



Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès Rapport annuel 2017



Ontario

Death Investigation
Oversight Council

Conseil de surveillance
des enquêtes sur les décès

Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès Rapport annuel 2017

Message du président	1
Vue d'ensemble	2
Organisation	3
Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès – Secrétariat ...	3
Composition du Conseil	5
Financement	11
Comités	11
Annexes	28

**Death Investigation
Oversight Council**

25 Grosvenor Street
15th Floor
Toronto ON M7A 1Y6

**Conseil de surveillance des
enquêtes sur les décès**

25, rue Grosvenor
15e étage
Toronto ON M7A 1Y6



Le 1er janvier 2018

L'honorable Marie-France Lalonde
Ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
Bureau de la ministre
25, rue Grosvenor, 18e étage
Toronto (Ontario)
M7A 1Y6

Madame la Ministre,

Au nom du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et conformément au paragraphe 8 (7) de la Loi sur les coroners, L.R.O. 1990, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel du Conseil de surveillance pour l'année civile se terminant le 31 décembre 2017.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Joseph James".

L'honorable Joseph C.M. James
Président

Message du président

À l'heure où le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (le « Conseil » ou CSED) marque son septième anniversaire, c'est avec plaisir que je rends compte de ses activités pour 2017.

En août 2017, l'Ontario a accueilli la conférence annuelle de l'International Association of Forensic Sciences (IAFS). Au nom du Conseil, je tiens à féliciter la direction du Service de médecine légale de l'Ontario et les organisateurs de la conférence pour le succès de cet événement.

Le Comité de la qualité et des normes a passé une année productive à mettre au point son examen de l'initiative de nomination de médecins légistes comme coroners. Le Conseil poursuivra ce travail en 2018 afin de présenter des recommandations détaillées au Bureau du coroner en chef (BCC) et au Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO). Cet examen découle d'une recommandation formulée par le CSED en août 2013 selon laquelle les coroners devraient être des médecins légistes dans les cas d'homicide criminel ou de décès suspect.

En 2017, le Comité de la qualité et des normes et le Comité des plaintes ont lancé un examen systématique du processus de traitement des plaintes au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario. Un rapport devrait être publié en 2018 qui contiendra des recommandations visant à non seulement améliorer le processus pour les familles en deuil, mais aussi à rendre l'organisme plus responsable dans le traitement et le suivi des plaintes.

Le Comité des enquêtes a eu l'occasion de conseiller le coroner en chef sur deux dossiers d'enquête discrétionnaire. Le coroner en chef a communiqué sa décision aux deux familles concernées et a accepté les conseils du CSED dans les deux cas.

Le Comité de gestion des ressources financières poursuit son travail, en collaboration avec le BCC et le SMLO, sur un certain nombre de questions relatives aux ressources financières. Les membres ont eu l'occasion d'examiner les stratégies relatives au transport des corps, ainsi que de comprendre les contraintes actuelles et futures, comme le montre

l'analyse de rentabilité effectuée dans le cadre du Processus d'examen, de renouvellement et de réorganisation des programmes. Cette approche fondée sur des données probantes cerne les possibilités à court et à long terme d'améliorer les résultats des programmes et des services.

Au cours de l'année, le Conseil a accepté la démission de l'un de ses membres à la fin de son mandat par décret. Le changement est une bonne chose pour tout organisme et, afin d'assurer la continuité de la surveillance, le gouvernement a nommé quatre nouveaux membres en 2017. Le CSED a accueilli avec plaisir ces nouveaux membres qui apportent chacun une nouvelle perspective et une richesse de connaissances et d'expériences dans leurs nouvelles fonctions au Conseil.

J'ai sincèrement apprécié les relations que j'ai entretenues au cours des sept dernières années avec de nombreux membres, membres du personnel et intervenants du CSED. J'ai eu grand plaisir à présider un groupe de personnes possédant un large éventail de compétences et de capacités professionnelles extraordinaires. Les membres du Conseil ont fait preuve de véritable courtoisie et d'entregent durant toutes nos délibérations. La capacité de discuter en profondeur de questions complexes et de parvenir à un consensus témoigne de l'engagement de tous les membres du Conseil envers l'excellence des services que nous supervisons et soutenons.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux membres du Secrétariat qui fournissent des services de recherche et de soutien opérationnel au Conseil depuis des années ainsi qu'aux membres du Conseil pour leur engagement à faire en sorte que le système d'enquête sur les décès en Ontario atteigne et respecte les normes les plus élevées de service, de transparence et de responsabilisation. Je me réjouis de poursuivre mon travail au Conseil en appuyant mon successeur et mes collègues.

Meilleures salutations.

L'honorable Joseph C.M. James

Vue d'ensemble

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (le Conseil) a été créé en décembre 2010 pour répondre au besoin de renforcer la responsabilisation et la surveillance du système ontarien d'enquête sur les décès.

Mission

Fournir des recommandations et des conseils responsables, clairs et pertinents pour assurer l'efficacité et la qualité du système ontarien d'enquête sur les décès.

Mandat

Le Conseil est un organe de surveillance indépendant qui s'engage à servir la population ontarienne en veillant à ce que les services d'enquête sur les décès soient fournis d'une manière efficace et responsable.

Le Conseil supervise le coroner en chef et le médecin légiste en chef en les conseillant et en leur faisant des recommandations sur les questions suivantes :

1. Gestion des ressources financières;
2. Planification stratégique;
3. Assurance de la qualité, mesures de rendement et mécanismes de responsabilisation;
4. Nomination et congédiement des cadres supérieurs;
5. Exercice du pouvoir de refuser d'examiner une plainte en vertu du paragraphe 8.4 (10) de la Loi sur les coroners;
6. Observation de la Loi sur les coroners et des règlements connexes;
7. Toute autre question prescrite.

Le Conseil administre également le traitement des plaintes du public par l'entremise de son Comité des plaintes. Pour une description plus détaillée du processus de traitement des plaintes, veuillez vous reporter à la section relative au Comité des plaintes.

De plus, le 2 septembre 2016, le Règlement de l'Ontario 180, pris en vertu de la Loi sur les coroners, a été modifié afin d'élargir le rôle du Conseil. Plus précisément, cet élargissement permet au Conseil de formuler des conseils et des recommandations au coroner en chef de l'Ontario au sujet des examens relevant du paragraphe 26 (2) de la Loi, y compris sur la pertinence de tenir une enquête discrétionnaire.

Jalons importants du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

AVRIL 2007: Enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario (Commission d'enquête Goudge).

1er OCTOBRE 2008: Publication du rapport de la Commission d'enquête.

23 OCTOBRE 2008: Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels présente le projet de loi 155 - Modification à la Loi sur les coroners.

16 DÉCEMBRE 2010: Proclamation/établissement du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès.

FÉVRIER 2011: Réunion inaugurale du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès.

26 AVRIL 2013: Le CSED adresse une lettre au ministre recommandant : 1) de nommer un médecin légiste comme coroner dans les cas d'homicide ou de décès suspect; 2) de permettre au CSED de conseiller le coroner en chef au sujet de la tenue d'une enquête discrétionnaire; 3) de rendre les verdicts et les recommandations des enquêtes de coroner accessibles au public.

7 AOÛT 2013: Le gouvernement de l'Ontario accepte la recommandation du CSED et élargit le rôle des médecins légistes, avec l'initiative de nomination de médecins légistes comme coroners pour les cas d'homicide ou de décès suspect.

30 JUILLET 2014: Le CSED adresse une lettre au ministre recommandant : 1) l'adoption d'une procédure juste et transparente pour la nomination des coroners; 2) la mise en œuvre de décrets à durée limitée et 3) le perfectionnement professionnel continu.

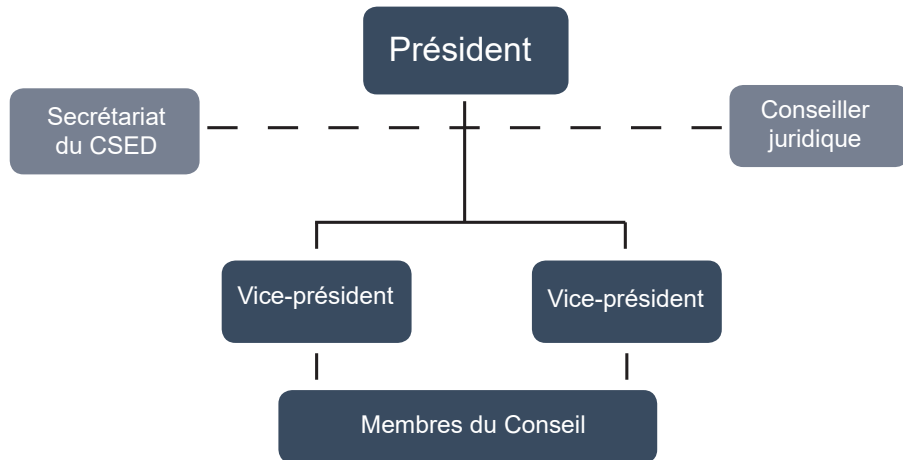
2 SEPTEMBRE 2016: Le gouvernement modifie le Règlement 180 pris en vertu de la Loi sur les coroners : le CSED doit faire des recommandations au coroner en chef quant à la décision de tenir ou non une enquête discrétionnaire.

Organisation

Bien que fonctionnant de façon indépendante dans les limites de son mandat, le Conseil est responsable devant le ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Le Conseil est dirigé par un président, avec l'appui de deux vice-présidents.

Le Conseil est aidé dans son fonctionnement par un conseiller juridique ainsi que par un secrétariat qui gère les activités courantes de l'organisme.



Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès – Secrétariat

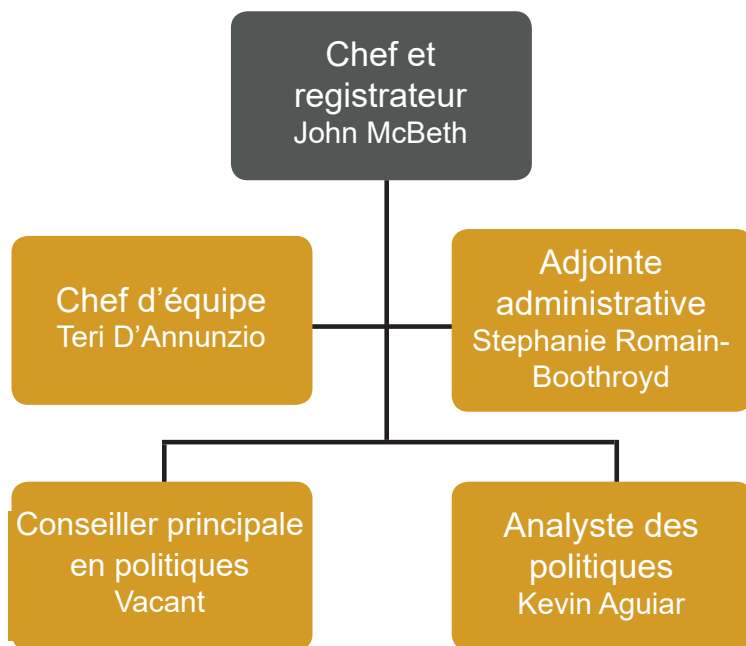
Le Secrétariat gère les activités courantes du Conseil, notamment les suivantes :

- Conseils stratégiques pour informer la prise de décision;
- Recherche et analyse de politiques;
- Gestion du traitement des plaintes du public;
- Gestion du processus relatif aux enquêtes discrétionnaires;
- Gestion de projets;
- Planification des activités et gestion financière;
- Soutien administratif.

Remarques:

Poste de conseiller principal en politiques : Sienna Leung a été remplacée par Lema Salaymeh en juin 2017. Depuis décembre 2017, le poste est vacant.

Poste d'analyste des politiques : Lema Salaymeh a été remplacée par Kevin Aguiar en octobre 2017.



Profils du Secrétariat

Le chef et registrateur assure le leadership et la direction du Secrétariat pour appuyer le mandat du Conseil. Le chef et registrateur travaille en étroite collaboration avec le président afin d'identifier de nouvelles initiatives et de nouveaux projets que le Secrétariat et le Conseil pourraient élaborer pour améliorer la qualité et le service du système d'enquête sur les décès. Le chef et registrateur communique directement avec des cadres supérieurs des secteurs public et privé. Il travaille également aux côtés du Comité des enquêtes afin de conseiller le coroner en chef en ce qui concerne les enquêtes discrétionnaires. Le chef et registrateur travaille en étroite collaboration avec les familles qui déposent des plaintes afin de cerner les problèmes, de répondre à leurs préoccupations et de les aider à parvenir à surmonter leur deuil.

Le chef d'équipe est chargé de faciliter les activités quotidiennes du Secrétariat et de consulter le président sur des questions concernant le Conseil. Le chef d'équipe sert de point de contact pour les principaux partenaires et intervenants, dont le Bureau du coroner en chef, le Service de médecine légale de l'Ontario ainsi que les bureaux du ministre et du sous-ministre. Le chef d'équipe est responsable de toutes les activités de liaison avec le public assume un rôle de leadership et de direction au sein du secrétariat pour le traitement des plaintes du public, le processus d'enquête discrétionnaire ainsi que d'autres projets et initiatives stratégiques clés.

Le conseiller principal en politiques est le principal point de contact pour ce qui a trait aux plaintes du public et est responsable de la gestion du système de traitement de ces plaintes, y compris la communication de l'analyse des plaintes et des recommandations au Comité des plaintes. Le conseiller principal en politiques assume la responsabilité du leadership de projets, des activités de sensibilisation, de l'expertise en matière de politiques ainsi que de l'analyse stratégique des politiques, stratégies et projets dans le cadre du système d'enquête sur les décès. Le conseiller principal en politiques est également chargé de compiler et de présenter les résultats afin de soutenir et d'éclairer la prise de décision par le Conseil. Le conseiller principal en politiques fournit également des conseils, des recommandations et des documents d'information au sujet de la gestion des questions d'intérêt, au chef et registrateur ainsi qu'au président et aux membres du Conseil.

L'analyste des politiques fournit un soutien au Conseil en effectuant des recherches et des analyses sur les politiques, par exemple sur ce qui se fait ailleurs qu'en Ontario. Se fondant sur ses recherches, l'analyste des politiques fournit des résumés, identifie les tendances et interprète l'information pour appuyer les activités de base et la prise de décisions du Conseil. L'analyste des politiques aide le Secrétariat à rédiger le contenu des rapports, des initiatives de sensibilisation et des documents de programme. L'analyste des politiques fournit également un soutien au processus de plaintes du public et au processus d'enquête discrétionnaire.

L'adjoite administrative fournit un soutien administratif au CSED dans les domaines de la gestion des installations, des achats et approvisionnements, des ressources humaines, de la gestion des contrats et des comptes créditeurs. L'adjoite administrative s'assure du respect des politiques, directives et lignes directrices de la fonction publique de l'Ontario et du ministère et agit à titre de personne-ressource pour toutes les questions administratives.

Composition du Conseil

Le CSED se compose de professionnels des domaines juridique et médical, de dirigeants du secteur de la santé, de représentants du gouvernement et de membres du public qui, ensemble, possèdent les connaissances et l'expertise nécessaires pour assurer une surveillance efficace.

Le Secrétariat des nominations effectue la sélection des membres du public, tandis que les représentants du gouvernement sont nommés par leurs ministères respectifs. Le lieutenant-gouverneur en conseil procède ensuite à la nomination des membres du Conseil pour un mandat de trois ans. Voici une liste des membres, anciens et actuels, qui ont siégé au Conseil en 2017.

Membres avec droit de vote actuels



L'honorable Joseph C.M. James (président)

Admis au Barreau du Haut-Canada en 1973, l'honorable Joseph C.M. James a exercé le droit criminel à Toronto jusqu'à sa nomination à la Cour provinciale en 1977. En 1999, il a été nommé à la Cour supérieure de justice. Sa carrière juridique l'a amené à être procureur de la Couronne à temps partiel et représentant pour le ministère de la Justice du Canada. Au cours de sa carrière judiciaire, il a été membre et dirigeant de bon nombre d'associations et de conseils d'administration professionnels et communautaires. Depuis sa retraite de la Cour supérieure de justice, il a siégé à plusieurs tribunaux administratifs et conseils d'organismes de bienfaisance.



Christine McGoe (vice-présidente)

Christine Ada McGoe a été admise au barreau en 1982. Après avoir occupé un emploi d'assistance judiciaire à la cour de comté, en 1983 elle a été nommée procureure adjointe de la Couronne au bureau des procureurs de la Couronne de Toronto. Maître McGoe fait partie des membres fondateurs des équipes responsables des poursuites en matière de violence faite aux enfants et de violence conjugale au palais de justice de l'Ancien hôtel de ville. Pendant trois ans, elle a agi comme conseillère juridique pour le Programme d'aide aux victimes et aux témoins (PAVT). Au cours de sa carrière, elle a défendu des appels devant la Cour d'appel de l'Ontario et elle a passé neuf ans au bureau des procureurs de la Couronne de Muskoka. Entre 2009 et 2015, elle a de nouveau œuvré au bureau de Toronto où elle a supervisé 95 procureurs exerçant dans quatre palais de justice.



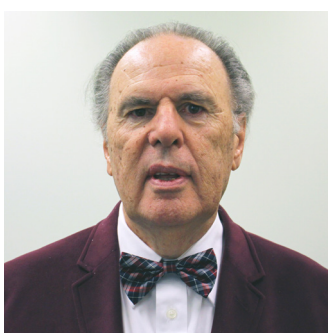
D^{re} Fiona Smaill (vice-présidente)

La docteure Fiona Smaill est professeure au département de pathologie et de médecine moléculaire de la faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Elle est microbiologiste médicale au Hamilton Regional Laboratory Medicine Program et consultante en maladies infectieuses et contrôle de l'infection au Hamilton Health Sciences. Elle possède un M.B. et un Ch.B. de l'Otago University, en Nouvelle-Zélande, et a fait ses résidences en médecine interne, maladies infectieuses et microbiologie médicale à l'Université McMaster. Elle est également titulaire d'une maîtrise ès sciences en épidémiologie clinique.



Roger Rowe

Roger Rowe est né à Montréal (Québec) et a été admis au Barreau de l'Ontario en 1989. Titulaire d'un baccalauréat ès arts en sociologie et d'un baccalauréat (LL.B.) de la faculté de droit Osgoode Hall de l'Université York, il a commencé sa carrière comme avocat salarié de la clinique juridique communautaire Jane Finch Community Legal Services pendant cinq ans, puis s'est orienté vers la pratique privée en 1993. Il a plaidé à tous les échelons du système judiciaire, y compris la Cour suprême du Canada, où il a défendu avec succès l'appelante dans l'affaire Baker c. Canada (ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration), qui a établi une nouvelle norme d'équité procédurale en droit administratif. Maître Rowe exerce actuellement à titre individuel en droit criminel, droit de la famille et droit de l'immigration dans la région du grand Toronto.



William McLean

William McLean a été directeur de l'éducation au District School Board of Niagara jusqu'en 2005. Auparavant, il était directeur de l'éducation et surintendant des affaires pédagogiques au Lincoln County Board of Education. M. McLean est titulaire d'un baccalauréat ès arts de l'Université McMaster et d'une maîtrise en éducation de l'Université de Toronto. Il a obtenu le brevet d'enseignement de l'Ontario au Hamilton Teachers' College et possède un brevet d'agent de supervision, un brevet de directeur d'école, un certificat d'éducation de l'enfance en difficulté et un certificat d'enseignement de l'anglais langue seconde du ministère de l'Éducation.



Lucille Perreault

Lucille Perreault est l'ancienne vice-présidente de la Direction des services cliniques et chef de la pratique infirmière à l'Hôpital Montfort, à Ottawa. Elle a pris sa retraite de ce poste en mars 2016. Elle détient un baccalauréat en sciences infirmières, une maîtrise en gestion de projets, une certification LEAN Greenbelt et diverses autres attestations de formation professionnelle. Mme Perreault cumule plus de 30 années d'expérience de gestion dans le secteur des soins de santé. Elle fait aussi partie de divers réseaux et comités régionaux et nationaux et dirige d'importantes initiatives régionales dans le système hospitalier des soins actifs. En outre, au fil des ans, Mme Perreault a contribué à la réalisation de nombreux projets d'innovation et de transformation de grande envergure dans les organisations où elle a œuvré.



Dorothy Cynthia Prince

M^{me} Cindy Prince a travaillé comme consultante en aménagement du territoire pendant une trentaine d'années, principalement pour des municipalités du comté d'Essex. Elle est actuellement vice-présidente, aménagement, pour Amico Properties. En plus de ses obligations professionnelles, Mme Prince a siégé au conseil d'administration de la section de Windsor-Essex de Centraide pendant dix années, dont un mandat à titre de présidente.



D^r David Williams

Le docteur David Williams a été nommé médecin hygiéniste en chef de la province le 16 février 2016, après avoir occupé ce poste à titre intérimaire depuis le 1er juillet 2015. Auparavant, il était médecin hygiéniste pour le Conseil de santé du district de Thunder Bay, d'octobre 2011 au 30 juin 2015.

Le Dr Williams est un quadruple diplômé de l'Université de Toronto, où il a obtenu un B.Sc., M.D., une maîtrise en santé communautaire et épidémiologie (M.Sc.S.) et des bourses de recherche en médecine communautaire et santé publique et en médecine préventive (FRCPS).



Howard Leibovich

Howard Leibovich a été admis au Barreau en 1996. Il a commencé sa carrière comme avocat au Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel, où il était chargé de dossiers devant les tribunaux de première instance et devant la Cour d'appel. Le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel représente la Couronne dans des appels en droit criminel devant la Cour d'appel et la Cour suprême du Canada. Il est également responsable des poursuites complexes en première instance, dont des affaires de fraude de cols blancs de grande envergure et des poursuites de policiers et d'officiers de justice, ainsi que de l'élaboration de politiques pour la Division du droit criminel.

De 1998 à 2000, Maître Leibovich était avocat du sous-ministre adjoint, Division du droit criminel. De retour au Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel, en 2007, il est devenu sous-directeur de ce Bureau. À ce poste, il a créé et coordonné le programme de poursuite des contrevenants à risque élevé de l'Ontario.

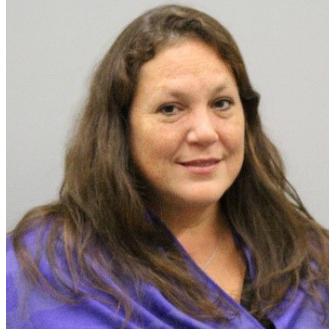
Maître Leibovich est devenu directeur du Bureau des avocats de la Couronne — Droit criminel, en octobre 2011, où il dirige une centaine d'avocats. Il continue par ailleurs de plaider des appels complexes, principalement dans le cadre de condamnations pour meurtre.



Dr Michael Billinger

Dr Michael Billinger est un fonctionnaire fédéral qui travaille actuellement comme enquêteur au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada, à Ottawa. Il a auparavant travaillé pendant cinq ans dans le domaine de l'accès et des renseignements personnels au Service de police d'Edmonton (SPE) après avoir obtenu son doctorat en anthropologie de l'Université de l'Alberta en 2006. Ses travaux universitaires, y compris ses études antérieures à l'Université Carleton, ont principalement porté sur les enjeux théoriques, méthodologiques et éthiques qui sont liés à l'utilisation des classifications raciales dans l'évolution humaine, la génétique et l'anthropologie judiciaire.

Dr Billinger a de l'expérience en matière d'enquêtes médico-légales, ayant travaillé avec le SPE et avec la Gendarmerie royale du Canada en tant que consultant en anthropologie et en archéologie judiciaires à la suite de découvertes de restes humains ainsi que sur des affaires de personnes disparues et d'homicides non résolus. Il est aussi adjoint de recherche à l'Institut d'archéologie des Prairies, à l'Université de l'Alberta, où il continue de collaborer à des projets concernant la migration préhistorique des peuples des Premières Nations.

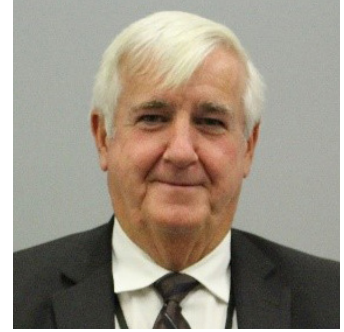


Catherine Rhineland

Après avoir obtenu son diplôme à l'université Dalhousie en 1991, Catherine Rhineland a fait son stage dans le cabinet d'avocats Pinkofsky, Lockyer, Kwinter. Catherine a été admise au barreau en 1993.

En 2007, Catherine est devenue procureure adjointe de la Couronne au sein de l'Unité de lutte contre les bandes criminalisées et les armes à feu, où elle s'est chargée d'affaires longues et complexes impliquant des organisations criminelles (homicides, trafic d'armes à feu, traite de personnes et infractions en matière de drogue).

Elle travaille actuellement comme avocate principale à la Division du droit criminel, dans l'équipe mixte de l'enquête sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Depuis 2007, elle est aussi codirectrice du cours sur la justice pour les Autochtones, cours d'été offert conjointement par la Division du droit criminel et l'Ontario Crown Attorney's Association. Elle est membre de l'Association du barreau autochtone.



Clifford Strachan

Clifford Strachan est un ancien officier supérieur de la Police provinciale de l'Ontario. Parmi ses affectations, il a été directeur des Opérations pour la Région du centre et directeur adjoint à la Direction des enquêtes criminelles. Il travaille actuellement comme directeur principal aux Différends et aux Enquêtes, à Kroll Consulting Canada. Il est également membre du comité des appels relatifs aux permis d'entreprises de la ville de Barrie et travaille comme bénévole au programme Hors du froid de l'Armée du Salut.

Membres sans droit de vote

Les personnes dans cette catégorie sont considérées comme des membres du Conseil, mais n'ont pas de droit de vote pour les motions ou les décisions du Conseil. Ainsi, le rôle du coroner en chef et du médecin légiste en chef au sein du Conseil consiste à partager leur perception, leur expertise et leurs connaissances avec les autres membres (par exemple, en les tenant informés des activités de leurs organismes respectifs ainsi que des questions de fond et des risques qui touchent le système d'enquête sur les décès). Pour maintenir la transparence et la responsabilisation, ils n'ont pas la possibilité de voter sur les questions liées à la surveillance de leurs organismes.



D^r Michael Pollanen, médecin légiste en chef

Le docteur Michael S. Pollanen, B.Sc., M.D., Ph.D., FRCPath, DMJ (Path.) et fondateur du FRCPC en pathologie judiciaire, est le médecin légiste en chef de l'Ontario et professeur de médecine de laboratoire et

biopathologie à l'Université de Toronto. À titre de coroner, il mène également des investigations sur des homicides et des décès suspects sur le plan criminel en Ontario. Ses fonctions universitaires à l'Université de Toronto comprennent la direction du Centre de médecine légale et des programmes de résidence et de bourses de recherche en pathologie judiciaire. Il s'intéresse particulièrement au développement de la capacité en médecine légale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, dans le but d'appuyer les droits de la personne et la primauté du droit. Il participe activement à des activités professionnelles créatives en médecine légale et publie régulièrement dans des revues avec comité de lecture. Le Dr Pollanen effectue et supervise souvent des autopsies médico-légales, donne régulièrement un deuxième avis médical dans des cas controversés (que ce soit pour la poursuite, la défense ou des examens pour d'autres instances) et témoigne fréquemment devant les tribunaux. Il a effectué plus de 2 000 autopsies médico-légales, a témoigné plus de 200 fois devant les tribunaux et a témoigné deux fois devant la Cour d'appel de l'Ontario, dans les dossiers Truscott (Re), 2007 ONCA 575 et R. c. Mullins-Johnson, 2007 ONCA 720. Du 2014 au 2017, m. Pollanen a été président de l'Association internationale des sciences judiciaires (IAFS).



D^r Dirk Huyer (coroner en chef de l'Ontario)

Le docteur Dirk Huyer a été nommé coroner en chef de l'Ontario en mars 2014. Il a reçu son diplôme de médecine de l'Université de Toronto en 1986. Il est coroner en Ontario depuis 1992 et, plus récemment, a été nommé coroner régional principal pour les régions de Peel et de Halton, ainsi que pour les comtés de Simcoe et de Wellington. Il a participé à plus de 5 000 investigations à titre de coroner.

Le Dr Huyer possède une expertise particulière dans l'évaluation médicale de la maltraitance des enfants et a travaillé dans le cadre du programme SCAN de l'Hospital for Sick Children sur la négligence et la maltraitance présumées d'enfants. Le Dr Huyer préside le Comité d'examen des décès d'enfants et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, deux comités qui relèvent du Bureau du coroner en chef. Il est aussi professeur adjoint au département de pédiatrie de l'Université de Toronto.

Membres avec droit de vote retraités (ayant démissionné du Conseil en 2017)

William J. Shearing



William (Bill) Shearing a récemment terminé sa troisième carrière en tant que consultant en gestion des situations d'urgence. Auparavant, il était directeur d'une usine de Rohm and Haas Canada Inc. Sa première carrière était dans l'Armée canadienne (régulière). Il a ensuite poursuivi cette carrière militaire en tant que réserviste, a assuré le commandement des Stormont, Dundas et Glengarry Highlanders, et a servi deux mandats à titre de colonel honoraire. Il a suivi une formation en ingénierie au Collège militaire royal du Canada et à l'Université Queen. Au cours des 50 dernières années, il a servi dans l'administration municipale ainsi que dans des organisations professionnelles et communautaires. Il est actuellement membre du comité de participation des patients et des familles de l'Hôpital Memorial du district de Winchester.

*William Shearing a quitté ses fonctions au Conseil le 15 décembre 2017.

Cas en instance 1

Résumé

Une personne a initialement contacté le CSED en juillet 2016 au sujet de l'investigation sur le décès de sa sœur. La plainte initiale portait sur les soins que le médecin avait prodigués à cette dernière. La membre de la famille pensait que le coroner chargé de l'investigation n'avait pas effectué une investigation de qualité, parce qu'elle espérait que l'investigation aurait révélé des éléments de preuve pertinents sur le décès de sa sœur. La membre de la famille n'était pas satisfaite des délais et des conclusions d'un examen du comité du BCC et était particulièrement mécontente que les conclusions n'aient pas justifié un examen par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO).

Intervention du CSED

Le CSED a renvoyé la plainte au BCC au nom de la membre de la famille. Cette dernière n'était pas satisfaite de l'examen du BCC et a demandé au Comité des plaintes d'examiner sa plainte. Le Secrétariat a noué un dialogue actif avec elle en communiquant périodiquement avec elle pour cerner ses préoccupations sous-jacentes au sujet de l'examen par le BCC.

Statut

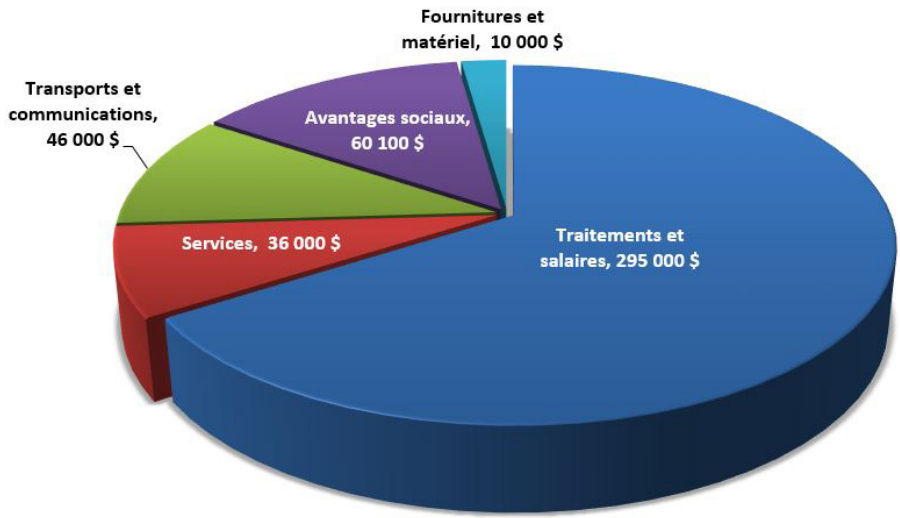
L'affaire a été renvoyée au Comité des plaintes pour examen afin de cerner les politiques et procédures suivies et de formuler des recommandations au BCC.

Financement

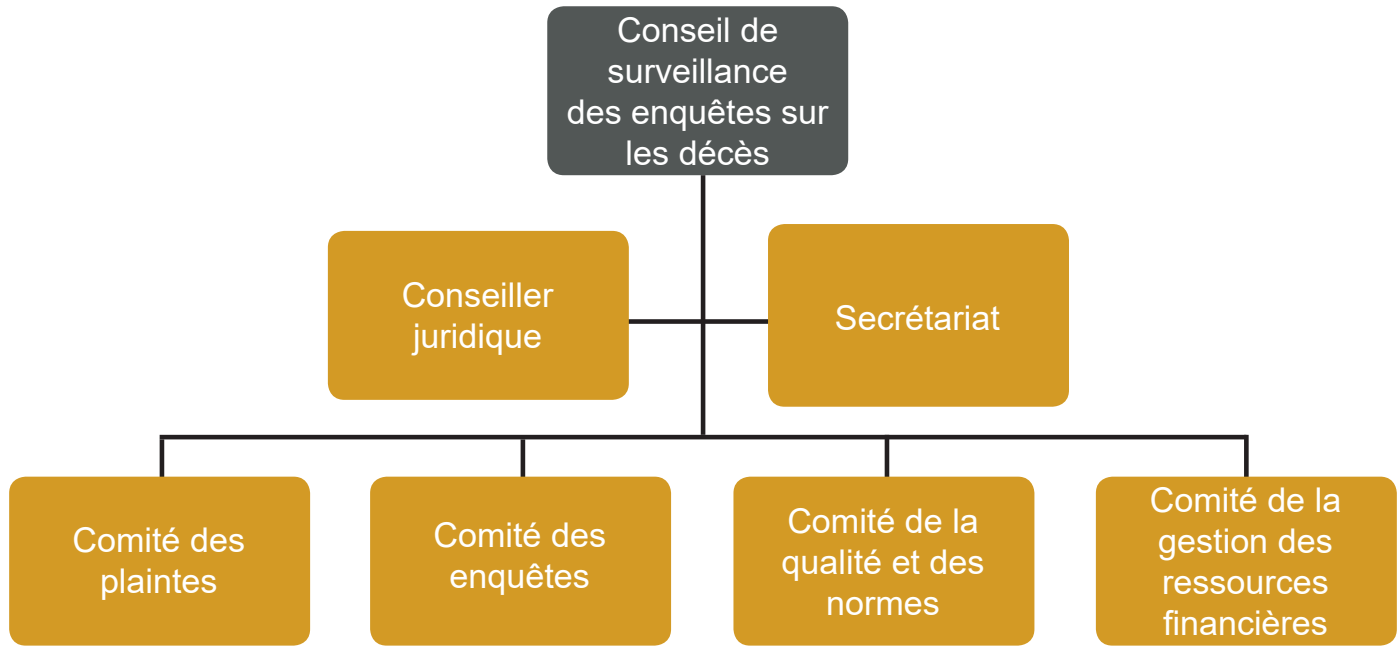
Le financement du CSED est assuré par un processus budgétaire annuel standard. Le budget est décidé par l'Assemblée législative et les fonds alloués par l'intermédiaire du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Le budget total alloué au CSED pour l'exercice 2016-2017 était de 447 100 dollars. Ce budget se répartissait comme suit :

- Traitements et salaires: 295 000 \$
- Avantages sociaux: 60 100 \$
- Transports et communications: 46 000 \$
- Services: 36 000 \$
- Fournitures et matériel: 10 000 \$



Comités



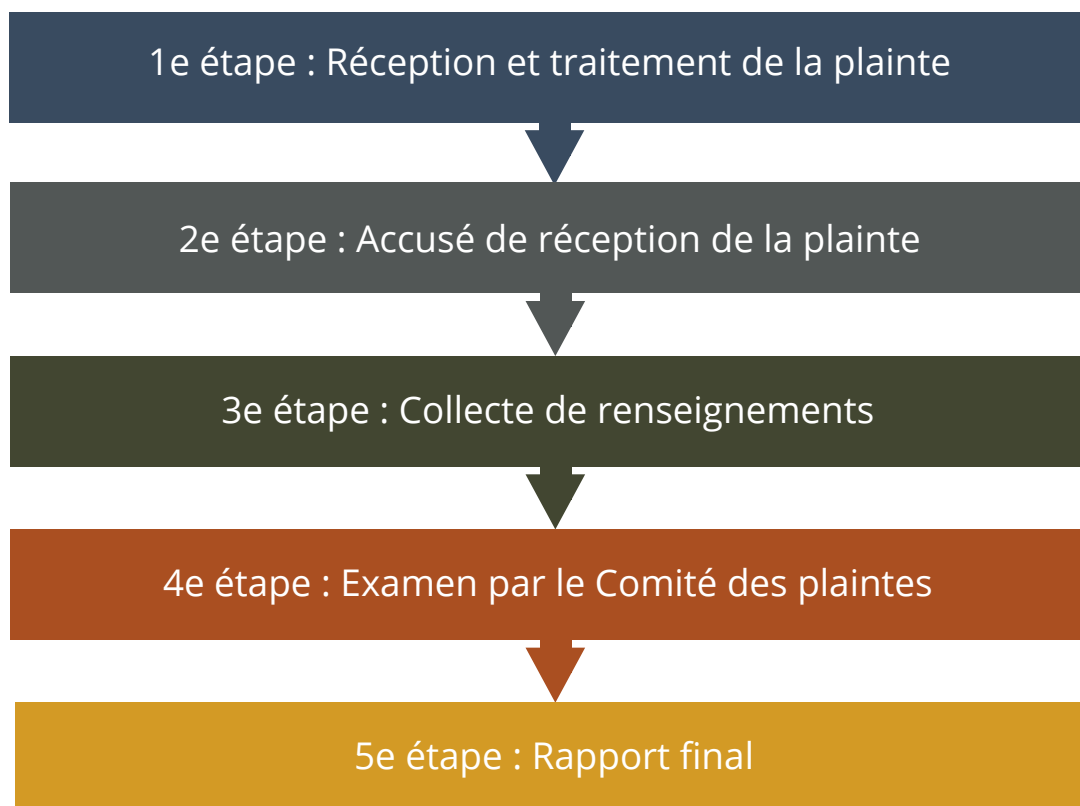
Comité des plaintes

Le Comité des plaintes est chargé d'examiner les plaintes déposées contre un coroner, un médecin légiste et d'autres personnes qui, en vertu de la Loi sur les coroners, ont certains pouvoirs ou responsabilités dans les autopsies. L'examen des plaintes vise à améliorer le système ontarien d'enquête sur les décès et à renforcer la confiance du public dans ce système. Lorsqu'il examine une plainte, le comité prend en considération la manière dont l'investigation sur le décès a été menée et formule au besoin des recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef.

Comme le Comité des plaintes n'est pas une entité médicale, il n'infirme en aucun cas les conclusions médicales sur la cause et les circonstances du décès.



Aperçu du processus de traitement des plaintes :



1e étape : Réception et traitement de la plainte

Le Secrétariat du CSED reçoit une plainte par téléphone, par courriel ou par la poste et détermine si l'auteur de la plainte doit fournir des renseignements supplémentaires pour qu'on puisse décider de la suite à donner à sa plainte. Les plaintes concernant un coroner ou un médecin légiste sont d'abord transmises au coroner en chef ou au médecin légiste en chef (ou aux deux, selon le cas) aux fins d'examen. Si l'auteur de la plainte n'est pas satisfait de leur réponse, il peut demander que le Comité des plaintes du CSED examine sa plainte. Le Comité des plaintes du CSED examinera directement toute plainte au sujet du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.

2e étape : Accusé de réception de la plainte

Le secrétariat du CSED accuse réception de la plainte et informe le plaignant du mandat du Comité des plaintes du CSED ainsi que des étapes suivantes (par exemple, le Comité examinera directement la plainte ou la transmettra, selon le cas). Lorsqu'il est évident que la plainte ne relève pas du mandat du Comité des plaintes, le CSED fera son possible pour aider l'auteur de la plainte à s'y retrouver dans le système et pour l'informer des autres possibilités ou ressources qui pourraient lui être utiles pour régler ses préoccupations.

3e étape : Collecte de renseignements

Si la plainte relève du mandat du CSED, le secrétariat du CSED obtiendra les renseignements et documents pertinents auprès de l'auteur de la plainte ainsi qu'auprès du Bureau du coroner en chef (BCC) et/ou du Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO). Cela peut nécessiter une rencontre en personne et des conversations téléphoniques entre l'auteur de la plainte et le personnel du secrétariat du CSED. Les rencontres et les discussions avec les plaignants sont importantes, car elles permettent au secrétariat non seulement de recueillir des renseignements supplémentaires, mais aussi de mieux comprendre les renseignements fournis.

4e étape : Examen par le Comité des plaintes

Lorsque le Secrétariat du CSED transmet le dossier de plainte au Comité des plaintes, deux ou trois membres du comité l'examinent. Au cours de leur examen, les membres du Comité des plaintes considèrent les recommandations qui pourraient être formulées dans le but d'améliorer le système ontarien d'enquête sur les décès dans son ensemble, tout en abordant les questions particulières soulevées par le plaignant.

5e étape : Rapport final

À l'issue de leur examen, les membres du Comité des plaintes rédigent un rapport sous forme de lettre dans laquelle ils énoncent en détail leurs conclusions. Ce rapport peut inclure des recommandations au BCC ou au SMLO (ou aux deux) et peut aussi indiquer la raison pour laquelle le Comité des plaintes ne peut pas examiner certaines allégations (par exemple, les allégations relatives à la décision de tenir une enquête du coroner). Le rapport est envoyé à la fois à l'auteur de la plainte et au BCC/SMLO, avec une échéance précise pour leur réponse.

Travailler avec les familles

Même si les cinq étapes ci-dessus peuvent donner l'impression que le traitement des plaintes est un processus rigide, le CSED fait son possible pour que ce processus soit le plus fluide et réactif possible. En tant que premier point de contact, le personnel du Secrétariat écoute attentivement et avec compassion les membres de la famille concernée afin de cerner leurs préoccupations et leurs problèmes. Avant de recourir au processus officiel de traitement des plaintes du CSED, nous encourageons à essayer de soumettre leurs préoccupations au coroner ou au médecin légiste auquel ils ont eu affaire. Du point de vue du CSED, les plaintes fournissent une rétroaction constructive sur le fonctionnement du système d'enquête sur les décès et elles offrent des renseignements précieux au BCC et au SMLO sur les possibilités d'amélioration des services et de leur prestation.

L'année passée, le Secrétariat a eu affaire à des familles qui n'avaient pas nécessairement de plainte à déposer, mais qui souhaitaient obtenir de l'information et de l'aide auprès du BCC et du SMLO. Dans bien des cas, le CSED a été en mesure d'aider la famille

concernée à résoudre un problème ou à obtenir des renseignements. En outre, il arrive que le plaignant s'adresse à un bureau qui n'est pas le bon, auquel cas le CSED l'aide de manière proactive à trouver l'organisme susceptible de répondre à ses préoccupations. Nous avons aidé des gens à trouver le processus de plainte qui répond à leurs besoins, et continuerons de le faire.

Thèmes ressortant des plaintes

En 2016, le Comité des plaintes a passé les plaintes en revue pour en dégager les thèmes. Le Comité des plaintes a ainsi constaté que la plupart des allégations étaient liées aux communications, au professionnalisme et au manque de clarté des politiques et procédures. À ce jour, le Comité des plaintes s'est penché plus particulièrement sur ces thèmes afin d'examiner comment le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario continuent de combler les lacunes possibles et d'améliorer la façon dont ils fournissent leurs services. Pour mener à bien ce travail, le Comité des plaintes a collaboré très étroitement avec le Comité de la qualité et des normes du CSED.

Cas en instance 2

Résumé

Une famille a contacté le Secrétariat dans le but de déposer une plainte concernant l'investigation sur le décès de leur fils. La famille conteste les circonstances du décès établies et émet des doutes au sujet de l'enquête de police. La famille allègue un manque de qualité dans l'investigation sur le décès parce que le rapport du coroner contient des incohérences. De plus, les membres de la famille sont mécontents des délais du processus d'enquête sur les décès et de divulgation de renseignements pertinents.

Intervention du CSED

Le CSED a facilité la collecte de tous les éléments de preuve, y compris les photographies et enregistrements vidéos électroniques, et a transmis le dossier au coroner en chef, qui examinera la plainte en premier conformément à la Loi sur les coroners.

Statut

Le CSED a transmis le dossier au BCC pour examen par le coroner en chef.

Thèmes principaux des plaintes	Exemples de problèmes
Opinion professionnelle	• Désaccord avec la cause du décès • Désaccord avec les circonstances du décès • Désaccord avec les preuves utilisées et prises en considération pour parvenir à une opinion ou des conclusions médicales • Désaccord avec la « norme de preuve » nécessaire pour tirer des conclusions médicales
Processus / procédure / normes	• Absence de politique, de procédure ou de normes établies • Politique, procédure ou normes manquant de clarté • Échéancier inexistant ou manquant de clarté (au niveau du processus) • Processus devant être améliorés
Communications	• Communications inefficaces ou manquant de clarté • Manque de perspicacité ou de sensibilité aux préoccupations • Inapprochable ou ignorant les préoccupations
Professionalisme	• Manque de respect des lignes directrices ou des normes • Omission d'accomplir un devoir et de s'acquitter de ses responsabilités • Non-respect des normes de pratique • Discrimination ou partialité (par exemple, conflit d'intérêts)
Qualité de l'investigation sur le décès	• L'investigation n'était pas suffisamment approfondie (par exemple, absence de recherche, de partage et de prise en considération d'information et absence d'entrevues) • Inexactitudes du dossier ou erreurs dans les rapports • Longueur des délais ayant des répercussions négatives sur l'investigation ou sur d'autres aspects du dossier
Législation / hors des limites du mandat	• Question ne relevant pas des fonctions d'un coroner (par exemple, la norme de diligence des soins médicaux / soins médicaux sans rapport avec un coroner) • Refus de tenir une enquête

Initiatives clés en 2017

1. Formulaire de plainte

Le Secrétariat du CSED travaille actuellement avec Services communs de l’Ontario à l’élaboration d’un formulaire de plainte en ligne. Une fois approuvé, le formulaire fournira aux familles des directives claires sur les renseignements dont le CSED a besoin pour décider de la suite à donner à une plainte. L’utilisation du formulaire ne sera pas obligatoire pour le dépôt d’une plainte, mais il sera conçu de façon à saisir la majorité des renseignements sur la plainte. Ce formulaire aidera le Comité des plaintes et le Secrétariat à s’assurer du bon déroulement du processus de traitement des plaintes. Le formulaire de plainte est élaboré conformément à la Loi de 2005 sur l’accessibilité pour les personnes handicapées de l’Ontario dans le but de fournir aux familles un moyen accessible de déposer une plainte.

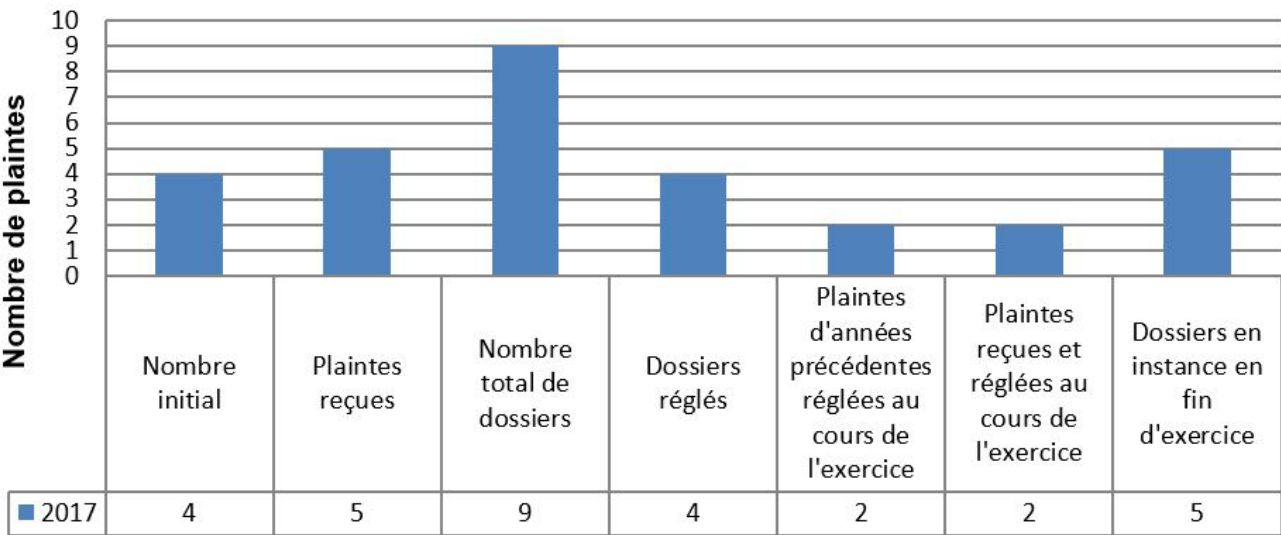
2. Plaintes

Au cours de l’année écoulée, le Secrétariat a travaillé en étroite collaboration avec un certain nombre de familles pour les aider à faire régler leurs problèmes et préoccupations par le BCC ou le SMLO, selon le cas. Le Comité des plaintes a également examiné des plaintes pour lesquelles le plaignant n’était pas satisfait de la réponse du BCC ou du SMLO. Dans ces cas, le Comité des plaintes a fait des recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef. Lorsqu’une question est portée à l’attention du Comité des plaintes et du Secrétariat, mais ne relève pas du mandat du CSED, le CSED examine tous les moyens d’aider les familles. Dans de tels cas, le CSED demande des renseignements et transmet au besoin les plaintes au nom des familles. Le CSED sert parfois de liaison et de médiateur entre les plaignants, le BCC, le SMLO et les services de police concernés pour organiser des rencontres et résoudre les problèmes en suspens.

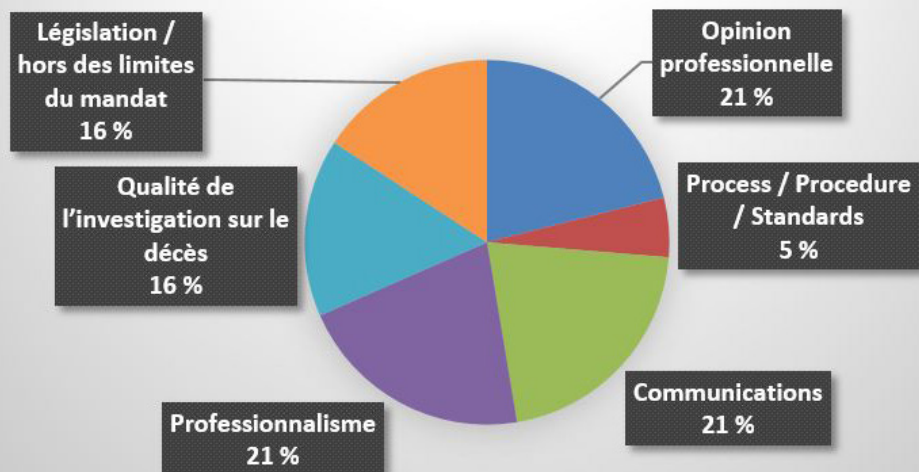
Nombre de plaintes

Depuis sa création, le Comité des plaintes a reçu 33 plaintes au total, dont cinq ne sont pas encore réglées. Il a reçu cinq plaintes au cours de l’année civile 2017. Il arrive souvent qu’une même plainte porte sur un certain nombre de questions, ce qui en augmente la complexité.

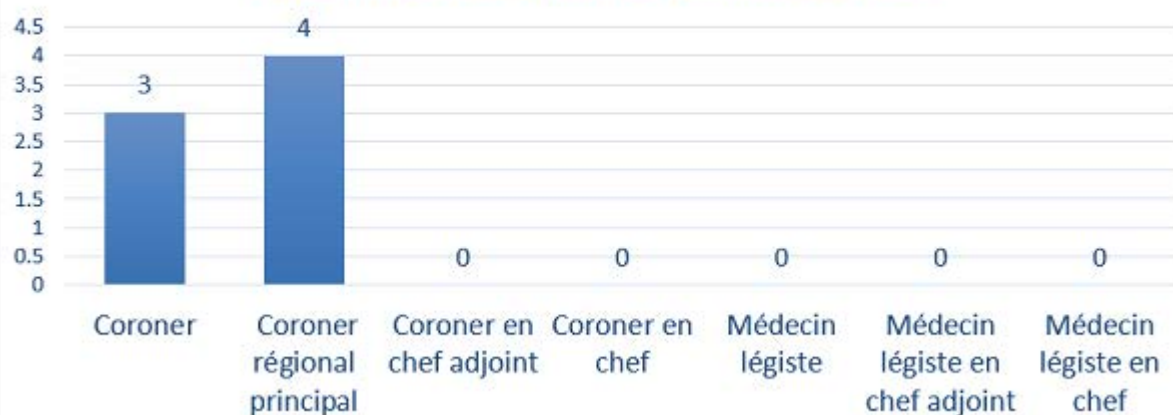
Charge de travail en 2017



Thèmes relevés dans les plaintes reçues en 2017

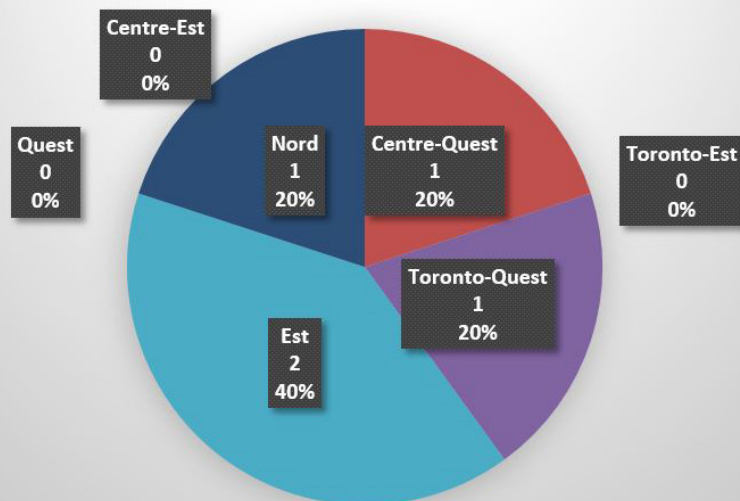


Personnes visées par les plaintes en 2017



Le nombre de personnes visées par les plaintes dépasse le nombre de plaintes parce qu'une même plainte peut concerner plusieurs personnes.

Répartition des plaintes selon la région



Cas en instance 3

Résumé

Une plainte a été déposée auprès du CSED au sujet de l'investigation sur le décès d'une femme âgée qui s'est effondrée dans un établissement de soins de longue durée. La membre de la famille de la défunte a fait part de ses préoccupations à un coroner régional principal, mais demeure insatisfaite. Elle est mécontente de la communication avec le coroner. Elle met en cause le professionnalisme du coroner, soulève des préoccupations quant à la qualité de l'investigation et cherche à obtenir des éclaircissements sur la cause et les circonstances du décès.

Intervention du CSED

Conformément à la Loi sur les coroners, une plainte doit être traitée par le BCC avant que le Comité des plaintes puisse l'examiner. Le CSED a communiqué avec la membre de la famille afin de lui expliquer le processus et de décider avec elle si le CSED transmettrait la plainte en son nom ou si elle déposerait elle-même une plainte auprès du BCC.

Statut

Le CSED a transmis le dossier au BCC pour examen par le coroner en chef.

Plaintes

Cas clos 1

Résumé

Le CSED a reçu une plainte en 2016 au sujet de l'investigation sur le décès d'une femme âgée. La plainte était alors en cours d'examen par le coroner régional principal. Le membre de la famille contestait la cause du décès, remettant en question divers résultats de laboratoire, la cohérence des éléments de preuve, la terminologie médicale et les dossiers médicaux utilisés pour déterminer la cause du décès. Le membre de la famille soulevait aussi des questions concernant divers processus, les contrôles de la qualité et les procédures utilisées pour les investigations sur un décès.

Intervention du CSED

Le CSED a informé régulièrement le membre de la famille de l'avancement de l'examen de sa plainte par le BCC. Le CSED a facilité la communication au plaignant de l'information et des conclusions de l'examen du coroner régional principal. Le plaignant n'était pas satisfait de l'examen de sa plainte par le coroner régional principal et le coroner en chef. Le Comité des plaintes a examiné le dossier et formulé des recommandations tant au BCC qu'au SMLO.

Recommandations

Le Comité des plaintes a fait des recommandations dans les domaines suivants :

- amélioration des processus d'assurance de la qualité liés à la rédaction des rapports et à la communication de renseignements pertinents aux familles;
- amélioration des communications écrites et verbales entre le système d'enquête sur les décès et les familles, en offrant des options plus claires aux familles et mettant en place des processus pour permettre aux familles de parler aux professionnels qui ont participé à l'investigation.

Cas clos 2

Résumé

Une femme s'est adressée au CSED au sujet du décès de sa mère. Elle pensait que le service de police et le procureur de la Couronne rouvriraient son dossier. Elle était convaincue que le coroner, au moment du décès, n'avait pas mené une investigation de qualité et elle souhaitait que la cause du décès figurant dans le rapport du coroner soit modifiée.

Intervention du CSED

Après avoir consulté la police, il a été déterminé qu'il y avait eu un malentendu entre la famille et la police. Le service de police compétent allait communiquer avec la famille pour l'informer de l'avancement du dossier.

Statut

Aucune autre action par le CSED

Cas clos 3

Résumé

Le coroner régional principal avait informé une famille qu'un conflit familial interne devait être réglé avant que le corps de leur parent puisse être libéré. Malgré cette demande, le corps avait été libéré sans le consentement de toute la famille. Le plaignant a déposé une plainte auprès du CSED concernant la libération du corps.

Intervention du CSED

Le CSED a communiqué activement avec le plaignant et a renvoyé la plainte en son nom au coroner en chef pour obtenir une réponse.

Réponse du BCC

Le BCC a examiné la plainte et présenté ses excuses à la famille. Le BCC a indiqué qu'une politique relative à la libération des corps serait examinée et révisée pour éviter que de telles circonstances se reproduisent.

Statut

Aucune autre mesure n'est requise à moins que le plaignant demande au Comité des plaintes d'examiner la plainte.

Comité des enquêtes

Dans le but de promouvoir un système d'enquête sur les décès de haute qualité en Ontario, le Comité des enquêtes du coroner examine et étudie divers systèmes d'enquête afin de fournir des conseils au Conseil et de lui recommander des politiques et des pratiques exemplaires.

Le Comité conseille également le coroner en chef sur les points suivants :

- s'il y a lieu, ou non, de mener une enquête discrétionnaire en vertu du paragraphe 26 (2) de la loi;
- les tendances dans les décès qui devraient être explorées par des enquêtes discrétionnaires; et
- les critères et processus qu'utilise le comité consultatif sur les enquêtes du Bureau du coroner en chef.



Initiatives clés en 2017

1. Enquêtes discrétionnaires

Conformément à des règlements pris récemment en vertu de Loi sur les coroners, le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (CSED) conseille le coroner en chef et lui fait des recommandations à la suite d'une décision du coroner selon laquelle une enquête n'était pas nécessaire. Le Comité des enquêtes a reçu et examiné deux demandes d'enquête discrétionnaire en vertu du paragraphe 26 (2) de la Loi sur les coroners.

Vers la fin de 2016, il a été demandé au CSED d'examiner la demande de tenue d'une enquête que la famille du défunt avait présentée au coroner en chef à la suite du refus du coroner régional principal de procéder à une enquête discrétionnaire. Le membre de la famille du demandeur était décédé à la suite d'un incident médical survenu après un appel d'urgence pour obtenir de l'aide. La famille du défunt demandait une enquête afin de cerner les problèmes opérationnels et procéduraux et de formuler des recommandations pour améliorer la rapidité et l'efficacité du système d'intervention d'urgence.

Le Comité des enquêtes a recommandé qu'une enquête soit menée pour examiner les circonstances entourant le décès et permettre la formulation de recommandations susceptibles d'améliorer la rapidité et l'efficacité du

système d'intervention d'urgence. Au début de 2017, le coroner en chef a informé la famille qu'une enquête serait tenue sur cette affaire et qu'elle serait combinée avec une enquête portant sur trois autres décès qui avaient soulevé des préoccupations similaires au sujet du système de réponse aux appels au 9-1-1 et de la coordination des intervenants d'urgence.

En juin 2017, il a été demandé au CSED de conseiller le coroner en chef à la suite du refus d'un coroner régional principal de tenir une enquête. La demande d'enquête discrétionnaire provenait d'une personne dont la mère était décédée subitement dans un foyer de soins de longue durée après s'être coincée dans les barres de sécurité de son lit. Le Comité des enquêtes a examiné la législation pertinente, le dossier sur le cas, des renseignements de Santé Canada et d'autres professionnels de la santé, le rapport d'examen et les recommandations du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée ainsi que le rapport du coroner régional principal. Le Comité a décidé de ne pas recommander la tenue d'une enquête pour les raisons suivantes : le risque de blessure ou de décès lié au possible coincement dans les barreaux d'un lit est déjà bien connu, des recommandations ont déjà été formulées concernant ce cas, ce problème a déjà fait l'objet d'une surveillance et d'un partage continu de

renseignements par les professionnels de la santé, et le public a accès à cette information. De plus, à la suite du décès de cette personne, des recommandations ont été transmises aux autorités et organismes pertinents, et ces recommandations sont affichées sur le site Web du BCC. Compte tenu de l'attention que le public accorde régulièrement à cette question et de la surveillance exercée par le secteur des soins de santé en la matière, le coroner en chef a jugé qu'une enquête n'était pas nécessaire.

2. Initiative de transformation des enquêtes de coroner

Le BCC a entrepris d'améliorer le processus des enquêtes de coroner dans la province de l'Ontario, et le CSED participe activement à cette initiative afin de formuler des recommandations positives.

Comité de la qualité et des normes

Le Comité de la qualité et des normes (CQN) mesure, surveille et évalue la performance du système ontarien d'enquête sur les décès et recommande au Conseil des initiatives, des pratiques et des normes visant à offrir à la population ontarienne un système d'enquête sur les décès de la plus haute qualité.



Initiatives clés en 2017

1. Examen systémique du processus de traitement des plaintes

L'une des recommandations du juge Goudge portait sur la nécessité de mettre en place un processus solide de traitement des plaintes dans le cadre du système d'enquête sur les décès. En réponse aux plaintes émises par des familles et aux questions sur les processus de traitement des plaintes concernant le BCC et le SMLO, le CSED a entrepris des recherches et consulté des membres clés du système d'enquête sur les décès afin de bien comprendre les processus de traitement des plaintes en place au BCC et au SMLO. Fort d'une meilleure compréhension de ces processus, le CSED sera mieux à même d'atteindre l'objectif visé par son examen, à savoir de fournir des recommandations détaillées pour la modernisation de ces processus et de mettre en évidence les aspects qui fonctionnent efficacement à l'heure actuelle.

Le CSED examine maintenant le processus actuel de traitement des plaintes afin d'en relever les points forts, les possibilités d'amélioration, les risques et les lacunes. Le CSED formulera des recommandations pour que le processus soit géré efficacement et que les plaintes soient traitées de façon cohérente, tant au niveau provincial que régional.

2. Examen de l'initiative de nomination de médecins légistes comme coroners

En août 2013, le gouvernement de l'Ontario a annoncé que pour tous les cas d'homicide et de décès suspect, les coroners seraient des médecins légistes. La mise en œuvre de l'initiative de nomination de médecins légistes comme coroners a commencé à Toronto, puis a été élargie pour y inclure Ottawa, et on envisage de l'étendre à d'autres régions. Les objectifs de cette initiative sont les suivants :

1. Utiliser de manière optimale l'ensemble des compétences des médecins légistes dans les cas d'homicide et de mort suspecte;
2. Fournir un service intégré et inclusif au système de justice pénale;
3. Éliminer le risque d'incohérence dans les conclusions concernant la cause et les circonstances du décès;
4. Fournir un point de contact unique aux familles.

Le CQN est chargé d'examiner cette initiative afin d'en évaluer l'impact opérationnel sur le BCC et le SMLO ainsi que les résultats obtenus à ce jour. L'objectif de cet examen est d'en tirer des leçons et de formuler des recommandations pour améliorer la prestation des services à Toronto, Ottawa et dans les autres régions où cette initiative sera mise en œuvre à l'avenir.

Le Comité poursuivra ce travail en 2018 afin que des recommandations détaillées soient fournies au coroner en chef et au médecin légiste en chef.

Cas en instance 4

Résumé

Un membre de la famille a contacté le CSED pour déposer une plainte selon laquelle le certificat de décès d'un être aimé comportait des inexactitudes. La plainte soulevait également des préoccupations au sujet d'une mauvaise communication avec le BCC.

Intervention du CSED

Le Secrétariat a agi comme médiateur entre le plaignant et le BCC, en obtenant des réponses auprès du BCC au nom du plaignant.

Statut

Le Secrétariat attend les instructions du membre de la famille sur la suite qu'il souhaite donner à sa plainte.

Comité de la gestion des ressources financières

Afin d'appuyer la qualité des services d'enquête sur les décès en Ontario, le Comité de la gestion des ressources financières (CGRF) a un rôle consultatif stratégique en assurant la surveillance et en formulant des conseils et des recommandations sur les priorités et stratégies générales de gestion financière du Bureau du coroner en chef (BCC) et du Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO). Plus précisément, le CGRF a les responsabilités suivantes :



- Fournir des recommandations et des conseils stratégiques au Conseil sur les priorités et stratégies de gestion du BCC et du SMLO en ce qui a trait aux ressources financières, aux immobilisations, aux ressources humaines et aux technologies de l'information;
- Évaluer l'impact et les implications des orientations, des priorités et de l'affectation des ressources financières du gouvernement sur la prestation des services du BCC et/ou du SMLO;
- Examiner et commenter les stratégies du BCC et du SMLO au regard du Processus d'examen, de renouvellement et de réorganisation des programmes (ERRP) et d'autres exercices budgétaires du gouvernement provincial;
- Examiner et commenter toutes les soumissions ayant des implications au niveau des finances, des immobilisations et des ressources, qui s'inscrivent dans le processus budgétaire annuel ou sont présentées en cours d'exercice au Secrétariat du Conseil du Trésor;
- Veiller à ce que les ressources correspondent étroitement aux priorités du BCC et du SMLO ainsi qu'aux besoins du public;
- Relever les problèmes et cerner les possibilités qui pourraient avoir des répercussions importantes sur les ressources du BCC et/ou du SMLO;
- Jouer le rôle de forum de partage de l'information.

Initiatives clés en 2017

1. Le CGRF a été consulté au sujet de l'analyse de rentabilité pour la durabilité

Dans le cadre du Processus d'examen, de renouvellement et de réorganisation des programmes (ERRP) du gouvernement, le BCC et le SMLO ont eu la possibilité de présenter une analyse de rentabilisation décrivant le financement nécessaire pour assurer la viabilité du système d'enquête sur les décès. Conformément aux fonctions qui lui incombent en vertu de l'article 8.1 de la Loi sur les coroners, le CSÉD est chargé de conseiller le BCC et le SMLO et de leur faire des recommandations sur la gestion des ressources financières. Cela inclut la possibilité d'examiner les stratégies du BCC et du SMLO au regard du processus

ERRP et de faire des commentaires et suggestions à ce sujet.

Les membres du CGRF ont eu l'occasion d'examiner l'analyse de rentabilité du BCC et du SMLO. Après avoir étudié soigneusement cette analyse de rentabilité et la documentation connexe, ils ont fait des commentaires et formulé des recommandations à ce sujet.

2. Consultation sur le dossier du BCC/SMLO concernant le transport des corps

Le Comité a également été consulté sur le dossier du BCC/SMLO concernant le transport des dépouilles. L'organisme consacre environ 4 millions de dollars par

année aux services de transport des dépouilles et a confié à un groupe de travail le soin d'examiner avec la Police provinciale de l'Ontario les possibilités d'améliorer l'efficacité du système. Le groupe de travail a relevé six options qui ont fait l'objet d'un examen et d'une analyse en profondeur et en a sélectionné une pour l'approvisionnement en services. La stratégie d'approvisionnement recommandée par le groupe est de continuer d'utiliser plusieurs fournisseurs de services de transport de dépouilles dans la province, le BCC/SMLO et les services de police étant responsable de la répartition. Cette stratégie comprend la mise en œuvre d'ententes de service officielles avec plus de 300 fournisseurs, la mise en place d'un processus de traitement des plaintes et la vérification du respect des normes de service. Les fournisseurs de services doivent également satisfaire à des exigences en matière d'assurance, de responsabilité civile et de sécurité. Le Comité a examiné et approuvé cette stratégie d'approvisionnement.

3. Conférence 2017 de l'International Association of Forensic Sciences

Le Service de médecine légale de l'Ontario a également signalé au Comité le succès de la conférence de l'International Association of Forensic Sciences (IAFS) qui s'est tenue à Toronto en 2017. L'IAFS est la seule association internationale de théoriciens et de praticiens de diverses disciplines des sciences judiciaires. La conférence annuelle a pour but d'aider les chercheurs et autres professionnels de ce domaine à échanger des informations scientifiques et techniques et à poursuivre le développement des sciences judiciaires. Voici quelques faits saillants de cette conférence :

- 1440 personnes, venues de 86 pays, ont assisté à la conférence;
- Environ 300 participants venaient de pays à faible revenu. Leur participation était subventionnée par diverses sources, dont la Fondation Chang et le ministère de la Justice des États-Unis;
- 500 des participants ont participé à des ateliers au complexe des sciences judiciaires et du coroner.

Initiatives de sensibilisation

Le CSED a poursuivi sa campagne de sensibilisation du public lancée en 2016.

Cette campagne vise à informer le public sur l'aide que le CSED est en mesure d'apporter aux personnes concernées pour les aider à s'y retrouver dans le système d'enquête ou pour répondre aux questions qu'elles pourraient avoir au sujet de l'investigation sur un décès. Le CSED peut être une ressource supplémentaire pour ces familles, en répondant à leurs questions ou en les mettant en contact avec les bonnes personnes. Le CSED s'engage à faire de son mieux pour servir et aider les familles dans un processus souvent difficile.

À ce jour, le CSED a communiqué avec des organismes d'aide aux personnes en deuil, des organisations de services funéraires, des services de police et, plus récemment, avec des services de santé, afin de mobiliser les intervenants à l'échelle locale, provinciale et fédérale. Voici quelques faits saillants de cette campagne :



Photo est le stand CSED à l'Association des chefs de police de l'Ontario des affaires à la foire commerciale.

Salon professionnel « Business to Business » de l'Association des chefs de police de l'Ontario

Le 11 octobre 2017, l'Association des chefs de police de l'Ontario a organisé un salon interprofessionnel annuel qui permet aux fournisseurs et aux intervenants de présenter leurs produits et services. Ce fut l'occasion pour le CSED d'élargir son réseau d'intervenants des services policiers.

Le CSED espère poursuivre ses activités de sensibilisation dans le secteur des services policiers, car, partout dans la province, les policiers travaillent avec des familles en deuil pendant les moments les plus difficiles et souvent en collaboration avec le coroner local. Notre objectif est de devenir une ressource facilement accessible pour les familles dans ces situations afin de les aider à s'y retrouver dans le système, surtout dans des moments aussi difficiles.



Photo : la directrice générale du NNPCN avec une membre du Conseil et des membres du secrétariat.

Assemblée générale de l'organisme Near North Palliative Care Network

Le Near North Palliative Care Network (NNPCN) est un organisme à but non lucratif qui offre, par l'intermédiaire de bénévoles, des services gratuits et une formation en soins palliatifs et en aide en cas de deuil dans le nord de l'Ontario. Le NNPCN fournit des programmes de visites de bénévoles et de soins palliatifs en collaboration avec d'autres organismes du nord de l'Ontario.

En novembre 2017, le CSED a fait une présentation aux membres et alliances du Réseau sur l'histoire et la structure de l'organisation, sur le rapport Goudge et ses

Ontario's Death Investigation Oversight Council

Ensuring death investigation services are transparent, effective and accountable.



Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès :

Veille à la transparence, l'efficacité et la responsabilité des services d'enquête sur les décès en Ontario.



Ontario

Death Investigation Oversight Council
Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

www.dioc.gov.on.ca
dioc@ontario.ca

recommandations, sur le mandat et la mission du Conseil, sur les rouages du système d'enquête sur les décès ainsi que sur les services offerts par le CSED. Cette présentation visait à expliquer le système d'enquête sur les décès aux intervenants et à faire connaître nos services dans le nord de l'Ontario. Le résultat a été positif en permettant au CSED d'établir de précieux contacts avec d'autres associations avec lesquelles nous travaillerons à l'avenir.

Liaison avec les associations de services funéraires

Le CSED a communiqué avec l'Association des services funéraires de l'Ontario (OFSA), l'Ontario Association of Cemetery and Funeral Professionals (OACFP) et l'Office ontarien des services funéraires. L'OFSA mentionne le CSED dans la liste des ressources sur son site Web, avec un lien vers le site Web du CSED. Cette association a aussi mentionné le CSED dans ses lettres d'information à ses clients en y joignant un exemplaire de la brochure du CSED. Nous espérons que ces associations communiqueront des renseignements à notre sujet à leurs clients qui travaillent avec des familles en deuil et qui pourraient avoir des questions au sujet des services d'enquête sur les décès. Nous voulons encourager l'utilisation de nos services pour les familles en deuil qui entrent en contact avec ces organismes et leurs intervenants.

Autres initiatives clés de sensibilisation

- Le CSED a fourni des documents écrits à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, notamment pour son magazine et son bulletin mensuel.
- Les coordonnées du CSED figurent maintenant sur le site du [service 211 Ontario](#)
- a dressé une liste d'organismes que le CSED contactera à l'avenir, ainsi qu'une liste de références à utiliser pour orienter les familles dans la bonne direction.

Formation

Photo : l'ombudsman de l'Ontario, Paul Dubé, accueille des participants venus de diverses régions du Canada et de l'étranger lors du cours annuel « Aigüisez-vous les dents ».



Ombudsman de l'Ontario « Aigüisez-vous les dents : Formation avancée aux enquêtes pour les chiens de garde de l'administration »

Pour la deuxième année consécutive, des membres et du personnel du CSED ont assisté à l'atelier « Aigüisez-vous les dents : Formation avancée aux enquêtes pour les chiens de garde de l'administration » offert par le Bureau de l'Ombudsman de l'Ontario. Quatre-vingts participants, venus des quatre coins du Canada ainsi que du Royaume-Uni, des Bermudes et du Botswana, ont participé à ce cours qui marquait son 10e anniversaire.

Ce cours, qui s'adresse aux ombudsmen et aux enquêteurs professionnels, offre une formation sur la réception des plaintes et le triage, les enquêtes systémiques, les principes d'excellence des enquêtes, les témoignages et les entrevues, l'évaluation des preuves et la rédaction de rapports. Plusieurs études de cas de l'Ombudsman ont été utilisées pour démontrer les principes et les processus utilisés par Ombudsman Ontario pour résoudre et enquêter sur les plaintes. Les participants ont eu l'occasion d'appliquer ces compétences et techniques dans le cadre de divers exercices, dont la planification d'une enquête, l'évaluation des éléments de preuve et la communication des résultats dans les enquêtes.

Le CSED applique et continuera d'appliquer ces principes. Le CSED applique les principes de résolution rapide et d'intervention proactive et fluide pour essayer d'aider les familles à trouver des réponses et à surmonter leur deuil après la perte d'un être cher. Plus récemment, les membres et le personnel du CSED ont appliqué ce qu'ils ont appris dans cette formation lors de l'examen systémique des processus de traitement des plaintes du BCC et du SMLO.

Exercice de sensibilisation aux questions autochtones

Le 26 avril 2017, le CSED a accueilli Échanges Racines canadiennes (ÉRC) pour une séance de sensibilisation aux questions autochtones. Cet exercice d'une journée

s'inscrivait dans le cadre d'une initiative de liaison avec les communautés autochtones – une question que CSED avait inscrite parmi ses priorités pour mieux comprendre l'histoire et la culture des peuples autochtones et les défis auxquels ils sont confrontés.

Même si, à ce jour, le CSED n'a jamais reçu de plainte provenant d'une famille s'identifiant comme autochtone, l'objectif était de s'informer et de comprendre le contexte historique afin de mieux apprécier et respecter les traditions de cette communauté, si un tel cas se présente à l'avenir.

La formation comprenait un exercice des couvertures et un aperçu historique suivi d'une discussion. Les membres du Conseil ont trouvé l'exercice des couvertures particulièrement émouvant.

Cet exercice leur a permis de s'informer sur l'histoire, les visions du monde et les cultures des peuples autochtones du Canada, de participer à une discussion dirigée sur le rôle du CSED dans le processus de réconciliation, d'acquérir des connaissances qui éclaireront le travail du Conseil et ses interactions avec les communautés autochtones, ainsi que de mieux connaître le contexte historique des relations entre les peuples autochtones et les autres Canadiens et ses conséquences sur la situation actuelle.

Les membres du Conseil ont posé beaucoup de questions sur les luttes historiques des peuples autochtones et se sont particulièrement intéressés à la façon la plus sensible et la plus respectueuse de traiter les plaintes qui pourraient être présentées par des membres des communautés autochtones lors des investigations sur les décès.



Annexe 1

Recommandations du Conseil – 26 avril 2013

1. Nommer des médecins légistes comme coroners pour les cas d’homicides ou de décès suspects.

Situation actuelle

- Des médecins légistes ont été nommés comme coroners à l’Unité provinciale de médecine légale en juillet 2014 et à l’Unité de médecine légale de l’Est de l’Ontario, à Ottawa, en juin 2016.
- Le Comité de la qualité et des normes du Conseil poursuit l’examen de cette initiative.

2. Permettre au Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès de conseiller le coroner en chef sur la pertinence de procéder à une enquête discrétionnaire.

Situation actuelle

Des modifications ont été apportées au Règlement de l’Ontario 180 (pris en vertu de la Loi sur les coroners), et le Comité a commencé vers la fin de 2016 à examiner des cas et à conseiller le coroner en chef sur la pertinence de procéder à une enquête discrétionnaire.

3. Donner au coroner en chef la possibilité de désigner un avocat ou un juge pour présider les enquêtes qui soulèvent des questions juridiques complexes.

Situation actuelle

Nécessite des modifications législatives — en attente de véhicule législatif approprié.

4. Mettre à la disposition du public les verdicts et les recommandations formulées lors des enquêtes.

Situation actuelle

Les verdicts et les recommandations depuis 2014 sont consultables sur le site Web du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (les recommandations et verdicts antérieurs ne sont plus affichés sur le site de CanLii)

Annexe 2

Recommandations du Conseil – 30 juillet 2014

Recommandations

1. Les coroners devraient être nommés dans le cadre d'un processus de recrutement ouvert, juste et transparent. La nomination devrait être fondée sur la base de critères bien établis, dont les compétences et l'expérience professionnelles des candidats, les besoins régionaux et la représentation de la population diversifiée de l'Ontario.
2. Les coroners devraient être nommés pour un mandat à durée déterminée, et le renouvellement de ce mandat devrait être sur recommandation du coroner en chef.
3. Les coroners devraient suivre un programme de formation formel, et des exigences claires devraient gouverner leur nomination. On devrait procéder à une évaluation régulière du programme de formation afin d'en déterminer la pertinence, l'efficacité et la durabilité.

Situation actuelle

Un comité directeur et trois groupes de travail sont chargés de fournir des orientations et des conseils pour la mise en œuvre de chacune de ces recommandations.

Ces groupes de travail sont les suivants :

1. Groupe de travail sur le recrutement des coroners – Le Bureau du coroner en chef a aligné son processus de recrutement sur celui de la fonction publique de l'Ontario.
2. Groupe de travail sur la limitation de la durée des décrets – la mise en œuvre de la recommandation nécessite un changement législatif – l'échéancier est en attente d'un mécanisme législatif approprié.
3. Groupe de travail sur la formation – Le Bureau du coroner en chef continue d'explorer les possibilités d'officialiser le programme de formation pour les coroners

