

Bureau du coroner en chef

Rapport pour 2009-2011





Table des matières

Message du coroner en chef	1
Devise	2
Valeurs	2
Assurance de la qualité de 2009 à 2011	3
Structure organisationnelle	4
Budgets	5
Investigations	5
Enquêtes	7
Recherche	10
Comités d'examen des décès	11
Comité consultatif des enquêtes sur les décès liés à un accident cardiaque	12
Comité d'examen des accidents mortels dans le secteur de la construction	12
Initiatives technologiques (modernisation)	13
Initiatives en matière de sécurité publique	15
Prix	21
Cadres supérieurs	22



Message du coroner en chef

C'est avec plaisir que je présente le Rapport annuel 2011 du Bureau du coroner en chef (BCC) de l'Ontario. Ce rapport porte sur les activités du BCC au cours des années 2009, 2010 et 2011, et présente les statistiques les plus récentes de notre cycle de rapports annuels.

Le BCC a participé à plusieurs initiatives stimulantes visant à améliorer les services et à renforcer la sécurité publique. Les investissements du gouvernement de l'Ontario nous ont permis d'entreprendre de nombreux projets de transformation :

- En partenariat avec Infrastructure Ontario, nous construisons un complexe de sciences judiciaires à la fine pointe de la technologie qui réunira sous le même toit le Bureau du coroner en chef, le Service de médecine légale de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires.
- Nous travaillons également à la mise en œuvre d'un système rigoureux de gestion de l'information et d'un système provincial d'affectation des coroners qui améliorera grandement les communications et les niveaux d'intervention.
- Le BCC a fait l'acquisition de technologies de télémédecine pour faciliter la tenue de conférence sur des cas dans des régions éloignées ou dans le Nord. Il s'agit d'une avancée importante dans la prestation de services de grande qualité à la population de l'Ontario.

Notre démarche donne suite aux recommandations formulées par l'honorable Stephen T. Goudge, commissaire de l'Enquête sur la médecine pédiatrique légale en Ontario. La commission d'enquête avait été instaurée le 25 avril 2007 à la suite des résultats d'une enquête commandée par le Dr Barry McLellan, alors coroner en chef de l'Ontario, sur une série d'autopsies pratiquées par le Dr Charles Smith entre 1981 et 2001. Le juge Goudge a publié en octobre 2008 un rapport qui renfermait 169 recommandations.

Nous poursuivons nos efforts pour améliorer le système d'investigation et d'enquête sur les décès de l'Ontario, notamment par le recours à de nouvelles technologies et pratiques opérationnelles, mais notre priorité demeure la détermination des causes et des circonstances des décès ainsi que la prévention des morts prématurées en Ontario. J'aimerais souligner le dévouement de notre personnel et des quelque 300 médecins-coroners qui exercent chaque jour leurs fonctions et leurs responsabilités avec compassion. La population de l'Ontario et nos partenaires du système judiciaire méritent des services du plus haut calibre, que nous sommes déterminés à leur offrir.

J'espère que vous trouverez utiles ces renseignements sur le système d'enquête sur les décès le plus important et le plus utilisé au Canada. Pour obtenir plus d'information sur ce système, veuillez consulter le site www.ontario.ca/securite.

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



Devise

Nous parlons pour les morts afin de protéger les vivants.

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. Les conclusions sont utilisées pour formuler des recommandations visant à accroître la sécurité publique et à éviter que d'autres décès ne surviennent dans des circonstances semblables.

Valeurs

À propos du Bureau du coroner en chef

Les activités du Bureau du coroner en chef relèvent 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 comprennent la gestion des situations d'urgence, des études scientifiques, la coordination des services d'incendie et le système d'enquête sur les décès de l'Ontario.

En Ontario, les services d'investigation et d'enquête sur les décès sont assurés par le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO). Le BCC collabore étroitement avec le SMLO pour garantir le recours à une approche de collaboration coordonnée pour les enquêtes et investigations sur les décès dans l'intérêt du public et dans le but d'offrir des services du plus haut calibre. Les autres partenaires du BCC comprennent notamment les services de police, le Centre des sciences judiciaires et le Bureau du commissaire des incendies.

En Ontario, les coroners sont des médecins ayant suivi une formation spécialisée sur les principes d'investigation sur les décès. Chaque année, au total, ils procèdent à environ 17 000 investigations sur des décès, aux termes des dispositions de l'article 10 de la Loi sur les coroners. Les coroners mènent une investigation, selon une formule de rémunération à l'acte, 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. Dans ces circonstances, l'investigation a pour objectif de 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. cause naturelle, accident, homicide ou cause indéterminée)?***
- ***Une enquête s'impose-t-elle?***
- ***Comment prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires (au moyen d'une analyse des renseignements recueillis sur le décès)?***



Assurance de la qualité de 2009 à 2011

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario est l'organisme officiel de services médicolégaux sur les décès non seulement le plus grand du Canada, mais aussi d'Amérique du Nord, et l'un des plus importants au monde. Par conséquent, son programme d'assurance de la qualité vise à faire en sorte que les services en matière d'investigation et d'enquête sur les décès de l'Ontario respectent une norme de qualité élevée sur tout le territoire, malgré l'étendue et la diversité démographique de la province. L'élaboration des politiques doit prendre en compte les diverses caractéristiques géographiques de l'Ontario, allant des centres urbains à forte densité de population aux collectivités éloignées et faiblement peuplées, de même que la diversité ethnique et culturelle de la population.

Parallèlement à son engagement envers la qualité, le Bureau du coroner en chef adhère aux quatre valeurs fondamentales suivantes :

Intégrité : Nous nous souvenons que la poursuite de la vérité, de l'honnêteté et de l'impartialité constitue la pierre angulaire de notre travail.

Souplesse : Nous saisissons les occasions et adoptons le changement et l'innovation.

Excellence : Nous visons constamment les meilleures pratiques et la meilleure qualité possible.

Responsabilité : Nous reconnaissons l'importance de notre travail et assumons la responsabilité de nos actions.

Les activités d'assurance de la qualité menées par le Bureau du coroner en chef au cours de la période visée par le présent rapport s'inscrivaient dans les quatre principales démarches suivantes :

1. L'examen et la révision approfondis des politiques et des procédures pour donner suite aux modifications apportées à la Loi sur les coroners et aux recommandations découlant de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique;
2. Le suivi des investigations pour s'assurer du respect des politiques et des procédures et dégager des tendances;
3. L'élaboration d'une nouvelle base de données pour la gestion de l'information, qui constitue une importante mise à jour de la base de données du système d'enquête sur les décès de l'Ontario et qui favorisera grandement l'amélioration de la cohérence, de l'exhaustivité et de la rapidité des investigations sur les décès;
4. La mise en œuvre d'un système de suivi des plaintes en 2011.

Grâce à ces initiatives, nous améliorons la qualité et l'efficacité du BCC et nous demeurons déterminés à innover, à informer et à explorer de nouvelles possibilités pour continuer à accroître notre efficacité.



Structure organisationnelle

En plus de son administration centrale à Toronto, le Bureau du coroner en chef dispose d'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.

Region	Office Location	Boundaries
Est	Peterborough	Haliburton, Hastings, Kawartha Lakes, Northumberland, Peterborough, Renfrew
Est	Kingston	Dundas, Glengary, Frontenac, Grenville, Lanark-Leeds, Lennox-Addington, Ottawa, Prescott, Russell, comté de Prince Edward et Stormont
Ouest	Hamilton	Brant, Dufferin, Haldimand, Hamilton, Niagara, Norfolk, Waterloo
Ouest	London	Bruce, Chatham-Kent, Elgin, Essex, Grey, Huron, Lambton, Middlesex, Oxford, Perth
Nord	Thunder Bay	Kenora, Rainy River, Thunder Bay
Nord	Sudbury	Algoma, Cochrane, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Sudbury Timiskaming
Centre	Guelph	Halton, Peel, Simcoe, 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	Durham, Muskoka, York

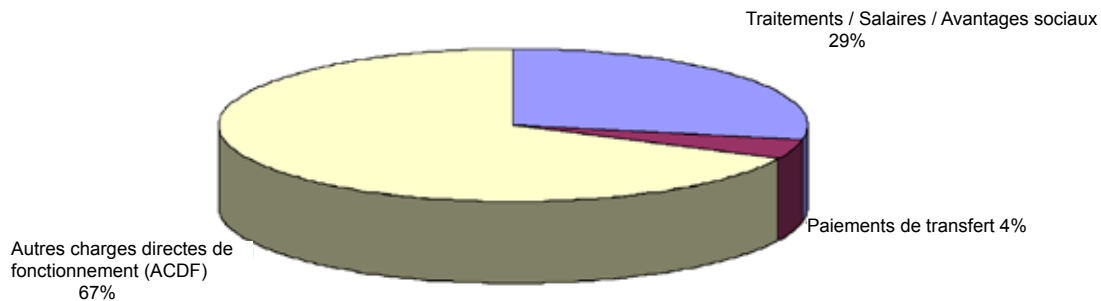


Budgets

2011-2012 (42,5 millions de dollars)

ACDF – Transports, administration, enquêtes, services médico-légaux et médicaux, fournitures et matériel

■ Traitements / Salaires / Avantages sociaux ■ Paiements de transfert ■ Autres charges directes de fonctionnement (ACDF)



*2008-2009 : 36,1 millions de dollars

*2009-2010 : 33,1 millions de dollars

*2009-2010 : 34,8 millions de dollars

Remarque : Les dépenses budgétaires comprennent notamment : le soutien financier fourni au Service de médecine légale de l'Ontario, à l'Unité provinciale de médecine légale de Toronto et à cinq unités régionales de médecine légale de l'Ontario, la rémunération à l'acte de quelque 300 coroners investigateurs et la rémunération d'environ 170 médecins légistes qui effectuent près de 6 000 autopsies par année en vertu d'un mandat du coroner.

Investigations

La Loi sur les coroners constitue le cadre législatif pour les investigations et les enquêtes sur les décès en Ontario. L'article 10 de la Loi énonce les circonstances dans lesquelles un décès doit être signalé à un coroner, alors que l'article 15 définit les objectifs de l'investigation. Le Bureau du coroner en chef procède à une investigation pour environ 20 % de tous les décès qui surviennent dans la province chaque année.

En Ontario, les coroners doivent être des médecins dûment qualifiés. On dénombre environ 300 coroners dans la province, qui effectuent en moyenne 17 000 investigations par an. Les tableaux ci-dessous indiquent le nombre de décès qui ont fait l'objet d'une investigation en 2009 et en 2010, ventilés selon la cause, la région et le bureau concernés.



Cause du décès par région et par bureau – 2009

	Naturel	Accidentel	Suicide	Homicide	Indéterminé	Squelettique	Total
Bureau de Kingston – Région de l'Est	1700	368	135	17	54	7	2281
Bureau de Peterborough – Région de l'Est	802	198	65	8	10	13	1096
Bureau de Hamilton – Région de l'Ouest	1303	594	193	18	63	35	2206
Bureau de London – Région de l'Ouest	1593	443	155	13	88	9	2301
Bureau de Sudbury – Région du Nord	750	224	83	12	21	7	1097
Bureau de Thunder Bay – Région du Nord	305	130	42	14	15	3	509
Bureau de Toronto Est – Région du Centre	1292	434	137	43	60	3	1969
Bureau de Toronto Ouest – Région du Centre	1132	301	118	24	49	4	1628
Bureau de Brampton – Région du Centre	1087	329	118	8	39	11	1592
Bureau de Guelph – Région du Centre	1447	481	186	25	77	31	2247
Total	11411	3500	1232	182	476	123	16926

Cause du décès par région et bureau – 2010

	Naturel	Accidentel	Suicide	Homicide	Indéterminé	Squelettique	Total
Bureau de Kingston – Région de l'Est	1566	377	121	15	29	10	2118
Bureau de Peterborough – Région de l'Est	801	210	66	10	13	8	1108
Bureau de Hamilton – Région de l'Ouest	1167	593	160	19	55	48	2042
Bureau de London – Région de l'Ouest	1479	483	175	14	75	9	2235
Bureau de Sudbury – Région du Nord	671	304	75	11	19	7	1087
Bureau de Thunder Bay – Région du Nord	300	125	48	15	7	3	498
Bureau de Toronto Est – Région du Centre	1247	363	136	30	44	3	1823
Bureau de Toronto Ouest – Région du Centre	1231	327	111	40	58	4	1771
Bureau de Brampton – Région du Centre	1040	361	103	13	29	7	1553
Bureau de Guelph – Région du Centre	1359	512	174	11	78	46	2180
Total	10861	3655	1169	178	407	145	16415



Enquêtes

Une enquête du coroner est une audience publique dirigée par un coroner durant laquelle les circonstances d'un décès sont expliquées à un jury par l'intermédiaire de témoins. Les preuves sont présentées par un avocat de la Couronne qui agit comme le conseiller juridique du coroner. Les parties qui ont un intérêt dans l'enquête peuvent également participer à l'audience en questionnant ou produisant des témoins qui peuvent fournir des preuves jugées pertinentes par le coroner.

Après avoir entendu les témoins et les positions des deux parties, le jury doit répondre à cinq questions :

- Quelle est l'identité du défunt (qui)?
- Quelle est la date du décès (quand)?
- À quel endroit est survenu le décès (où)?
- Quelle était la cause du décès (comment)?
- Quelles étaient les circonstances entourant le décès (comment est-il survenu – mort naturelle, mort accidentelle, suicide, homicide ou cause indéterminée)?

Les enquêtes sont tenues dans l'intérêt du public; leur objectif est de renseigner pleinement le public sur un décès. Si des leçons peuvent être tirées, il est souhaitable que le jury émette des recommandations visant à empêcher que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires. Une enquête n'est pas un procès : le jury ne peut émettre des constatations juridiques ni faire de déclaration de responsabilité ou de blâme. Elle vise plutôt à rendre publics les faits entourant un décès et à déterminer, dans la mesure du possible, comment prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables.

Pour certains décès, la Loi exige la tenue d'une enquête (enquête obligatoire). Dans d'autres cas, il peut être utile de tenir une enquête pour mieux cerner les risques en matière de sécurité publique (enquêtes discrétionnaires).

Le coroner en chef de l'Ontario adresse les recommandations issues de l'enquête aux organismes en mesure de les examiner et de les mettre en œuvre (p. ex. : organismes publics, employeurs, associations, institutions et ministères).

Dans bien des cas, les recommandations découlant d'enquêtes ont entraîné des changements positifs contribuant à améliorer la sécurité publique de tous les résidents de l'Ontario. Ces changements touchent notamment les procédures hospitalières, la sécurité routière, les chantiers de construction, la gestion des incidents de violence familiale par la police et les tribunaux, la législation se rapportant aux services à l'enfance et aux familles, la sécurité des piscines, le traitement médical des patients des établissements psychiatriques et la sécurité au travail.

Les cas présentés ci-dessous sont quelques exemples de décès ayant fait l'objet d'une enquête du coroner en Ontario :

Ricardo Wesley et Jamie Goodwin – 2009

L'enquête obligatoire sur ces décès a été réalisée au printemps 2009, à Toronto, en Ontario.

Le 8 janvier 2006, Ricardo Wesley, 22 ans, et Jamie Goodwin, 20 ans, ont été incarcérés à la prison locale de la Première Nation de Kashechewan par le Service de police de la nation Nishnawbe-Aski. Les deux jeunes hommes étaient en état d'ébriété et ont été placés dans des cellules distinctes. Un incendie a pris naissance dans la prison et, malgré leurs efforts, les policiers ne sont pas parvenus à libérer les deux hommes; il n'y avait aucun passe-partout pour ouvrir les cellules et les deux jeunes hommes sont décédés accidentellement par suite de l'inhalation de la fumée.

L'enquête a duré 34 jours et le jury a émis 86 recommandations portant sur la sécurité-incendie ainsi que sur les inspections, les ressources, les lois, les politiques et procédures des services policiers, la santé et le bien-être communautaires, l'échange de renseignements et le financement.



Dustin King et Donna Bertrand – 2011

L'enquête discrétionnaire sur ces décès a été réalisée à l'été 2011 à Brockville, en Ontario.

Dustin King, un jeune homme de 19 ans, logeait sporadiquement à Brockville chez des membres de sa famille, mais également chez des connaissances et des amis. C'est dans l'une de ces résidences qu'il a consommé de l'alcool, de la cocaïne et de l'OxyContin le 20 novembre 2008. Il a été découvert sans vie le lendemain dans l'appartement de Donna Bertrand, une connaissance âgée de 41 ans. Son décès a été déclaré accidentel et attribué à une surdose d'oxycodone.

Le 2 décembre 2008, Donna Bertrand a été trouvée morte dans sa résidence. Elle avait des antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie, de dépression et d'anxiété. L'enquête du coroner a révélé qu'on lui avait prescrit d'importantes doses d'oxycodone. Le coroner a conclu à un suicide par ingestion d'un mélange de substances.

Ces deux décès ont mis en évidence toute l'ampleur du problème de la dépendance aux opioïdes vendus sur ordonnance en Ontario, un problème qui a pris des proportions de crise à l'échelle de l'Amérique du Nord. À la suite de délibérations consciencieuses et éclairées, le jury a formulé 48 recommandations susceptibles, si elles sont mises en œuvre, de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Cette enquête a même fait l'objet d'un article dans le British Medical Journal.

Matthew Reid – 2010

L'enquête discrétionnaire sur le décès de Matthew Reid a été menée à l'hiver 2010, à St. Catharines, en Ontario.

Matthew Reid, alors âgé de trois ans, avait été confié à une société d'aide à l'enfance et placé dans un foyer d'accueil affilié à cet organisme. La veille de son décès, une fille de 14 ans a été placée dans le même foyer d'accueil. Le lendemain, Matthew a été trouvé sans signes vitaux, et les manœuvres pour le réanimer sont demeurées vaines. La police a accusé la jeune fille de 14 ans, qui a plus tard été déclarée coupable d'avoir tué le petit garçon en plaçant un oreiller sur son visage. Il a été établi qu'il s'agissait d'un homicide et que le décès avait été causé par suffocation.

Le jury a entendu 30 témoins durant l'audience qui a duré 12 jours et formulé 45 recommandations portant sur des questions touchant les jeunes, le syndrome d'alcoolisation foetale, l'échange de renseignements entre les sociétés d'aide à l'enfance et leurs partenaires et les pratiques des conseils scolaires. Cette enquête a souligné la nécessité de fournir des renseignements complets sur les enfants confiés aux sociétés d'aide à l'enfance pour faire en sorte que leur placement soit adéquat et qu'ils reçoivent le niveau de soins appropriés.



Les tableaux suivants indiquent les types d'enquêtes tenues entre 2009 et 2011 :

	2009	2010	2011
Nombre total d'enquêtes	72	58	34

Enquêtes obligatoires	71	56	28
% (Pourcentage du nombre total d'enquêtes)	99%	97%	82%
Sous garde ou en détention	49	33	17
	68%	57%	50%
Construction	18	18	10
	25%	31%	29%
Mines	4	5	1
	6%	9%	3%

Enquêtes discrétionnaires	1	2	6
% (Pourcentage du nombre total d'enquêtes)	1%	3%	18%
Nbre de recommandations émises	354	282	355
Durée totale des enquêtes en jours	216	189	205
Durée moyenne en jours	3	3.3	6



Recherche

Le Bureau du coroner en chef joue un rôle actif dans la recherche et est fier de collaborer avec des organismes et des ministères pour renforcer la sécurité publique. Voici quelques exemples des projets importants auxquels le bureau a participé récemment.

Surveillance des blessures dans le secteur agricole au Canada

Des renseignements tirés de la base de données du Système d'information des coroners ont été utilisés dans le cadre de recherches sur les décès survenus en milieu agricole en Ontario réalisées pour une étude nationale. Les données recueillies ont contribué à guider l'élaboration de campagnes et de politiques de prévention des blessures.

Centre Sunnybrook des sciences de la santé et département de psychiatrie de l'Université de Toronto

Une analyse de données sur le suicide recueillies au cours des 30 dernières années par le Bureau du coroner en chef a été utilisée pour réaliser une étude sur les liens entre le suicide et les conditions météorologiques en Ontario. L'étude visait à mieux comprendre comment le climat saisonnier et la météo influaient sur les cas de suicide afin d'utiliser les conclusions tirées pour élaborer des stratégies de prévention. Elle pourrait également avoir d'importantes répercussions sur les politiques publiques et l'allocation de ressources pour la santé mentale.

Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada)

ISMP Canada et le Bureau du coroner en chef travaillent en collaboration pour réduire les préjudices graves et évitables liés aux médicaments. Le BCC a notamment échangé avec l'Institut des données sur certains décès associés à des erreurs de médication, données qu'utilise ISMP Canada dans le cadre de son travail de promotion de pratiques d'utilisation sécuritaire des médicaments auprès des intervenants du milieu de la santé, des organismes de réglementation et des décideurs, des organismes provinciaux, nationaux et internationaux qui font la promotion de la sécurité des patients, de l'industrie pharmaceutique, ainsi que du public.

Office de la sécurité des installations électriques (OSIE)

L'OSIE est l'organisme chargé d'améliorer la sécurité des installations électriques en Ontario. Il examine toutes les données sur les décès associés aux installations électriques fournies par le Bureau du coroner en chef dans le but d'en réduire le nombre.



Comités 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 pertinents qui prodiguent des conseils d'experts dans le cadre des investigations et des examens effectués par le Bureau du coroner en chef. En voici la liste :

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

Ces comités ont pour mission :

- de formuler une opinion d'expert sur la cause et les circonstances de certains décès;
- de déterminer s'il y a présence d'enjeux systémiques qui pourraient nécessiter un suivi par le coroner investigateur, le coroner régional ou le coroner en chef;
- de déterminer s'il est nécessaire de transmettre le dossier à d'autres entités appropriées afin qu'elles mènent un examen plus approfondi ou prennent des mesures, au besoin;
- de favoriser des activités éducatives en relevant les enjeux systémiques;
- de promouvoir la recherche, s'il y a lieu;
- de réaliser des examens aléatoires ou dirigés de cas, à la demande du président ou de la présidente du comité;
- d'aviser le coroner en chef des cas qui pourraient contribuer à la sécurité publique s'ils faisaient l'objet d'une enquête.

Les comités contribuent, par leurs connaissances spécialisées et leur expertise, aux investigations sur des cas complexes pour les décès relevant de leur domaine de compétence respectif. 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 un examen complet et minutieux des circonstances et des faits entourant le ou les décès. Ils ne prennent aucune décision relative aux normes de diligence, mais peuvent relever des problèmes à propos de celles-ci et recommander, si nécessaire, au coroner en chef de soumettre ces questions à un organisme de réglementation aux fins d'examen approfondi.

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 an, selon le volume et l'urgence des cas qui leur sont confiés.

Les comités rédigent un rapport qui renferme leurs conclusions pour chacun des cas qui leur ont été soumis. Au cours de l'examen, les conclusions du comité peuvent être communiquées à d'autres personnes ou parties intéressées afin de susciter un dialogue fructueux et d'encourager un changement systémique, s'il y a lieu. Les conclusions peuvent aussi être communiquées aux membres de la famille de la personne dont le décès a fait l'objet de l'examen.

Les comités rédigent leurs propres rapports annuels. Pour en apprendre davantage au sujet des comités ou obtenir une copie de leurs rapports, veuillez consulter la page http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/DeathInvestigations/office_coroner/PublicationsandReports/OCC_pubs_fr.html.



Comité consultatif des enquêtes sur les décès liés à un accident cardiaque

Le Comité consultatif des enquêtes sur les décès liés à un accident cardiaque a été mis sur pied en septembre 2010 dans le but d'examiner les résultats d'investigations sur le décès soudain et inattendu de personnes de 40 ans et moins qui, en l'absence d'une cause définitive de mort, pourraient être décédées des suites d'un problème cardiaque.

Le comité a notamment pour mandat de déterminer comment recenser les facteurs de risque et d'élaborer des recommandations pour informer la population à ce sujet, intervenir et contribuer aux initiatives de prévention des intervenants de divers domaines qui sont en contact avec des jeunes à risque.

Le comité est composé de spécialistes de la condition physique et de la physiologie, de cliniciens et de spécialistes de l'arythmie cardiaque.

Le comité a commencé l'examen des cas et la rédaction d'un article sur ses conclusions. Les résultats de cet examen permettront d'orienter d'autres recherches dans ce domaine.

Comité d'examen des accidents mortels dans le secteur de la construction

Le comité a été officiellement créé en 2010. Il a pour mandat d'accroître la sécurité sur les chantiers de construction en Ontario en effectuant un dépistage précoce des dangers en milieu de travail.

Le comité s'efforce d'améliorer la qualité de l'information disponible pour les investigations sur les décès, l'efficacité des enquêtes, l'utilité des recommandations découlant des enquêtes sur les décès causés par des accidents sur des chantiers de construction et la probabilité que ces recommandations soient mises en œuvre.

Le comité a pour objectifs :

- de se pencher sur les circonstances entourant la mort et de formuler une opinion sur les mesures à prendre pour prévenir des décès dans des circonstances similaires;
- de déterminer s'il existe des enjeux ou des dangers systémiques qui devraient être examinés plus en profondeur ou faire l'objet d'un suivi par le Bureau du coroner en chef;
- de favoriser des activités éducatives par la reconnaissance d'enjeux et de dangers systémiques dans l'industrie de la construction;
- de contribuer à trouver des experts pour témoigner dans le cadre d'enquêtes.

En 2010, le comité a procédé à l'examen de 17 décès survenus sur des chantiers de construction. Dans les cas où cela était approprié, il a transmis au coroner régional principal des renseignements sur certains problèmes potentiels et les coordonnées d'experts du domaine pour l'aider à préparer l'enquête.



Initiatives technologiques (modernisation)

Le BCC et le SMLO investissent dans un nouveau système de gestion de l'information et dans les technologies connexes.

Télémédecine

Le BCC et le SMLO ont décelé un besoin en matière de technologie vidéo et de télécommunications à l'administration centrale, dans les bureaux régionaux, dans les unités de médecine légale ainsi que dans les hôpitaux et les services policiers des collectivités éloignées et du Nord. La télémédecine permet d'améliorer la gestion des cas et la qualité des services, facilite la formation et réduit la nécessité de transporter les dépouilles sur de longues distances. Elle permet aux coroners et aux médecins légistes de formuler des observations et d'offrir leurs services à distance, même pour les cas survenant dans les endroits les plus reculés. En outre, cette technologie réduit les coûts de déplacement pour assister aux réunions.

L'équipement de vidéoconférence comprend :

- des caméras utilisées par la Police provinciale de l'Ontario qui diffusent des images captées en temps réel dans des régions éloignées du Nord de l'Ontario par l'intermédiaire d'un réseau vidéo sécurisé pour la justice (par WiFi ou liaison satellite montante);
- de l'équipement standard de vidéoconférence de bureau pour améliorer la consultation entre les pairs;
- des chariots de morgue conçus pour permettre aux médecins légistes de présenter des images vidéo aux fins de consultation et de formation.

Le projet de télémédecine du BCC et du SMLO a gagné, en 2011, un Prix du mérite décerné dans le cadre des Prix d'excellence Showcase Ontario dans la catégorie Innovation

Système provincial d'affectation des coroners

À l'heure actuelle, lorsque survient un décès, il n'existe aucun mécanisme unique en Ontario pour évaluer s'il est nécessaire de procéder à une investigation en vertu de Loi sur les coroners ou d'en aviser un coroner investigateur. Nous croyons qu'un système de communication devrait idéalement fournir de l'information en temps réel pour guider l'affectation des coroners et favoriser la gestion des cas. Le système existant ne remplit pas ce rôle.

Le BCC et le SMLO ont étudié diverses options pour mettre en place un processus d'affectation des coroners à l'échelle de la province. Finalement, ils ont décidé d'élargir le rayon d'action du Bureau d'affectation des coroners, situé à l'administration centrale du BCC et du SMLO à Toronto, afin d'offrir ses services dans toute la province. Le nouveau service d'affectation centralisé permettra de créer un dossier d'investigation sur le décès dès le départ et un processus normalisé d'affectation des coroners, et de rendre accessibles les renseignements concernant les investigations sur les décès menées dans toute la province. Le système devrait être pleinement opérationnel à l'été 2012.

Le projet de service provincial d'affectation des coroners a remporté, en 2011, un Prix d'excellence Showcase Ontario dans la catégorie Excellence des services.



Système d'information pour les enquêtes sur les décès

La solution technologique pour le système d'investigation sur les décès combinera et améliorera grandement les fonctionnalités et les options actuelles du Système d'information des coroners et du Système de gestion de l'information en matière de pathologie. Elle réunira toutes les données du BCC et du SMLO dans un système intégré de gestion de l'information qui couvrira tout le processus d'investigation sur les décès.

Au terme d'un processus d'approvisionnement complet, un fournisseur a été recruté. La mise en œuvre est à un stade avancé, et la solution technologique devrait être pleinement fonctionnelle au début de 2013. Combinée au nouveau système intégré d'affectation des coroners, elle permettra de gérer le système en temps réel, d'améliorer l'assurance de la qualité, d'échanger des renseignements de façon appropriée et en toute sécurité, ainsi que d'optimiser l'efficacité.

Complexe des sciences judiciaires et du coroner

La construction du nouveau Complexe des sciences judiciaires et du coroner dans le quartier de Downsview, à l'angle de la rue Keele et de l'avenue Wilson, a débuté en août 2010. Le complexe abritera l'administration centrale du BCC et du SMLO, ainsi que le Centre des sciences judiciaires. L'entrepreneur Carillion Secure Solutions a réalisé d'importants progrès dans la construction de la structure de l'édifice. Le processus d'approvisionnement en matériel et en fournitures ainsi que la planification de la transition sont en cours, et le déménagement est prévu pour le début de 2013. Le nouveau complexe sera le plus grand et le plus perfectionné en son genre au monde, réunissant sous un même toit tous les volets des sciences judiciaires et de la médecine.





Initiatives en matière de sécurité publique

Examens

Suicide chez les jeunes de la Première Nation de Pikangikum

En septembre 2011, le BCC a publié les conclusions d'un examen approfondi sur le suicide de 16 jeunes qui habitaient la réserve de la Première Nation de Pikangikum entre 2006 et 2008. L'examen a été amorcé en raison des effets dévastateurs de la mort de ces enfants et adolescents âgés de 10 à 19 ans sur les résidents de la collectivité. Les objectifs de l'examen étaient les suivants :

- Étudier les circonstances entourant le décès de chacun des jeunes;
- Recueillir et analyser les renseignements concernant les décès;
- Formuler des recommandations permettant d'éviter d'autres décès dans des circonstances similaires ou concernant toute autre question découlant de cette analyse.

L'examen multidisciplinaire, dirigé par le Dr Bert Lauwers, coroner en chef adjoint de l'Ontario, a débuté en mars 2010. Plusieurs intervenants y ont contribué, dont des professionnels de la santé, l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes et des fournisseurs de services de bien-être de l'enfance. Au total, 100 recommandations ont été présentées pour aider à prévenir le suicide chez les jeunes, non seulement au sein de la Première Nation de Pikangikum, mais aussi dans toutes les collectivités de l'Ontario. Elles visaient notamment l'éducation, les services de maintien de l'ordre, de bien-être de l'enfance, de soins de santé et, plus particulièrement, la création de stratégies de prévention du suicide.

À la suite de la publication du rapport, le Dr Lauwers a été invité par l'honorable David C. Onley, lieutenant-gouverneur de l'Ontario, à assister à une activité de témoignage et de dialogue interculturel organisée par la Commission de vérité et de réconciliation du Canada. Tenue en septembre 2011, cette activité a réuni des survivants des pensionnats indiens, des aînés des Premières Nations et un certain nombre de personnalités canadiennes.

Investigation sur des décès dans une maison de retraite

En octobre 2011, le BCC a publié un rapport d'investigation sur les décès de résidents de la maison de retraite In Touch, à Toronto, qui sont survenus entre février et décembre 2010. Étant donné que les trois premiers décès (survenus entre février et juillet 2010) n'avaient pas initialement été signalés au BCC, l'investigation sur ces décès a dû se limiter à l'examen des dossiers médicaux. En décembre 2010, une quatrième personne est décédée. Ce décès a été signalé et une autopsie a été réalisée. Les inquiétudes soulevées portaient sur les conditions de vie à la maison de retraite, la fourniture et la qualité des repas, les soins prodigués par le personnel, les possibles irrégularités dans la gestion financière de l'établissement ainsi que, dans au moins l'un des cas, des allégations de négligence marquée et de privation de nourriture.

Dirigées par les coroners régionaux principaux, les Drs Dan Cass et James Edwards, les investigations n'ont révélé aucun signe de mauvais traitement ou de négligence. Cependant, elles ont mis en évidence un certain nombre de problèmes concernant les résidents de maisons de retraite, notamment :

1. Le manque de mécanisme établi concernant les plaintes, qui permettrait aux résidents, à leurs mandataires spéciaux ou aux membres du public de déposer une plainte concernant les soins fournis dans une maison de retraite et d'avoir l'assurance que leurs préoccupations feront l'objet d'une enquête impartiale;
2. Le manque d'obligation de procéder à une évaluation ou à une réévaluation médicale des résidents d'une



maison de retraite afin de s'assurer que, lorsqu'un résident a besoin de davantage de soins, la maison de retraite sera en mesure de lui fournir les soins appropriés si son état de santé se dégrade.

3. Le manque de processus établi pour offrir diverses options aux résidents (ou à leurs mandataires spéciaux), en les orientant notamment, au besoin, vers le centre d'accès aux services de soins communautaires local pour remplir une demande d'admission dans un établissement de soins de longue durée, lorsque la maison de retraite n'est plus en mesure de répondre aux besoins croissants en matière de soins du résident.

La Loi de 2010 sur les maisons de retraite a reçu la sanction royale en juin 2010, pendant que l'investigation du BCC était en cours. Cette loi comprend les dispositions nécessaires pour répondre aux préoccupations soulevées. Par conséquent, aucune recommandation n'a été formulée dans le rapport et aucune mesure n'a été prise par le BCC.

Bilan des noyades

En juin 2011, le BCC a publié un bilan de tous les décès accidentels par noyade survenus entre mai et septembre 2010. Le BCC a entrepris cet examen en réponse à la forte augmentation perçue du nombre de décès par noyade en Ontario. L'objectif de l'examen consistait à cerner les facteurs communs qui ont pu jouer un rôle dans les noyades et de formuler, au besoin, des recommandations pour prévenir des décès dans des circonstances similaires.

Sous la direction du Dr Bert Lauwers, coroner en chef adjoint de l'Ontario, l'équipe chargée de l'examen s'est penchée sur 89 décès accidentels par noyade et a formulé 12 recommandations. Voici les principales constatations du rapport :

- Le nombre de décès accidentels par noyade en Ontario a tendance à diminuer régulièrement au fil des ans.
- Bien qu'il n'y ait pas eu d'augmentation marquée du nombre total de décès durant la période faisant l'objet de l'examen, le nombre de noyades chez les enfants de moins de cinq ans a bondi de 260 %. Treize des 89 victimes (15 % des cas) étaient des enfants de moins de cinq ans.
- La noyade touche surtout les hommes et les garçons. Dans 76 cas sur 89 (85 %), la victime était de sexe masculin.
- Dans 71 cas de noyade sur 89 (80 %), la victime avait moins de cinq ans ou était âgée de 15 à 64 ans.
- Dans 55 cas de décès liés à la baignade sur 66 (83 %), la noyade est survenue lorsque la température de l'air était supérieure à 21 °C.
- Des personnes qui se sont noyées alors qu'elles naviguaient sur une embarcation, 22 sur 23 (96 %) ne portaient pas de gilet de sauvetage ni de veste de flottaison individuelle.
- La consommation d'alcool a été un facteur contributif dans 39 des 58 cas (67 %) de décès par noyade dans le groupe des 15 à 64 ans. Au total, 39 décès sur 89 (44 %) étaient liés à l'alcool.
- En 2010, parmi ceux dont le niveau d'aptitudes en natation était connu, 24 personnes sur 60 (40 %) ne savaient pas nager.
- Parmi les 59 victimes de noyade dont le lieu de naissance était connu, 20 (soit 34 %) n'étaient pas nées au Canada.

Initiatives conjointes

Opioid Working Groups

Dans un contexte où les décès liés à la consommation d'opioïdes ne cessent d'augmenter, le BCC a été invité à participer à deux comités de travail composés d'experts qui avaient pour mandat de se pencher sur les enjeux entourant la délivrance d'ordonnances, le trafic et la consommation abusive d'opioïdes. Le Dr Bert Lauwers, coroner en chef



adjoint, a donc pris part en 2010 aux travaux du Comité consultatif en matière de stupéfiants et de substances contrôlées du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi qu'au projet de politiques publiques sur les opioïdes de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Les deux comités multidisciplinaires ont produit des rapports comprenant des recommandations sur la législation, l'éducation, la sensibilisation et l'application de la loi.

Le BCC participe activement, en collaboration avec d'autres intervenants au niveau national, aux efforts en vue de régler ce problème important de toxicomanie qui a été mis en évidence par l'enquête sur les décès de Dustin King et Donna Bertrand en 2011 (voir page 8)

Narcotic-Related Death Statistics in Ontario

Année	Oxycodone	Morphine	Hydromorphone	Fentanyl	Héroïne	Total
2005	96	84	23	34	13	250
2006	119	91	25	27	9	271
2007	140	86	28	41	22	317
2008	148	90	38	51	23	350
2009	143	72	32	57	21	325
Total	646	423	146	210	88	1 513

*Données incomplètes

Initiatives en matière d'investigation

Protocole de dépistage de maladies chez les nouveau-nés

De nombreux troubles métaboliques peuvent entraîner la mort subite et imprévue de jeunes enfants. Afin de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés à ces maladies rares, des échantillons de sang sont prélevés chez tous les nouveau-nés de l'Ontario et sont analysés afin de dépister 31 troubles de santé. Ces tests sont réalisés dans le cadre de la Stratégie de dépistage des nouveau-nés de l'Ontario. Tout coroner qui mène une investigation sur le décès d'un enfant de moins de cinq ans en Ontario doit obtenir les résultats de ces tests de dépistage et les transmettre au médecin légiste.

Lancé en 2009, un projet pilote visant à réaliser des examens métaboliques à partir des échantillons de sang et de bile prélevés après la mort s'est avéré fructueux. Depuis juillet 2010, tous les tests pour le SMLO sont effectués dans le cadre de la Stratégie; on ne fait donc plus appel au fournisseur de services situé aux États-Unis. Les tests post mortem sont maintenant plus complets et constituent un excellent exemple de collaboration entre le Bureau du coroner en chef et d'autres organismes en vue de poursuivre l'amélioration des processus d'enquête dans l'intérêt de la population ontarienne.

Pour en savoir plus sur la Stratégie, veuillez consulter le site <http://www.newbornscreening.on.ca> (en anglais seulement).



Avis de sécurité publique

Avertissements relatifs aux matelas pneumatiques thérapeutiques

En février 2011, le BCC a émis un avis de sécurité publique, destiné à l'ensemble de la population ontarienne, sur les risques peu fréquents, mais importants, pouvant être liés à l'utilisation de matelas pneumatiques thérapeutiques. Ces derniers sont utilisés dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée pour prévenir les constrictions et les escarres de décubitus. Ces matelas pneumatiques sont programmés pour se gonfler et se dégonfler partiellement de manière cyclique, de façon à réduire la pression sur la peau. Les enquêtes du BCC ont cependant révélé que dans certaines circonstances assez rares, le patient peut se retrouver coincé entre le matelas et les barreaux latéraux ou le cadre du lit.

En mai 2009, dans un établissement de soins de longue durée, un patient âgé est décédé après être demeuré coincé entre le matelas pneumatique et le cadre de lit. Une enquête du coroner a révélé qu'au moment de la vente, ces matelas pneumatiques sont dépourvus de cadre, et que par conséquent, ils sont utilisés avec des équipements d'autres fabricants.

Dans le cadre de l'investigation du coroner, un ingénieur a examiné les équipements et conclu qu'il faudrait évaluer la compatibilité des matelas pneumatiques avec les cadres de lit, en raison de la présence possible d'ouvertures dans lesquelles le patient pourrait se trouver piéger, comme dans le cas du décès de mai 2009.

En mars 2010, le Bureau du coroner en chef a émis cinq recommandations qui ont été diffusées à un certain nombre d'intervenants pour les informer des dangers associés à ces matelas pneumatiques et empêcher d'autres décès similaires. Depuis, il est survenu deux autres décès mettant en cause le piégeage du patient entre les barreaux latéraux du lit et le matelas pneumatique. Le BCC a donc lancé un nouvel avertissement public en 2011 pour sensibiliser à la fois les fournisseurs de soins professionnels et les proches des patients.

Avertissement relatif au monoxyde de carbone

En mars 2009, le BCC a diffusé un avis de sécurité publique pour rappeler aux Ontariennes et aux Ontariens les dangers associés au monoxyde de carbone. L'avis a été émis au terme d'une investigation du coroner sur le décès subit d'une femme de 84 ans dans son domicile de Sudbury, durant laquelle il a été établi qu'elle avait succombé à une intoxication au monoxyde de carbone. Il a été déterminé que le gaz provenait de la chaudière à combustible.

Le monoxyde de carbone est un gaz incolore et inodore résultant de la combustion incomplète d'un combustible; il peut être mortel, même à faible concentration. La chaudière, comme la plupart des appareils à combustible, était à ventilation passive : elle prélevait de l'air à l'intérieur du logement et rejetait les gaz d'échappement à l'extérieur, par une cheminée.

Grâce à l'aide de la Commission des normes techniques et de la sécurité (CNTS), le BCC a appris que la propriétaire avait remplacé plusieurs fenêtres et portes extérieures afin de rendre son domicile plus écoénergétique. En outre, il a été confirmé que la chaudière ne présentait aucun défaut mécanique visible et que l'installation et le système de ventilation d'origine étaient conformes aux codes et aux directives de fonctionnement applicables. Malgré cela, la circulation de l'air s'est inversée, et les gaz d'échappement contenant du monoxyde de carbone ont pénétré à l'intérieur du logement.

La plupart des appareils de chauffage à combustible, notamment les chaudières et les chauffe-eau, consomment de grandes quantités d'air provenant de l'intérieur du logement et rejettent les gaz d'échappement à l'extérieur. Il est donc important que le logement soit bien ventilé, de façon à permettre le renouvellement de l'air, faute de quoi la circulation dans la cheminée peut s'inverser et laisser les gaz d'échappement entrer à l'intérieur. Toute



rénovation apportée à un logement qui le rend plus étanche, par exemple l'installation de nouvelles portes ou fenêtres, peut nécessiter l'ajout de nouveaux moyens de ventilation afin d'assurer un apport d'air suffisant au générateur d'air chaud, à la chaudière ou au chauffe-eau.

Avertissement relatif au risque de suffocation

En août 2011, à la suite du décès d'un bambin qui s'est étouffé, le BCC a publié un avis de sécurité publique pour rappeler aux Ontariennes et aux Ontariens les différents risques de suffocation et l'importance d'enseigner aux enfants des habitudes alimentaires sécuritaires.

Même si la plupart des gens sont généralement au courant que certains objets, comme les ballons gonflables, les piles, les pièces de monnaie et les petits jouets avec pièces amovibles sont dangereux pour les enfants, les aliments ne sont pas toujours perçus comme un danger.

Les jeunes enfants, particulièrement ceux âgés de moins de quatre ans, sont particulièrement vulnérables étant donné qu'ils n'ont pas encore pleinement acquis des habitudes alimentaires sécuritaires, que leurs voies aériennes sont étroites, qu'ils ne savent pas encore bien mâcher et avaler et que, souvent, ils ne comprennent pas les dangers associés à la consommation d'aliments.

Voici des exemples d'aliments à éviter de donner aux enfants de moins de quatre ans :

- hot dogs et saucisses;
- raisins;
- bonbons durs ou caoutchouteux;
- carottes, pois et céleri crus;
- noix;
- graines (melon d'eau, tournesol);
- maïs soufflé, particulièrement lorsqu'il y a des grains non éclatés;
- fruits avec noyau;
- fruits durs (pommes, poires).

Les aliments qu'on donne aux enfants de quatre ans et moins devraient être coupés en petits morceaux afin de réduire au minimum le risque d'obstruction des voies aériennes. Les aliments comme les raisins et les hot dogs présentent un danger particulier et devraient donc être coupés sur la longueur en petits morceaux.

Apprendre à manger de façon sécuritaire est une aptitude qu'on acquiert pour la vie. Voici des conseils à l'intention des parents et des fournisseurs de soins lorsque vient le temps d'enseigner aux enfants comment manger :

- Lorsqu'ils mangent, les enfants devraient être assis et rester calmes – courir ou sauter ne fait qu'augmenter le risque d'obstruction des voies aériennes.
- Les enfants devraient s'habituer à prendre de petites bouchées et à bien mâcher avant d'avalier.
- Les enfants devraient éviter de parler et de rire lorsqu'ils ont de la nourriture dans la bouche.
- Les parents et les gardiens devraient suivre un cours de soins de base en réanimation cardiovasculaire ou un cours de sauvetage. Ces cours sont offerts par des organismes tels que la Fondation des maladies du cœur, la Croix-Rouge canadienne, la Société de sauvetage et l'Ambulance Saint-Jean.



Asphyxie accidentelle – Bol alimentaire des enfants de 0 à 19 ans

Groupe d'âge	Entre 1999 et 2009
De 0 à 4 ans	16
De 5 à 9 ans	2
De 10 à 14 ans	2
De 15 à 19 ans	3
Total	23

Pour en savoir plus sur les dangers de suffocation et la prévention, veuillez consulter les sites suivants : www.kid-shealth.org (en anglais seulement) ou www.safekidscanada.ca.

Avertissement relatif aux véhicules tout-terrain

À l'été 2011, un jeune garçon âgé de dix ans a été tué dans le Nord de l'Ontario alors qu'il conduisait seul un véhicule tout terrain (VTT) pour adulte. À la suite de cet accident, le BCC a émis un avis de sécurité publique pour rappeler à la population ontarienne les dangers que représentent ces véhicules pour les jeunes de moins de 16 ans.

Plusieurs études médicales ont montré que les conducteurs et passagers de VTT, surtout les enfants, courent un risque plus élevé de blessures et de décès que ceux d'autres types de véhicules hors route. Les VTT pour adultes sont de gros engins lourds et puissants dont la conduite exige une force, un équilibre, une dextérité et un jugement que les enfants ne possèdent pas encore. Les enfants courent aussi le risque de conduire trop vite ou sur un sol accidenté, de perdre le contrôle du véhicule et d'être projetés à l'extérieur, ou d'être écrasés si le VTT se renverse. La détresse qui en résulte pour la famille est inimaginable.

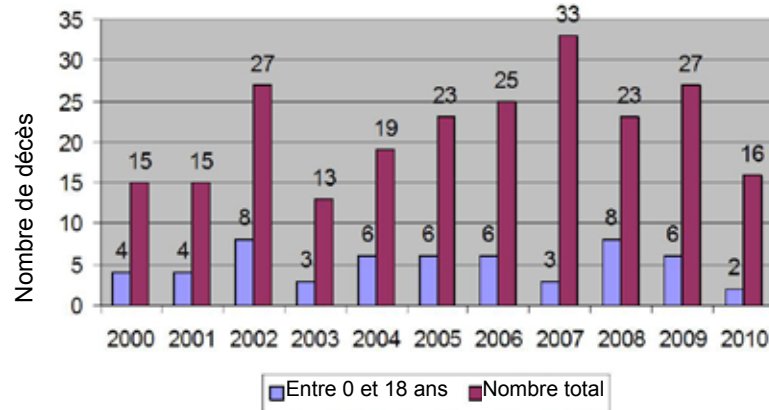
En 2005, une enquête du coroner a examiné les circonstances entourant le décès d'un garçon de sept ans mort au volant d'un VTT. Les recommandations formulées à l'époque incluaient une formation obligatoire approuvée sur les règles de sécurité, l'intensification des campagnes de sensibilisation du public concernant la conduite sécuritaire des VTT ainsi que la permission de conduire un VTT sur des sentiers approuvés seulement pour les jeunes âgés de 12 à 16 ans. Ces recommandations restent valides aujourd'hui.

Tous les conducteurs de VTT devraient suivre un cours de conduite sécuritaire dans leur région ou par l'intermédiaire du Conseil canadien de la sécurité, et les parents, les enfants et les adolescents devraient connaître les risques de blessures ou de décès que courent les usagers de VTT, surtout en l'absence de supervision par un adulte.

Ces décès peuvent être évités. Le Bureau du coroner en chef est d'avis qu'il devrait être interdit aux jeunes de moins de 16 ans de conduire un VTT conçu pour les adultes.



Accidents liés à l'utilisation d'un véhicule tout terrain motorisé entre 2000 et 2010 (dossiers clos)



Prix

Ovation

Chaque année, le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels décerne un Prix Ovation dans cinq catégories : innovation, contribution exceptionnelle, leadership, partenariats et écologisation. Au cours des dernières années, certains employés du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario ont reçu ces prix :

- Marion Moore et Kathy Sullivan, du bureau régional de Guelph, ont été récompensées par un Prix Ovation dans la catégorie Contribution exceptionnelle en 2008.
- Pour son travail et son dévouement auprès du Comité d'examen des décès d'enfants et dans le cadre de projets de recherche connexes menés avec The Hospital for Sick Children, Doris Hildebrandt a remporté le Prix Ovation pour contribution exceptionnelle en 2010.
- En 2011, un Prix d'excellence Showcase Ontario a été attribué au Dr David Eden, à Ann-Carol Hargreaves, au Dr Dirk Huyer, au Dr Michael Pickup et à Jeff Arnold dans deux catégories :
 - Innovation – Télémédecine
 - Excellence des services – Projet pilote du système d'affectation assistée par ordinateur
- La Dre Bonita Porter a été nommée l'une des 100 femmes les plus influentes du Canada dans la catégorie « Professionnelles » par le Réseau des femmes exécutives en 2008. Elle a également reçu un Prix Ovation dans la catégorie Leadership, en 2008.
- Le Dr William Lucas a reçu le Prix Ovation dans la catégorie Partenariats pour sa participation au plan de lutte contre les pandémies.

Accolade

Les Prix Accolade sont décernés aux membres en uniforme et aux employés civils de la Police provinciale de l'Ontario qui ont contribué de façon remarquable au travail de l'organisme..

- Tanya Hatton, Kathy McKague et Jeff Arnold ont remporté le Prix Accolade dans la catégorie Partenariat pour l'Initiative Résolution.

Cadres supérieurs



D^r Andrew McCallum, M.D., FRCPC
Coroner en chef de l'Ontario



D^r David Eden, M.D.
Coroner régional principal, opérations



D^{re} Bonita Porter, B.Sc.(phm.), M.Sc., M.D. CCMF
Coroner en chef adjointe, enquêtes



D^r Dan Cass, B.Sc., M.D. FRCPC
Coroner régional principal de Toronto-Ouest



Cadres supérieurs



D^r Craig F. Muir, M.D., FRCSC, FACS
Coroner régional principal du Nord
Sudbury



D^r James Edwards, M.D.
Coroner régional principal du Centre
Toronto East Office



D^r Peter Clark, M.D.
Coroner régional principal de l'Est, Bureau de
Peterborough



D^r Dirk Huyer, M.D.
Coroner régional principal du Centre, Bureau de
Guelph

Cadres supérieurs



D^r William Lucas, M.D. CCMF
Coroner régional principal du Centre



D^r Rick Mann, M.D. CCMF, FCMF
Coroner régional principal de l'Ouest, Bureau de London



D^r Roger Skinner, M.D. CCMF(MU)
Coroner régional principal de l'Est, Bureau de Kingston



D^r Jack Stanborough, M.D. CCMF(MU), FCMF
Coroner régional principal de l'Ouest, Bureau de Hamilton



Cadres supérieurs



D^r Michael B. Wilson, M.D, B. Sc. A.,
CCMF, FCMF
Coroner régional principal du Nord
Bureau de Thunder Bay



D^r A.E. Lauwers, M.D., CCMF, FCMF
Coroner en chef adjoint, investigations



Coordonnées

Bureau du coroner en chef
26, rue Grenville
Toronto (Ontario) M7A 2G9
Téléphone : 416 314-4000 ou (sans frais) 1 877 991-9959
Courriel : occo.inquiries@ontario.ca