



Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

Rapport annuel 2019



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

Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

Rapport annuel 2019

Message de la présidente	1
Vue d'ensemble	2
Organisation	4
Secrétariat du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès	5
Composition du conseil.....	7
Données financières.....	12
Revue de l'année 2019	13
Faits saillants de 2019	19

**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



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

Le 1^{er} janvier 2020

L'honorable Sylvia Jones
Solliciteure générale
Bureau du solliciteur général
25, rue Grosvenor, 18e étage
Toronto (Ontario)
M7A 1Y6

Madame la Solliciteure générale,

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 octobre 2019.

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

La présidente,

Christine McGoey

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE

Cette année a marqué le 9^e année d'existence du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (Conseil), et j'ai le plaisir de présenter un compte rendu de ses activités en 2019.

Le 1^{er} octobre 2019, le Service de médecine légale de l'Ontario célébrait son 10^e anniversaire. Au nom du Conseil, je tiens à féliciter les dirigeants et les membres du personnel du Service pour son travail acharné et le dévouement dont il a fait preuve pour avoir fait de l'organisation un centre de formation des médecins légistes et s'être bâti une renommée mondiale pour l'excellence de ses services. Le Conseil continuera de soutenir l'amélioration des services et de la formation offerts à la fois par le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario en formulant des recommandations éclairées visant l'amélioration du système et sa viabilité dans l'avenir.

Au cours de la dernière année, le Conseil a présenté des recommandations visant à améliorer le système d'enquête sur les décès dans son ensemble en examinant les plaintes, en effectuant des enquêtes discrétionnaires et en agissant de sa propre initiative. Nous avons reçu plusieurs lettres exprimant des préoccupations relatives à la fermeture de l'Unité régionale de médecine légale de Hamilton et aux conséquences de cette fermeture sur la formation médicale et la prestation de services. Le Conseil continue de surveiller les effets de la fermeture et du transfert des cas à l'Unité de Toronto.

En juillet de cette année, le Rapport final de la Commission d'enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée a été publié. Il y a 11 des recommandations du rapport qui concernent le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario. Nous prêterons assistance à ces deux organisations pour la mise en œuvre des recommandations.

En 2018, le Comité de la qualité et des normes ainsi que le Comité des plaintes ont tous deux terminé un examen systémique du traitement des plaintes par le Bureau du coroner en chef. Ces examens ont fait ressortir à la fois les éléments positifs de la procédure actuelle ainsi que ses risques et lacunes. Le Conseil a présenté 14 recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef. Cette année, un groupe de travail chargé de mettre en œuvre ces recommandations afin d'améliorer la procédure de traitement des plaintes de l'organisation a été créé.

Le Conseil a aussi entrepris plusieurs autres projets et initiatives dont le présent rapport annuel fait état. Le Comité des enquêtes a eu l'occasion de présenter des conseils au coroner en chef au sujet de trois dossiers d'enquête discrétionnaire distincts. Le coroner en chef a déposé son rapport à l'intention des familles et il a accepté les conseils du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès dans trois dossiers. Cette année, le Conseil a aussi participé à une vérification de l'optimisation des ressources par le vérificateur général à la fois pour le Bureau du coroner en chef et pour le Service de médecine légale de l'Ontario. Nous nous attendons à participer à la mise en œuvre des recommandations découlant du rapport du vérificateur général après sa publication. Le Conseil poursuivra sa campagne de sensibilisation publique en fournissant de l'information et des séances de formation aux intéressés.

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 (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.

Mandate

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.

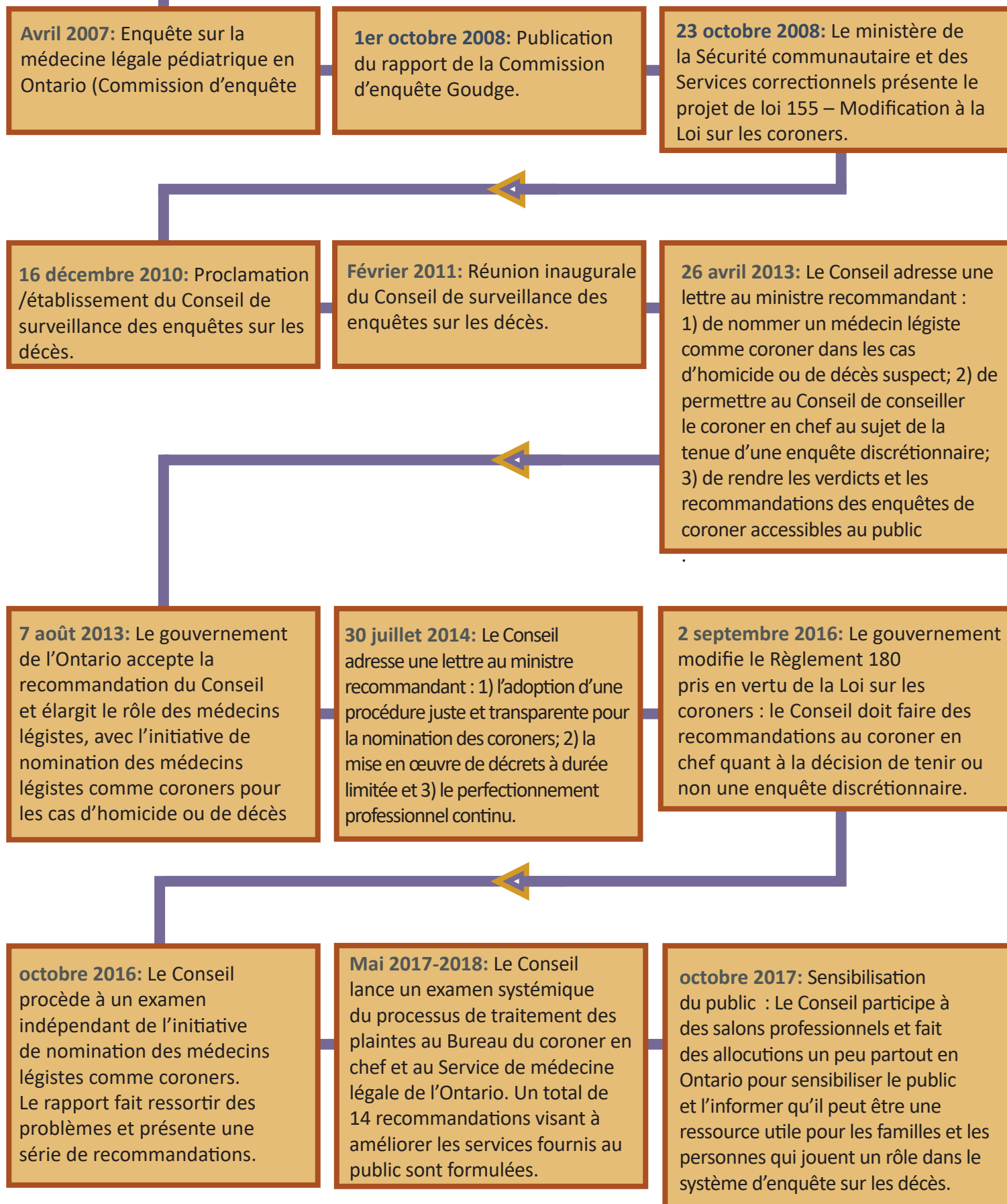
Le Conseil supervise le coroner en chef et le médecin légiste en chef en les conseillant et en leur faisant des recommandations sur les questions suivantes :

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);
6. l'observation de la *Loi sur les coroners* et de ses règlements d'application;
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.

Historique



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 :

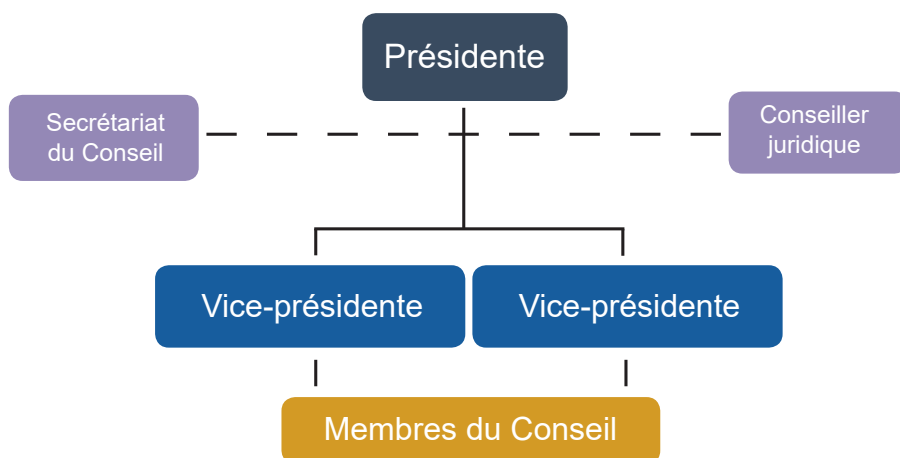
- Nous examinons les plaintes déposées au sujet du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.
- Nous soumettons les plaintes concernant les coroners ou médecins légistes au coroner en chef, au médecin légiste en chef ou encore à la personne ou à l'organisme compétent.
- Nous prenons en considération ce qui a été fait durant l'enquête sur le décès 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 la procédure 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.

ORGANISATION

Bien que fonctionnant de façon indépendante dans les limites de son mandat, le Conseil est responsable devant le solliciteur général.

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.



SECRÉTARIAT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DES ENQUÊTES SUR LES DÉCÈS

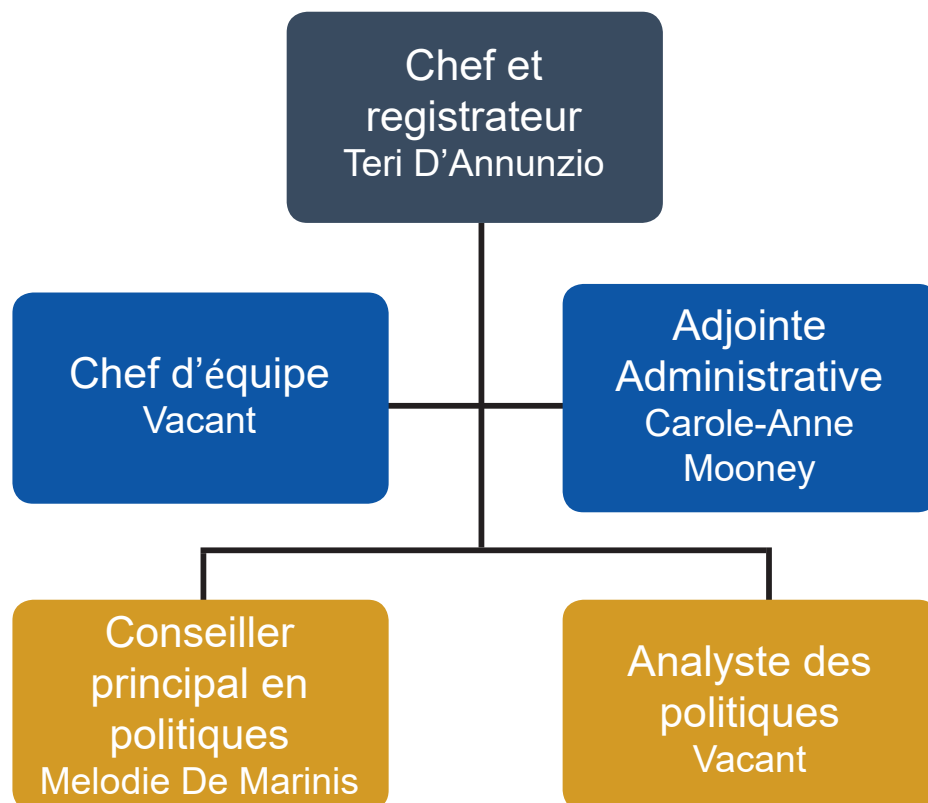
Le Secrétariat gère les activités courantes du Conseil, notamment les suivantes :

- 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.

Remarques :

Poste de chef et registrateur – Teri D’Annunzio a remplacé John McBeth le 1er juillet 2019.

Poste de conseillère principale en politiques – Melodie De Marinis a remplacé Kevin Aguiar le 15 juillet 2019.



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 leur ministère respectif. 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 qui ont siégé au Conseil en 2019.

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 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'Université Otago, 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.



D^r David Williams

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

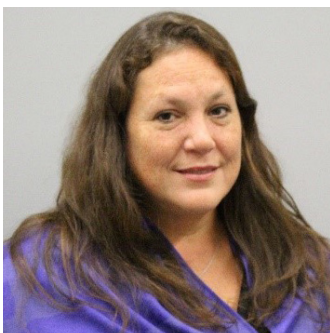
Le docteur Williams a cumulé quatre diplômes de l'Université de Toronto, où il a obtenu un B. Sc., M. D., une maîtrise en santé communautaire et épidémiologie (M.Sc.S.) et des bourses de recherche en médecine communautaire et santé publique et en médecine préventive (FRCPS).



Lucille Perreault

Lucille Perreault est, depuis 2017, vice-présidente des services cliniques et chef de la pratique infirmière à l'Hôpital général de la baie Georgienne. À son entrée en fonction à cet hôpital, elle possédait déjà de nombreuses années d'expérience comme cadre supérieur des milieux hospitaliers et une vaste expertise diversifiée de la planification dans le système de santé, du développement stratégique, de la gouvernance et du leadership à valeur ajoutée. Pendant qu'elle travaillait à l'Hôpital régional de Sudbury et au centre universitaire de santé de l'Hôpital Montfort, elle a participé à la restructuration et à la transformation des activités de l'hôpital, des services communautaires et de la planification des immobilisations.

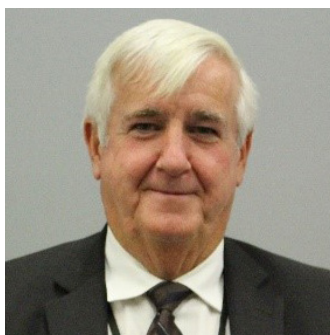
À son ancien poste de vice-présidente de la Direction des services cliniques et chef de la pratique infirmière d'un centre universitaire de santé, elle était responsable de la qualité et du rendement stratégique des services et activités cliniques de l'organisation. Elle a aussi assuré la gestion globale des services infirmiers stratégiques et de la pratique clinique interprofessionnelle et elle a aussi travaillé en collaboration avec d'autres hauts dirigeants dynamiques, des conseils d'administration d'hôpitaux et des dirigeants médicaux dans le but d'améliorer constamment la prestation de soins exceptionnels aux patients à chaque



Catherine Rhineland

Après avoir obtenu son diplôme à l'Université Dalhousie en 1991, M^{me} Rhineland a été admise au barreau en 1993. En 2007, elle 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 nationale 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.



D^r 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, 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.



Heather Arthur

De 2004 à 2019, Heather Arthur a été vice-présidente des services aux patients et infirmière en chef à l'Hôpital communautaire de Cornwall. Elle cumule plus de 30 ans d'expérience administrative et clinique en soins de santé. Elle fait aussi partie de différents comités régionaux et a dirigé d'importantes initiatives régionales concernant les services cliniques dans le système hospitalier des soins actifs. Dans le cadre de ses fonctions d'infirmière en chef, elle dirigeait l'équipe de soins infirmiers incluant la pratique professionnelle et elle était aussi responsable des services de laboratoire et 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. Durant sa longue carrière, M^{me} Arthur s'est toujours montrée déterminée à assurer la qualité dans les nombreux projets d'innovation et de transformation réalisés dans les organisations pour lesquelles elle a travaillé. M^{me} Arthur a été membre du conseil d'administration du Nursing Leadership Network et présidente du comité consultatif des sciences de la santé du Collège Saint-Laurent et de l'Université Laurentienne.

Christine terSteege

Christine terSteege est professeure et conseillère des programmes d'enseignement au Collège Sheridan. Elle a déjà été vice-présidente de la Commission ontarienne des libérations conditionnelles et policière au Service de police régional de Peel. Comme activité d'engagement communautaire, elle a été membre du conseil d'administration de David Tilson, député.

Michael Amato

Michael Amato est un ancien policier du Service de police régional de York. Il détient un baccalauréat ès arts spécialisé de l'Université de Toronto.

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. 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 Dirk Huyer (coroner en chef de l'Ontario)

Le docteur Dirk Huyer a été nommé coroner en chef de l'Ontario en mars 2014. En 1986, il a reçu son diplôme de médecine de l'Université de Toronto. Il est coroner en Ontario depuis 1992 et, plus récemment, il 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 spécialisée 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.



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 enquêtes 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 en médecine légale. Il s'intéresse spécialement 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, dont 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).

Membres avec droit de vote retraités



Dorothy Cynthia Prince - A démissionné du Conseil en mai 2019

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.



Howard Leibovich - A démissionné du Conseil en mai 2019

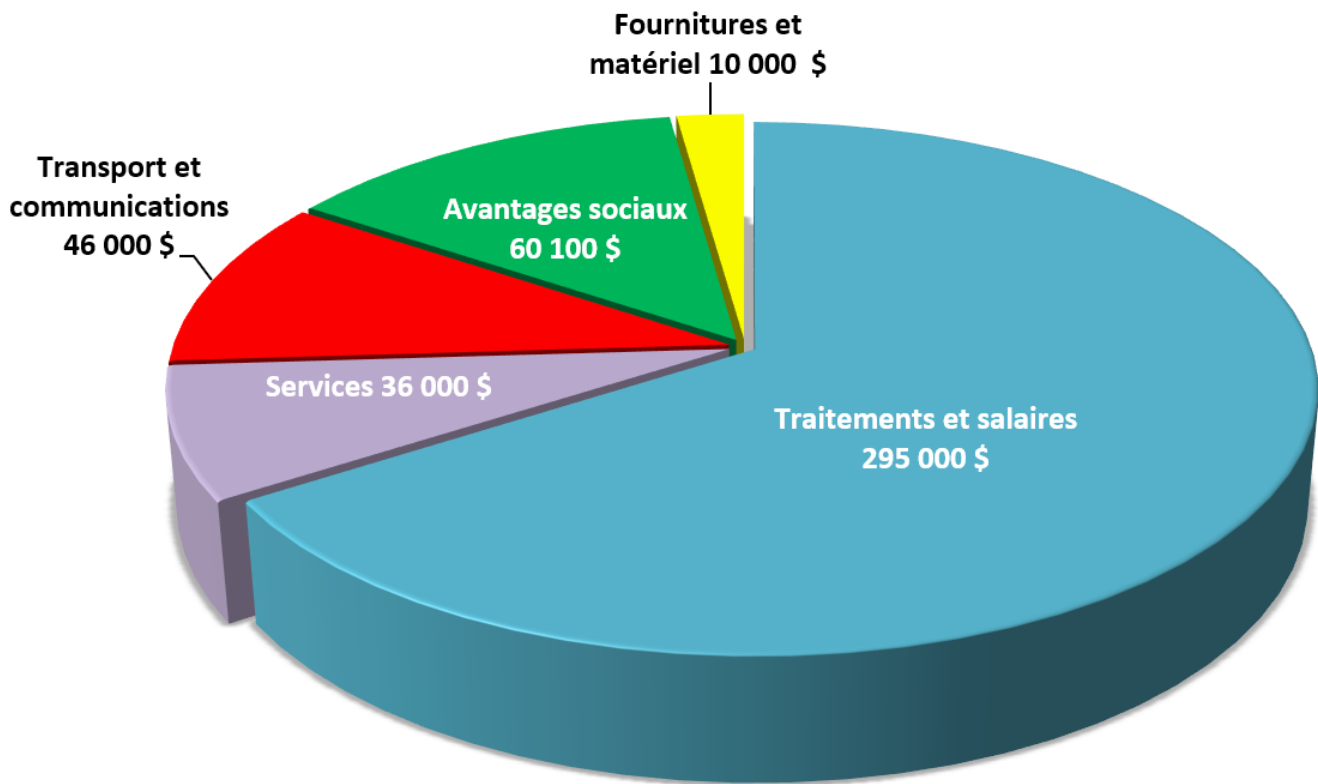
Howard Leibovich a été admis au barreau en 1996. Il a commencé sa carrière comme avocat au Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel, où il était chargé de dossiers de première instance et d'appel. Le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel représente la Couronne dans des appels en 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.

DONNÉES FINANCIÈRES

Le budget annuel est décidé par l'Assemblée législative, et les fonds sont alloués par l'intermédiaire du ministère du Solliciteur général.

Le budget total alloué au Conseil pour l'exercice 2019 2020 était de 447 100 \$. Ce budget se répartissait comme l'suit.



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

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 ce qui a été fait durant l'enquête sur le décès 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.

Le Comité des plaintes n'étant pas un organisme médical, il n'a pas la compétence pour infirmer des conclusions médicales en ce qui a trait à la cause et aux circonstances d'un décès.

Nombre de plaintes

Depuis sa création, le Comité des plaintes a reçu plus de 100 plaintes et a présenté au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario de nombreuses recommandations visant à améliorer les services fournis aux gens de l'Ontario. En 2019, 15 plaintes ont été reçues. Il arrive souvent 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 diagramme 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.

Nombre de plaintes en 2018 :

- Solde reporté – 4
- Plaintes reçues – 10
- Nombre total de plaintes – 14
- Plaintes réglées – 9
- Plaintes des années précédentes réglées durant l'exercice – 3
- Plaintes reçues et réglées durant l'exercice – 6
- Solde en fin d'exercice – 5

Nombre de plaintes en 2019 :

- Solde reporté – 5
- Plaintes reçues – 15
- Nombre total de plaintes – 20
- Plaintes réglées – 20
- Plaintes des années précédentes réglées durant l'exercice – 5
- Plaintes reçues et réglées durant l'exercice – 15
- Solde en fin d'exercice – 0

Demandes de renseignements

Le Conseil répond 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.

Le Secrétariat du Conseil a entrepris l’examen de ses outils existants pour la responsabilisation et les suivis servant à évaluer les plaintes et enquêtes. Le but est de faire un meilleur suivi de ces types d’enquêtes et de plaintes afin de rester constamment à l’affût des tendances pouvant nécessiter une exploration plus approfondie.

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 personnalisé 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 à la procédure officielle de dépôt de 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 de la procédure de traitement des plaintes

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

Le Secrétariat du Conseil reçoit la plainte avec le formulaire de plainte en ligne, 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) pour un 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. Ce Comité examine 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 précises 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 date limite précise pour leur réponse.



Principaux sujets des plaintes

Le Comité des plaintes a constaté que la plupart des allégations étaient liées à la qualité, au professionnalisme et au manque de clarté des délais, des processus et des politiques. Souvent, les plaintes portent sur plusieurs sujets à la fois. 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
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’enquête sur 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 coronier (par exemple, la norme de diligence des soins médicaux ou soins médicaux sans rapport avec un coronier) • Refus de tenir une enquête

Sujets des plaintes reçues en 2019



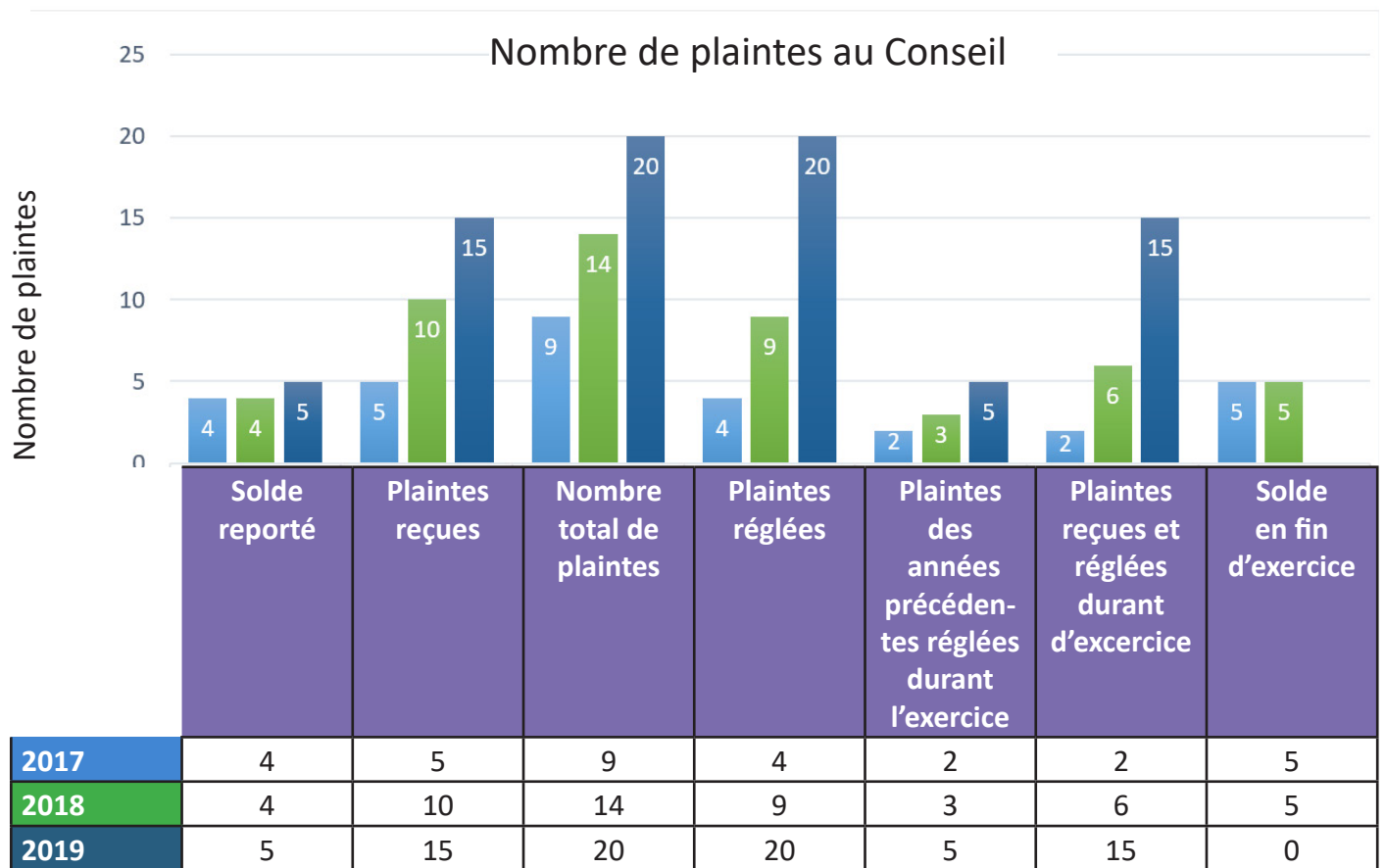
Sujets des plaintes reçues en 2019

Opinion professionnelle : 3
Processus, procédure et normes : 8
Communications : 5
Professionnalisme : 8
Qualité de l'enquête sur le décès : 12
Législation / hors des limites du mandat : 11

Personnes visées par les plaintes en 2019

Coroner : 4
Coroner régional principal : 6
Médecin légiste : 2
Médecin légiste en chef : 2
Coroner en chef : 3

Plaintes réglées en 2019



Cette année, le Conseil s'est efforcé de régler le plus de plaintes possible. Il y a eu 15 nouvelles plaintes ainsi que 5 plaintes reportées à partir des années précédentes. Les problèmes des plaignants relatifs au système d'enquête sur les décès concernaient des sujets diversifiés, et le Conseil les a aidés à s'y retrouver. Les plaintes portaient notamment sur la qualité de l'enquête sur le décès, la cause et les circonstances du décès, des corrections à la description des circonstances du décès et les communications entre la famille et le coroner. Les plaignants ont aussi signalé des préoccupations relatives aux rapports d'autopsie et aux délais de production des rapports.

Les dossiers ont été réglés au moyen de rencontres et de discussions avec les familles. Dans certains cas, les demandes étaient en dehors des compétences du Conseil, mais le Conseil ainsi que le Bureau du coroner en chef ont aidé les familles à s'adresser à la bonne organisation, en les renvoyant au bon endroit ou en mettant l'organisation compétente au courant.

Le Conseil a reçu 3 plaintes concernant le médecin légiste en chef ou le coroner en chef. Le Comité des plaintes a examiné soigneusement chaque plainte compte tenu de sa complexité en faisant dans certains cas des entrevues avec une variété d'intéressés de manière à obtenir une perspective globale des questions soulevées. Il a fallu beaucoup de temps et de ressources pour bien examiner les recommandations formulées par le Comité pour améliorer le système d'enquête sur les décès dans son ensemble.

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a réglé toutes les plaintes en 2019.

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.

Cette année, le Conseil a reçu 3 demandes de la part de membres de famille pour l'examen de décisions de coroners régionaux principaux de ne pas tenir d'enquête sur le décès d'un membre de leur famille. Dans chaque cas, les membres du Comité des enquêtes ont passé en revue les documents pertinents, se sont réunis pour recommander une enquête et ont présenté des recommandations au coroner en chef. Chaque famille a reçu une copie des recommandations du Conseil, avec la justification de sa décision.

FAITS SAILLANTS DE 2019

1 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 continué à inviter les coroners régionaux principaux à ses réunions à tour de rôle. Avec l'aide du coroner en chef, les coroners régionaux principaux ont présenté une vue d'ensemble de leur région aux réunions durant l'année et ils continueront de le faire l'an prochain. Le but est de bien connaître les problèmes, les difficultés, les forces et la charge de travail qui peuvent être propres à chaque région.

De plus, avec les encouragements du médecin légiste en chef, le Conseil a invité le médecin légiste en chef adjoint à lui faire une présentation afin de mieux comprendre la structure du Service de médecine légale de l'Ontario et la prestation de services à l'échelle régionale. Le Conseil continuera d'inviter les médecins légistes régionaux durant l'année à venir de manière à mieux connaître comment les unités de médecine légale sont organisées et notamment quelles sont leurs faiblesses et leurs forces et quel est le lien entre le nombre de plaintes et les particularités de leur région.

2 Collaboration du Conseil

Les membres du Conseil exercent leurs fonctions à temps partiel et leurs antécédents ainsi que leur expérience de travail diffèrent. Le Secrétariat du Conseil a donc entrepris cette année une initiative visant à rencontrer chaque membre individuellement afin de discuter du rôle de chacun au Conseil et avoir leur opinion en ce qui concerne la planification stratégique et la maximisation du rôle de supervision. Durant la prochaine année, nous donnerons suite aux suggestions formulées par les membres.

3 Sensibilisation et formation

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 préoccupations ou 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.

Cette année, le Secrétariat du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a fait une présentation à l'équipe de direction de la Bereavement Authority of Ontario en avril. Le Conseil a été réinvité pour animer une séance de formation à l'intention du personnel en mai. Le Secrétariat continue de développer des relations importantes et il a reçu des commentaires positifs pour ses futures activités de sensibilisation.

En juin 2019, le Conseil a été invité à prendre la parole durant le cours de formation et congrès des coroners et médecins légistes. De plus, en novembre 2019, le Conseil a prononcé une allocution au congrès annuel des coroners. À ces deux occasions, le Conseil a pu s'adresser directement à des coroners et à des médecins légistes du domaine et les renseigner sur le rôle du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès dans le système.

4 Activités liées à la gestion

Cette année, le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a également procédé à des examens et, dans certains cas, formulé des recommandations en relation avec des demandes dépassant la portée de son mandat en matière de plaintes et d'enquêtes.

Il a notamment examiné une question résultant de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, qui lui avait été renvoyée par la sollicitrice générale. Le Conseil a demandé au Bureau du coroner en chef de répondre à la question soulevée et, après son examen, il a jugé que les interventions du coroner en chef et du médecin légiste en chef étaient satisfaisantes pour présenter son rapport à la sollicitrice générale. Le Conseil a appris que le coroner en chef ainsi que le médecin légiste en chef avaient rencontré la famille pour expliquer les circonstances entourant cette affaire et a indiqué les améliorations qui avaient été apportées au système pour tenter de réduire les délais pour la production des rapports d'autopsie.

Le Conseil a également examiné l'enquête sur le décès de trois membres d'une même famille après avoir reçu des renseignements de membres de la famille et du public. Le coroner en chef et le médecin légiste en chef avaient procédé à un examen complet des dossiers de la famille en question. Le Conseil a rencontré les membres de la famille et les responsables en chef pour obtenir leur avis et il a réuni des éléments auprès du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario et auprès du service de police ayant fait enquête afin d'effectuer son propre examen. Les responsables en chef, la sollicitrice générale de même que la famille ont reçu le rapport d'examen écrit du Conseil, qui contenait huit recommandations.

5 Groupe de travail sur les plaintes du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario

À la suite de l'examen systémique effectué par le Conseil l'an dernier au sujet de la procédure relative aux plaintes du Bureau du coroner général et du Service de médecine légale de l'Ontario, un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner la procédure en vigueur et de donner suite aux recommandations présentées dans le rapport a été créé. Le Conseil a été invité à participer à ce groupe de travail, qui continue à se réunir pour apporter des améliorations au système.

6 Commissaire à l'intégrité

Cette année, le Conseil a subi un examen de ses déplacements et de ses dépenses conformément à la *Loi de 2009 sur l'examen des dépenses dans le secteur public dont le but était d'assurer le respect de la Directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil*. Le Secrétariat du Conseil continue de travailler en collaboration avec le commissaire à l'intégrité pour l'examen de l'ensemble des dépenses des membres comme du personnel.