

Bureau du coroner en chef de l'Ontario
Rapport pour les années
2012 - 2015



Table des matières

Message du coroner en chef de l'Ontario	5
Faits saillants sur l'organisme	7
Vue d'ensemble	7
Notre vision et notre mission	8
Nos valeurs.....	8
Structure organisationnelle	10
Bureau du coroner en chef	10
Vue d'ensemble du Bureau du coroner en chef.....	11
Coroners	11
Budget	11
Personnel.....	12
Principaux jalons dans l'histoire de l'organisme	12
Initiative relative à la rétention d'organes dans le passé.....	12
Développement du programme de certificat sur les enquêtes de coroner avec la Osgoode Hall Law School	12
Examen systématique du Système ontarien des enquêtes sur les décès	13
En réponse à l'examen systémique	14
Inauguration officielle du complexe des sciences judiciaires et du coroner	15
Ouverture du bureau du coroner régional principal à Ottawa	15
Prix et distinctions	16
L'Ontario Safety League – prix de reconnaissance pour ses services exceptionnels	16
Fonction publique de l'Ontario – Prix Améthyste	16
Commission de vérité et réconciliation du Canada	16
Perfectionnement professionnel et formation continue du personnel.....	17
Cours de formation annuel à l'intention des coroners et des pathologists	17
Journée annuelle de perfectionnement du personnel 2013	17
Partenariats, consultations et activités de recherche.....	18
Examens de décès	18
Examen des décès dus à un accident de vélo	19

Examen des décès de piétons	19
Examen des décès relatifs aux services d'ambulance aérienne d'Ornge	19
Initiatives et partenariats de sécurité publique	20
Institut canadien d'information juridique	21
Protocole d'entente avec le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes	21
Initiative Résolution de la Police provinciale de l'Ontario – personnes disparues et corps non identifiés	21
Assistance pour la formation des coroners du Nunavut	22
Sommet des chemins de fer	22
Transfert des connaissances : exposés, participation à des comités et publication de rapports de recherche.....	23
Association des hôpitaux de l'Ontario – Webinaires de formation continue	23
Publications de recherche (2012 – 2014).....	23
Les investigations sur des décès par un coroner en Ontario	25
Les investigations sur des décès par un coroner en Ontario	25
Aperçu regional.....	28
Bureau du Centre-Est	28
Bureau du Centre-Ouest.....	29
Bureau de Hamilton	30
Bureau de Kingston.....	31
Bureau de London.....	32
Bureau d'Ottawa	33
Bureau de Sudbury	34
Bureau de Thunder Bay	35
Bureau de Toronto-Est.....	36
Bureau de Toronto-Ouest	37
Liste de 10 principaux facteurs	38
Dix principaux facteurs de décès (2012-2014).....	38
Dix principaux lieux de décès (2012-2014)	41
Sujets spéciaux.....	44

Décès par intoxication aux opiacés.....	44
Enquêtes de coroner.....	45
Vue d'ensemble des enquêtes	45
Quand procède-t-on à une enquête?	46
Statistiques sur les enquêtes (2012 – 2014).....	47
Comités d'examen de décès	49
Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée...	50
Comité d'examen des décès dus à la violence familiale.....	51
Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux	52
Comité d'examen de la sécurité des patients	52
Comité d'examen des décès d'enfants – cas médicaux	53
Comité d'examen des décès d'enfants – sociétés d'aide à l'enfance	54
Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.	54
Renseignements :	55

Message du coroner en chef de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que je présente le rapport 2012-2015 du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Ce rapport résume les activités du bureau pour les années 2012, 2013, 2014 et 2015, en alignant notre cycle de rapports sur les statistiques les plus récentes.

Cette période a été marquée par une réalisation importante : notre déménagement, en 2013, dans le nouveau complexe des sciences judiciaires et du coroner (CSJC). Cet établissement ultra moderne est une vraie merveille, avec des aires de travail à la fois bien éclairées et efficaces, des salles d'audience spacieuses et bien aménagées pour les enquêtes de coroner ainsi que de l'équipement neuf et amélioré pour renforcer notre efficacité et la sécurité de nos conditions de travail. Il contient aussi des salles entièrement équipées pour la formation continue, ce qui a permis de réaliser des économies et de faciliter l'organisation de notre cours de formation annuel pour les coroners et les pathologistes, puisque nous pouvons désormais l'offrir sur place. En plus d'abriter le Bureau du coroner en chef (BCC) et le Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO), ce complexe est une plaque tournante pour la sécurité communautaire. En effet, nous partageons le bâtiment avec le Centre des sciences judiciaires et le Bureau du commissaire des incendies et de la gestion des situations d'urgence, en plus d'avoir la Police provinciale de l'Ontario juste à côté.

Le BCC a également vu des changements dans ses activités. Nous avons déménagé à Ottawa notre bureau de la région de l'Est qui se trouvait auparavant à Peterborough, afin de faciliter la communication et la collaboration avec nos partenaires médicolégaux d'Ottawa. Notre équipe de direction a enregistré quelques changements, avec quatre nouveaux coroners régionaux principaux — la Dre Louise McNaughton-Filion (Ottawa), le Dr David Cameron (Sudbury), le Dr Paul Dungey (Kingston), la Dre Jennifer Arvanitis (Centre-Est) — ainsi que deux nouveaux coroners en chef adjoints, le Dr Reuven Jhirad et le Dr James Sproule. Nous avons salué le départ de coroners régionaux, les docteurs Peter Clark et David Evans, qui ont pris leur retraite après des décennies de loyaux services et les docteurs Craig Muir et Dan Cass qui sont retournés dans le secteur des soins de santé.

Sur le plan de l'efficacité et de l'efficience, nos efforts d'amélioration de la qualité se poursuivent. Nous demeurons déterminés à mettre à profit la puissance de la technologie pour raccourcir les délais, améliorer la qualité de nos rapports et fournir des données pertinentes et utiles afin de contribuer positivement à la sécurité publique. Dans toutes nos activités, nous devons nous efforcer de faire en sorte que le système

ontarien d'enquête sur les décès soit efficient, efficace, durable et adapté à la diversité des besoins de notre province.

Je suis convaincu que les clés de notre succès, en tant qu'organisation, sont la collaboration, la qualité et un excellent service public. L'inclusivité et le respect des contributions de nos collègues et partenaires sont cruciaux pour atteindre et maintenir une excellente qualité ainsi que pour relever les défis actuels et futurs dans la prestation de nos services. Notre crédibilité et notre réputation en tant que chef de file national dépendent de nous tous, individuellement et collectivement. Le service que nous fournissons aujourd'hui, comme à l'avenir, doit être à la fois attentionné, éthique, responsable et transparent – un excellent service public.

Vers la fin de 2014, le BCC et son partenaire, le SMLO, se sont lancés dans un processus commun de planification stratégique. L'objectif du plan stratégique est de guider notre travail collaboratif durant les cinq prochaines années dans le cadre d'un système unifié d'enquête sur les décès. Il s'agit d'un projet vaste et ambitieux. Il articule nos efforts sur la prestation de services modernes, pertinents et adaptés à l'évolution des besoins des diverses communautés de l'Ontario. Nous concentrerons nos efforts et nos ressources sur les domaines où nous avons le plus grand impact. Nous prendrons nos décisions en fonction des données et nous saisirons les occasions d'innovation et de croissance qui contribueront à renforcer la santé et la sécurité. Nous continuerons d'être un chef de file mondial dans la promotion des enquêtes sur les décès et la médecine légale. Par-dessus tout, nous serons responsables à l'égard des Ontariennes et Ontariens et sensibles à leurs besoins.

En ma qualité de nouveau coroner en chef de l'Ontario, je suis fier du travail de chacun et chacune des membres de notre système d'enquête sur les décès. Des coroners chargés des investigations sur le terrain qui offrent des services de première ligne aux familles dans toute la province, aux membres du personnel qui nous offre le soutien administratif dont nous avons besoin, aux répartiteurs dont nous dépendons 24 h sur 24, à tous ceux et celles qui fournissent des services de pathologie, aux responsables de la chaîne d'approvisionnement et à toutes les autres personnes que je n'ai pas mentionnées, je vous suis reconnaissant de votre contribution continue grâce à laquelle le système ontarien d'enquête sur les décès est parmi les meilleurs au monde.

Le coroner en chef de l'Ontario,

Dirk Huyer, MD



Faits saillants sur l'organisme

Vue d'ensemble

En Ontario, les services d'enquête sur les décès sont fournis par le BCC, le SMLO et la Direction des services opérationnels (DSO). Le BCC travaille en collaboration avec le SMLO pour enquêter sur les décès en vertu de la Loi sur les coroners.

En Ontario, les coroners sont des médecins ayant une formation spécialisée sur les principes des enquêtes sur les décès. Les coroners sont chargés de mener des investigations sur des décès, conformément à la Loi sur les coroners, d'informer le public sur les conclusions des investigations qui pourraient faciliter la prévention d'autres décès dans des circonstances similaires, de demander des autopsies pour des raisons médico-légales, de présider des enquêtes et de remplir les certificats autorisant la crémation ou l'expédition de la dépouille à l'extérieur de l'Ontario. Les renseignements tirés de nos investigations sont consignés et communiqués au gouvernement, aux collectivités, à des chercheurs, à des organismes de prévention et à d'autres organismes intéressés dans l'objectif d'améliorer la sécurité du public en fournissant des données utiles pour l'élaboration de stratégies de prévention des blessures et des décès.

Le coroner en chef administre la Loi sur les coroners et la Loi sur l'anatomie. Il est aussi responsable de l'inspection des écoles d'anatomie en Ontario, de la gestion du Plan d'intervention en cas de décès massifs de la province ainsi que de la supervision et de la formation des coroners.

Le SMLO et le BCC font partie du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) et sont responsables devant le ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (CSED) est un organisme consultatif indépendant qui assure des fonctions de surveillance en veillant à ce que nos services soient fournis d'une manière efficace et responsable.

Notre vision et notre mission

Des enquêtes de haute qualité sur les décès pour bâtir une province plus sûre et plus saine.

Fournir des services d'enquête sur les décès de haute qualité afin de contribuer à l'administration de la justice et à la prévention de décès prématurés, tout en tenant compte de la diversité des besoins de la population ontarienne.

Remarque : La vision et la mission découlent du Plan stratégique 2015

Nos valeurs

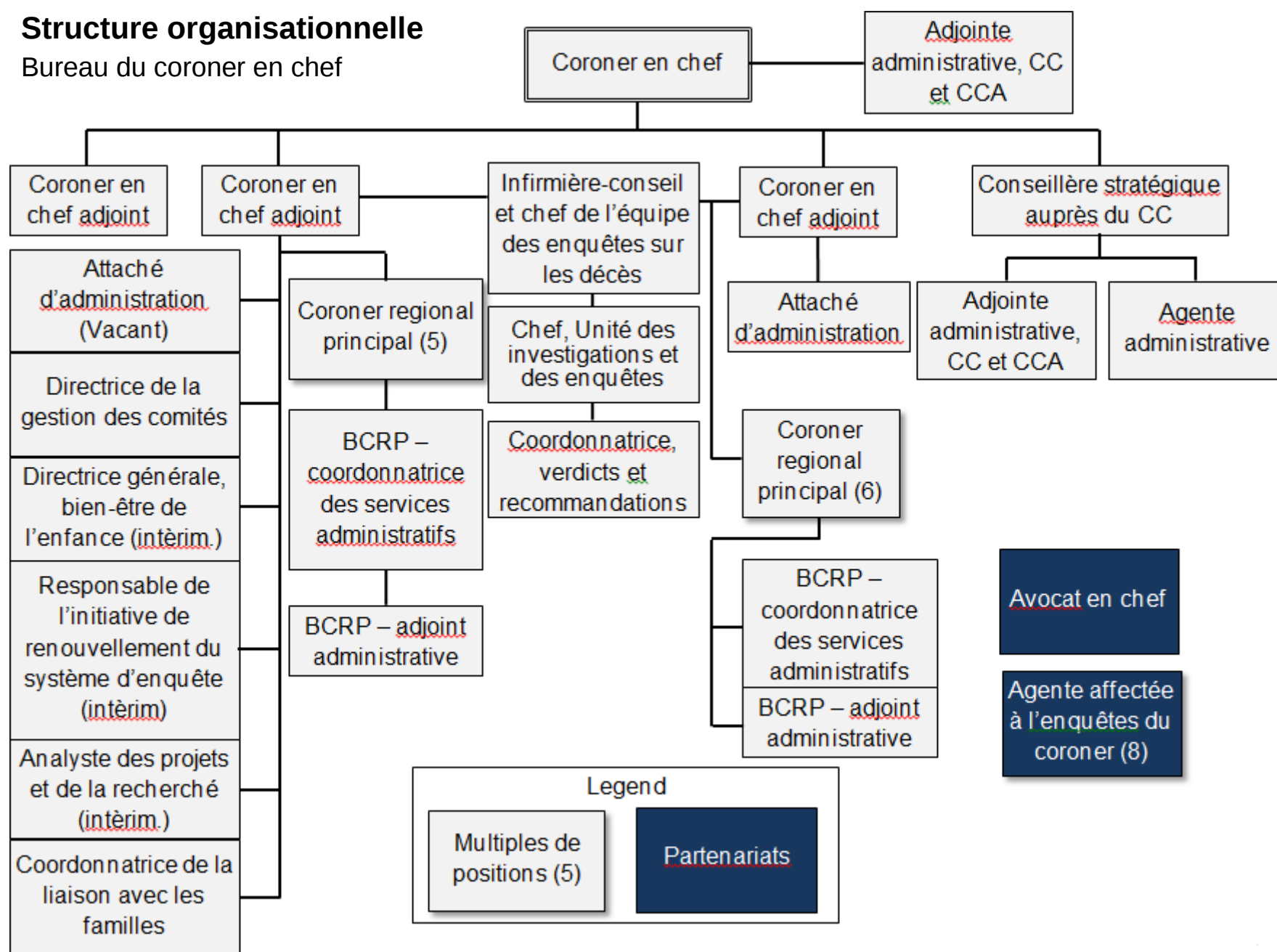
Le BCC et le SMLO partagent des valeurs fondamentales qui traduisent notre engagement en matière de service public :

- Intégrité
 - o Nous n'oublions pas que la recherche de la vérité, l'honnêteté et l'impartialité sont les pierres angulaires de notre travail.
- Réactivité
 - o Nous sommes ouverts aux nouvelles possibilités, au changement et à l'innovation.
- Excellence
 - o Nous visons constamment une pratique exemplaire et de première qualité.

- Responsabilisation
 - o Nous avons conscience de l'importance de notre travail et nous assumerons la responsabilité de nos actes.
- Diversité
 - o Nous respectons la diversité des origines, des formations professionnelles et des compétences des membres qui composent notre équipe.

Structure organisationnelle

Bureau du coroner en chef



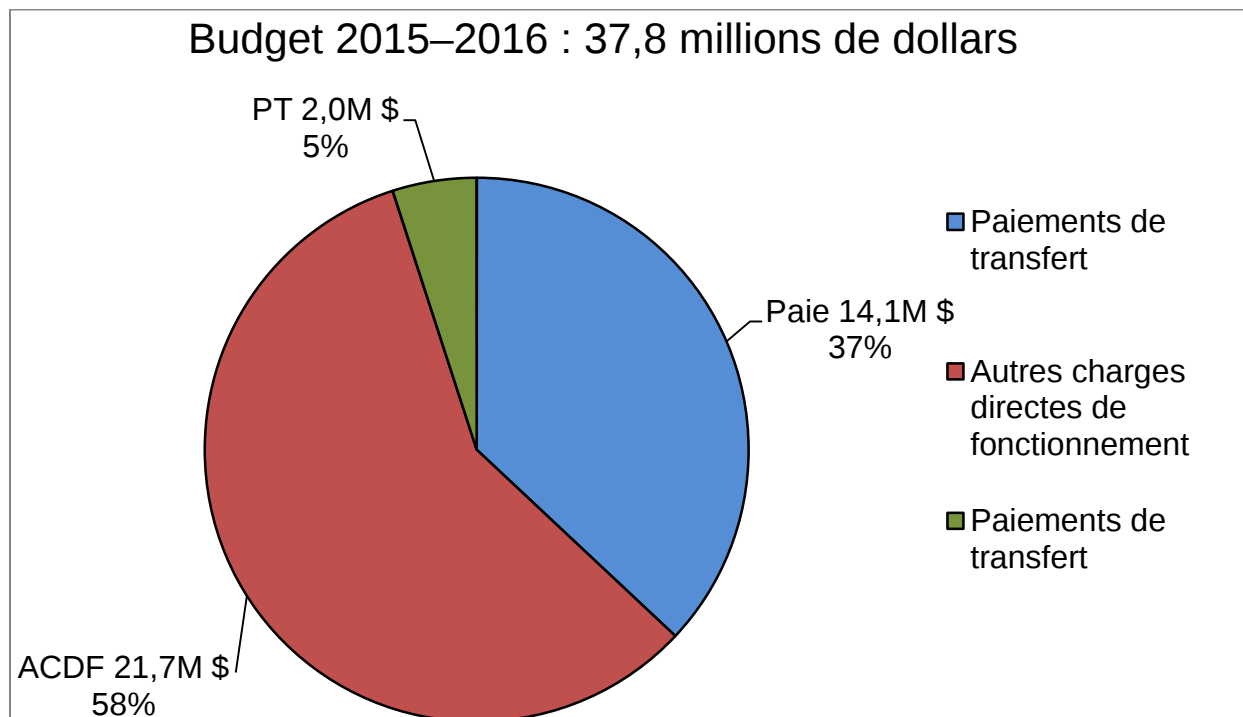
Vue d'ensemble du Bureau du coroner en chef

Le coroner en chef est assisté par deux coroners en chef adjoints et onze coroners régionaux principaux. Le BCC et le SMLO disposent conjointement du soutien de la Direction des services opérationnels, dont les services incluent la gestion de la qualité et de l'information, les services administratifs et opérationnels, les services de liaison avec les familles ainsi que la gestion des questions d'intérêt.

Coroners

Le BCC a conclu des ententes de paiement à l'acte avec quelque 300 coroners, répartis dans l'ensemble de la province, pour la prestation des services d'investigation sur les décès. En Ontario, tous les coroners sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour qu'une personne soit admissible à une telle nomination, elle doit détenir un diplôme de médecine, être titulaire d'un permis valide d'exercice de la médecine délivré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, accepter de suivre une formation spécialisée sur les principes des investigations et enquêtes sur les décès en Ontario et résider dans la région pour laquelle elle est nommée. Les coroners ainsi nommés sont encadrés par dix coroners régionaux principaux dans différentes parties de la province.

Budget



- 2014-2015 – 38,2 millions de dollars
- 2013-2014 – 37,8 millions de dollars
- 2012-2013 – 39,5 millions de dollars

Personnel

Le nombre de postes équivalents à plein temps (EPT) est passé de 101 en 2012, à 118 en 2015.

Principaux jalons dans l'histoire de l'organisme

Initiative relative à la rétention d'organes dans le passé

En 2012, le BCC et le SMLO ont lancé une initiative publique pour informer les familles ontariennes de la possibilité qu'un ou plusieurs des organes d'un proche défunt puissent avoir été conservés au moment de l'autopsie, sans que les familles en aient été informées à l'époque. Les familles concernées étaient invitées à communiquer avec le BCC pour se renseigner au sujet de la possible conservation d'organes de leurs proches. Si un organe était conservé dans notre établissement, la famille était consultée pour connaître ses souhaits quant au traitement final de l'organe.

De façon générale, au cours des dernières décennies, du fait des limites des techniques médicales et scientifiques alors disponibles, il était décidé plus fréquemment que maintenant de conserver un ou plusieurs organes afin de procéder à un examen plus approfondi pour déterminer la cause du décès. À l'époque, la pratique médicale courante était de ne pas informer les familles de cette décision, pour éviter d'aggraver leur peine. Ce fut aussi le cas en Ontario pendant de nombreuses années. Cependant, il a été reconnu, par souci d'une plus grande ouverture et transparence, que les familles doivent non seulement être informées, mais aussi consultées au sujet du traitement de l'organe une fois tous les essais et analyses terminés.

Aujourd'hui, en Ontario, grâce aux progrès de la science, la nécessité de conserver un organe se présente moins souvent, mais lorsque c'est nécessaire, les familles sont alors informées et ont la possibilité de communiquer leurs préoccupations et questions ainsi que de donner des instructions pour le traitement final de l'organe.

Développement du programme de certificat sur les enquêtes de coroner avec la Osgoode Hall Law School

En janvier 2013, le BCC et la Osgoode Hall Law School (faculté de droit) de l'Université York ont joint leurs efforts pour offrir un programme éducatif unique à 30 coroners qui président des enquêtes. Ce programme a été mis en place afin de donner à la population ontarienne l'assurance que les médecins qui président les enquêtes de coroner ont la formation nécessaire pour résoudre les questions qui peuvent survenir au cours d'une enquête.

Le cours s'est déroulé du 14 au 18 janvier, avec le privilège d'avoir quelques-uns des meilleurs juristes canadiens pour offrir ce programme. Le cours comprenait des exposés, des conversations interactives, des activités de rédaction en groupe et une simulation d'enquête et se concluait par un examen à faire chez soi. Les personnes qui ont suivi ce cours avec succès ont reçu un certificat de la Osgoode Hall Law School.

Parmi les orateurs figuraient Dean Lorne Sossin; l'hon. Patrick J. Lesage de la Cour d'appel de l'Ontario; les juges Susan Lang, Peter Lauwers, John Laskin; et, le juge Allan O'Marra de la Cour supérieure de justice.



Examen systématique du Système ontarien des enquêtes sur les décès

En décembre 2011, à la suite d'un appel d'offres, le cabinet d'experts-conseils KPMG a été chargé de procéder à un examen externe du système ontarien d'enquête sur les décès. L'objectif de cet examen était de déterminer si le système ontarien d'enquête sur les décès sert de façon optimale l'intérêt public en général, notamment les besoins des familles et de la collectivité, la prévention des décès, la sécurité publique et le système de justice pénale.

En novembre 2012, le rapport de KPMG Systematic Review of Ontario's Death Investigation System [Examen systématique du système ontarien d'enquête sur les décès] a été publié. De nombreux intervenants et partenaires ont participé à cette étude, et KPMG a procédé à un examen complet de différents modèles d'enquête sur les décès ainsi qu'à une analyse de la qualité, de la fiabilité et la responsabilité de ces modèles.

Conformément aux objectifs de l'examen, les recommandations formulées dans ce rapport visaient l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience du système ontarien d'enquête sur les décès, ainsi que la poursuite des améliorations apportées à la suite de l'enquête Goudge. Le rapport portait notamment sur les thèmes suivants :

- Élargissement du rôle des médecins légistes dans le système d'enquête sur les décès;
- Renforcement du rôle du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et de la fonction qu'il remplit dans le fonctionnement de ce système;
- Amélioration du processus d'enquête du coroner, notamment la communication aux personnes touchées par les recommandations d'une enquête.

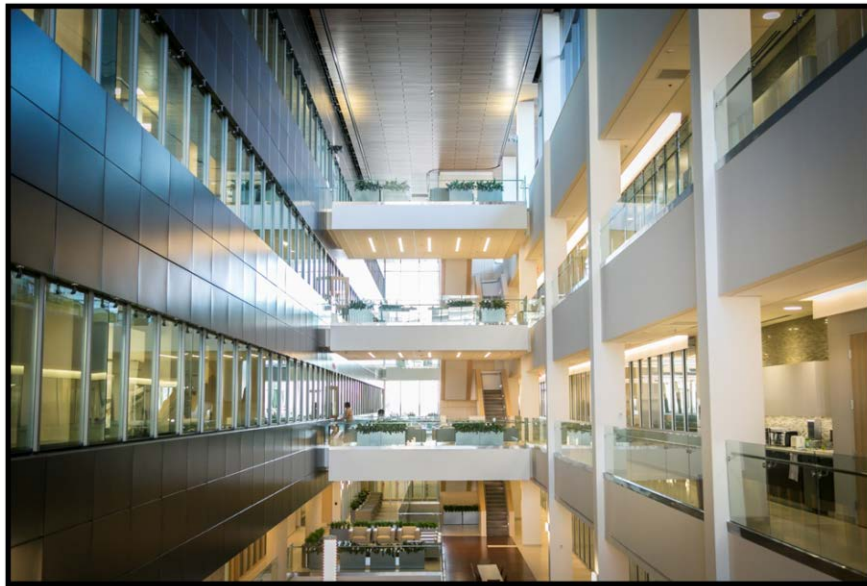
En réponse à l'examen systémique

En réponse à l'examen systémique, le 7 août 2013, le gouvernement de l'Ontario a annoncé que pour tous les cas d'homicide et de mort suspecte, les coroners seraient des médecins légistes. Dans le nouveau modèle, les médecins légistes sont responsables des investigations sur les décès dans les cas qui pourraient aussi impliquer le système de justice pénale. Les familles et la police bénéficient ainsi de leur expertise médico-légale tout au long de l'investigation sur le décès ainsi qu'au tribunal.

Depuis le 14 juillet 2014, les médecins légistes qui travaillent à l'Unité provinciale de médecine légale, à Toronto, assument les fonctions de coroner dans les cas de décès suspect ou d'homicide qui font l'objet d'une enquête par le Service de police de Toronto (SPT). La mise en œuvre progressive de l'initiative de nomination de médecins légistes

comme coroners a commencé avec les cas du SPT, permettant la mise en place des meilleures pratiques opérationnelles qui faciliteront une transition en douceur, avant d'étendre cette initiative à d'autres services de police et unités de médecine légale. Ce nouveau modèle sera réexaminé au bout de deux ans.

Inauguration officielle du complexe des sciences judiciaires et du coroner



Le 25 novembre 2013 a marqué l'inauguration officielle du nouveau complexe des sciences judiciaires et du coroner (CSJC) à Toronto. Ce nouveau complexe donne suite au rapport Goudge qui recommandait un nouvel établissement plus moderne. Ce complexe à la fine pointe de la technologie abrite aujourd'hui le BCC, le SMLO, le Centre des sciences judiciaires et le Bureau du commissaire des incendies et de la gestion des situations d'urgence. Cet établissement de classe mondiale contribuera à renforcer la sécurité communautaire en augmentant considérablement la capacité de l'Ontario à répondre aux exigences des enquêtes médico-légales modernes.

Ouverture du bureau du coroner régional principal à Ottawa

Dans l'objectif de rapprocher les bureaux régionaux du BCC et les unités régionales de médecine légale, il a été décidé de déménager notre bureau régional de Peterborough à Ottawa en septembre 2013. Ce nouvel emplacement permet de renforcer la collaboration et la communication entre le personnel régional du BCC et celui du SML. L'Unité régionale de médecine légale d'Ottawa est l'une des sept unités régionales qui

fournissent des services de médecine légale au système ontarien d'enquête sur les décès.

Prix et distinctions

L'Ontario Safety League – Prix de reconnaissance pour ses services exceptionnels

En 2013, l'Ontario Safety League a présenté au BCC un prix de reconnaissance pour ses services exceptionnels dans la promotion de la sécurité des utilisateurs des voies navigables, routes et trottoirs de la province. L'Ontario Safety League et le BCC ont une relation de longue date. Déjà en 1963, les deux organismes avaient collaboré pour améliorer la conception des vêtements de flottaison individuels qui, à l'époque, avaient tendance à devenir gorgés d'eau au fil du temps. Au fil des ans, l'Ontario Safety League a travaillé avec le BCC sur une série de questions de sécurité publique et préconise publiquement la mise en œuvre des recommandations découlant des enquêtes et des rapports du BCC.

Fonction publique de l'Ontario – Prix Améthyste

Le Prix Améthyste, le plus grand honneur dans la fonction publique de l'Ontario, souligne les réalisations exceptionnelles des fonctionnaires de l'Ontario. En 2012, le BCC a reçu le Prix Améthyste pour le projet des enfants disparus, entrepris pour soutenir les travaux de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.



Photo : Membres de l'équipe – Vicki Griffiths-McColl, Dr David Eden et Ramona Bhagwandin

Commission de vérité et réconciliation du Canada

En 2012, le BCC a aidé la Commission de vérité et réconciliation du Canada dans un projet spécial visant à identifier les enfants disparus qui ont été envoyés dans des

pensionnats indiens en Ontario et ne sont jamais retournés dans leurs familles. Cet effort incluait l'examen de milliers de fichiers archivés, qui a permis de trouver des indices sur 120 décès et a peut-être finalement aidé à fournir des réponses aux familles et aux communautés concernées. La méthode mise au point par l'équipe du BCC a depuis lors été adoptée par pratiquement chaque autre province et territoire du Canada.

Perfectionnement professionnel et formation continue du personnel

Cours de formation annuel à l'intention des coroners et des pathologists

Ce cours de deux jours et demi est animé conjointement par le BCC et le SMLO chaque automne. Il est agréé aux fins de la formation continue dans le cadre du programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Les sujets traités comprennent des questions liées aux investigations, dont les suivantes :

- décès pédiatriques, décès liés à un véhicule à moteur, décès d'un membre des Premières Nations, communications et suicides.

Journée annuelle de perfectionnement du personnel 2013

Organisée pour la première fois en 2013, la Journée annuelle de perfectionnement du personnel a permis au personnel du BCC et du SMLO d'assister à des conférences sur des sujets tels que la criminalité en ligne, l'innovation et le bien-être.



Partenariats, consultations et activités de recherche

Examens de décès

Réunir une équipe multidisciplinaire de spécialistes pour examiner des questions de santé et de sécurité, dans le but ultime d'améliorer la santé et la sécurité publiques et de prévenir des décès, est une tradition de longue date au BCC. La création de comités ou d'équipes d'examen de décès fait partie de cet objectif.

Ces examens portent généralement sur un facteur particulier qui a contribué à des décès dans la province (p. ex., la noyade). Grâce à la collecte et l'examen de données quantitatives et qualitatives, avec l'aide d'experts dans les domaines concernés, des recommandations fondées sur des données probantes sont formulées. Ces examens se concluent par la diffusion publique de rapports sur les conclusions et les recommandations stratégiques visant divers destinataires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur public. Durant la période de 2012 à 2014, trois rapports d'examens de décès ont été publiés, dont la description est donnée ci-après. Les rapports d'examen de décès sont affichés sur le site du ministère de la Sécurité

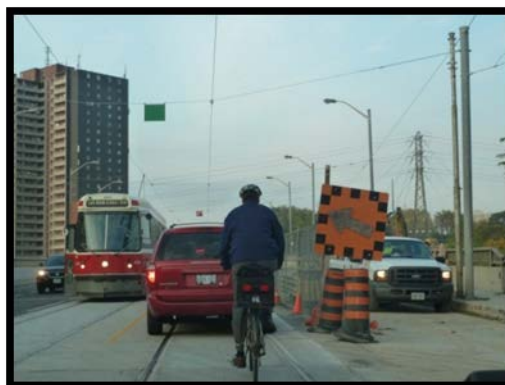
communautaire et des services correctionnels à [La ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels le site Web www.ontario.ca/coroner](http://www.ontario.ca/coroner).

Examen des décès dus à un accident de vélo

Le 18 juin 2012, le BCC a publié le rapport [Examen des décès dus à un accident de vélo](#). Cet examen avait été entrepris à la suite de préoccupations, tant parmi le public qu'au sein du BCC, au sujet de la sécurité des cyclistes.

L'examen a porté sur 129 décès, survenus entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2010, et a donné lieu à 14 recommandations axées sur l'infrastructure, la sensibilisation, les textes législatifs et l'application de la loi.

Examen des décès de piétons



Le 19 septembre 2012, le BCC a publié le rapport [Examen des décès de piétons](#).

Cet examen a été entrepris pour répondre à des préoccupations au sujet de la sécurité des piétons, à la suite d'un nombre important de décès accidentels de piétons en janvier 2010. Cet examen, qui portait sur les circonstances de 95 décès survenus entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, visait à formuler des recommandations pour aider à prévenir d'autres décès à l'avenir.

Des intervenants et des membres du public ont contribué par leur expertise au processus d'examen. Cet examen a donné lieu à 26 recommandations sur les thèmes suivants : leadership, textes législatifs, sensibilisation, aspect technique et application de la loi.

Examen des décès relatifs aux services d'ambulance aérienne d'Ornge

Le 15 juillet 2013, le BCC a publié le rapport [Examen des décès relatifs aux services d'ambulance aérienne d'Ornge](#).

Un groupe d'experts, mis en place par le Comité d'examen de la sécurité des patients du BCC, a été chargé d'examiner les décès qui pourraient avoir été causés par des problèmes liés aux services d'ambulance aérienne d'Ornge ou auxquels ces problèmes pourraient avoir contribué.



Une approche systématique a été adoptée pour identifier tous les décès répondant aux critères pertinents dans la période du 1er janvier 2006 au 30 juin 2012. Le groupe d'experts était composé de personnes ayant une expertise en ambulance aérienne, en soins préhospitaliers et en médecine d'urgence.

Le rapport contenait 25 recommandations pour améliorer la sécurité au sein du système de transport par ambulance aérienne de l'Ontario. Ces recommandations, qui s'adressaient à Ornge et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, s'articulaient autour de certains thèmes, dont les suivants : prise de décision, communication, équipement, effectif, formation et assurance qualité.

Initiatives et partenariats de sécurité publique

Le BCC doit en partie son succès à la force de ses partenariats et de ses relations de travail avec d'autres organismes qui l'aident à s'acquitter de sa mission de protéger les vivants en parlant pour les morts.

Institut canadien d'information juridique

En 2012, le BCC a conclu un partenariat avec l'Institut canadien d'information juridique (CanLII) pour la publication en ligne de la documentation sur les enquêtes de coroner, par l'intermédiaire du site Web CanLII. Cette documentation comprend le formulaire du verdict du jury du coroner, l'explication du verdict par le coroner qui a présidé à l'enquête, et les décisions importantes, le cas échéant. CanLII est un organisme sans but lucratif géré par la Fédération des ordres professionnels de juristes du Canada, avec pour mission d'offrir un accès gratuit et illimité à des renseignements juridiques.

Protocole d'entente avec le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes

La Loi de 2007 sur l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes prévoit la prestation de services d'intervention en faveur des enfants et des jeunes par un bureau indépendant relevant de l'Assemblée législative. Le BCC reconnaît le rôle important du Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes (BIPEJ) et est convaincu que le partage des renseignements découlant de l'examen de cas d'enfants et de jeunes relevant du mandat du BIPEJ peut contribuer à promouvoir la défense des droits des enfants et des jeunes, et, au bout du compte, leur santé et leur bien-être.

En 2012, le BCC et le BIPEJ ont conclu un protocole d'entente qui établit le cadre dans lequel le BCC peut communiquer des renseignements au BIPEJ. Le protocole d'entente décrit comment le BIPEJ peut demander et obtenir des rapports expurgés du Comité d'examen des décès d'enfants – protection de l'enfance et établit le processus que le BIPEJ doit suivre pour demander d'autres renseignements lorsque les questions soulevées par le décès de l'enfant ou du jeune se rapportent à son mandat.

Le BCC travaille actuellement en partenariat avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le BIPEJ afin de revoir l'approche adoptée pour l'examen des décès d'enfants et de jeunes en Ontario et d'élaborer des processus qui favorisent la collaboration entre les trois organismes à l'avenir, dans le contexte des modifications résultant de l'adoption de la Loi de 2014 sur la responsabilisation et la transparence du secteur public et des députés, qui a élargi le rôle du BIPEJ.

Initiative Résolution de la Police provinciale de l'Ontario – personnes disparues et corps non identifiés

En 2006, le BCC, le SMLO et la Police provinciale de l'Ontario ont formé un partenariat pour l'identification de corps et restes humains. Dans le cadre de cette initiative,

appelée officiellement « Initiative Résolution », une base de données et un site Web ont été créés afin de permettre aux services de police et au public d'accéder aux renseignements, dans l'espoir que cela permettra d'identifier des personnes portées disparues dans la base de données du CIPC. Depuis 2010, le personnel chargé de cette initiative aide la GRC, à Ottawa, à créer la base de données et le site Web au niveau national afin d'aider tous les Canadiens qui cherchent à savoir ce qu'est devenu un proche disparu. Même si ce travail n'est pas encore terminé, cette initiative se poursuit en Ontario afin de faciliter l'identification des corps et de retrouver des personnes disparues. Depuis 2006, cette initiative a contribué à identifier 53 personnes disparues et à élucider 21 cas de restes humains non identifiés. Le site Web est : [Unité des Personnes Disparues et Corps non-identifiés www.missing-u.ca](http://www.missing-u.ca).

Assistance pour la formation des coroners du Nunavut

Au fil des ans, le BCC a tissé des liens étroits avec des médecins légistes et des coroners des autres provinces et territoires du Canada. Par exemple, le BCC a aidé le Bureau du coroner en chef du Nunavut à mettre en place officiellement son système d'enquête sur les décès. Le BCC a fourni une assistance pour les enquêtes ainsi que pour les analyses et la formation des membres du comité d'examen des décès.

Sommet des chemins de fer

Par suite d'un examen approfondi de toutes les interruptions de service ferroviaire causées par des collisions entre un train et un intrus, un thème a émergé. Dans un passé récent, les enquêtes prenaient de 3 à 5 heures en moyenne, ce qui retardait le redémarrage du train. Cela causait de l'anxiété parmi les passagers ainsi que des ralentissements économiques en raison de la livraison tardive de marchandises. Dans le but d'accélérer les enquêtes et de réduire les retards ferroviaires, un protocole relatif à l'investigation par un coroner a été mis au point et a permis de réduire le retard moyen de 3,5 heures à 1,5 heure. Le BCC a été heureux de contribuer à cette initiative en collaboration avec les divers services de police concernés, GO Transit/Metrolinx, le CN, Chemin de fer Canadien Pacifique, Bombardier (équipes de train et ouvriers d'entretien), Pacific Northern Rail Contractors, Goderich-Exeter Railway et Toronto Terminals Railway.

Dans un effort continu visant à améliorer sans cesse les investigations sur les décès liés à des accidents ferroviaires et à réduire les retards, un sommet provincial ferroviaire a été organisé en 2014. Ce sommet a donné à des enquêteurs spécialisés dans diverses disciplines l'occasion de se réunir et de partager leurs connaissances, expériences et

idées sur la façon d'équilibrer les besoins d'une investigation avec le souhait d'être respectueux envers le défunt et ses proches et de rétablir le service ferroviaire dans les meilleurs délais.

Transfert des connaissances : exposés, participation à des comités et publication de rapports de recherche

En plus d'enquêter sur des décès, les membres du BCC ont fait des présentations, participé à divers comités et publié plusieurs articles de recherche, ou y ont contribué, afin de mobiliser et de faciliter le transfert des connaissances pour améliorer la santé et la sécurité du public.

Association des hôpitaux de l'Ontario – Webinaires de formation continue

En 2012, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a invité le BCC à participer à une série de webinaires éducatifs pour ses membres. Ces webinaires ont suscité 273 nouvelles inscriptions et atteint environ 1025 participants. Sous le titre « Lessons Learned from the Coroner's Office » (Leçons tirées de l'expérience du Bureau du coroner), nos cadres supérieurs ont animé des émissions Web sur les sujets suivants :

- la sécurité des patients et de l'administration de stupéfiants;
- la décharge d'un patient psychiatrique : optimisation des résultats pour les patients et réduction des risques de suicide;
- les investigations sur les décès d'enfants;
- les investigations sur les décès de personnes âgées;
- les investigations sur les décès maternels et périnataux.

Publications de recherche (2012 – 2014)

Prescribing of Opioids and Opioid-Related Mortality in Ontario: 2004-2006 [Prescription d'opioïdes et mortalité en Ontario : 2004-2006]. Tara Gomes, David N. Juurlink, Rahim Moineddin, Piotr Gozdyra, Irfan Dhalla, J. Michael Paterson et Muhammad M. Mamdani. (2012).

Nonuse of bicycle helmets and risk of fatal head injury : a proportional mortality, case-control study [Non-utilisation d'un casque de cyclique et risque de traumatisme crânien

mortel : une étude cas/témoin de la mortalité proportionnelle]. Navindra Persaud, Emily Coleman, Dorothy Zwolakowski, Bert Lauwers et Dan Cass. (2012).

Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: A population-based study in Ontario, Canada. [Caractéristiques des utilisateurs d'opioïdes dont la mort était liée à la toxicité aux opioïdes : étude basée sur la population en Ontario (Canada)] Parvaz Madadi, Doris Hildebrandt, Albert E. Lauwers et Gideon Koren. (2013).

Scope and nature of sudden cardiac death before age 40 in Ontario : À report from the Cardiac Death Advisory Committee of the Office of the Chief Coroner [Portée et nature de la mort cardiaque subite chez des personnes de moins de 40 ans en Ontario : rapport du Comité consultatif des enquêtes sur les décès liés à un accident cardiaque du Bureau du coroner en chef]. Caileigh M. Pilmer, Bonita Porter, Joel A. Kirsh, Audrey L. Hicks, Norman Gledhill, Veronica Jamnik, Brent E. Faught, Doris Hildebrandt, Neil McCartney, Robert M. Gow, Jack Goodman et Andrew D. Krahn. (2013).

Sudden cardiac death in children and adolescents between 1 and 19 years of age [La mort cardiaque subite chez les enfants et adolescents de 1 à 19 ans]. Caileigh M. Pilmer, Joel A. Kirsh, Doris Hildebrandt, Andrew D. Krahn et Robert M. Gow. (2014).

Codeine-related deaths in Ontario, Canada: The role of pharmacogenetics and drug interactions [Les décès liés à la codéine en Ontario (Canada) : le rôle de la pharmacogénétique et des interactions entre médicaments]. Jessica Lam, Karen L. Woodall, Patricia Solbeck, Colin J. D. Ross, Bruce C. Carleton, Michael R. Hayden, Gideon Koren et Parvaz Madadi. (2014).

Characterizing suicide in Toronto : an observational study and cluster analysis [Les caractéristiques du suicide à Toronto : étude observationnelle et analyse typologique]. Mark Sinyor, Ayal Schaffer et David L. Streiner. (2014).

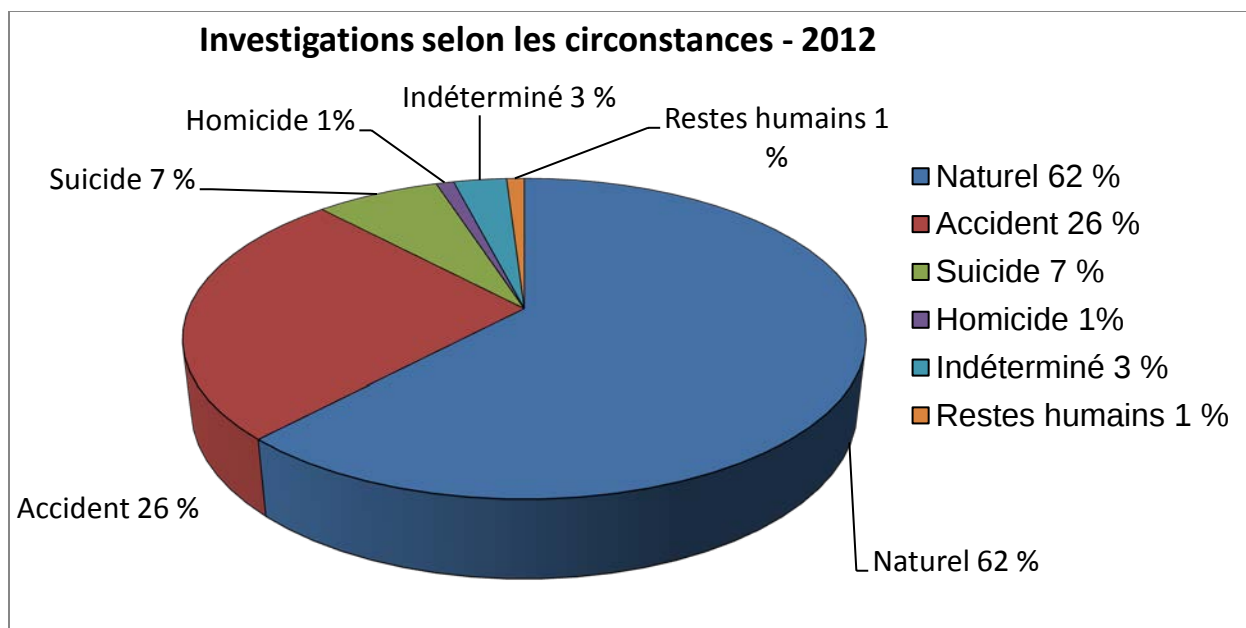
The burden of premature opioid-related mortality [Le fardeau de la mortalité prématurée liée aux opioïdes]. Tara Gomes, Muhammad M. Mamdani, Irfan A. Dhalla, Stephen Cornish, J. Michael Paterson et David N. Juurlink. (2014).

Les investigations sur des décès par un coroner en Ontario

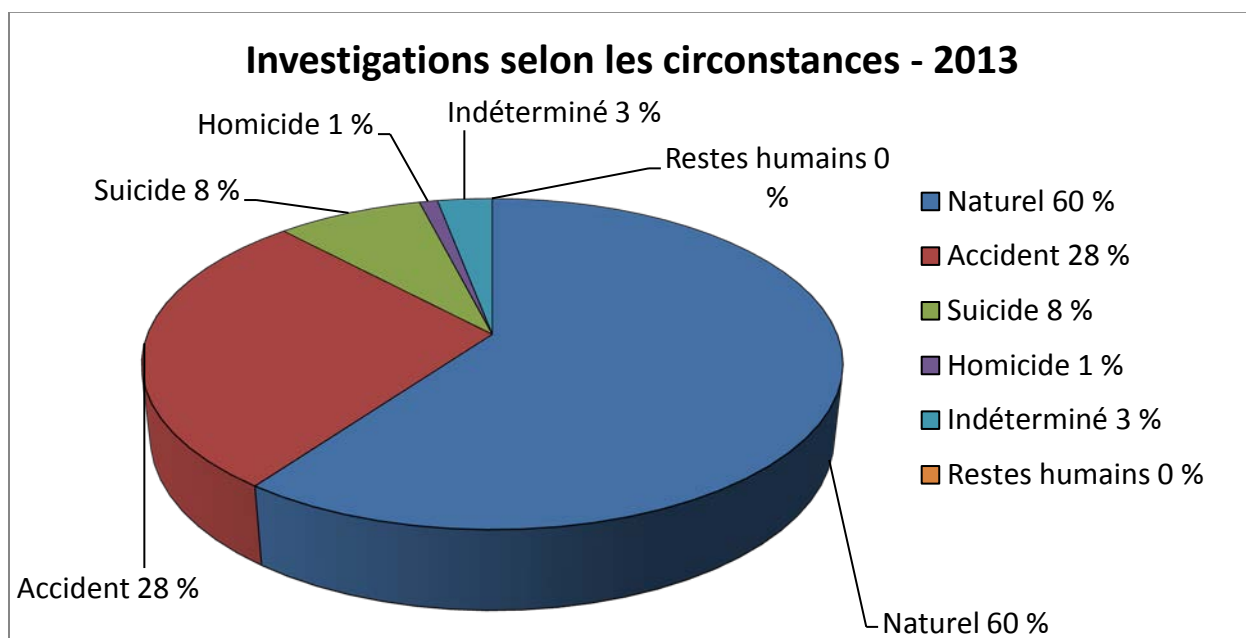


Au cours de la période 2012-2014, il y a eu au total 47 308 investigations sur des décès. Ce total se répartissait comme suit, selon les circonstances du décès : 28 103 morts naturelles, 3 875 décès par suicide, 13 407 décès accidentels, 518 décès par homicide et 1 208 décès dans des circonstances indéterminées. En outre, il y eu 193 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.

Les investigations sur des décès par un coroner en Ontario

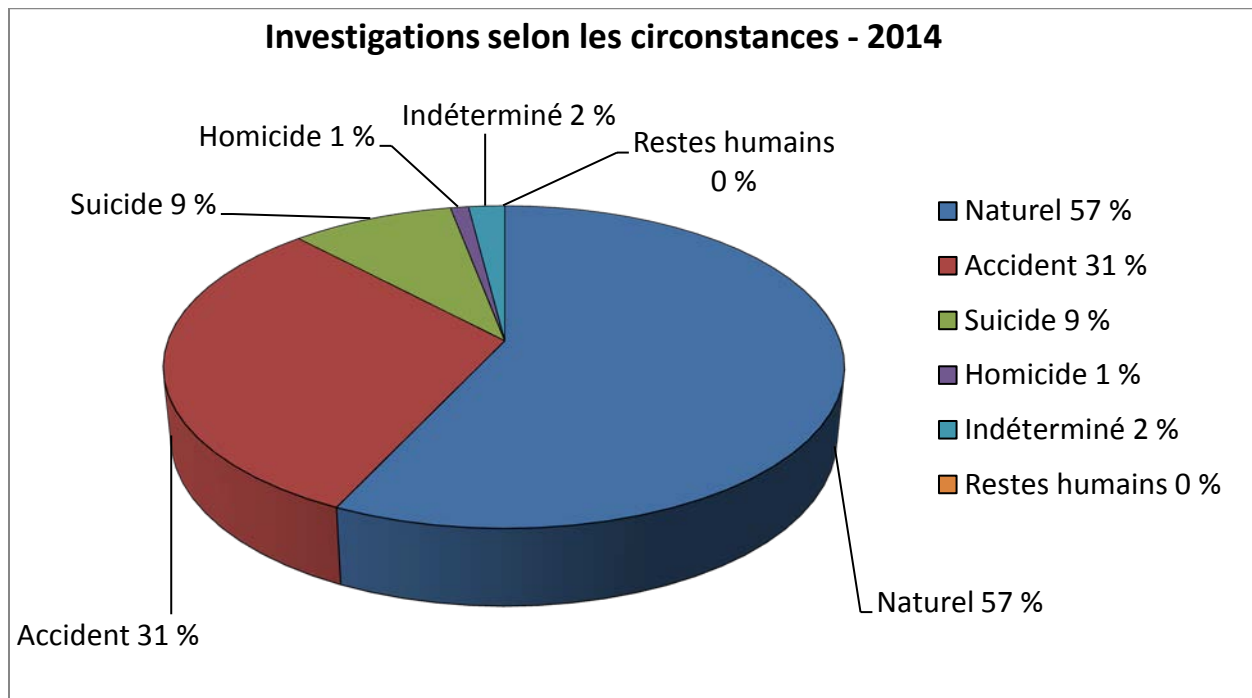


En 2012, il y a eu au total 16 648 investigations sur des décès. Ce total se répartissait comme suit, selon les circonstances du décès : 10 265 morts naturelles, 4 396 décès par suicide, 1 244 décès accidentels, 176 décès par homicide et 434 décès de cause indéterminée. En outre, il y a eu 133 investigations sur des restes possiblement humains qui auraient été découverts.



En 2013, il y a eu au total 15 979 investigations sur des décès. Ce total se répartissait comme suit, selon les circonstances du décès : 9 538 morts naturelles, 4 501 décès par

suicide, 1 301 décès accidentels, 177 décès par homicide et 414 décès dans des circonstances indéterminées. En outre, il y a eu 48 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



En 2014, il y a eu au total 14 681 investigations sur des décès. Ce total se répartissait comme suit, selon les circonstances du décès : 8 300 morts naturelles, 4 510 décès par suicide, 1 330 décès accidentels, 165 décès par homicide et 360 décès de cause indéterminée. En outre, il y a eu 16 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.

Aperçu regional

Bureau du Centre-Est

Région du Centre (Durham, Muskoka, York)

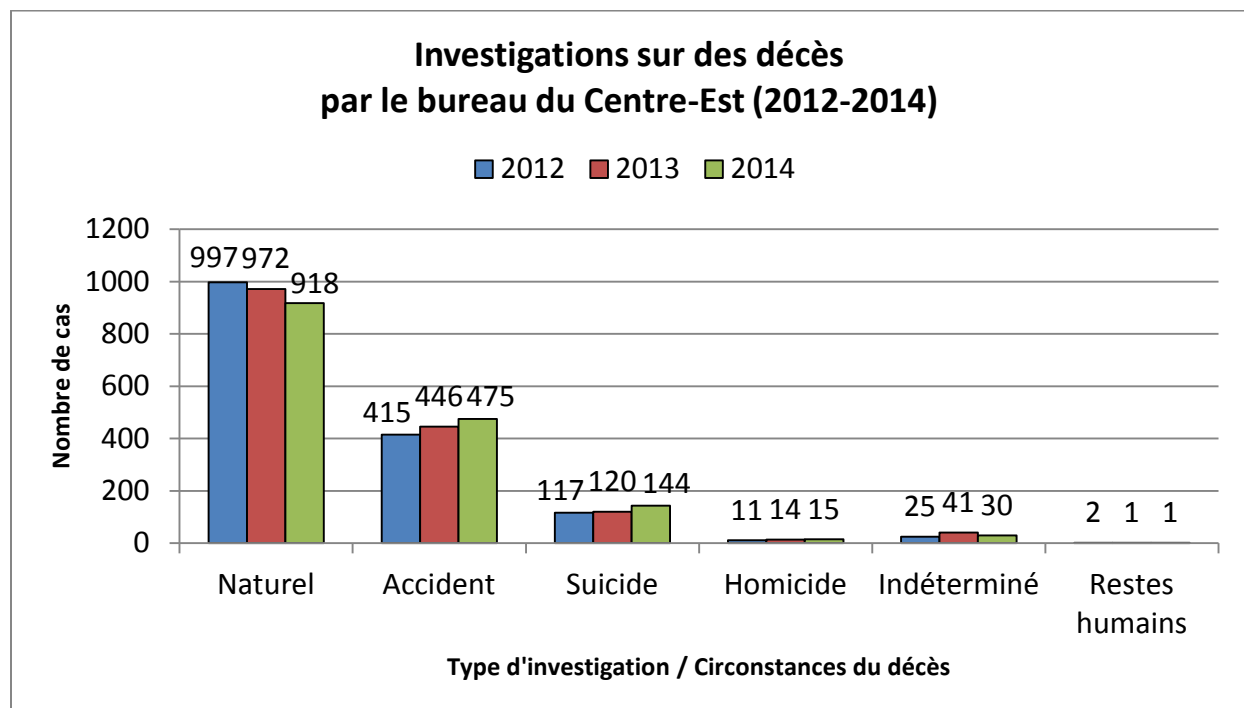
La coroner régionale principale pour le Bureau du Centre-Est est la docteure Jennifer Arvanitis, avec le soutien administratif de Burcu Semiz et Siku Pope. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 4 744 investigations sur des décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 2 887 cas de mort naturelle, 1 336 cas d'accident, 381 cas de suicide, 40 cas d'homicide, 96 cas avec circonstances indéterminées, et 4 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dre. Jennifer Arvanitis

4,744

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau du Centre-Ouest

Région du Centre (Halton, Peel, Simcoe)

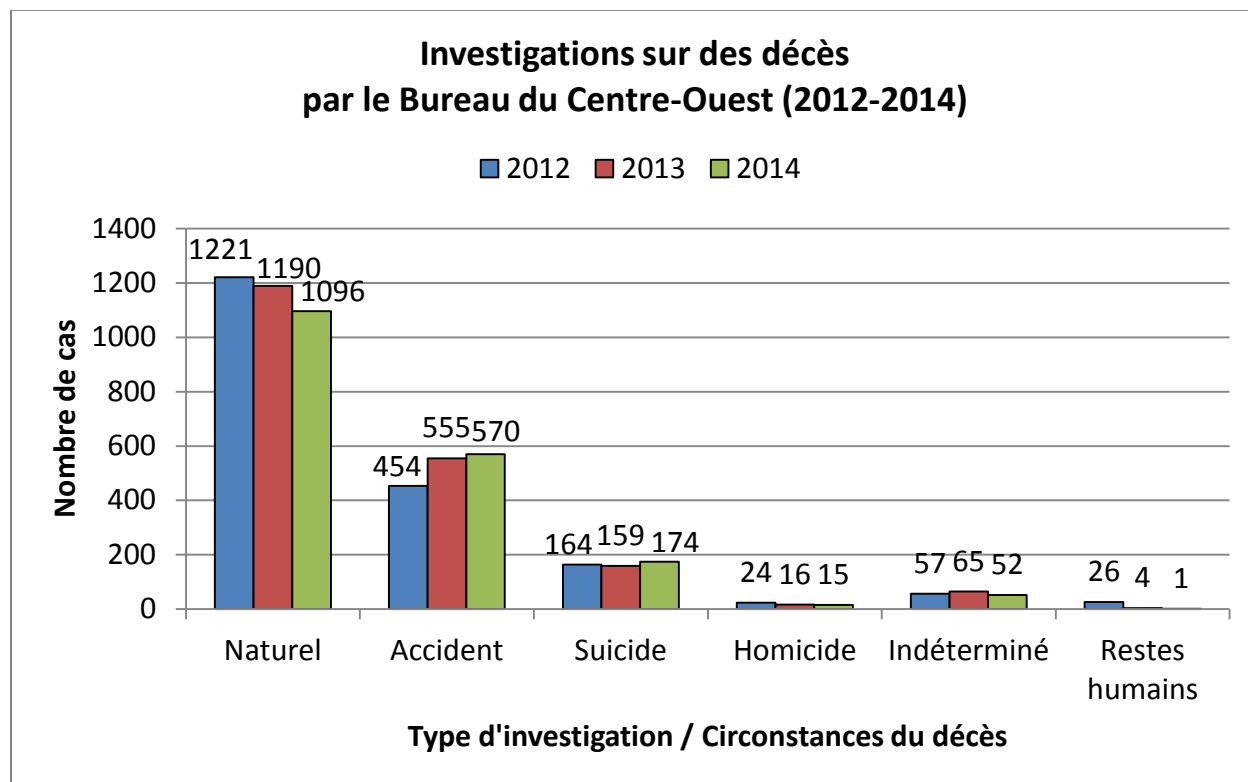
Le coronier régional principal pour le Bureau de l'Ouest est le docteur Bill Lucas, avec le soutien administratif de Margaret Picheca et Siku Pope. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 5 843 investigations sur des décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 3 507 cas de mort naturelle, 1 579 cas d'accident, 497 cas de suicide, 55 cas d'homicide, 174 cas avec circonstances indéterminées, et 31 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. Bill Lucas

5,843

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de Hamilton

Région de l'Ouest (Brant, Dufferin, Haldimand, Hamilton, Niagara, Norfolk, Waterloo, et Wellington)

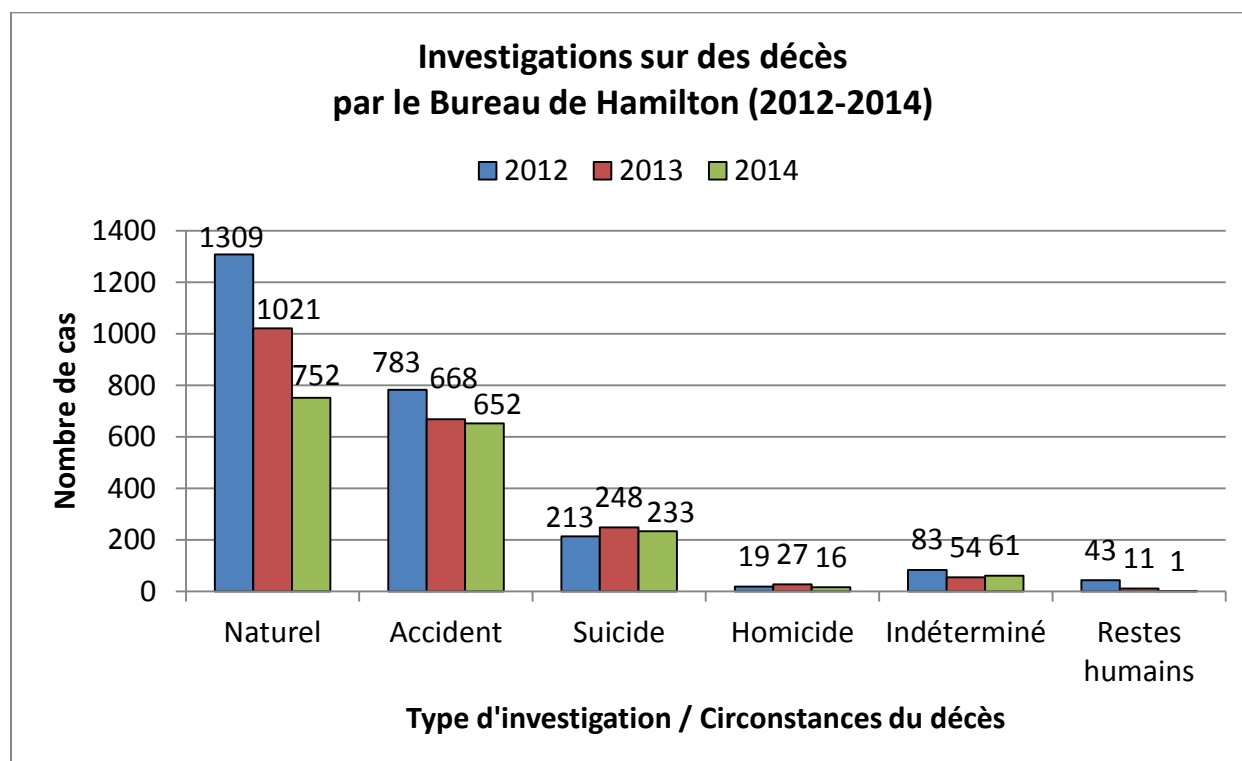
Le coroner régional principal pour le Bureau de Hamilton est le docteur Jack Stanborough, avec le soutien administratif de Sean Bridgman et Jane Ridley. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 6 198 investigations sur des décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 3 082 cas de mort naturelle, 2 103 cas d'accident, 694 cas de suicide, 62 cas d'homicide, 198 cas avec circonstances indéterminées, et 59 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr Jack Stanborough

6,198

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de Kingston

Région de l'Est (Northumberland, Haliburton, Kawartha Lakes, Peterborough, Frontenac, Hastings, Lennox & Addington, et Prince Edward)

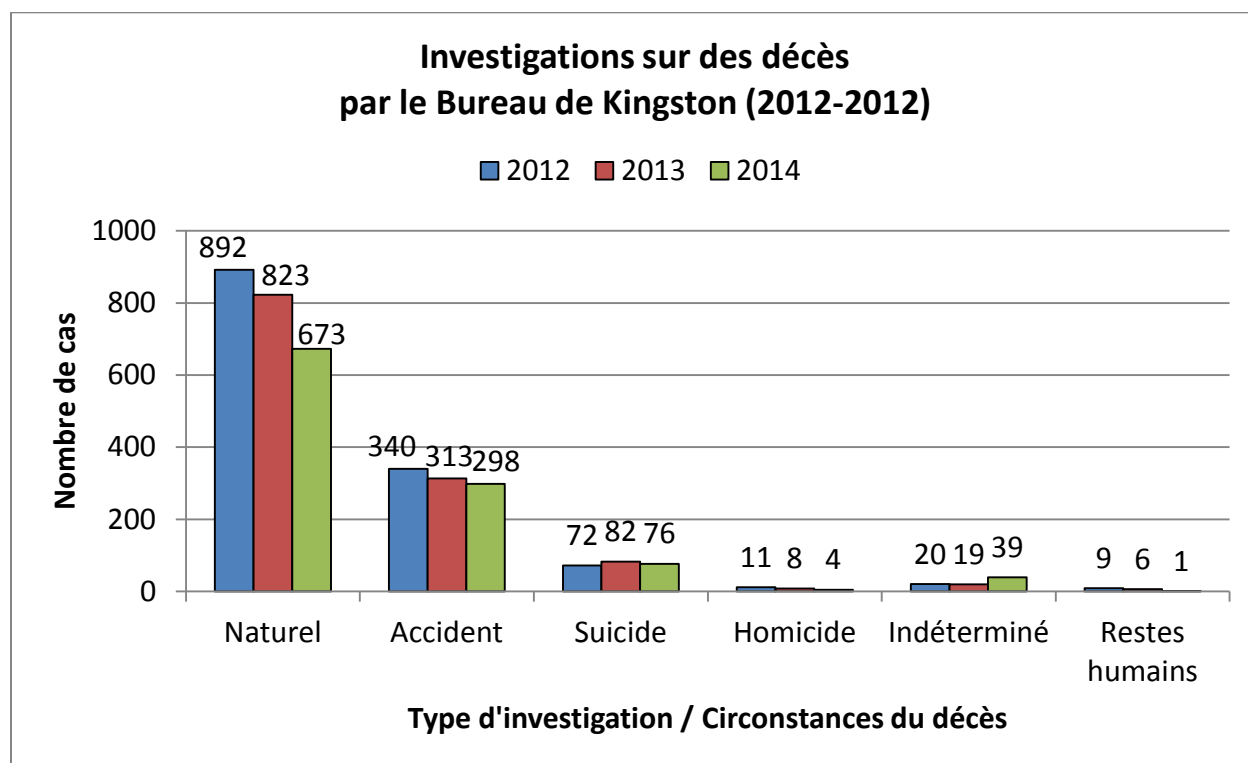
Le coroner régional principal pour le Bureau de Kingston est le docteur Paul Dungey, avec le soutien administratif d'Andreanne DeJacolyn et de Lori Roy. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 3 687 investigations sur des décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 2 388 cas de mort naturelle, 951 cas d'accident, 230 cas de suicide, 23 cas d'homicide, 78 cas avec circonstances indéterminées et 17 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. Paul Dungey

3,687

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de London

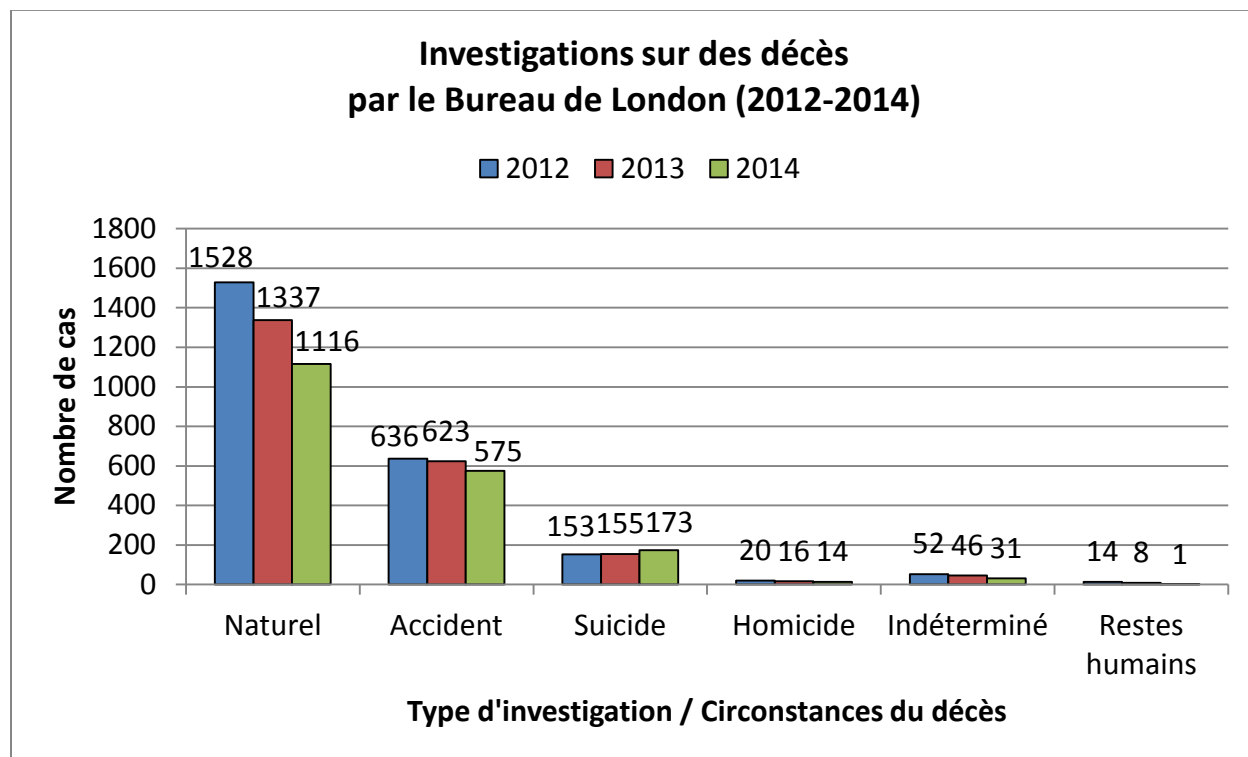
Région de l'Ouest (Bruce, Chatham-Kent, Elgin, Essex, Grey, Huron, Lambton, Middlesex, Oxford, and Perth)

Le coroner régional principal pour le bureau de London est le docteur Rick Mann, avec le soutien administratif de Josie Lynch et Lynne Little. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 6 498 investigations sur les décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 3 981 cas de mort naturelle, 1 834 cas d'accident, 481 cas de suicide, 50 cas d'homicide, 129 cas avec circonstances indéterminées et 23 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. Rick Mann

6,498
investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau d'Ottawa

Région de l'Est (Lanark, Leeds-Grenville, Stormont, Dundas, Glengarry, Prescott & Russell, Ottawa, et Renfrew)

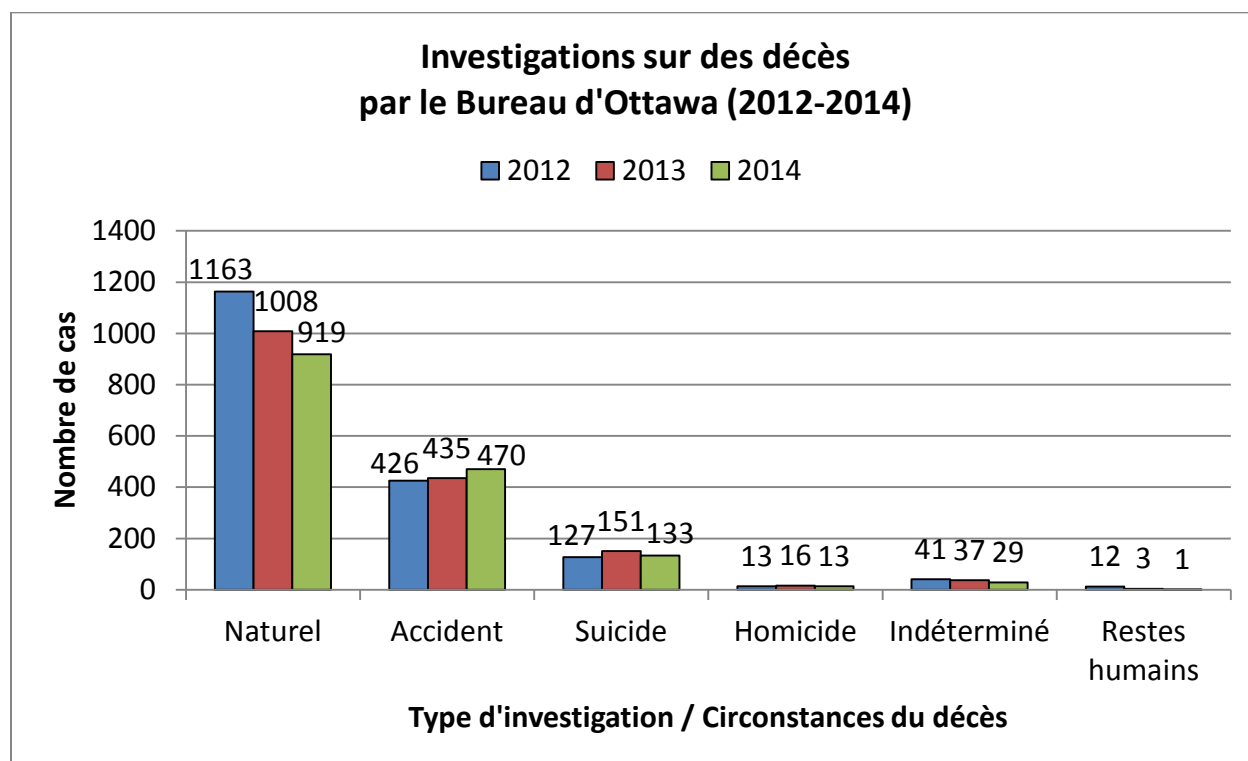
La coroner régionale principale du Bureau d'Ottawa est la docteure Louise McNaughton-Filion, avec le soutien administratif de Louise Tardif. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 4 997 investigations sur les décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 3 090 cas de mort naturelle, 1 331 cas d'accident, 411 cas de suicide, 42 cas d'homicide, 107 cas avec circonstances indéterminées et 16 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



**Dre. Louise
McNaughton-Filion**

4,997

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de Sudbury

Région du Nord (Algoma, Cochrane, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Sudbury, et Timiskaming)

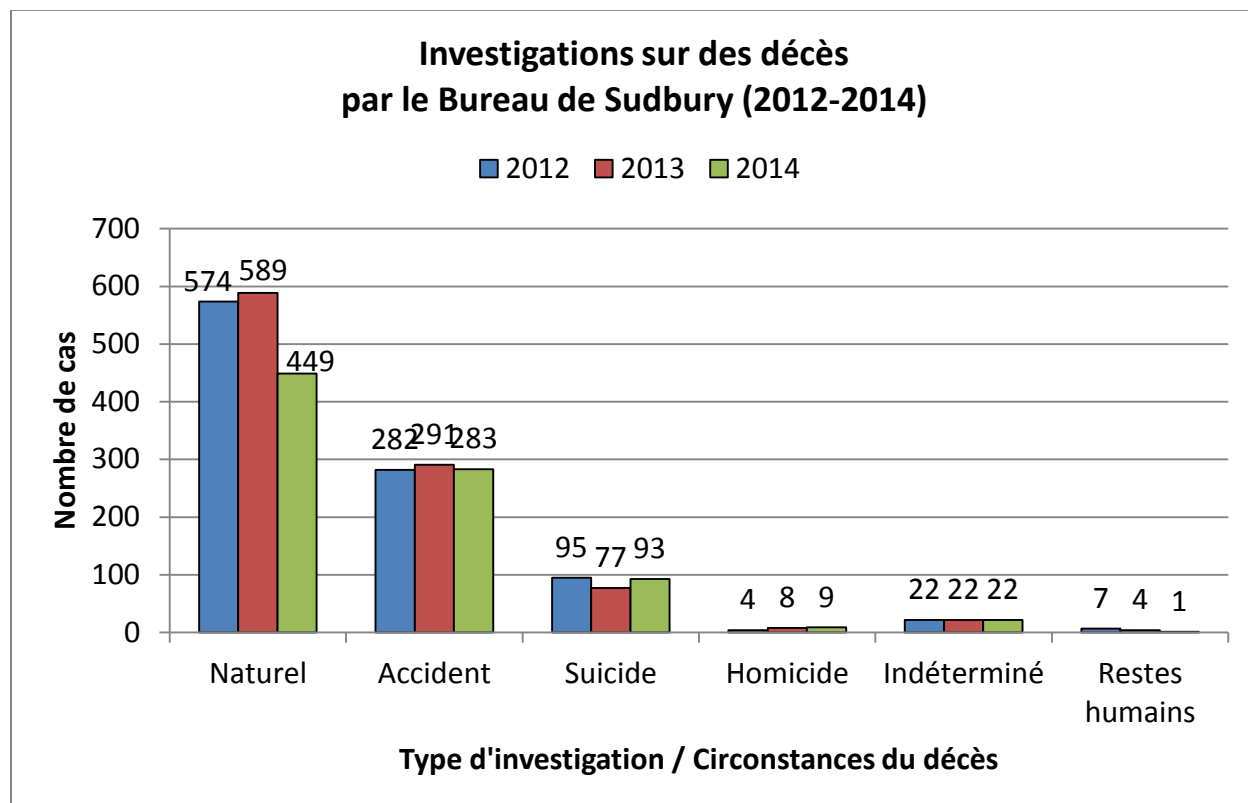
Le coroner régional principal pour le Bureau de Sudbury est le docteur David Cameron, avec le soutien administratif de Noella Beaudry et Deborah Dempsey. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 2 832 investigations sur les décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 1 612 cas de mort naturelle, 856 cas d'accident, 265 cas de suicide, 21 cas d'homicide, 66 cas avec circonstances indéterminées et 12 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. David Cameron

2,832

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de Thunder Bay

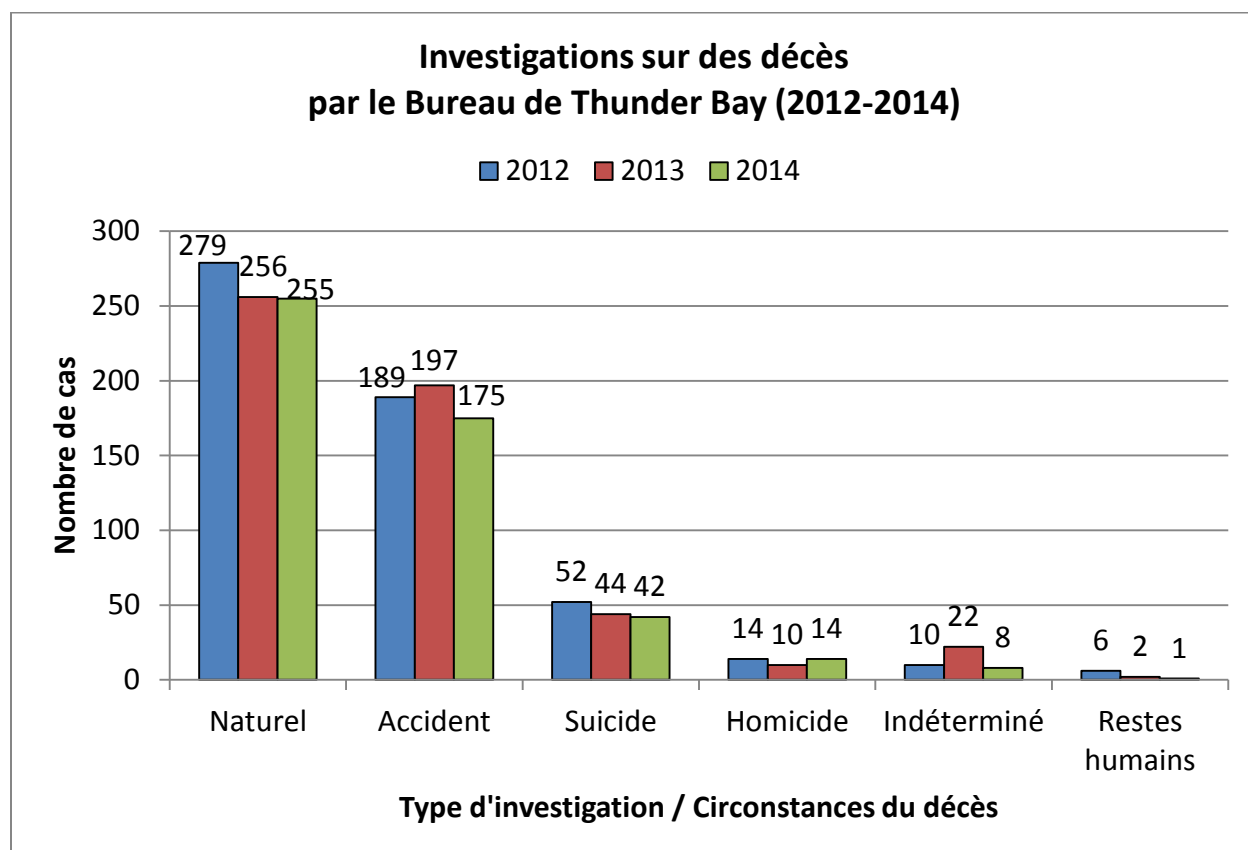
Région du Nord (Kenora, Rainy River, et Thunder Bay)

Le coronier régional principal pour le Bureau de Thunder Bay est le docteur Michael Wilson, avec le soutien administratif de Nathalie Ferguson. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 1 577 investigations sur les décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 790 cas de mort naturelle, 561 cas d'accident, 138 cas de suicide, 38 cas d'homicide, 40 cas avec circonstances indéterminées et 10 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. Michael Wilson

1,577
investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de Toronto-Est

Région du Centre (Toronto, à l'est de la rue Yonge)

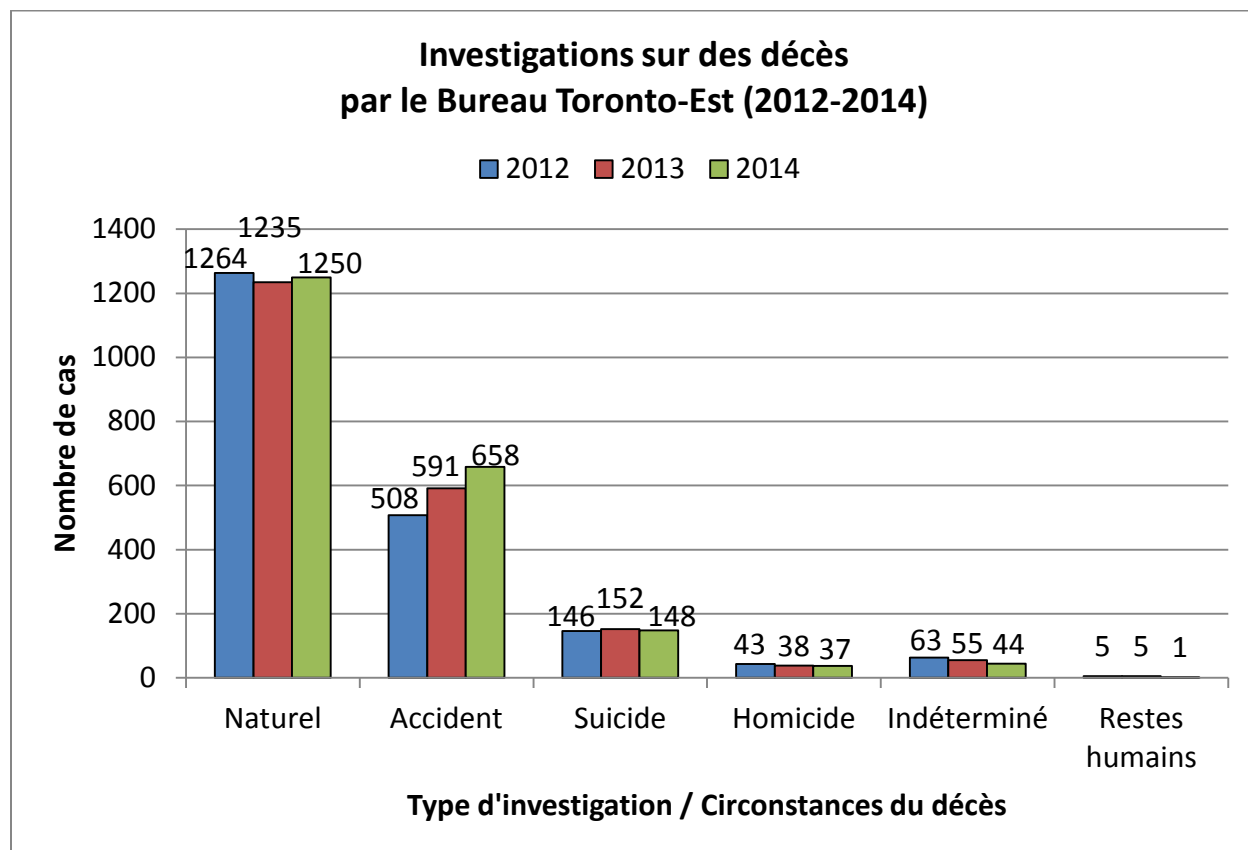
Le coroner régional principal pour le Bureau de Toronto-Est est le docteur James Edwards, avec le soutien administratif de Marilyn Landon et Lisa Lowndes. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 6 243 investigations sur les décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 3 749 cas de mort naturelle, 1 757 cas d'accident, 446 cas de suicide, 118 cas d'homicide, 162 cas avec circonstances indéterminées et 11 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. James Edwards

6,243

investigations au total
entre 2012 et 2014



Bureau de Toronto-Ouest

Région du Centre (Toronto, à l'ouest de la rue Yonge)

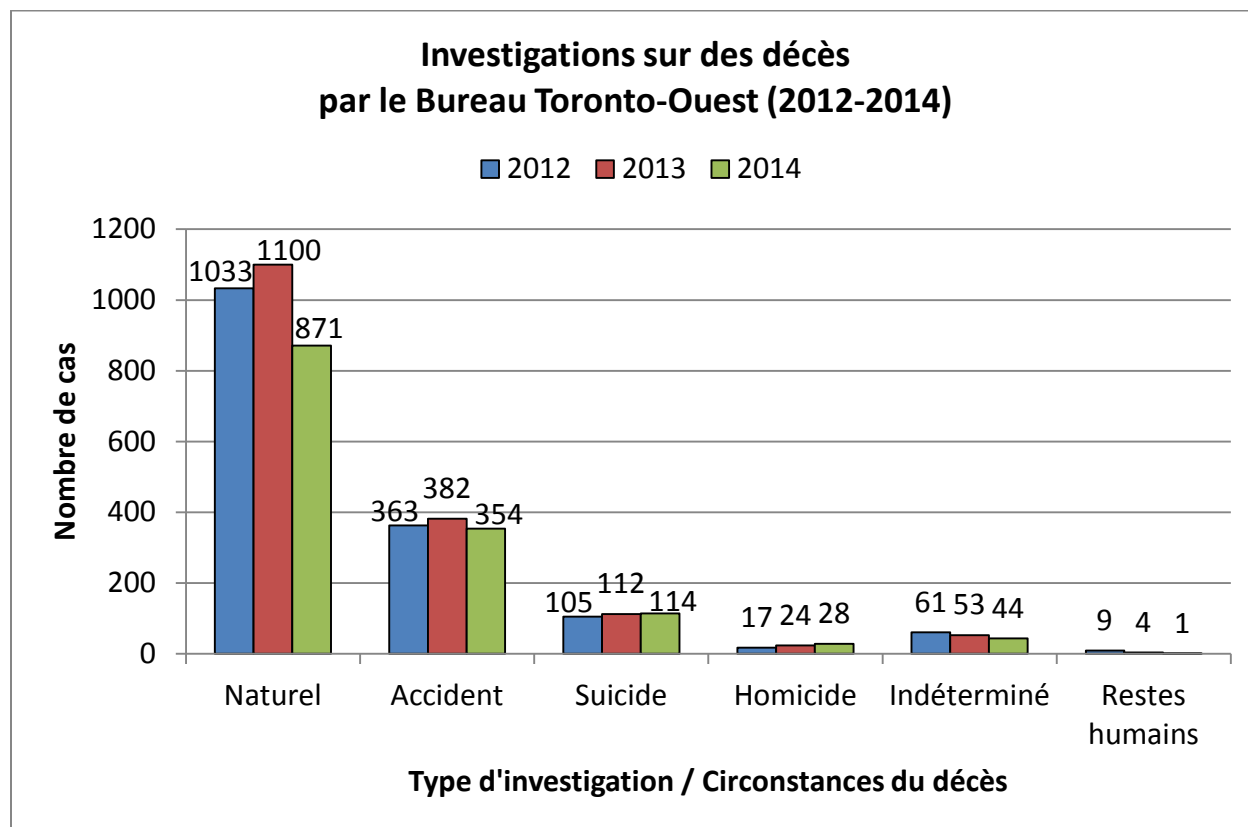
Le coroner régional principal pour le Bureau de Toronto Ouest est le docteur Roger Skinner, avec le soutien administratif de Kasia Oliveira et Lisa Lowndes. De 2012 à 2014, ce bureau a supervisé 4 675 investigations sur les décès. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas, classés selon les circonstances du décès ou le type d'investigation. Nous voyons que durant cette période, il y a eu au total : 3 004 cas de mort naturelle, 1 099 cas d'accident, 331 cas de suicide, 69 cas d'homicide, 158 cas avec circonstances indéterminées et 14 investigations sur des restes possiblement humains qui avaient été découverts.



Dr. Roger Skinner

4,675

investigations au total
entre 2012 et 2014



Liste de 10 principaux facteurs

Dix principaux facteurs de décès (2012-2014)

Dix principaux facteurs de décès en 2012 – Hommes
--

1. Maladie naturelle — cardiovasculaire — Infarctus du myocarde
2. Chute / Saut – même niveau
3. Maladie naturelle – pulmonaire
4. Maladie naturelle – SNC / neurologique
5. Trauma – véhicule automobile, collision véhicule/piéton
6. Toxicité médicamenteuse (aiguë)
7. Maladie naturelle — cardiovasculaire — autre, vasculaire périphérique
8. Asphyxie – pendaison
9. Maladie naturelle – gastro-intestinal
10. Chute / Saut – différent niveau / hauteur

Dix principaux facteurs de décès en 2012 – Femmes
--

1. Maladie naturelle — cardiovasculaire — Infarctus du myocarde
2. Chute / Saut – même niveau
3. Maladie naturelle – SNC / neurologique
4. Maladie naturelle – pulmonaire
5. Maladie naturelle — cardiovasculaire — autre, vasculaire périphérique
6. Toxicité médicamenteuse (aiguë)
7. Maladie naturelle – non précisée / autre
8. Maladie naturelle – gastro-intestinal
9. Trauma – véhicule automobile, collision véhicule/piéton
10. Chute / Saut – différent niveau / hauteur

Dix principaux facteurs de décès en 2013 – Hommes
--

1. Maladie naturelle — cardiovasculaire — Infarctus du myocarde
2. Chute / Saut – même niveau
3. Maladie naturelle – pulmonaire
4. Toxicité médicamenteuse (aiguë)
5. Maladie naturelle — cardiovasculaire — autre, vasculaire périphérique
6. Trauma – véhicule automobile, collision véhicule/piéton
7. Asphyxie – pendaison
8. Maladie naturelle – SNC / neurologique
9. Maladie naturelle – gastro-intestinal
10. Chute / Saut – différent niveau / hauteur

Dix principaux facteurs de décès en 2013 – Femmes
--

1. Maladie naturelle — cardiovasculaire — Infarctus du myocarde
2. Chute / Saut – même niveau
3. Maladie naturelle – pulmonaire
4. Maladie naturelle – SNC / neurologique
5. Toxicité médicamenteuse (aiguë)
6. Maladie naturelle — cardiovasculaire — autre, vasculaire périphérique
7. Maladie naturelle – gastro-intestinal
8. Maladie naturelle – non précisée / autre
9. Trauma – véhicule automobile, collision véhicule/piéton
10. Chute / Saut – différent niveau / hauteur

Dix principaux facteurs de décès en 2014 – Hommes
--

1. Maladie naturelle — cardiovasculaire — Infarctus du myocarde
2. Chute / Saut – même niveau
3. Maladie naturelle – pulmonaire
4. Toxicité médicamenteuse (aiguë)
5. Maladie naturelle — cardiovasculaire — autre, vasculaire périphérique
6. Asphyxie – pendaison
7. Trauma – véhicule automobile, collision véhicule/piéton
8. Chute / Saut – différent niveau / hauteur
9. Maladie naturelle – gastro-intestinal
10. Maladie naturelle – SNC / neurologique

Dix principaux facteurs de décès en 2014 – Femmes
--

1. Maladie naturelle — cardiovasculaire — Infarctus du myocarde
2. Chute / Saut – même niveau
3. Maladie naturelle – pulmonaire
4. Toxicité médicamenteuse (aiguë)
5. Maladie naturelle — cardiovasculaire — autre, vasculaire périphérique
6. Maladie naturelle – SNC / neurologique
7. Trauma – véhicule automobile, collision véhicule/piéton
8. Chute / Saut – différent niveau / hauteur
9. Maladie naturelle – non précisée / autre
10. Maladie naturelle – gastro-intestinal

Remarque : Sous réserve de modifications une fois l'année statistique achevée.

Dix principaux lieux de décès (2012-2014)

Dix principaux lieux de décès en 2012 – Hommes

1. Domicile, sur place
2. Établissements SLD — maisons de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées
3. À l'extérieur, urbain
4. Véhicule à moteur – conducteur
5. Maison de retraite/résidence pour personnes âgées/logement avec assistance
6. À l'extérieur, rural
7. À l'intérieur, ailleurs que domicile
8. Hôpital – service des soins actifs
9. Maison de chambres/pension/foyer de transition
10. Hôpital – soins intensifs, soins en phase critique, autre unité spécialisée

Dix principaux lieux de décès en 2012 – Femmes

1. Domicile, sur place
2. Établissements SLD — maisons de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées
3. Maison de retraite/résidence pour personnes âgées/logement avec assistance
4. Hôpital – service des soins actifs
5. Hôpital – soins intensifs, soins en phase critique, autre unité spécialisée
6. Véhicule à moteur – conducteur
7. Hôpital – soins chroniques / palliatifs / réadaptation
8. À l'extérieur, milieu urbain
9. Véhicule à moteur – passager
10. À l'intérieur, ailleurs que domicile

Dix principaux lieux de décès en 2013 – Hommes

1. Domicile, sur place
2. Établissements SLD — maisons de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées
3. Véhicule à moteur – conducteur
4. À l'extérieur, milieu urbain
5. Maison de retraite/résidence pour personnes âgées/logement avec assistance
6. À l'extérieur, rural
7. Hôpital – service des soins actifs
8. À l'intérieur, ailleurs que domicile
9. Maison de chambres/pension/foyer de transition
10. Hôpital – soins intensifs, soins en phase critique, autre unité spécialisée

Dix principaux lieux de décès en 2013 – Femmes

1. Domicile, sur place
2. Établissements SLD — maisons de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées
3. Maison de retraite/résidence pour personnes âgées/logement avec assistance
4. Hôpital – service des soins actifs
5. Hôpital – soins intensifs, soins en phase critique, autre unité spécialisée
6. Véhicule à moteur – conducteur
7. À l'extérieur, milieu urbain
8. Hôpital – soins chroniques / palliatifs / réadaptation
9. Véhicule à moteur – passager
10. À l'intérieur, ailleurs que domicile

Dix principaux lieux de décès en 2014 – Hommes

1. Domicile, sur place
2. À l'extérieur, milieu urbain
3. Véhicule à moteur – conducteur
4. Établissements SLD – maisons de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées
5. Maison de retraite/résidence pour personnes âgées/logement avec assistance
6. À l'extérieur, rural
7. Hôpital – service des soins actifs
8. À l'intérieur, ailleurs que domicile
9. Hôpital – soins intensifs, soins en phase critique, autre unité spécialisée
10. Maison de chambres/pension/foyer de transition

Dix principaux lieux de décès en 2014 – Femmes

1. Domicile, sur place
2. Établissements SLD – maisons de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées
3. Maison de retraite/résidence pour personnes âgées/logement avec assistance
4. Hôpital – service des soins actifs
5. Hôpital – soins intensifs, soins en phase critique, autre unité spécialisée
6. Véhicule à moteur – conducteur
7. À l'extérieur, milieu urbain
8. Piéton
9. Hôpital – soins chroniques / palliatifs / réadaptation
10. À l'intérieur, ailleurs que domicile

Sujets spéciaux

Décès par intoxication aux opiacés

Nombre de décès par intoxication aux opiacés en Ontario

Année	Codéine	Fentanyl	Héroïne	Hydromorphone	Méthadone	Morphine	Oxycodone	Personnes décédées
2004	21	23	6	11	52	53	46	200
2005	15	28	8	14	76	57	70	246
2006	18	21	<5	16	66	66	81	237
2007	22	34	10	19	74	74	103	298
2008	22	45	17	24	61	70	106	302
2009	25	67	13	31	61	77	155	369
2010	26	86	33	31	77	72	174	421
2011	28	104	33	42	109	68	169	448
2012	35	116	41	65	95	84	146	477
2013	49	120	46	87	128	109	123	521
2014	45	154	79	98	106	113	108	534

Nombre de décès par intoxication aux opiacés et à l'alcool en Ontario

Année	Codéine	Fentanyl	Héroïne	Hydromorphone	Méthadone	Morphine	Oxycodone	Personnes décédées
2004	<5	5	<5	<5	13	13	9	46
2005	6	<5	<5	<5	9	16	20	53
2006	<5	5	0	5	9	14	26	55
2007	6	<5	0	6	7	7	20	43
2008	<5	5	<5	7	8	10	27	53
2009	8	6	<5	11	<5	10	47	80
2010	8	5	6	15	15	14	37	93
2011	11	8	12	11	9	17	48	100
2012	10	24	16	20	23	12	43	121
2013	7	16	14	24	19	20	31	112
2014	15	22	22	29	21	26	39	141

Remarques : « <5 » signifie que le chiffre est inférieur à la valeur de 5 et n'a donc pas été divulgué. La colonne « personnes décédées » indique le nombre de personnes décédées dans cette catégorie particulière.

Les décès peuvent résulter d'un seul produit ou de l'effet cumulatif de deux ou plusieurs produits. Le nombre indiqué pour chaque produit comprend tous les cas où ce produit particulier a causé un décès, plus chaque fois qu'on a estimé que ce produit a contribué à un décès en combinaison avec d'autres produits.

Un décès particulier peut donc être représenté dans plusieurs colonnes si plus d'un produit était en cause; p. ex., si le décès résultait de l'effet combiné de la codéine, du fentanyl et de l'oxycodone, le décès sera compté dans la colonne correspondant à chacun de ces trois produits.

En revanche, la colonne « personnes décédées » indique le nombre de personnes qui sont mortes par suite d'intoxication médicamenteuse, que ce soit sous l'effet d'un seul produit ou d'une combinaison de produits. Par conséquent, pour une année donnée, ce total peut être inférieur à la somme des nombres indiqués dans chacune des colonnes particulières.

Enquêtes de coroner



Vue d'ensemble des enquêtes

Une enquête du coroner est une audience publique dirigée par un coroner devant un jury composé de cinq membres de la collectivité. Ces enquêtes sont tenues dans le but d'informer le public sur les circonstances d'un décès. Même si les conclusions du jury ne

sont pas contraignantes, l'objectif est que les recommandations proposées, si elles sont mises en œuvre, permettront d'éviter d'autres décès dans des circonstances similaires.

Quand procède-t-on à une enquête?

Il existe deux types d'enquêtes : les enquêtes obligatoires et les enquêtes discrétionnaires. Les enquêtes obligatoires sont menées conformément aux exigences législatives en vertu de la Loi sur les coroners. Les décès qui résultent d'accidents survenus au cours d'un emploi sur un chantier de construction, dans une mine, dans un puits d'extraction ou dans une carrière font l'objet d'une enquête obligatoire. Une enquête est également obligatoire dans le cas d'un décès survenu alors que la personne était sous garde ou en détention (à moins que ce soit une mort naturelle et que la personne était détenue dans un établissement correctionnel, auquel cas le décès doit faire l'objet d'une investigation par un coroner, mais la décision de mener une enquête du coroner est discrétionnaire). La mort d'un enfant résultant d'un acte criminel commis par une personne qui en avait la garde peut faire l'objet d'une enquête obligatoire dans certaines circonstances. Par ailleurs, une enquête du coroner est obligatoire dans le cas où une personne souffrant de troubles psychiatriques est décédée alors qu'elle était maîtrisée physiquement et qu'elle était détenue dans un établissement psychiatrique ou dans un hôpital. Toutes les autres enquêtes sont considérées comme discrétionnaires et peuvent être tenues conformément à l'article 20 de la Loi sur les coroners. Il n'existe aucune limite légale quant au délai entre la date du décès et celle de la tenue d'une enquête.

Le coroner tient compte de plusieurs facteurs lorsqu'il décide de mener une enquête discrétionnaire. Par exemple, le coroner doit tenir compte du fait que les réponses aux cinq questions sont connues ou non. Le coroner peut aussi déterminer s'il est souhaitable ou non pour le public de tenir une audience ouverte et complète sur les circonstances d'un décès.

De plus, une enquête permet au jury de formuler des recommandations dans le but de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Cette fonction préventive est un aspect important des enquêtes, car elle favorise des changements qui contribueront à faire de l'Ontario une province plus sûre. Les recommandations formulées dans le cadre d'enquêtes du coroner ont entraîné des modifications à la législation (p. ex., la délivrance graduelle du permis de conduire et la législation sur le travail), à des politiques (p. ex., les méthodes policières et judiciaires pour administrer la justice), à des procédures (p. ex., la manière dont nous protégeons les enfants et encourageons les pratiques médicales sûres) ainsi que la mise au point de produits (p. ex., les

dispositifs de sécurité applicables aux véhicules automobiles et à d'autres produits de consommation).

Statistiques sur les enquêtes (2012 – 2014)

114

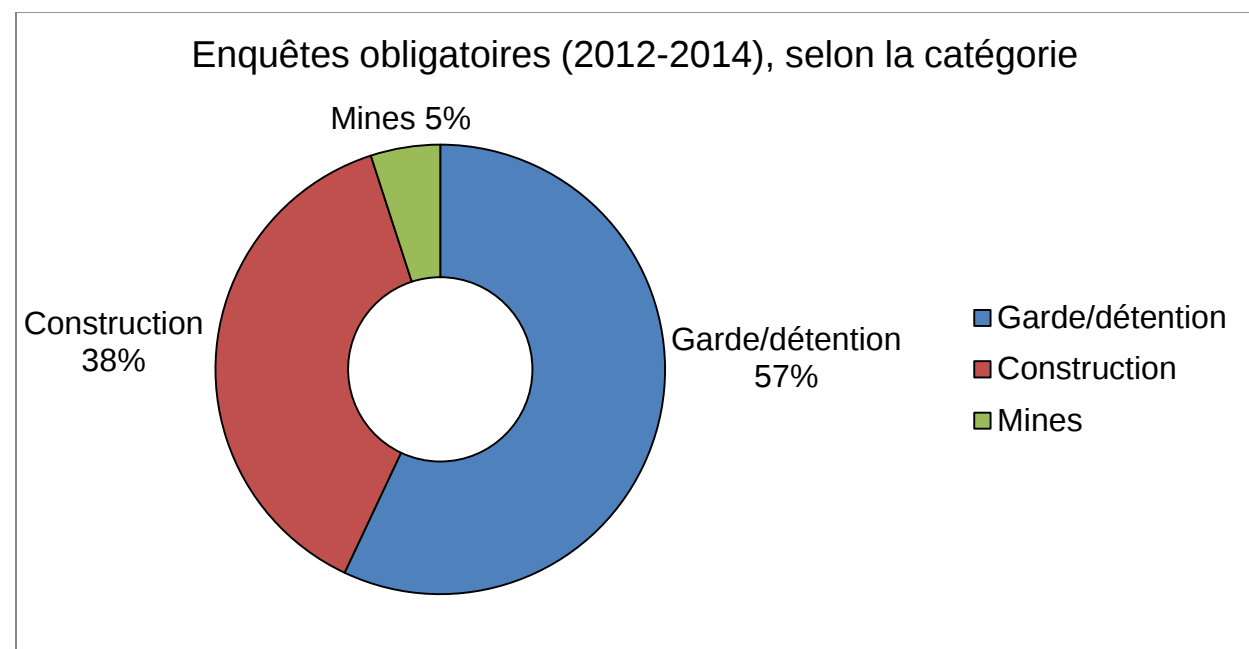
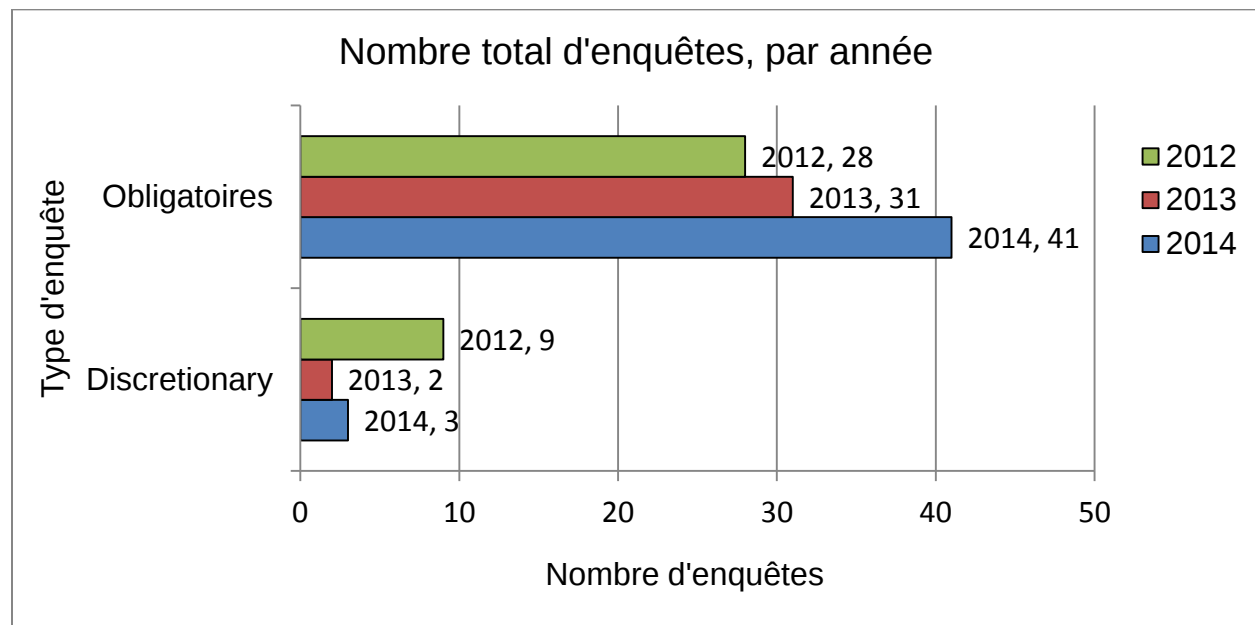
Nombre total d'enquêtes effectuées

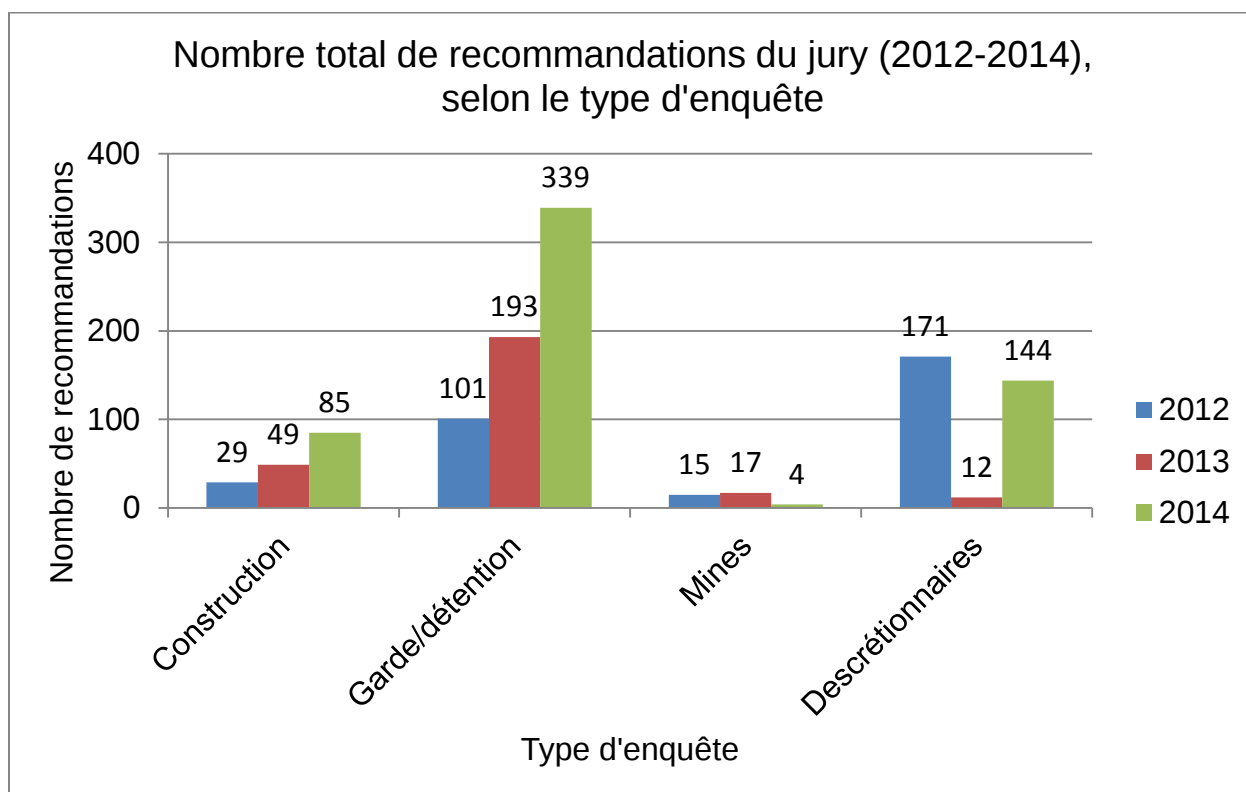
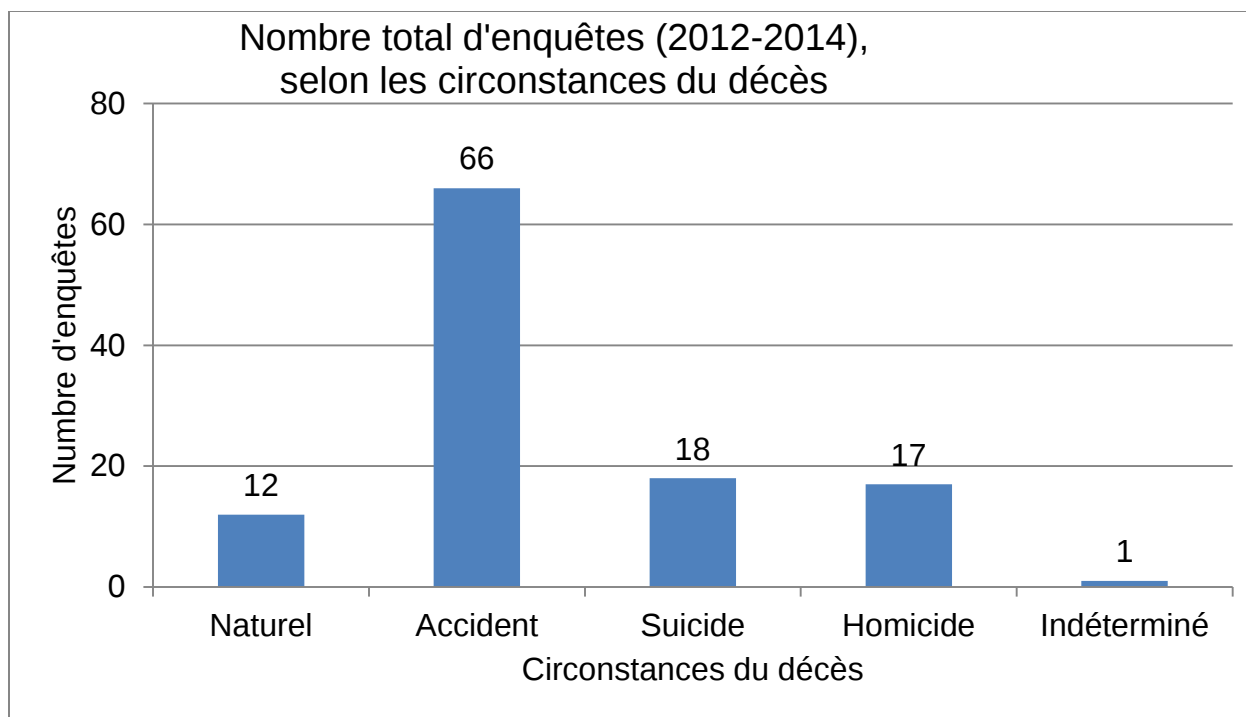
1,159

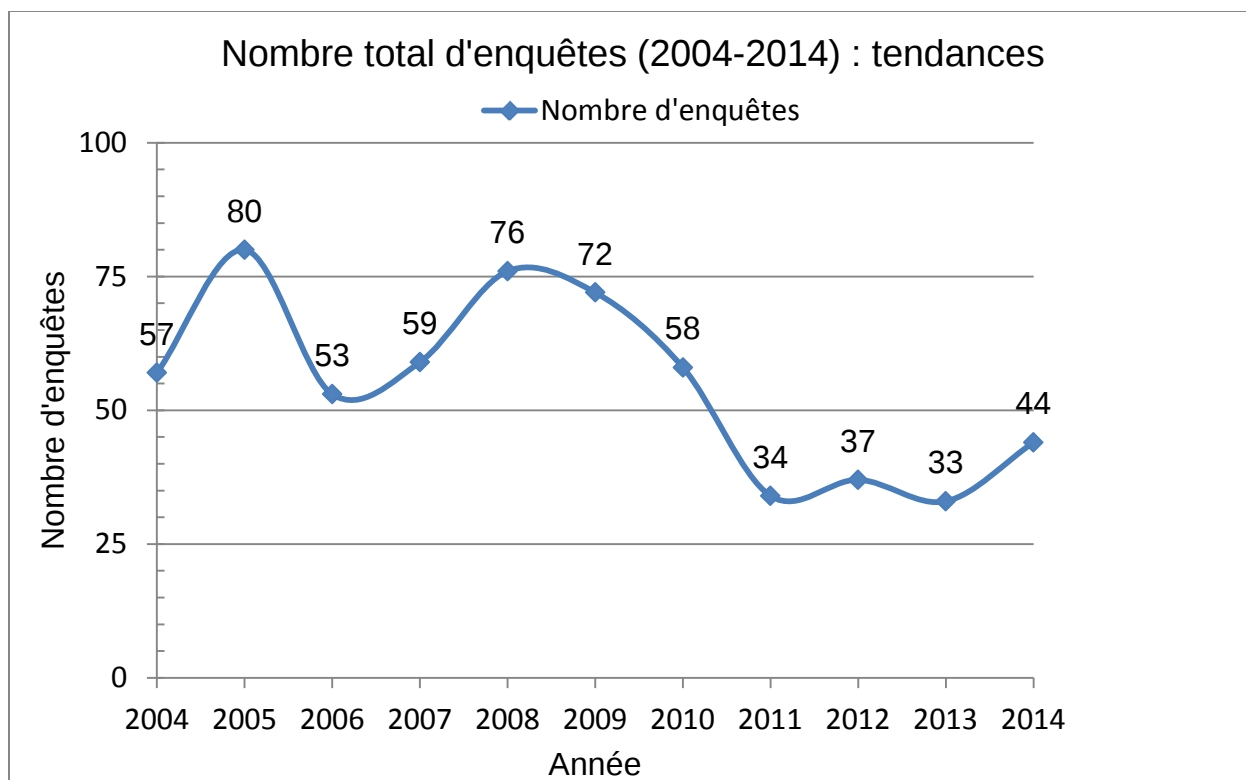
Nombre total de recommandations du jury

7

Durée moyenne en jours







Comités d'examen de décès

Le BCC a six comités spécialisés chargés d'examiner des décès. Ces comités sont composés de personnes représentant divers secteurs pertinents qui formulent des conseils d'experts dans le cadre des investigations et des examens effectués par le BCC. En voici la liste :

- [Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée;](#)
- [Comité d'examen des décès dus à la violence familiale;](#)
- [Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals;](#)
- [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.](#)

Les comités contribuent, par leurs connaissances spécialisées et leur expertise, aux investigations sur des cas complexes de décès relevant de leur domaine de compétence respectif. Ils font appel aux services de personnes possédant des connaissances et de

l'expérience dans divers domaines médicaux, sociaux, juridiques et universitaires afin de procéder à un examen complet et approfondi des circonstances et des faits entourant le ou les décès. Les comités ne prennent aucune décision relative aux normes de diligence, mais peuvent relever des problèmes à propos de celles-ci et recommander au besoin au coroner en chef de soumettre ces questions à un organisme de réglementation aux fins d'un examen plus approfondi.



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

Créé initialement en 1989, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée (CDSGLD) est un comité consultatif du coroner en chef qui procède à un examen indépendant du décès de personnes qui recevaient des soins gériatriques ou qui résidaient dans un établissement de soins de longue durée en Ontario. Ce comité est composé de coroners et de spécialistes de divers secteurs des soins de santé, dont la diététique, les soins infirmiers, la médecine familiale, la gériatrie et la médecine d'urgence.

Le CDSGLD procède à des examens indépendants et prépare des rapports qui peuvent inclure des recommandations dans le but de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Après chaque examen de cas individuels, des rapports et des recommandations propres à chaque cas examiné sont distribués aux organismes de soins de santé, aux membres de la famille ainsi qu'à d'autres administrations provinciales, nationales et internationales.

Au cours de la période 2012-2014, le CDSGLD a examiné 62 cas, portant sur un total de 66 décès. Au total, ces examens ont donné lieu à 170 recommandations qui portaient sur différents sujets dont les suivants : gestion des soins médicaux et infirmiers, communication et documentation, usage des médicaments chez les personnes âgées, détermination de la capacité et consentement à un traitement / ordre ne pas réanimer, usage de moyens de contention, et secteur des soins actifs ou de longue durée. Pour de plus amples renseignements concernant ces cas et ces recommandations, veuillez consulter les [rapports annuels du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée](#).

Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF) est un comité consultatif composé de spécialistes de différents domaines qui a été créé en 2003 pour donner suite aux recommandations formulées au terme de deux grandes enquêtes tenues sur les décès d'Arlene May et Randy Iles et de Gillian et Ralph Hardley.

Le CEDVF a pour mandat d'assister le Bureau du coroner en chef dans ses investigations et examens sur les décès liés à la violence familiale, dans l'objectif de formuler des recommandations visant à prévenir des décès dans des circonstances semblables et à réduire la violence familiale en général.

Le CEDVF se compose de spécialistes de la violence familiale représentant divers secteurs — services policiers, justice pénale, soins de santé, services sociaux — ainsi que de représentants d'autres organismes du secteur de la sécurité publique.

En procédant à un examen et une analyse approfondis et détaillés des faits dans chaque cas, le CEDVF cherche à établir une meilleure compréhension globale des causes des homicides intrafamiliaux et des moyens de les prévenir. Les renseignements pris en compte dans le cadre de cet examen sont les antécédents et les circonstances ainsi que la conduite des agresseurs, des victimes et de leurs familles respectives. Les réactions et les interventions communautaires et systémiques sont examinées afin de cerner les principaux facteurs de risque et de déterminer les stades d'intervention possibles qui pourraient contribuer à prévenir des décès similaires à l'avenir.

Au cours de la période 2012-2014, le CEDVF a examiné 55 cas, portant sur un total de 71 décès. Au total, ces examens ont donné lieu à 52 recommandations qui portaient sur différents sujets, dont les suivants : services policiers, système de soins de santé, secteur de la justice pénale, services et refuges pour les victimes, politiques publiques, éducation et communautés ciblées, et enfants victimes. Pour de plus amples

renseignements sur ces cas et ces recommandations, veuillez consulter les [rapports annuels du CEDVF](#).

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

Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux (CEDSMP) a pour mandat d'assister les coroners dans leurs investigations sur tous les cas de femmes décédées pendant la grossesse ou après l'accouchement dans des circonstances qui pourraient raisonnablement être attribuées à la grossesse. Un coroner régional principal peut demander au comité d'examiner des cas de mortinaissance et de décès néonatal lorsque l'opinion du comité sur les circonstances du décès pourrait faciliter l'investigation sur le décès et déboucher sur des recommandations.

Le CEDSMP est composé de spécialistes de diverses disciplines des soins de santé : sage-femmerie, obstétrique, médecine maternelle et fœtale, médecine familiale, pathologie, soins infirmiers en obstétrique et pédiatrie.

Au cours de la période 2012-2014, le CEDSMP a examiné 68 cas, portant sur un total de 68 décès. Au total, ces examens ont donné lieu à 135 recommandations qui portaient sur différents sujets dont les suivants : politiques et procédures médicales, communication et documentation, qualité des soins, diagnostic et dépistage, éducation et formation, ressources et transfert des patients. Pour de plus amples renseignements concernant ces cas et ces recommandations, veuillez consulter les [rapports annuels du CEDSMP](#).

Comité d'examen de la sécurité des patients

Le Comité d'examen de la sécurité des patients (« le CESP ») a pour mandat d'aider le Bureau du coroner en chef à examiner les cas de décès dans lesquels des erreurs d'ordre systémique dans les soins de santé semblent avoir joué un rôle important. Le CESP formule des recommandations visant à prévenir des décès dans des circonstances semblables à l'avenir. Ces recommandations sont transmises aux organismes concernés.

Dans le contexte de ce comité, l'utilisation du terme « erreur » n'implique aucune responsabilité de la part d'une personne ou d'un organisme en particulier, ni un blâme à l'encontre de cette personne ou de cet organisme. Aux fins du travail du Comité, « erreur » s'entend d'une caractéristique organisationnelle qui permet la survenue

d'événements indésirables (erreur latente) ou ne permet pas la détection d'écarts survenus dans la ligne de soins prévue (erreur active). Une caractéristique organisationnelle peut être liée non seulement à la conception des processus de prestation des soins, mais aussi à la gestion de l'accès aux soins (par exemple, des délais trop longs pour recevoir des soins). L'existence de telles erreurs ne signifie pas qu'une personne ou un organisme devrait être accusé et jugé responsable d'un résultat indésirable. Le mandat du CESP, comme celui du Bureau du coroner en chef, consiste à établir les faits et non à trouver des coupables.

Au cours de la période 2012-2014, le CESP a examiné 24 cas, portant sur un total de 24 décès. Au total, ces examens ont donné lieu à 114 recommandations qui portaient sur différents sujets dont les suivants : communication et documentation, éducation, formation et recherche, politiques et procédures, qualité des soins et ressources. Pour de plus amples renseignements sur ces cas et ces recommandations, veuillez consulter les [rapports annuels du CESP](#).

Comité d'examen des décès d'enfants – cas médicaux

Le CEDE – cas médicaux est un comité multidisciplinaire composé de pédiatres spécialisés dans divers domaines, notamment en pathologie, soins intensifs, soins communautaires, médecine d'urgence, médecine néonatale et cardiologie. Dans la mesure du possible, la composition de ce comité est équilibrée de façon à représenter les diverses régions de la province et tous les types d'établissements fournissant des soins pédiatriques, y compris les centres d'enseignement.

L'examen des cas médicaux vise à analyser et à cerner les problèmes d'ordre médical survenus pendant la période précédant le décès d'un enfant, afin d'assurer la meilleure compréhension possible des circonstances du décès. Les cas transmis au CEDE sont des décès complexes sur le plan médical qui soulèvent des questions quant aux soins médicaux, ou dont le diagnostic, la cause ou les circonstances laissent planer un doute.

Au cours de la période 2012-2014, le CEDE – cas médicaux a examiné 31 cas, portant sur un total de 31 décès. Au total, ces examens ont donné lieu à 43 recommandations qui portaient sur différents sujets, dont les suivants : traitement et qualité des soins, diagnostic différentiel, documentation et communication, et transport médical. Pour de plus amples informations concernant ces cas et ces recommandations, veuillez consulter les [rapports annuels du CEDE](#).

Comité d'examen des décès d'enfants – sociétés d'aide à l'enfance

Selon une politique établie, les coroners de l'Ontario mènent une investigation sur le décès d'un enfant ou d'un adolescent dans tous les cas où une société d'aide à l'enfance (SAE) est intervenue auprès de l'enfant, de l'adolescent ou de sa famille dans les 12 mois précédant le décès. En 2006, le BCC et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse ont mis en œuvre une directive conjointe relative à la déclaration et l'examen des décès d'enfants. Cette directive décrit le processus qu'une SAE doit suivre pour la déclaration et l'examen du décès d'un enfant lorsqu'elle intervenue dans la vie de l'enfant, de l'adolescent ou de la famille au cours des 12 mois précédant le décès.

Le Comité d'examen des décès d'enfants – sociétés d'aide à l'enfance (CEDE–SAE) est composé de personnes représentant diverses disciplines, dont des coroners, des agents de police et des spécialistes de la protection de l'enfance. Le comité apporte son assistance au BCC pour la conduite des investigations sur les décès d'enfants et l'analyse objective de ces décès, et peut faire des recommandations visant à prévenir des décès dans des circonstances similaires à l'avenir. Les examens ne visent pas à attribuer un blâme ou établir une responsabilité. Les recommandations visent seulement à promouvoir les meilleures pratiques au sein du système de protection de l'enfance, ainsi qu'à sensibiliser le public sur la sécurité des enfants.

Au cours de la période 2012-2014, le CEDE – SAE a examiné 79 cas, portant sur un total de 79 décès. Au total, ces examens ont donné lieu à 172 recommandations qui portaient sur différents sujets, dont les suivants : environnement de sommeil non sécuritaire, suicides chez les jeunes, partage de l'information, présence de multiples facteurs de risque, et protection de l'enfance autochtone. Pour de plus amples informations concernant ces cas et ces recommandations, veuillez consulter les [reports annuels du CEDE](#).

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

Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) du BCC se réunit au moins six fois par an afin d'examiner en profondeur les décès d'enfants de moins de cinq ans qui ont fait l'objet d'une investigation par un coroner de l'Ontario. Il s'agit d'un comité multidisciplinaire composé de médecins légistes, de coroners, de détectives, de spécialistes de la maltraitance des enfants et des services d'aide

l'enfance, de procureurs de la Couronne, d'un spécialiste de la sécurité des produits de Santé Canada et de cadres supérieurs du BCC.

Il arrive fréquemment que des étudiants en médecine, à divers stades de leurs études, et des détectives de services de police qui ne sont pas membres actifs du comité assistent aux réunions à des fins de formation. La composition du comité est équilibrée de façon à représenter les diverses régions de la province. Elle comprend également des membres de dix services de police qui sont représentatifs de la diversité du point de vue de la région géographique, de la taille du service de police et de l'éventail de compétences des enquêteurs.

Le CEDE5A a pour mandat de déterminer la cause et les circonstances du décès dans tous les cas répondant à certains critères. L'examen peut donner lieu à des recommandations propres au cas, notamment une investigation plus poussée, des tests de laboratoire ou études pathologiques supplémentaires, le dépistage des proches, ou encore des améliorations systémiques. L'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans se fait selon un processus de « triage » en deux étapes – l'examen par l'équipe de direction et l'examen par le CEDE5A au complet.

Au cours de la période 2012-2014, le CED5A (équipe de direction et comité au complet) a examiné au total 332 cas, portant sur un total de 332 décès. Pour de plus amples renseignements sur ces cas et recommandations, veuillez consulter les [rapports annuels du CEDE / CED5A](#).

Renseignements :

Bureau du coroner en chef

25, avenue Morton Shulman

Toronto, (Ontario) M3M 0B1

Courriel : occ.inquiries@ontario.ca