption de politiques appropriées dans le secteur médical.

Bureau de santé publique de Toronto

Le Bureau de santé publique de Toronto recueille des données sur tous les décès liés aux drogues à Toronto. Ces données, compilées depuis 1986, donnent des renseignements sur l'usage de drogues tant licites qu'illicites, sur les combinaisons utilisées ainsi que sur les dangers connexes. Les décès liés à l'usage de drogues constituent un indicateur clé des rapports multiorganismes compilés par le Bureau de santé publique de Toronto. Ces données sont utilisées pour faciliter le dépistage précoce, pour mieux comprendre les tendances en matière d'usage de drogues et pour partager des idées concernant les questions importantes au niveau local en rapport avec l'usage de drogues. La promotion d'un programme d'échanges de seringues pour améliorer la sécurité publique constitue un exemple de ces travaux.

Ressources

Bureau du coroner en chef :

http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/DeathInvestigations/office_coroner/coroner.html

**Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels :
pathologie**

Service Ontario (certificats de naissance et de décès) :

<http://www.serviceontario.ca>

Loi sur les coroners :

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90c37_f.htm

Renseignements complémentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des statistiques, veuillez vous adresser à :

Bureau du coroner en chef
26, rue Grenville
Toronto (Ontario)
M7A 2G9
416 314-4000
www.occo.inquiries@ontario.ca