



Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès Rapport annuel 2018



Ontario

Death Investigation
Oversight Council

Conseil de surveillance
des enquêtes sur les décès

Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès Rapport annuel 2018

Message de la présidente

Vue d'ensemble

Organisation

Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès – Secrétariat

Composition du conseil

Données financières

Revue de l'année 2018

Faits saillants de 2018

**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 2019

L'honorable Sylvia Jones
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 2018.

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

La présidente,

Christine McGoey

Message de la présidente

En janvier 2018, j'ai été nommée présidente du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès. L'année a été très chargée pour le Conseil et son Secrétariat, et je tiens à remercier du fond du cœur l'honorable Joseph James, ancien président, de m'avoir fait bénéficier de son leadership et de ses conseils pendant la transition à mon nouveau rôle et de m'avoir offert son soutien continu à titre de membre du Conseil.

Durant l'année écoulée, deux examens importants ont été réalisés par des sous-comités du Conseil. Il y a notamment le Comité de la qualité et des normes, qui a terminé l'examen de l'initiative de nomination des médecins légistes comme coroners annoncée en 2013. Neuf recommandations ont été présentées à la fois au coroner en chef et au médecin légiste en chef le 1er mars 2018.

Le rapport a procuré à l'organisation de l'information sur la mise en œuvre de l'initiative de nomination des médecins légistes comme coroners et a attiré l'attention sur certaines réalités du système d'enquête sur les décès. Nous sommes conscients de l'engagement des deux organisations dans le cadre de cette initiative et nous saluons leurs efforts visant à tirer le maximum des compétences et des ressources qui existent dans le système aujourd'hui tout en créant des occasions d'offrir une formation en bonne et due forme pour améliorer les services qui seront fournis dans l'avenir.

En 2018, le Comité de la qualité et des normes ainsi que le Comité des plaintes ont terminé l'examen systématique du processus de traitement des plaintes au Bureau du coroner en chef. L'examen a permis de déterminer tant les points positifs du processus actuel ainsi que ses risques et lacunes. Le Conseil a présenté quatorze recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef et il continue de collaborer avec les deux bureaux pour la mise en œuvre de ces recommandations.

Bon nombre d'autres projets et initiatives ont été réalisés par le Conseil en 2018, et plus de détails à leur sujet sont donnés dans le rapport. Le Conseil a procédé à une évaluation indépendante des contraintes budgétaires du système d'enquête sur les décès et il a présenté son rapport au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. De plus, il y a eu une augmentation importante des activités de liaison avec le public du Conseil, notamment la participation à des salons commerciaux et à des discussions d'information avec bon nombre de parties prenantes. Nous avons de plus lancé notre formulaire de plainte en ligne, qui permet aux familles de transmettre leurs préoccupations en ligne au Conseil.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux membres du Conseil et du Secrétariat, qui se sont tous montrés dévoués et ont fait un travail exemplaire pour assurer la supervision efficace du système d'enquête sur les décès de l'Ontario. Je me réjouis de poursuivre mon travail au Conseil en contribuant à l'amélioration continue d'un système efficace, responsable et transparent pour l'Ontario.

Meilleures salutations.



Christine McGoe

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. la gestion des ressources financières;
2. la planification stratégique;
3. l'assurance de la qualité, les mesures de rendement et les mécanismes de responsabilisation;
4. la nomination et le congédiement des cadres supérieurs;
5. l'exercice du pouvoir de refuser d'examiner une plainte en vertu du paragraphe 8.4 (10) de la Loi sur les coroners;
6. l'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.

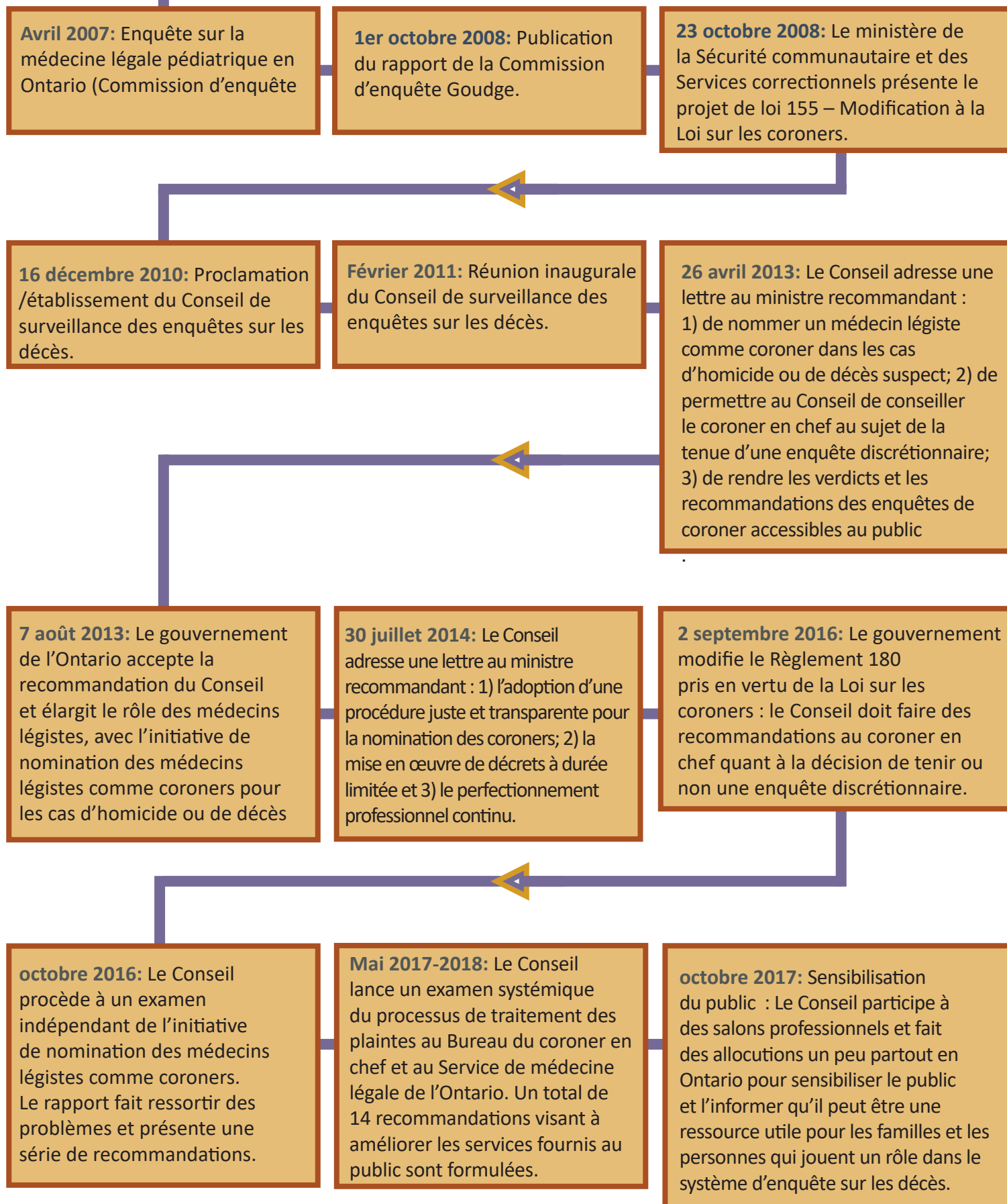
De plus, le 2 septembre 2016, le Règlement de l'Ontario 180, pris en vertu de la Loi sur les coroners, a été modifié afin d'élargir le rôle du Conseil. Plus précisément, cet élargissement permet au Conseil de formuler des conseils et des recommandations au coroner en chef de l'Ontario au sujet des examens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

Ce que nous faisons

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès assure une supervision efficace en entreprenant des projets, en analysant des politiques, en effectuant des recherches et en vérifiant ce qui se fait ailleurs qu'en Ontario. Pour ce faire, nous procédons de diverses façons :

- Nous examinons les plaintes déposées au sujet du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.
- Nous soumettons les plaintes concernant les coroners ou médecins légistes au coroner en chef, au médecin légiste en chef ou encore à la personne ou à l'organisme compétent.
- Nous prenons en considération la manière dont l'investigation sur le décès a été menée et nous formulons au besoin des recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef.
- Nous surveillons et nous évaluons la performance du système ontarien d'enquête sur les décès.
- Nous formulons des recommandations pour améliorer le système d'enquête sur les décès à partir des recherches et nous collaborons avec le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario afin de bien comprendre leur travail.
- Nous administrons le processus de traitement des plaintes du public.
- Nous présentons des conseils et des recommandations au coroner en chef sur la pertinence de tenir des enquêtes discrétionnaires. Cela permet de faire entendre la voix du public dans le cadre du processus d'enquête discrétionnaire, de sorte que le coroner en chef puisse prendre en considération tout un éventail de perspectives dans ses délibérations.

Historique

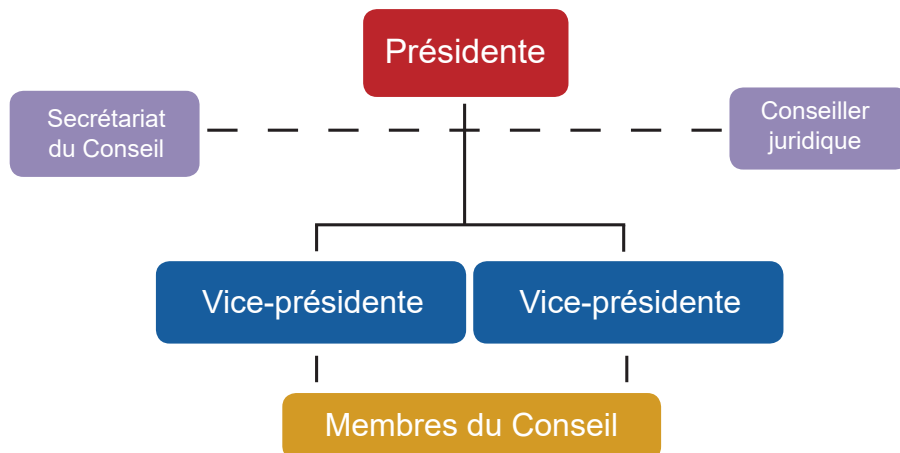


Organisation

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. À l'heure actuelle, un des postes de vice-président est vacant.

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



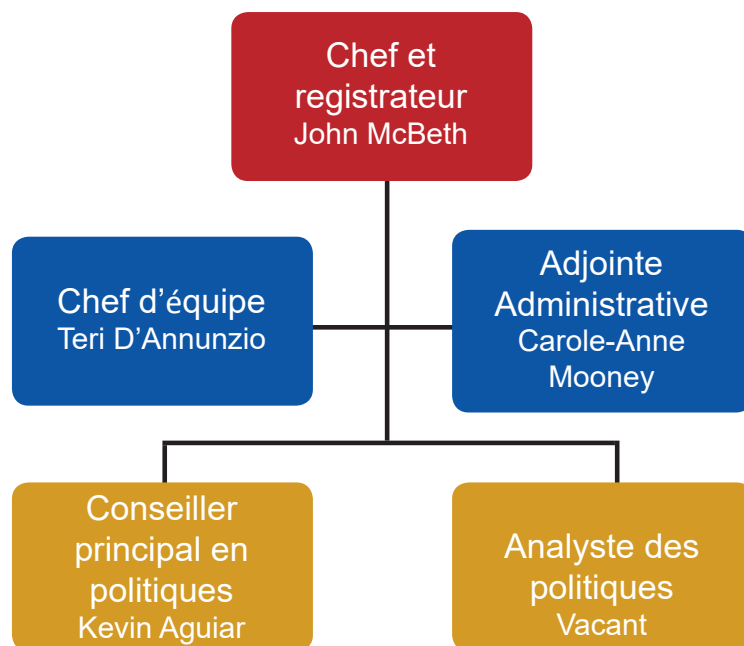
Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès – Secrétariat

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

- conseils stratégiques visant à éclairer la prise de décision;
- recherche et analyse des politiques;
- gestion du traitement des plaintes du public;
- gestion du processus relatif aux enquêtes discrétionnaires;
- gestion de projets;
- liaison avec le public;
- planification des activités et gestion financière;
- soutien administratif.

Notes:

Adjointe administrative – Carole-Anne Mooney a remplacé Stephanie Romain-Boothroyd à partir de mars 2018.



Profil des membres 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 doit communiquer 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. Il est de plus appelé à travailler 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. Il 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 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 de la communication de l'analyse des plaintes et des recommandations au Comité des plaintes. Il 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. Il fournit aussi 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'adjointe administrative fournit un soutien administratif au Conseil 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'adjointe 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 principale personne-ressource pour toutes les questions administratives.

Composition du conseil

Le Conseil 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 votants actuels



Christine McGoey (présidente)

Christine Ada McGoey 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 McGoey 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 été conseillère juridique pour le Programme d'aide aux victimes et aux témoins. 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 Smail (vice-présidente)

La docteure Fiona Smail 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.



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

Mme 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 ans, 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 a été médecin hygiéniste pour le Conseil de santé du district de Thunder Bay, d'octobre 2011 au 30 juin 2015.

Le docteur Williams a cumulé quatre diplômes 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 de première instance et 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.

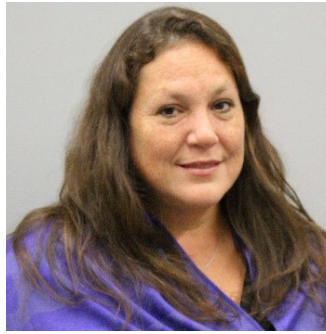
Maître Leibovich est devenu directeur du Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel, en octobre 2011, où il dirige une centaine d'avocats. Il continue par ailleurs de plaider des appels complexes, principalement dans le cadre de condamnations pour meurtre.



Dr Michael Billinger

Le docteur 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.

Le docteur 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 dans 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.

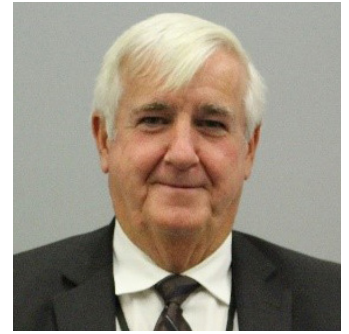


Catherine Rhineland

Après avoir obtenu son diplôme à l'université Dalhousie en 1991, Catherine a été admise au barreau en 1993.

En 2007, Catherine est devenue procureure adjointe de la Couronne à 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.



Heather Arthur

Heather Arthur est actuellement vice-présidente des services aux patients et infirmière en chef à l'Hôpital communautaire de Cornwall. Elle cumule plus de 30 ans d'expérience en administration de soins de santé. Elle fait aussi partie de différents comités régionaux et a dirigé d'importantes initiatives régionales dans le système des hôpitaux de soins actifs en plus de siéger à différents conseils d'administration. Dans le cadre de ses fonctions à l'hôpital, M^{me} Arthur est responsable des soins infirmiers et du laboratoire, notamment des services de pathologie, de l'imagerie diagnostique, des relations avec les patients et de la qualité et des risques. Elle a déjà travaillé dans le domaine des soins préhospitaliers en tant que chef des Services médicaux d'urgence de Cornwall et des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry. Tout au long de sa carrière, elle a contribué à de nombreux projets d'innovation et de transformation dans les organisations pour lesquelles elle a travaillé. Son dévouement l'a conduite – et la conduit encore – à mettre sur pied des programmes qui donnent la priorité aux patients.

Membres non votants

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 Conseil consiste à faire bénéficier les autres membres de leur perspective, de leur expertise et de leurs connaissances (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

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 docteur 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. De 2014 à 2017, le docteur Pollanen a été président de l'Association internationale des sciences judiciaires (IAFS).

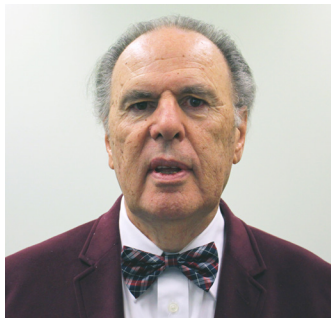


D^r Dirk Huyer (coroner en chef de l'Ontario)

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 enquêtes à titre de coroner. Le docteur 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 docteur 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 2018)



William McLean - Il a pris sa retraite du Conseil le 13 avril 2018

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

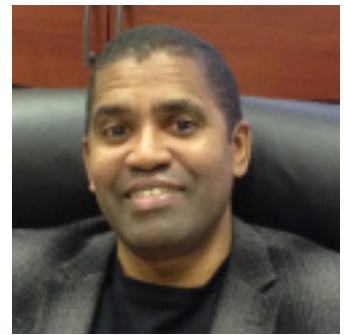
McMaster et d'une maîtrise en éducation de l'Université de Toronto. Il a obtenu le brevet d'enseignement de l'Ontario au Hamilton Teachers' College et possède un brevet d'agent de supervision, un brevet de directeur d'école, un certificat d'éducation de l'enfance en difficulté et un certificat d'enseignement de l'anglais langue seconde du ministère de l'Éducation. Il a pris sa retraite du Conseil le 13 avril 2018.



L'honorable Joseph C.M. James

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. Il a été nommé président du Conseil et est par la suite demeuré au Conseil à titre de fonctionnaire judiciaire

retraité en 2018, puis il a donné sa démission entrant en vigueur le 31 décembre 2018.



Roger Rowe - Le CIC a expiré le 31 décembre 2018

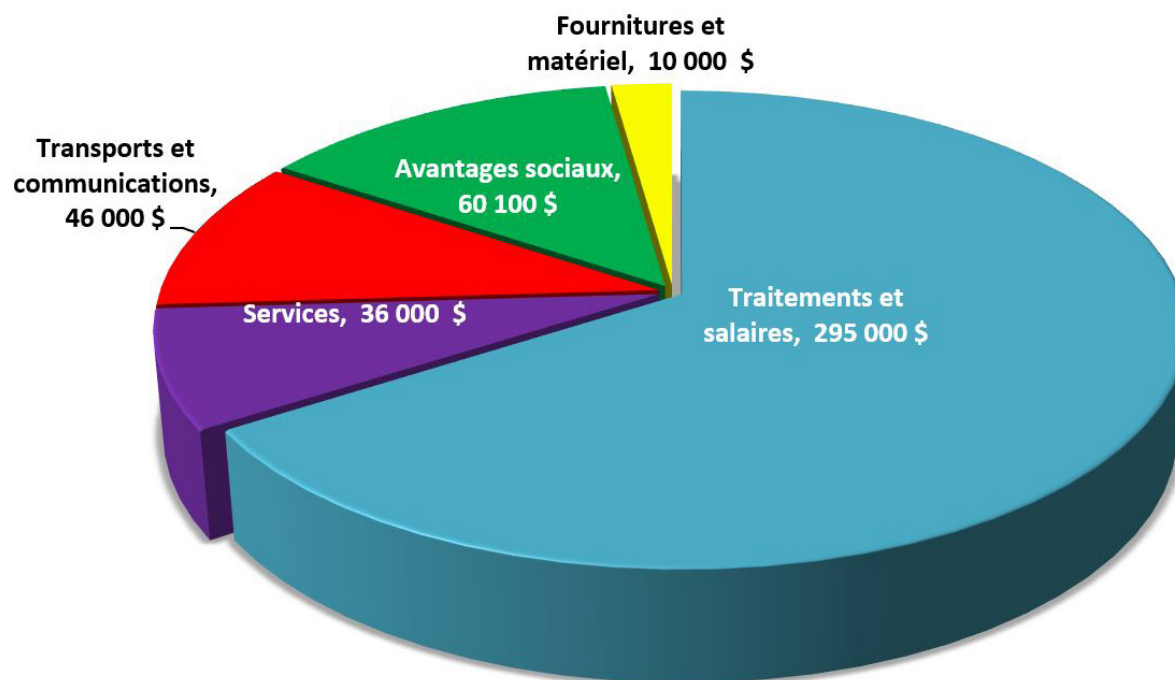
Roger Rowe est né à Montréal (Québec) et a été admis au Barreau de l'Ontario en 1989. Titulaire d'un baccalauréat ès arts en sociologie et d'un baccalauréat (LL.B.) de la faculté de droit Osgoode Hall de l'Université York, il a commencé sa carrière comme avocat salarié de la clinique juridique communautaire 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.

Données financières

Le budget annuel est décidé par l'Assemblée législative, et les fonds sont alloués par l'intermédiaire du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.



Le budget total alloué au Conseil pour l'exercice 2018 2019 était de 44 100 \$. 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 \$

Revue de l'année 2018

Révision de la structure des comités initiative en 2018

Dans l'intention de rationaliser le fonctionnement sans pour autant nuire à la qualité de la supervision du système d'enquête sur les décès en Ontario, le Conseil a procédé à la révision de la structure de ses comités en 2018.

Pour mieux contribuer au système d'enquête sur les décès en Ontario, le Conseil a jugé qu'il valait mieux revoir la structure officielle des comités. En effet, le Comité de gestion des ressources financières, le Comité de la qualité et des normes et le Comité des enquêtes seront remplacés par des groupes de travail. Pour respecter la législation, le Comité des plaintes ne changera pas.

Pour ce faire, les membres du Conseil se réunissent tous ensemble pour mettre en commun les perspectives de chacun au lieu de tenir des réunions séparées pour chaque comité individuel. Cette méthode permet d'accroître l'engagement et de prendre des décisions plus éclairées sur la structure du Conseil. Si un sujet nécessite des recherches, le Conseil est capable de créer de petits groupes de travail en fonction de l'expertise des membres en suivant la même méthode qui a été utilisée pour la création du comité

Plaintes

Le Comité des plaintes a le mandat légal 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. Lorsqu'il examine une plainte, le Comité prend en considération la manière dont l'enquête sur le décès a été menée et formule au besoin des recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef. 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.

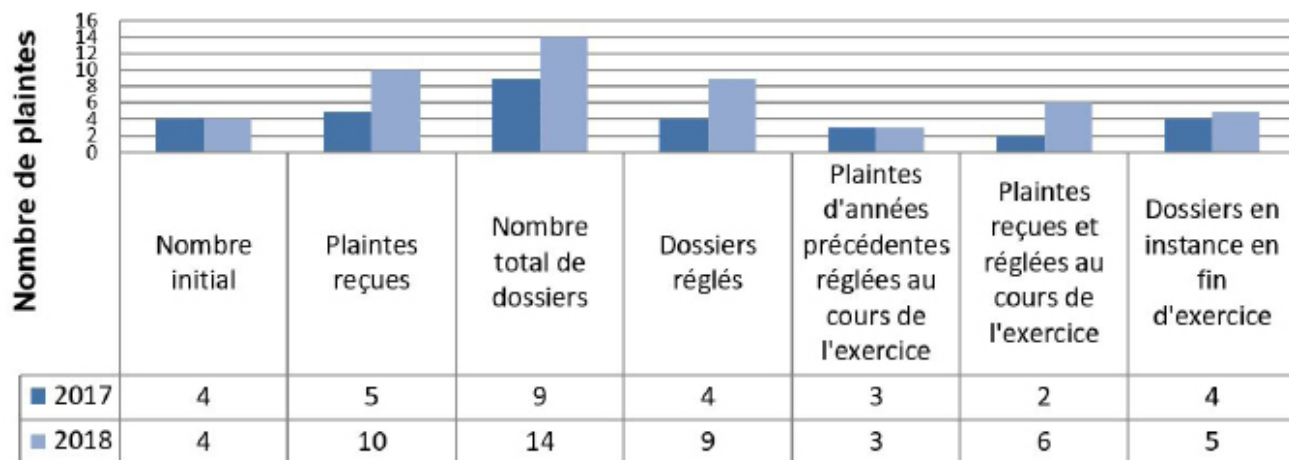
Comme le Comité des plaintes n'est pas une entité médicale, il n'infirmes en aucun cas les conclusions médicales sur la cause et les circonstances du décès.

Nombre de plaintes

Depuis sa création, le Comité des plaintes a reçu plus de 100 plaintes et a présenté au total au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario 25 recommandations visant à améliorer les services fournis aux gens de l'Ontario. En 2018, 10 plaintes ont été reçues. Il arrive parfois qu'une seule plainte porte sur plusieurs problèmes différents, ce qui a pour effet d'en accroître la complexité.

En plus du nombre total de plaintes examinées (voir le graphique ci-dessous), le Conseil a participé à la résolution de plaintes entre des familles et le Bureau du coroner en chef ou le Service de médecine légale de l'Ontario.

Charge de travail



Demandes de renseignements

Le Conseil répond aussi chaque jour à des demandes de renseignements et il aide les familles à s’y retrouver dans le système d’enquête sur les décès. Il aborde chaque enquête en fonction de la situation et peut choisir de rencontrer une famille et d’en renvoyer une autre à un organisme mieux placé pour répondre à ses questions. Les familles communiquent régulièrement avec le Conseil pour se renseigner sur les enquêtes de police, les foyers de soins de longue durée ou les hôpitaux (y compris les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé). Vu le nombre élevé de demandes de renseignements, le Conseil a une ligne téléphonique et une adresse de courriel dédiées aux demandes de renseignements du public. Tous les membres du Secrétariat du Conseil sont chargés de répondre aux demandes de renseignements de sorte qu’aucun appel ne demeure sans réponse durant les heures d’ouverture normales.

Le Conseil est devenu une ressource qui aide les familles à s’y retrouver dans un système souvent complexe durant des moments éprouvants pour eux.

Assistance aux familles

Même si les cinq étapes peuvent donner l’impression que le traitement des plaintes est un processus rigide, le Conseil fait de son mieux 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. Nous encourageons les familles à essayer de soumettre leurs préoccupations au coroner ou au médecin légiste auquel ils ont eu affaire avant de recourir au processus officiel de traitement des plaintes du Conseil. Les plaintes fournissent une rétroaction constructive sur le fonctionnement du système d’enquête sur les décès et elles offrent des renseignements précieux au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l’Ontario sur les possibilités d’amélioration des services et leur prestation.

Vue d'ensemble du processus de traitement des plaintes



1^{re} étape : Réception et traitement de la plainte

Le Secrétariat du Conseil reçoit la plainte par le formulaire de plainte en ligne, 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 Conseil examine sa plainte. Le Comité des plaintes du Conseil examinera directement toute plainte au sujet du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.

2^e étape : Accusé de réception de la plainte

Le Secrétariat du Conseil accuse réception de la plainte et informe le plaignant du mandat du Comité des plaintes du Conseil 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 Conseil fait de son mieux 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.

3^e étape : Collecte de renseignements

Si la plainte relève du mandat du Conseil, le Secrétariat du Conseil obtient les renseignements et documents pertinents auprès de l'auteur de la plainte ainsi qu'auprès du Bureau du coroner en chef ou du Service de médecine légale de l'Ontario. Cela peut nécessiter une rencontre en personne et des conversations téléphoniques entre l'auteur de la plainte et le personnel du Secrétariat du Conseil. 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.

4^e étape : Examen par le Comité des plaintes

Lorsque le Secrétariat du Conseil 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 signalées par le plaignant.

5^e 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 Bureau du coroner en chef ou au Service de médecine légale de l'Ontario (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 Bureau du coroner en chef ou au Service de médecine légale de l'Ontario, avec une échéance précise pour leur réponse.

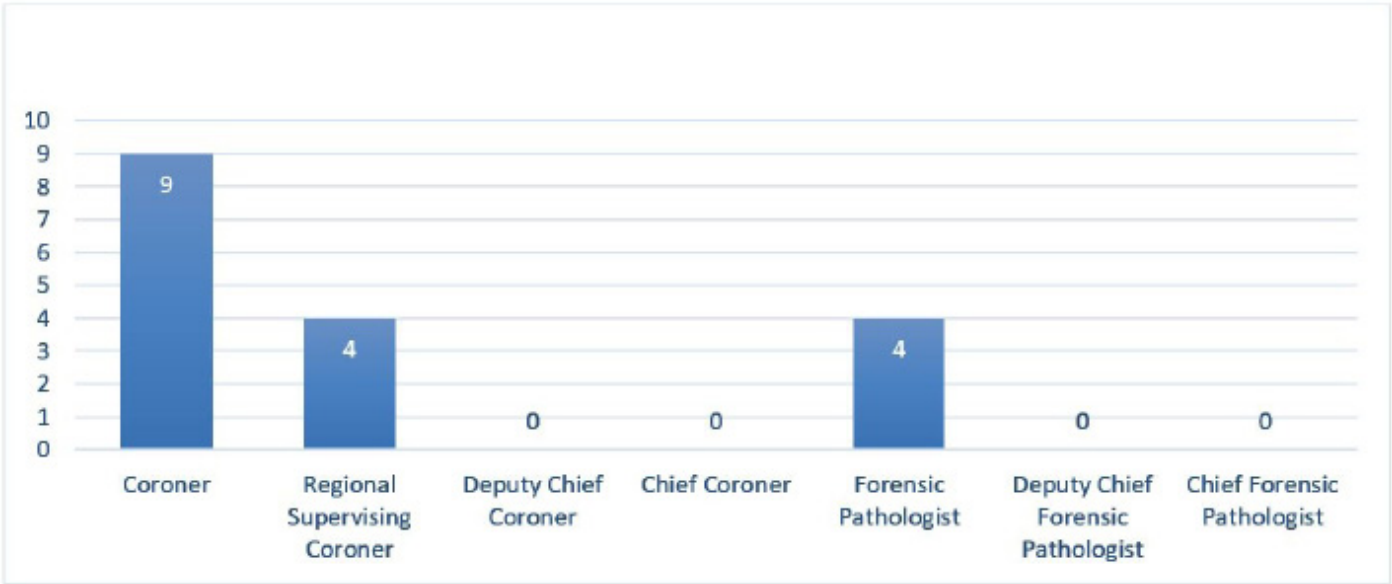
Principaux sujets des plaintes

Le Comité des plaintes a constaté que la plupart des allégations étaient liées aux communications, au professionnalisme et au manque de clarté des délais, des processus et des politiques. Le Comité des plaintes s'est penché sur ces sujets afin d'examiner comment le Bureau du coronier en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario peuvent améliorer la façon dont ils fournissent leurs principaux services.

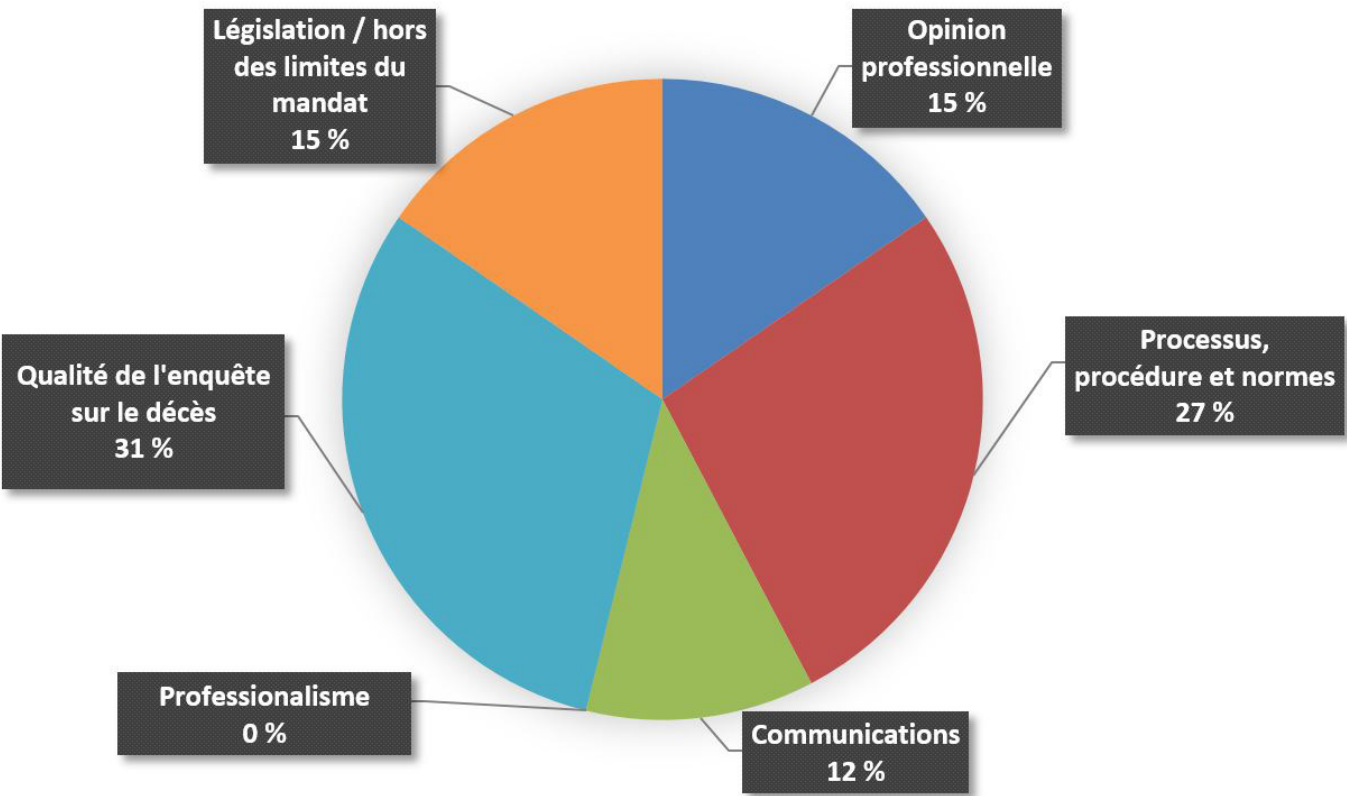


Sujets des plaintes	Exemples de problèmes
Opinion professionnelle	• Désaccord relatif à la cause du décès • Désaccord relatif aux circonstances du décès • Désaccord relatif aux preuves utilisées et prises en considération pour parvenir à une opinion ou à des conclusions médicales • Désaccord relatif à la « norme de preuve » nécessaire pour tirer des conclusions médicales
Processus, procédure et 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 des 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
Professionnalisme	• 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'enquête sur le le décès	• L'enquête n'était pas suffisamment approfondie (par exemple, absence de recherche, de diffusion 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'enquête 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 ou soins médicaux sans rapport avec un coroner) • Refus de tenir une enquête

Personnes visées par les plaintes en 2018



Sujets des plaintes reçues en 2018



Cas en instances

Cas en instance 1 :

Résumé :

En 2018, une famille s'est adressée au Conseil à cause d'un désaccord relatif à la cause du décès d'un proche. Elle estimait que le coroner n'avait pas fait une enquête de qualité sur le décès. Une plainte a aussi été déposée au Bureau du directeur indépendant de l'examen de la police.

Intervention du Conseil :

The complaint was referred to the Office of the Chief Coroner for review.

Cas en instance 2 :

Résumé :

Une famille était préoccupée par l'enquête sur un décès. Elle estimait que l'enquête n'avait pas été assez approfondie. La plainte concernait le lieu du décès, les communications entre la famille et le coroner et les circonstances du décès.

Intervention du Conseil :

La plainte a été renvoyée à la fois au coroner en chef et au médecin légiste en chef pour un examen. Les coordonnées des organismes de supervision ont été fournies à la famille pour les aspects qui dépassaient le champ de compétence du Conseil. Il s'agissait de la première plainte soumise à l'aide du formulaire de plainte en ligne du Conseil.

Cas en instance 3 :

Résumé :

Une famille avait différentes préoccupations relatives à la norme de diligence des soins médicaux prodigués à la personne décédée au moment de son décès. Le Bureau du coroner en chef avait déjà procédé à un examen du dossier et avait formulé des recommandations à partir d'un examen d'un comité. La famille soutenait que les recommandations n'avaient pas été transmises aux personnes visées.

Intervention du Conseil :

La plainte a été renvoyée au coroner en chef pour qu'il l'examine et y réponde.

Plaintes réglées en 2018

Cas clos 1 :

Résumé : Une famille avait communiqué avec le Conseil en juillet 2016 au sujet de l'enquête sur le décès d'un de ses membres. La plainte initiale concernait les soins fournis par un médecin à la personne décédée. La famille estimait aussi que le coroner chargé de l'enquête n'avait pas procédé à une enquête de qualité, qui aurait pu révéler des preuves relatives au décès.

Intervention du Conseil : Le Conseil a renvoyé la plainte au Bureau du coroner en chef, au nom de la famille. La famille n'était pas satisfaite du premier examen et a donc demandé au Comité des plaintes de se pencher dessus. Le Comité des plaintes a procédé à l'examen et a présenté des recommandations au Bureau du coroner en chef au sujet des attentes et des échéances par rapport aux examens du Comité, pour que les familles reçoivent régulièrement des nouvelles sur l'avancement des enquêtes en cours et il a conseillé l'utilisation du courrier recommandé pour assurer la réception des documents.

Réponse du Bureau du coroner en chef : Les communications avec les familles sont la priorité première du Bureau du coroner en chef, et dans la réponse, on a reconnu qu'il y avait place à l'amélioration dans ce domaine. Le coroner en chef continue à revenir sur ces recommandations aux réunions mensuelles avec ses collègues.

État : Le Conseil a clos le dossier.

Cas clos 2 :

Résumé : Une famille a communiqué avec le Conseil à la suite d'un décès. La personne décédée s'est effondrée dans un foyer de soins de longue durée et a été transportée à l'hôpital, où elle a été déclarée morte. La famille affirmait que le coroner avait agi de façon non professionnelle et elle mettait en doute la qualité de l'enquête sur le décès.

Intervention du Conseil : La plainte initiale a été renvoyée au coroner en chef pour un examen. La famille n'était pas satisfaite de l'examen du coroner en chef et elle a demandé au Comité des plaintes de faire enquête. Celui-ci a examiné le dossier et a procédé à un suivi en faisant parvenir un rapport sous forme de lettre pour répondre aux préoccupations de la famille et présenter des recommandations au Bureau du coroner en chef.

Réponse du Bureau du coroner en chef : Le coroner en chef a offert de rencontrer la famille.

État : Le Conseil a clos le dossier.

Cas clos 3 :

Résumé : Un membre de la famille a fait des allégations concernant la qualité de l'enquête sur un décès. La famille mettait en doute les tests effectués et pensait que des erreurs avaient pu être faites dans le rapport d'enquête.

Intervention du Conseil : Le Secrétariat a renvoyé la plainte au coroner en chef.

Réponse du Bureau du coroner en chef : Le coroner régional principal s'est occupé des problèmes et le conseiller juridique de la famille a indiqué qu'elle était satisfaite de la réponse.

État : Le Conseil a clos le dossier.

Cas clos 4 :

Résumé : Une famille s'est adressée au Conseil pour déposer une plainte. Elle s'opposait à la décision du coroner de ne pas faire enquête sur le décès. La famille a mis en doute la qualité de l'enquête sur le décès en disant que la cause du décès indiquée n'était pas la bonne.

Intervention du Conseil : Le Secrétariat a renvoyé la plainte au coroner en chef.

Réponse du Bureau du coroner en chef : Le coroner régional principal et le coordonnateur de la liaison avec les familles se sont rencontrés. De mauvaises communications avec les membres de la famille ayant participé au processus d'enquête sont le problème qui a été identifié. La famille était satisfaite de l'explication fournie après la rencontre avec le Bureau du coroner en chef.

État : Le Secrétariat a clos le dossier.

Cas clos 5 :

Résumé : Une famille a communiqué avec le Conseil et a déposé une plainte concernant une enquête sur un décès, en signalant des problèmes de délai et de communication.

Intervention du Conseil : La plainte a été renvoyée au Bureau du coroner en chef pour l'obtention de clarifications et la réalisation d'un suivi.

Réponse du Bureau du coroner en chef : Le Bureau du coroner en chef a avisé le Conseil qu'il y avait probablement eu un malentendu sur le délai prévu. Les rapports finaux n'étaient pas prêts dans le délai auquel la famille s'attendait.

État : Le Secrétariat a clos le dossier.

Cas clos 6 :

Résumé : La plainte provenait d'un organisme indépendant de défense des femmes contre la discrimination. Il a déposé une plainte au sujet d'une enquête en cours concernant un homicide pour lequel les renseignements transmis étaient inexacts. La personne craignait que de la discrimination soit exercée dans le système dans les cas de décès résultant de la violence familiale.

Intervention du Conseil : Une lettre expliquant le rôle du Conseil et demandant plus de détails sur les préoccupations soulevées a été envoyée à l'organisme.

État : L'organisme n'a pas répondu à la lettre du Conseil, et le Secrétariat a clos le dossier.

Cas clos 7 :

Résumé : Une plainte contre un coroner et un médecin légiste a été déposée au Conseil. La famille avait des préoccupations au sujet de l'autopsie : elle était en désaccord avec la cause et les circonstances du décès et elle se disait préoccupée par des politiques et processus du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario. La famille soutenait qu'une faute professionnelle avait été commise à l'hôpital où le décès s'était produit après une chirurgie.

Intervention du Conseil : La plainte a été renvoyée à la fois au coroner en chef et au médecin légiste en chef.

Réponse du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario : Le médecin légiste en chef adjoint et le coroner régional principal ont tous deux fourni des réponses détaillées à la famille. Celle-ci n'était pas satisfaite et elle soutenait ne pas avoir eu de réponse à certaines des préoccupations qu'elle avait exprimées. Le Secrétariat a transmis le message au médecin légiste en chef adjoint, qui a répondu qu'il n'existait pas de processus pour répondre à la demande de la famille.

État : Le Secrétariat a clos le dossier.

Cas clos 8 :

Résumé : Une famille a déposé une plainte au Conseil en invoquant que le rapport d'enquête du coroner contenait des erreurs. Elle avait aussi plusieurs préoccupations relatives aux soins aux patients.

Intervention du Conseil : Les coordonnées de l'Ordre des médecins et chirurgiens ont été transmises à la famille pour répondre à ses préoccupations. La plainte a aussi été renvoyée au Bureau du coroner en chef.

Intervention du Conseil : Le coroner a discuté du dossier avec la famille et a modifié le rapport d'enquête à la satisfaction de la famille.

État : Le Secrétariat a clos le dossier.

Cas clos 9 :

Résumé : La famille a d'abord communiqué avec le Conseil en décembre 2017. Des rencontres entre la famille et le coroner régional principal ont été planifiées, puis annulées par la famille. Il y a eu un problème de communication entre le Bureau du coroner en chef et la famille.

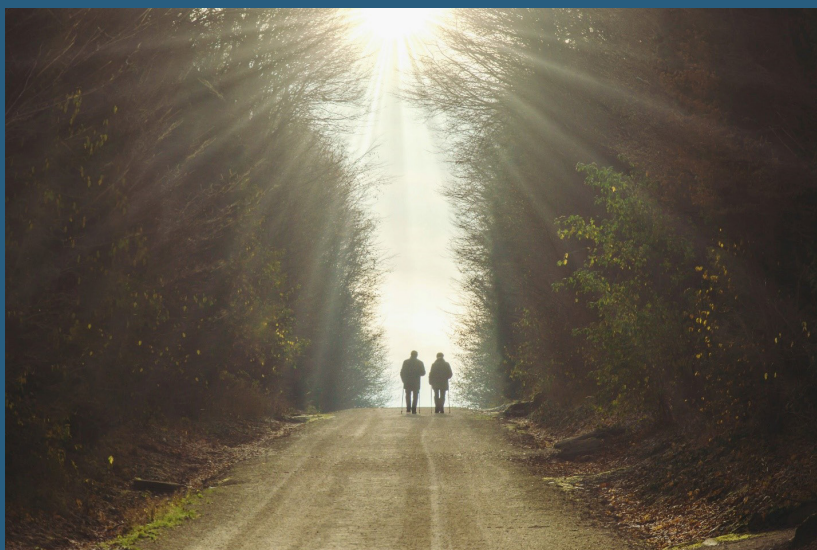
Intervention du Conseil : Le Bureau du coroner en chef est en discussion avec le Secrétariat pour décider ce qu'il y a lieu de faire. Le Secrétariat communique avec la famille pour tenter de répondre à ses préoccupations.

État : Le Secrétariat a clos le dossier en attendant de recevoir une plainte officielle.

Enquêtes

Dans le but de promouvoir un système d'enquête sur les décès de haute qualité en Ontario, le Conseil examine et étudie divers systèmes d'enquête afin de fournir des conseils au Bureau du coroner en chef et de lui recommander des politiques et des pratiques exemplaires. Le Conseil 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;
- les critères et processus qu'utilise le comité consultatif sur les enquêtes du Bureau du coroner en chef.



Enquêtes discrétionnaires

Une famille a écrit au Bureau du coroner en chef pour lui demander de revoir la décision de refuser de procéder à une enquête discrétionnaire sur le décès d'un de ses membres.

Elle souhaitait qu'une enquête sur le décès de ce membre de la famille vienne apaiser et aide à changer les jeunes vulnérables d'une collectivité autochtone du Nord de l'Ontario. Le but était d'obtenir des recommandations du jury visant à empêcher que d'autres décès ne se produisent dans des circonstances semblables, conformément à l'alinéa 20 c) et au paragraphe 31 (3) de la Loi sur les coroners.

Les membres du Conseil ont examiné la demande et se sont réunis à plusieurs reprises pour formuler une réponse destinée au coroner en chef. Celui-ci examine toujours le dossier et n'a pas encore répondu à la famille.

Enquête discrétionnaire en 2018 – système 9-1-1 de l'Ontario

À la fin de 2016, on a demandé au Conseil d'examiner la demande d'enquête que la famille du défunt avait présenté au coroner en chef à la suite du refus du coroner régional principal de procéder à une enquête discrétionnaire. Le membre de la famille ayant déposé la plainte était décédé à la suite d'un incident médical survenu après un appel d'urgence visant à obtenir de l'aide. La famille du défunt demandait une enquête afin que les problèmes opérationnels et procéduraux soient cernés et que des recommandations pour améliorer la rapidité et l'efficacité du système d'intervention d'urgence soient formulées.

Le Comité des enquêtes a recommandé qu'une enquête soit menée pour examiner les circonstances entourant le décès. Une enquête permettrait de formuler des recommandations susceptibles d'améliorer la rapidité et l'efficacité du système d'intervention d'urgence.

Au début de 2017, le coroner en chef a accepté les recommandations du Conseil et 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.

Une enquête a été tenue en octobre 2018. Un membre du Conseil et un membre de son Secrétariat étaient présents. L'enquête a été exhaustive, et le jury à l'enquête conjointe du coroner a formulé 27 recommandations.

Faits saillants de 2018

1 Examen systémique

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 Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, le Conseil 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 dans ces deux entités. À la suite de ses recherches, le Conseil a formulé 13 recommandations à l'intention du coroner en chef et du médecin légiste en chef.

2 Examen financier

En raison des constantes difficultés financières, le Conseil a effectué une évaluation indépendante des réalités financières du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario. Dans un rapport détaillé indépendant, il a présenté ses conclusions concernant l'utilisation des ressources de ces deux entités et les répercussions financières.

Le rapport se voulait un outil destiné à faciliter la prise de décision pour la planification et la viabilité futures.

3 Initiative de nomination des médecins légistes comme coroners

L'initiative de nomination des médecins légistes comme coroners (l'« initiative ») visait à mettre en œuvre l'orientation du gouvernement en élargissant le rôle des médecins légistes dans les cas d'homicide et de mort suspecte. L'Initiative permettait aux médecins légistes d'être nommés coroners et d'assumer ce rôle dans des cas semblables.

Le Conseil a effectué un examen indépendant de l'initiative. Il voulait ainsi évaluer les progrès réalisés dans le cadre de l'initiative et l'incidence opérationnelle de celle-ci sur le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario ainsi que faire des recommandations destinées à améliorer la prestation des services.

Le Conseil a constaté des effets positifs de l'initiative, notamment la possibilité d'accroître la collaboration entre le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, l'augmentation des possibilités de perfectionnement professionnel dans le système d'enquête sur les décès de l'Ontario et l'amélioration de la satisfaction au travail des médecins légistes, qui peuvent interagir avec les familles. En outre, l'initiative a permis d'améliorer l'alignement et la gestion des cas de l'organisation et de faire connaître davantage le rôle important des médecins légistes dans le système d'enquête sur les décès de l'Ontario.

Le rapport met en relief des difficultés associées à l'initiative et présente une série de recommandations. Le coroner en chef et le médecin légiste en chef ont bien accueilli le rapport du Conseil et ont examiné les recommandations visant à accroître l'efficacité du rôle des médecins légistes dans les cas d'homicide et de mort suspecte.

4 Formulaire de plainte

Le Secrétariat du Conseil a élaboré un formulaire de plainte en ligne avec les Services communs de l'Ontario. Le formulaire fournit aux familles des directives claires concernant les renseignements dont le Conseil a besoin pour décider de la suite à donner à une plainte. Le formulaire n'est pas obligatoire pour le dépôt d'une plainte, mais il est conçu de façon à saisir la majorité des renseignements sur la plainte. Ce formulaire aidera le Comité des plaintes et le Secrétariat à assurer le bon déroulement du processus de traitement des plaintes.

5 Analyse de ce qui se fait ailleurs

Le Conseil a entrepris une analyse des services d'enquête sur les décès au Canada et à l'étranger. Le but est d'examiner d'autres systèmes d'enquête sur les décès et de les comparer au modèle de l'Ontario pour faire en sorte que la population de la province bénéficie du modèle le plus efficace en matière de services d'enquête sur les décès. Le Conseil continue de sonder d'autres pays afin de comparer le nombre de décès signalés, d'autopsies et d'enquêtes ainsi que leur budget global.

6 Rencontres avec les familles

Le Secrétariat a joué un rôle déterminant dans le rapprochement des parties touchées afin d'aider une famille à obtenir des réponses à ses questions constantes au sujet du décès d'un de ses membres. Une rencontre a eu lieu dans le Nord de l'Ontario, et toutes les personnes présentes ont fourni des renseignements utiles en racontant ce qu'elles savaient au sujet du tragique accident et du décès. La famille a rencontré le Conseil ainsi que des représentants des services policiers, du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario. Il était évident que des renseignements contradictoires avaient été fournis au fil des ans, ce qui avait amené la famille à remettre en question les faits. Le Conseil et d'autres partenaires présents à la rencontre se sont engagés à utiliser les renseignements recueillis pour apporter des améliorations au système et veiller à ce que les familles obtiennent un soutien approprié.

7 Transmission d'information au Conseil

Afin de bien comprendre les problèmes régionaux au Bureau du coroner en chef et d'améliorer la surveillance, le Conseil a lancé une initiative consistant à inviter les coroners régionaux principaux à ses réunions à tour de rôle. Avec l'aide du coroner en chef, le Conseil espère que les coroners régionaux principaux pourront présenter une vue d'ensemble de leur région aux réunions au cours de la prochaine année. Le but est de bien connaître les problèmes, les difficultés, les forces et la charge de travail qui peuvent être propres à chaque région.

8 Examen du mandat du Conseil en 2018

La Direction des nominations et de la gouvernance des organismes a récemment terminé l'examen du mandat du Conseil amorcé en octobre 2016. Le rapport d'examen a été approuvé et peaufiné par le Conseil des ministres le 7 mars 2018. Les résultats de l'examen sont positifs. Le gouvernement soutient le travail du Conseil et son rôle au ministère. La seule recommandation est que le Conseil revoie les exigences relatives à sa composition et pourvoie les postes vacants.

Sensibilisation

Afin de continuer de faire connaître au public le soutien qu'il 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'enquête sur un décès, le Conseil a lancé une campagne de sensibilisation en 2016. Depuis ce temps, il a participé à des salons professionnels et a fait des allocutions un peu partout en Ontario. En outre, il a fait l'objet d'articles dans des magazines et est mentionné à titre de ressource dans plusieurs sites Web. Les commentaires sont très positifs, et on est conscient qu'il est important d'avoir un organisme de surveillance indépendant pour les services d'enquête sur les décès.

Dans cet esprit, le Conseil a participé au congrès de l'Association canadienne des fournisseurs funéraires et au salon des fournisseurs du secteur funéraire à Ottawa en juin 2018. Avec l'aide du Conseil, le Secrétariat a noué des liens importants et a reçu des suggestions intéressantes pour de futures activités de sensibilisation.



Relations avec d'autres pays

Cette année, deux membres du Conseil et de son Secrétariat ont eu la chance de discuter avec Mme George Julian, Ph. D., du Royaume Uni. Mme Julian a reçu une bourse de recherche du Royaume Uni et s'est montrée très intéressée par le système ontarien d'enquête sur les décès. Ses recherches portent sur les enquêtes sur le décès de personnes ayant des déficiences intellectuelles. Elle a rencontré des membres du Conseil dans le but d'en apprendre davantage sur la façon dont le Conseil communique avec les familles en deuil. Mme Julian poursuit ses travaux de recherche et transmettra son rapport final au Conseil une fois qu'il sera terminé. Elle a parlé de sa rencontre avec le Conseil dans son site Web personnel. [Traduction] « Je sais depuis longtemps que le processus d'enquête des coroners au Royaume Uni n'offre aucun recours une fois qu'on a perdu la confiance des familles, et je ne peux m'empêcher de penser qu'un organisme comme le Conseil serait utile. »





Pour nous joindre

Veuillez adresser vos questions concernant le Conseil de surveillance à l'adresse suivante :

Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès
25, rue Grosvenor, 15e étage
Toronto (Ontario)
M7A 1Y6

Vous pouvez aussi communiquer avec le CSED par courriel à DIOC@ontario.ca ou par téléphone au:

1-855-240-3414 or 416-212-8443