

Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

1.0 Résumé

Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau), qui exercent leurs activités au sein du ministère du Solliciteur général, s'acquittent d'une vaste mission consistant à mener des enquêtes de grande qualité sur les décès afin de contribuer à l'administration de la justice et à prévenir les décès prématurés. Le Bureau mène des enquêtes de coroner et autres pour veiller à ce qu'aucun décès ne soit oublié, caché ou négligé et met sur pied des comités d'examen des décès comptant des spécialistes de certains types de décès afin d'appuyer les enquêtes sur les décès. Les recommandations formulées dans ces processus aident à améliorer la sécurité publique et à prévenir les décès dans des circonstances semblables.

Depuis 2009, le Bureau est dirigé à la fois par un coroner en chef qui est responsable des enquêtes sur les décès, du travail des coroners et des enquêtes qu'ils mènent; et par un médecin légiste en chef qui est responsable du travail des médecins légistes et des pathologistes qui pratiquent les autopsies. En 2018-2019, les dépenses totales du Bureau au titre des services de coroners et de pathologie s'élevaient à près de 47 millions de dollars. Le Bureau emploie environ 131 employés permanents à temps plein et, aux termes d'ententes

de rémunération à l'acte, quelque 350 médecins autorisés qui exercent les fonctions de coroner, ainsi que près de 100 pathologistes et médecins légistes. En 2018, le Bureau a mené environ 17 000 enquêtes sur les décès. Dans près de la moitié des cas, une autopsie a été pratiquée.

Les coroners tiennent des enquêtes sur les types de décès qui sont définis dans la *Loi sur les coroners* (la Loi), principalement ceux qui surviennent de manière subite et inattendue. Les coroners en Ontario sont des médecins, ou médecins en titre, qui ont habituellement un cabinet médical et qui touchent en plus une rémunération à l'acte pour leur travail de coroner. À l'heure actuelle, près de 70 % des quelque 350 médecins autorisés qui exercent les fonctions de coroner ont des antécédents en médecine familiale.

Les coroners enquêtent pour répondre à cinq questions principales. Quelle est l'identité du défunt? Quand le décès est-il survenu? Où est-il survenu? Comment le décès est-il survenu? Quelle en est la cause ou quelles en sont les circonstances (p. ex. le décès sera classé de causes naturelles, un accident, un homicide ou un suicide)? Lorsqu'il ne peut établir la cause du décès selon les faits recueillis, le coroner indiquera que le décès est de cause indéterminée. Dans près de la moitié des enquêtes sur les décès, les coroners ont ordonné des tests supplémentaires, la plupart du temps une autopsie, parce qu'ils n'ont pu répondre aux cinq questions ci-dessus après l'évaluation initiale. Les

117 pathologistes et médecins légistes de l'Ontario qui effectuent des autopsies sont des médecins qui se spécialisent dans les maladies et les blessures. La police, le système de justice pénale et la famille du défunt se fient aux conclusions du Bureau, en particulier les rapports d'enquête sur les décès après un décès survenu de manière subite ou inattendue.

Dans certains cas, dont la plupart sont définis dans la Loi, le Bureau tient une enquête de coroner. Des cas peuvent aussi être transmis à un comité d'examen des décès aux fins d'analyse ultérieure. Le Bureau compte cinq comités spécialisés, par exemple, dans les cas de décès d'enfants et de jeunes et de décès dus à la violence familiale. Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès supervise les activités du Bureau et lui présente des recommandations non contraignantes sur un vaste éventail de domaines, tels que les finances, les stratégies et l'assurance de la qualité.

Dans l'ensemble, notre audit a révélé que le Bureau ne dispose pas de processus efficaces pour démontrer que les coroners et les pathologistes mènent systématiquement des enquêtes de grande qualité sur les décès. De plus, il n'effectue pas d'analyse approfondie des données ni de suivi de la mise en oeuvre de ses recommandations afin d'améliorer la sécurité publique et de prévenir des décès ultérieurs.

Nous avons constaté que les coroners tiennent des enquêtes sur les décès en faisant l'objet de supervision minimale et que de nombreuses irrégularités ne sont pas détectées. En fait, des coroners avaient enquêté sur le décès de 132 personnes auxquelles ils avaient fourni des soins et facturé plus de 24 heures de services de coroner et de médecin au cours d'une journée. De plus, ils ont mené des enquêtes sur les décès pendant qu'ils faisaient l'objet de restrictions à l'exercice imposées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO). Le Bureau n'était pas au courant de certains de ces problèmes avant que nous les portions à son attention. Ces cas mettent en cause environ 11 % des coroners de la

province et soulignent les risques posés à l'intégrité du système d'enquête sur les décès.

Le travail des pathologistes constitue une composante essentielle du processus d'enquête sur les décès, car les coroners se fient souvent aux rapports d'autopsie. Les conclusions formulées lors d'une autopsie peuvent révéler si un décès est survenu naturellement ou s'il a été causé par un autre événement ou une personne. Le Bureau a apporté des améliorations au processus d'assurance de la qualité des autopsies après les recommandations découlant de l'enquête provinciale en 2008, qui visaient à rehausser l'intégrité et la fiabilité du système d'enquête sur les décès de la province. Une amélioration clé a été la création du registre des pathologistes pour s'assurer que les pathologistes affectés dans chaque cas étaient en mesure de pratiquer l'autopsie avec compétence. Par exemple, seuls les pathologistes ayant la formation et l'expérience nécessaires relatives aux autopsies pédiatriques sont autorisés à les pratiquer.

Nous avons toutefois relevé des lacunes lors de notre examen des processus d'assurance de la qualité du travail des pathologistes. Par exemple, la politique du Bureau exige que les rapports d'autopsie dans les cas criminels suspects soient évalués par des pairs, c'est-à-dire un évaluateur affecté centralement à partir d'une liste de roulement. Pourtant, certains médecins légistes ne respectent pas ce processus et choisissent plutôt leur propre évaluateur, ce qui peut entraîner un parti pris dans le processus d'évaluation et des conséquences imprévues pour le système de justice pénale. De plus, bien que la politique du Bureau exige que 10 % des autopsies de chaque pathologiste, dans le cas de décès non suspects, soient évaluées, 5 % seulement de celles-ci le sont, ce qui engendre un risque que des erreurs ne soient pas relevées ni corrigées.

Nous avons remarqué que le Bureau ne fait pas de suivi central des erreurs commises par les pathologistes et les médecins légistes. Certaines erreurs nécessitent une intervention, comme une

formation complémentaire ou même le retrait du registre. D'ailleurs, le Bureau n'a pas adopté de politique pour orienter ses interventions lorsque des problèmes de rendement sont constatés chez un pathologiste ou un médecin légiste. Par conséquent, le Bureau ne peut savoir s'il pratique des interventions cohérentes dans les problèmes de rendement pour l'ensemble des médecins légistes et des pathologistes qui exercent dans la province, et il ne peut déterminer si ces interventions sont efficaces.

Voici certaines autres observations :

Assurance de la qualité des rapports de coroner

- **Les coroners régionaux principaux ne relevaient pas toujours les erreurs commises par les coroners lors de l'examen de leurs rapports.** La seule formation structurée que doit suivre un médecin pour exercer les fonctions de coroner est un cours de cinq jours. Aucune vérification n'est faite pour déterminer si le cours a été suivi ou si l'examen de compétence a été passé. Une formation d'appoint après le cours initial est seulement nécessaire lorsque des problèmes de qualité sont cernés. Quoi qu'il en soit, l'Unité d'assurance de la qualité du Bureau a noté des erreurs majeures dans 18 % des rapports de coroner en 2017. Ces rapports étaient incorrects, incomplets ou ne répondaient pas aux normes du Bureau—même après avoir été examinés par le coroner régional principal.
- **Aucune politique sur la suspension ou le licenciement de coroners.** Le Bureau n'a pas adopté de politique relative à la suspension ou à la révocation de la nomination de coroners visés par des restrictions à l'exercice imposées par l'OMCO. Nous avons remarqué que 16 coroners avaient mené des enquêtes sur les décès, alors que l'OMCO leur avait imposé des restrictions à l'exercice. Dans un cas en 2012, l'OMCO avait interdit à

un coroner de prescrire des stupéfiants, mais il a enquêté sur 19 cas dans lesquels le décès était imputable à une intoxication médicamenteuse.

Lacunes dans les pratiques d'entreposage des corps

- **Des lacunes existent dans les pratiques d'entreposage des corps dans les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier.** Les corps devant subir une autopsie sont souvent entreposés avec les autres corps dans la morgue des hôpitaux. En 2019, une unité régionale a pratiqué une autopsie sur le mauvais corps. En raison de leur capacité limitée, des unités régionales ont entreposé des corps dans les couloirs et d'autres salles des hôpitaux.

Données sur les décès

- **Le Bureau ne tire pas parti des occasions d'utiliser plus efficacement les données provenant des enquêtes sur les décès pour déterminer les mesures susceptibles d'améliorer la sécurité publique et réduire les décès évitables.** Le Bureau dispose d'un volume considérable de données, notamment les circonstances entourant les décès et l'âge et le genre des personnes décédées. Pourtant, il ne se sert pas de ces données pour mener des études, puis recommander des moyens de réduire les décès à l'avenir. Plus souvent, il utilise ces données pour répondre aux questions entourant les cas hautement médiatisés.
- **Les décès ne sont pas toujours signalés au Bureau comme l'exige la loi.** En 2018, près de 2 000 décès, y compris ceux résultant de grossesses, de fractures, de luxations ou d'autres traumatismes, n'ont pas été déclarés au Bureau et n'ont pas fait l'objet d'une enquête.

- **Les coroners ne sont pas tenus de consigner les raisons justifiant leur décision qu'une enquête sur le décès n'est pas nécessaire.** Le Bureau n'exige pas que les coroners lui fournissent les raisons justifiant leur conclusion qu'une enquête sur le décès n'est pas nécessaire. Il ne fait pas de suivi de la fréquence à laquelle les coroners ne l'informent pas de leurs raisons, et notre audit a révélé que dans environ 56 % des cas échantillonnés, les coroners ne l'avaient pas fait.

Lacunes dans la gouvernance et la réponse aux recommandations

- **Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès ne s'acquitte pas efficacement de son mandat prévu par la loi, à savoir surveiller les activités du Bureau, en raison de ses pouvoirs limités.** Le Conseil est le principal organisme chargé de surveiller le Bureau, mais ses recommandations ne sont pas contraignantes. De plus, il n'a pas été informé de décisions clés, notamment la fermeture d'une unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier.
- **Le Bureau ne s'est pas pleinement assuré de l'exécution rentable des enquêtes sur les décès et des services connexes.** Par exemple, le Bureau n'a pas vérifié si le nouveau modèle de prestation de services qui fait appel à différents professionnels de la santé pour assumer les fonctions de coroner plutôt qu'aux actuels médecins-coroners à temps partiel procurerait des gains d'efficacité dans les enquêtes sur les décès. D'ailleurs, il n'a pas évalué si les paiements de transfert versés aux unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier étaient raisonnables, compte tenu de leurs frais d'exploitation réels.
- **Le Bureau ne publie pas les réponses aux centaines de recommandations**

formulées lors des enquêtes de coroner et par les comités d'examen des décès.

En 2018, le Bureau a publié environ 600 recommandations qui avaient été formulées durant les enquêtes de coroner et par les comités d'examen des décès, mais il n'a pas publié d'information qui permettrait au public de déterminer si ces recommandations avaient été correctement appliquées.

Le présent rapport renferme 14 recommandations comportant 38 mesures de suivi pour donner suite aux conclusions de notre audit.

Conclusion générale

Notre audit a conclu que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario n'ont pas démontré qu'ils avaient mis en place des systèmes et des procédures efficaces pour mener constamment des enquêtes de grande qualité sur les décès afin d'améliorer la sécurité publique et de prévenir les décès évitables ou de réduire le risque connexe.

Le Bureau peut redoubler d'efforts pour mesurer l'efficacité de ses activités et faire rapport à ce sujet. À l'encontre d'autres provinces canadiennes qui publient les réponses du gouvernement et d'autres organismes aux recommandations émanant d'enquêtes de coroner et de comités d'examen des décès, l'Ontario ne le fait pas, ce qui en limite l'utilité pour dégager les leçons du passé afin de réduire au minimum la possibilité que des décès évitables se produisent à l'avenir.

RÉPONSE GLOBALE

Reconnaissant l'importance des enquêtes sur les décès pour assurer la santé et la sécurité en Ontario, le Bureau s'est engagé à collaborer avec ses partenaires pour améliorer constamment la prestation de services rentables, efficaces,

équitable et de grande qualité afin de mener des enquêtes sur les décès.

Le Bureau accueille favorablement et accepte les observations et les recommandations de la vérificatrice générale. Comme signalé à l'équipe chargée de l'audit tout au long du processus, certaines initiatives en cours, lorsqu'elles seront pleinement mises en oeuvre, répondront aux recommandations et amélioreront grandement l'efficacité, l'efficacité et le rendement de l'organisme. Plusieurs recommandations correspondent à celles présentées par la juge Gillese dans son rapport, *Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée*. Le Bureau s'est engagé, conjointement avec ses partenaires du ministère de la Santé, à mettre en oeuvre son plan d'action qui s'articule autour de thèmes clés, qu'avait aussi soulignés l'équipe d'audit, à savoir la formation, la sensibilisation, l'amélioration de l'analyse et du suivi des données, le nouveau modèle de prestation des services liés aux enquêtes sur les décès et l'assurance de la qualité.

L'Ontario possède le plus important système d'enquête sur les décès au pays et l'un des plus vastes en Amérique du Nord, soit sur le plan géographique ou quant au nombre d'enquêtes menées. Le Bureau est reconnu à l'échelle mondiale pour son expertise dans des domaines comme la médecine légale et les programmes de formation, et souscrit à l'avis de l'équipe d'audit que le travail effectué pour moderniser les enquêtes sur les décès n'est toujours pas terminé. L'audit a souligné à juste titre plusieurs domaines dans lesquels le Bureau tirera parti des efforts et des initiatives en cours à des fins d'évaluation, d'examen et d'amélioration. Le Bureau poursuivra sur sa lancée pour améliorer le système d'enquête sur les décès afin d'appuyer ses partenaires des secteurs de la santé et de la justice et de contribuer à la santé et à la sécurité des Ontariens.

2.0 Contexte

Le Bureau relève du ministère du Solliciteur général (le Ministère) et est chargé de conduire les enquêtes sur les décès, comme prescrit par la *Loi sur les coroners* (la Loi). Conformément à la Loi, des enquêtes doivent être réalisées sur tous les décès de causes non naturelles, ainsi que sur les décès de causes naturelles mais qui surviennent de manière subite et inattendue. La **figure 1** présente l'organigramme du Bureau en juillet 2019.

Selon le Ministère, les enquêtes sur les décès renforcent la sécurité du public et visent également à assurer que les systèmes de sécurité publique sont efficaces, efficaces, justiciables et qu'ils répondent aux besoins des communautés diversifiées de l'Ontario. Comme indiqué dans son Plan stratégique pour 2015-2020, le Bureau s'emploie à améliorer la santé et la sécurité des Ontariens et à prévenir les décès soudains et inattendus. De plus, il s'est engagé à :

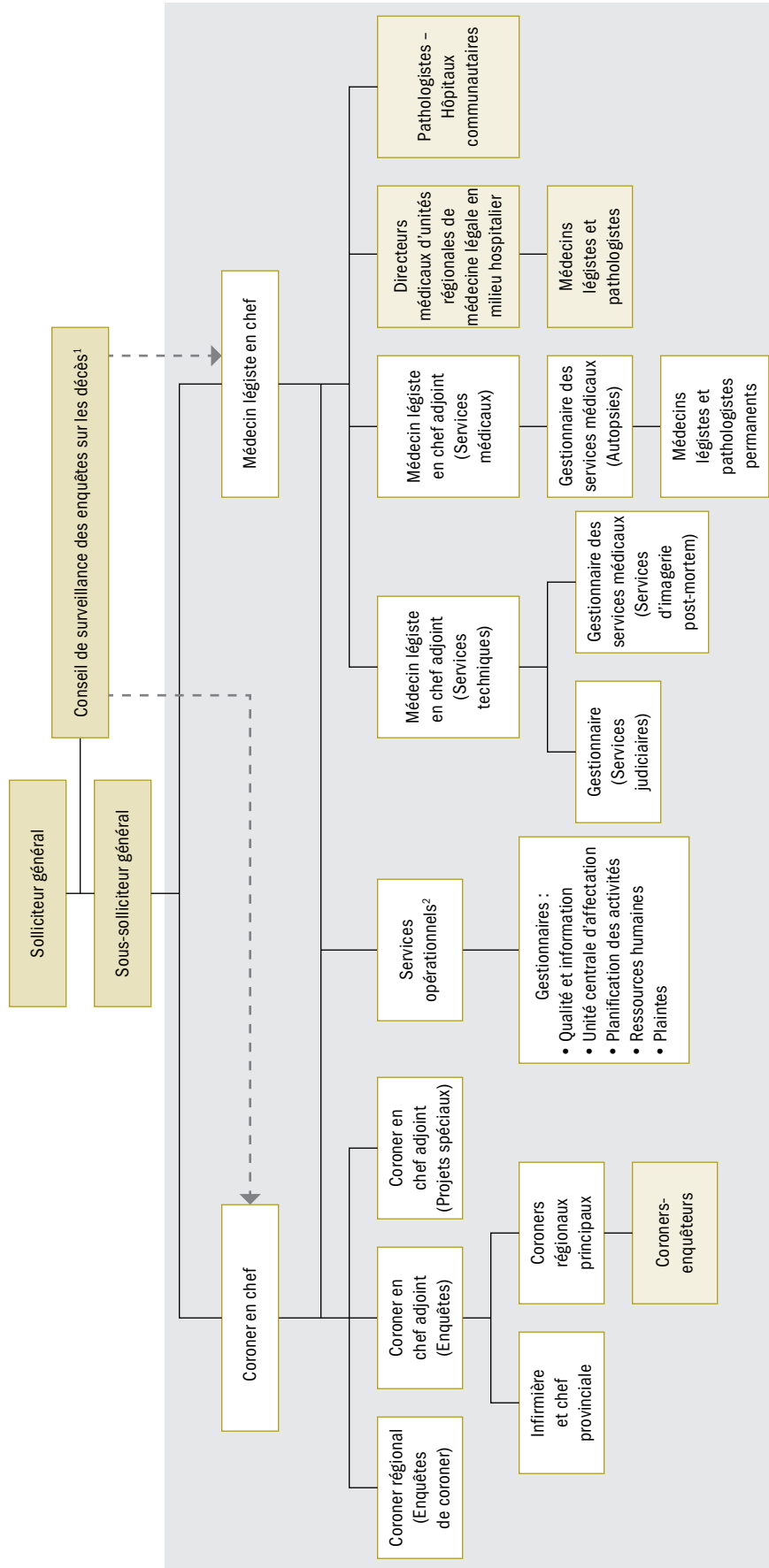
- répondre aux besoins des familles en leur fournissant des réponses et des renseignements après les décès subits et imprévus;
- établir la vérité et fournir des preuves et des données pour contribuer à l'administration de la justice;
- faire progresser la médecine légale et la sécurité publique en perfectionnant ses connaissances et ses capacités.

Le Bureau remplit deux fonctions principales :

- **les services de coroners**, ce qui comprend la responsabilité générale à l'égard des enquêtes sur les décès qui relèvent du coroner en chef, et les enquêtes sur les décès qui sont dirigées par des médecins-coroners;
- **les examens postmortem ou autopsies** relèvent du Service de médecine légale de l'Ontario et sont dirigés par le médecin légiste en chef; les pathologistes et les médecins légistes effectuent les autopsies à la demande des coroners.

Figure 1 : Organigramme du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario, juillet 2019

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario



Personnel gouvernemental à l'extérieur du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario

Services offerts par le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario

Personnel de bureau interne

Personnel de bureau contractuel ou rémunéré à l'acte

Lien hiérarchique

Préstation de conseils

1. Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès fournit des conseils et des recommandations non contraignantes au coroner en chef et au médecin légiste en chef sur certaines questions, notamment l'assurance de la qualité et la conformité à la Loi sur les coroners. Les membres sont nommés par le Secrétaire des nominations.

2. Le directeur des Services opérationnels relève à la fois du coroner en chef et du médecin légiste en chef.

Consulter le glossaire à l'**annexe 1**.

La Direction des services opérationnels du Bureau offre du soutien aux secteurs des services de coroners et de la médecine légale.

Le Bureau emploie environ 131 membres du personnel, et son bureau central est situé dans le complexe des sciences judiciaires et du coroner à Toronto.

En 2018, le Bureau a mené environ 17 000 enquêtes sur les décès. Dans près de la moitié des cas, une autopsie a été pratiquée. Le nombre de décès survenus en Ontario en 2018 n'était pas connu au moment de notre audit, mais nous avons constaté que de 2009 à 2017, le Bureau avait mené une enquête sur entre 15 et 20 % des décès survenus dans la province. Les dépenses globales du Bureau ont augmenté, passant de 43 millions de dollars en 2016-2017 à près de 47 millions en 2018-2019. Cette hausse s'explique par l'augmentation du nombre d'enquêtes sur les décès, qui est passé de près de 15 600 en 2016 à environ 17 500 en 2018. La **figure 2** illustre la tendance dans les enquêtes sur les décès et les autopsies entre 2010 et 2018. La **figure 3** montre

la hausse progressive des enquêtes sur les décès et de celles comportant des autopsies au cours de cette période.

2.1 Coroners

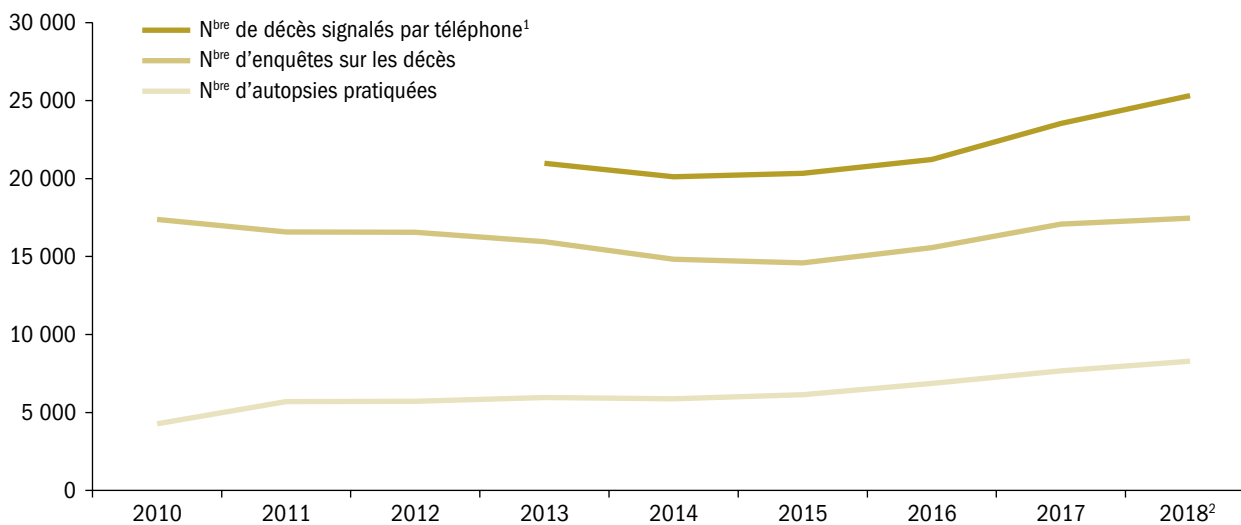
Les coroners en Ontario sont des médecins et sont membres de l'OMCO. En décembre 2018, le coroner en chef avait nommé près de 350 médecins autorisés aux services de coroners, dont la majorité a sa propre pratique médicale. Le Bureau s'attend à ce que les coroners suivent un cours de cinq jours avant d'assumer les responsabilités de coroner. L'**annexe 2** fournit des détails sur le processus de nomination des coroners. L'**annexe 3** décrit les principaux sujets abordés dans le cours à l'intention des coroners.

Les services de coroners se répartissent en dix régions dans la province, y compris deux à Toronto et chaque région est dirigée par un coroner régional principal. Les coroners régionaux principaux sont des employés salariés à temps plein du Bureau.

En 2018-2019, le Bureau a versé des paiements totalisant 8 millions de dollars, qui sont compris

Figure 2 : Nombre de décès signalés par téléphone, d'enquêtes sur les décès et d'autopsies, 2010-2018

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario



1. Les répartiteurs du Bureau affectent les cas aux coroners (le processus est expliqué à la **figure 5**). Les données d'affectation préalables à 2013 sont moins fiables. Le nombre total d'appels reçus n'est pas disponible, car il n'y avait pas de système central d'affectation dans la province à cette date et les processus d'enregistrement des appels n'étaient pas uniformes à l'échelle des régions.

2. Les données de 2018 n'étaient pas encore finalisées lorsque nous avons terminé l'audit. Les données étaient valides en septembre 2019.

Figure 3 : Proportion des enquêtes sur les décès comportant une autopsie, 2010-2018

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

	N ^{bre} total d'enquêtes sur les décès (coroners)	N ^{bre} total d'autopsies (pathologistes)	% d'enquêtes sur les décès comportant une autopsie
2010	17 378	4 270	25
2011	16 579	5 703	34
2012	16 549	5 708	34
2013	15 946	5 874	37
2014	14 817	5 955	40
2015	14 592	6 138	42
2016	15 567	6 858	44
2017	17 078	7 657	45
2018*	17 461	8 287	47

* Les données de 2018 n'étaient pas encore finalisées lorsque nous avons terminé l'audit. Les données étaient valides en septembre 2019.

dans ses dépenses globales de 47 millions, à quelque 330 coroners ayant tenu des enquêtes sur les décès. Tous les coroners de la province sont rémunérés à l'acte, et le Bureau leur verse un paiement de base de 450 \$ pour chaque enquête sur le décès. Le Bureau s'attend à ce que les coroners terminent les rapports d'enquête sur les décès 30 jours après avoir accepté un cas; cette échéance est généralement respectée.

2.1.1 Notification des décès et affectation des coroners sur les lieux de décès

Conformément à la Loi, certains décès doivent être déclarés à un coroner. Ces décès sont décrits à l'**annexe 1**, notamment lorsqu'une personne décède par suite d'un acte de violence, d'un accident, d'un acte de négligence, d'une inconduite ou d'une faute professionnelle ainsi que les décès survenant de façon subite ou inattendue.

La **figure 4** montre le processus suivi pour mener des enquêtes sur les décès en Ontario. La **figure 5** présente les parties principales du Bureau qui participent au processus.

2.1.2 Documentation et assurance de la qualité des enquêtes sur les décès menées par les coroners

Le rapport d'enquête sur le décès résume l'enquête et présente les observations pertinentes formulées par le coroner enquêteur. Ces rapports sont utilisés par la police, les avocats du système de justice pénale et la famille du défunt afin de comprendre pourquoi et comment le décès est survenu.

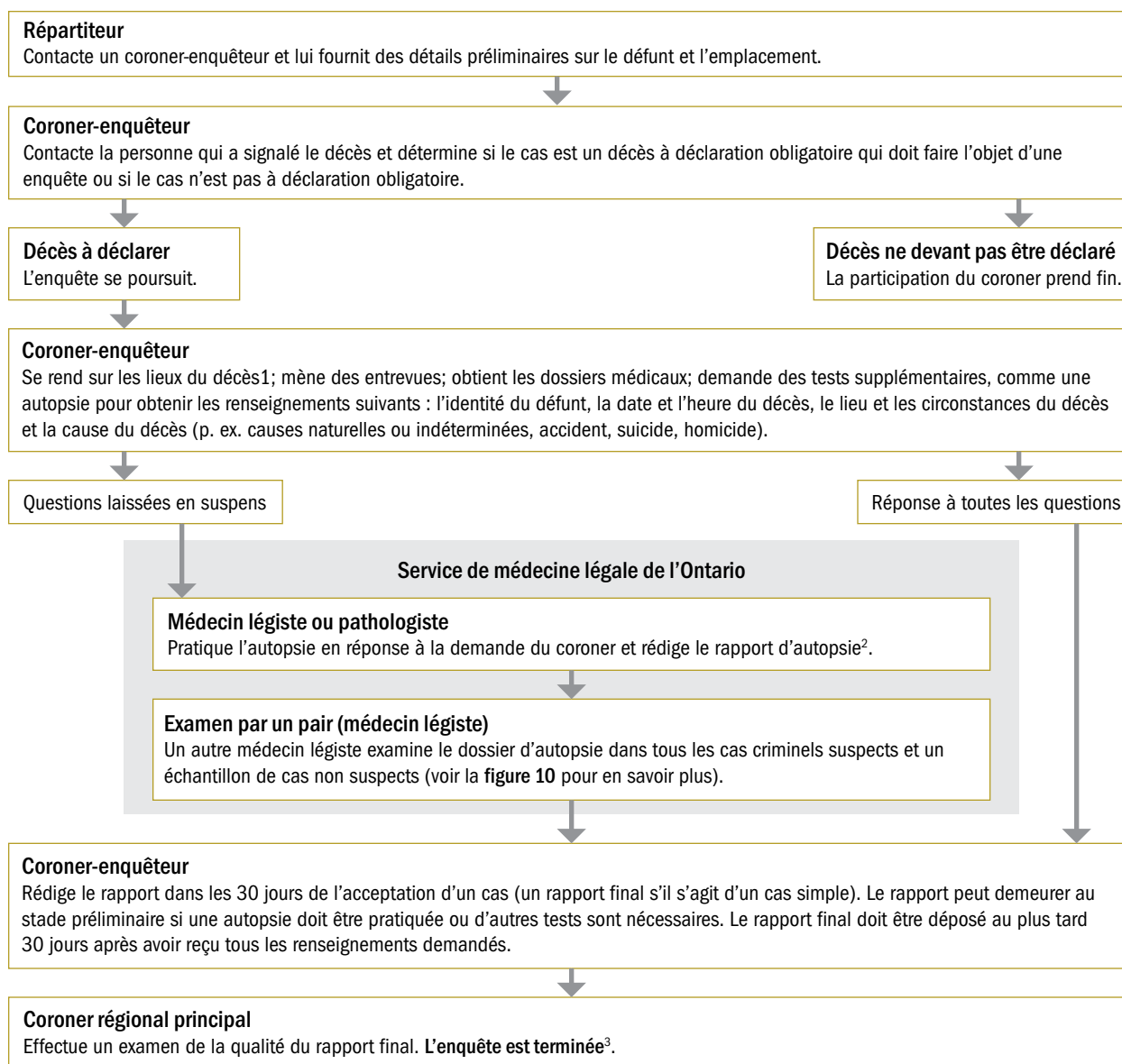
Les rapports renferment des réponses aux cinq questions sur le défunt et le décès, à savoir qui, quand, où, comment et par quels moyens. Voici certains renseignements précis qu'ils contiennent :

- des renseignements de base sur le défunt, y compris sa date de naissance et son genre;
- les faits pertinents de l'historique médical du défunt;
- la description des circonstances connues ayant précédé le décès ainsi que du corps sur les lieux et les résultats de son examen;
- l'exposé des faits qui appuie et approfondit l'enquête et qui renvoie aux conclusions pertinentes de l'autopsie ou aux tests de toxicologie;
- des détails supplémentaires, y compris le type de lieu du décès, comme un foyer de soins de longue durée ou la résidence du défunt, et la façon dont le décès est survenu, à savoir s'il

Figure 4 : Schéma du processus d'enquête sur les décès

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Lorsqu'une personne décède dans la majorité des établissements communautaires en Ontario, la personne qui constate le décès compose habituellement le 911. Lorsque le personnel des services d'urgence dépêché par le service 911 se présente, il contacte le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau) par l'entremise de l'unité centrale d'affectation provinciale. Lorsqu'une personne décède dans un établissement de santé, comme un hôpital ou un foyer de soins de longue durée, un représentant de l'établissement signale le décès directement à l'unité centrale d'affectation si le décès répond au critère de décès à déclaration obligatoire (voir l'**annexe 1**). Le Service de médecine légale du Bureau n'intervient que dans certains cas seulement. (Pour en savoir plus sur les personnes responsables de déclarer les décès, voir la **figure 5**.)



1. La *Loi sur les coroners* autorise un coroner à déléguer une enquête sur les lieux du décès à un policier ou à un médecin sur place. Le délégataire communique tous les détails pertinents sur les lieux du décès et le corps par téléphone ou vidéo au coroner-enquêteur.

2. Le Centre des sciences judiciaires (fait partie du ministère du Solliciteur général) peut intervenir, par exemple dans les tests de toxicologie.

3. Il est possible dans certains cas de tenir une enquête de coroner, de convoquer un comité d'examen des décès ou de rouvrir une enquête sur un décès (voir la **section 2.3** pour en savoir plus).

Figure 5 : Responsabilités des différentes parties à une enquête sur le décès

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Partie responsable	Activités principales
Membre du public, police ou travailleur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Contacte l'unité centrale d'affectation du Bureau après avoir pris connaissance d'un décès dans la collectivité ou en établissement.
Répartiteur	<ul style="list-style-type: none"> Contacte le coroner-enquêteur de service. Transmet les renseignements au coroner-enquêteur, c.-à-d. les détails de base sur le défunt et les lieux du décès. Ouvre un dossier après avoir confirmé auprès du coroner-enquêteur qu'une enquête sur le décès est justifiée; saisit les renseignements préliminaires dans le système d'information des coroners.
Coroner-enquêteur	<ul style="list-style-type: none"> Reçoit l'appel du répartiteur ou le rappelle. Contacte la personne qui a déclaré le décès; présente les demandes de renseignements initiales. Accepte l'enquête si le coroner détermine que le décès est à déclaration obligatoire en vertu de la <i>Loi sur les coroners</i> (voir la section 2.1.1) ou si le défunt n'a pas de médecin de famille. Après qu'un décès est signalé, un coroner peut être dépêché sur les lieux, bien qu'il est prévu qu'un nombre croissant de ces appels soient acheminés aux coroners-enquêteurs—voir la section 4.6.2. Refuse l'enquête si le coroner détermine que le décès n'est pas à déclaration obligatoire et si le défunt a un médecin de famille—il est attendu que le médecin se rende sur les lieux pour établir le certificat de décès. Le coroner touche des honoraires minimales (30 \$ ou 60 \$) pour documenter la justification du refus du cas. Après avoir accepté l'enquête sur le décès, se rend sur les lieux du décès pour les évaluer; tient l'enquête sur le décès (examine le corps, rencontre en entrevue la famille et la police et obtient les dossiers médicaux) pour répondre aux cinq questions. <ul style="list-style-type: none"> Peut mener l'enquête à distance en se fiant aux renseignements fournis par la police ou d'autres personnes sur les lieux du décès, c.à.d. qu'il ne se rend pas sur les lieux lorsqu'un coroner local n'est pas disponible. Contacte le répartiteur dans les cinq heures de l'acceptation du cas pour faire un compte rendu, à savoir si la cause du décès peut être facilement établie. <ul style="list-style-type: none"> Ordonne une autopsie ou d'autres tests s'il est impossible d'établir facilement la cause du décès. Formule une conclusion sur la cause et les circonstances du décès en tenant compte des résultats de l'autopsie, s'il y a lieu, et rédige le rapport d'enquête sur le décès. <ul style="list-style-type: none"> S'il a répondu aux cinq questions, le coroner soumet un rapport final dans les 30 jours de l'acceptation de l'enquête sur le décès, sinon il soumet un rapport préliminaire et ordonne des tests supplémentaires, comme une autopsie, des fiches dentaires ou des analyses toxicologiques. Après avoir recueilli des renseignements suffisants, il soumet un rapport final dans les 30 jours de la réception des résultats des tests supplémentaires. Les cas peuvent être rouverts à une date ultérieure pour des motifs comme la mise au jour de nouveaux éléments de preuve non disponibles durant l'enquête initiale. Le système d'information des coroners fait un suivi du nombre de cas en cours, mais non du nombre de cas rouverts une fois qu'ils sont clos.
Coroner régional principal	<ul style="list-style-type: none"> Effectue un examen de la qualité des rapports d'enquête sur les décès pour vérifier si les coroners-enquêteurs ont mené les enquêtes de manière adéquate.
Médecin légiste ou pathologiste	<ul style="list-style-type: none"> Pratique l'autopsie en réponse à la demande du coroner. Rédige le rapport d'autopsie. Effectue les examens à titre de pair de toutes les autopsies dans les cas criminels suspects et les examens d'assurance de la qualité d'un échantillon d'autres cas comportant une autopsie (voir la figure 10).
Coroner menant une enquête	<ul style="list-style-type: none"> Examine certains types de décès (voir la section 2.3).

était de causes naturelles ou indéterminées ou s'il s'agissait d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

La **figure 6** montre qu'entre 2014 et 2018, près de la moitié des décès visés par une enquête résultait de causes naturelles, comme une cardiopathie ou une maladie pulmonaire, et près d'un tiers était attribuable à un accident, telle une surdose d'opioïdes.

Les coroners rédigent leurs rapports en utilisant un formulaire standard, qui est soumis au Bureau et téléchargé dans le système d'information des coroners. Les coroners régionaux principaux passent en revue les rapports et cernent les domaines à modifier. Le Bureau procède actuellement au remplacement du système d'information des coroners, qui a été mis en service il y a 17 ans. En mars 2018, le Bureau a passé un marché avec un fournisseur tiers pour créer un nouveau système, se chiffrant à environ 2 millions de dollars, à la suite d'un appel d'offres concurrentiel. Le nouveau système sera accessible sur le Web, ce qui permettra aux coroners enquêteurs de soumettre directement leurs rapports d'enquête au Bureau et de consulter les rapports stockés dans le système. Le Bureau prévoit que le nouveau système sera en service à la fin de 2020.

2.2 Médecins légistes et pathologistes

Le service de médecine légale du Bureau pratique les autopsies sur les défunts lorsque les coroners en font la demande. Les autopsies fournissent des renseignements détaillés sur les défunts ainsi que des détails sur leur décès, afin d'orienter les enquêtes sur les décès et les mesures d'application de la loi subséquentes.

Conformément à la Loi, le médecin légiste en chef supervise et dirige les pathologistes et les médecins légistes inscrits au registre provincial en ce qui concerne la prestation des services, et il voit à leur formation et à leur sensibilisation. Les pathologistes sont des médecins autorisés qui examinent les causes et l'évolution des maladies et qui effectuent les autopsies dans les cas où un délit criminel n'est pas soupçonné. Par contraste, les médecins légistes doivent poursuivre leur scolarité et leur formation et obtenir un agrément en médecine légale, qui est une sous-spécialité de la pathologie visant à déterminer les causes de décès en procédant à un examen du défunt.

Figure 6 : Nombre et pourcentage d'enquêtes sur les décès menées par les coroners selon la cause, 2014-2018¹

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

Cause du décès	2014	2015	2016	2017	2018 ²
Naturelle	8 374	8 145	8 582	9 186	9 021
Accident	4 598	4 494	4 715	5 381	5 697
Suicide	1 334	1 404	1 623	1 745	1 556
Indéterminée ³	166	183	217	208	266
Homicide	345	357	401	475	623
Enquête en cours	0	9	29	83	298
N^{bre} total de cas comportant une enquête sur le décès	14 817	14 592	15 567	17 078	17 461

1. Données valides en septembre 2019.

2. La cause et les circonstances du décès dans certains cas en 2018 peuvent avoir été déterminées mais ces cas sont toujours ouverts, car les régions ne les ont pas fermés officiellement (p. ex. en attente de rapports, comme de police ou de services d'ambulance).

3. La cause d'un décès est classée comme « indéterminée » si l'enquête a pris fin sans que la preuve détermine les circonstances du décès.

2.2.1 Domaines de spécialisation et lieux de travail des médecins légistes et des pathologistes

Le médecin légiste en chef tient un registre des pathologistes qui sont autorisés à effectuer des autopsies sous le régime de la Loi. Chaque pathologiste est classé dans une catégorie, qui définit les types d'autopsies qui lui sont confiés selon ses titres de compétence et son expérience médicale. Un comité d'examen des titres de compétence a été créé en même temps que le registre afin d'aider le médecin légiste en chef à décider des pathologistes à inscrire au registre ou à rayer du registre. Le comité compte trois médecins légistes principaux qui présentent des recommandations au médecin légiste en chef après avoir examiné l'ensemble du travail d'un pathologiste, y compris son rendement, l'historique des examens par les pairs et les questions liées au professionnalisme, comme les plaintes.

Le 31 mars 2019, le registre comptait 117 pathologistes, dont 96 qui ont effectué des autopsies en 2018-2019. La **figure 7** montre

les lieux de travail des 96 pathologistes et les catégories d'autopsies qu'ils peuvent pratiquer. Ces pathologistes ont effectué des autopsies dans trois types d'établissements :

- **L'Unité de médecine légale de Toronto** est située dans le complexe des sciences judiciaires et du coroner de cette ville. Cette unité est chargée de toutes les autopsies dans la région du Grand Toronto et dans l'ensemble de la province lorsque des pathologistes ayant les compétences requises ne sont pas disponibles dans la localité. L'Unité est aussi le bureau central de la médecine légale. En 2018-2019, 44 % des autopsies ont été pratiquées à cette unité.
- **Des unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier** sont situées dans six villes : Hamilton, Kingston, London, Ottawa, Sudbury et Sault Ste. Marie. Situées dans des hôpitaux d'enseignement, ces unités sont chargées des autopsies dans leur région et les environs. Chaque unité est dirigée par un directeur médical, qui est un médecin légiste.

Figure 7 : Catégories de pathologistes inscrits au registre provincial au 31 mars 2019, selon l'emplacement

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

Lieu de l'autopsie	Catégorie de pathologistes inscrits au registre ¹			Total
	A ²	B ³	C ⁴	
Unité de médecine légale de Toronto	15	0	1	16 ⁵
Unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier				
Hamilton	4	1	0	5
Ottawa	5	0	0	5
London	4	8	0	12
Sudbury	3	0	0	3
Kingston	1	14	0	15
Sault Ste. Marie	1	1	0	2
Hôpital communautaire	4	29	5	38
Total	37	53	6	96⁶

1. Le registre rend compte de la disponibilité des pathologistes dans différentes régions de la province. Tous les pathologistes qualifiés peuvent être inscrits au registre. C'est pourquoi les niveaux de dotation varient à l'échelle de la province.
2. Les pathologistes de catégorie A peuvent effectuer toutes les autopsies, y compris les cas pédiatriques, les homicides et les cas criminels suspects. Tous les pathologistes de catégorie A sont des médecins légistes.
3. Les pathologistes de catégorie B peuvent seulement être chargés de cas non suspects se rapportant à des adultes.
4. Les pathologistes de catégorie C peuvent seulement être chargés de cas pédiatriques non suspects.
5. En 2018-2019, 13 de ces pathologistes travaillaient à temps plein et 3 travaillaient à temps partiel.
6. Ces pathologistes actifs, ainsi que les 21 autres auxquels des cas n'ont pas été assignés en 2018-2019, comptent pour l'intégralité des 117 pathologistes inscrits au registre provincial.

En 2018-2019, ces unités ont pratiqué 42 % de toutes les autopsies.

- **Les hôpitaux communautaires** emploient des pathologistes qui pratiquent des autopsies pour le service de médecine légale du Bureau. Ces pathologistes sont affectés à 16 hôpitaux communautaires, qui sont habituellement situés dans des régions éloignées. Ils ont effectué 14 % des autopsies en 2018-2019.

La **figure 8** présente la charge de travail des établissements qui ont pratiqué des autopsies entre 2014-2015 et 2018-2019.

2.2.2 Paiements versés aux médecins légistes et aux pathologistes

Parmi les 117 médecins légistes et pathologistes inscrits au registre provincial, 12 % sont des employés salariés à temps plein du Bureau, qui sont tous affectés à l'Unité de médecine légale de Toronto. Trois autres médecins légistes travaillent à l'unité de Toronto à temps partiel en régime de la rémunération à l'acte. Les autres pathologistes—ceux qui sont affectés aux unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier ou aux hôpitaux communautaires—sont soit des employés

à temps plein des hôpitaux ou offrent des services d'autopsie en rémunération à l'acte, comme le montre la **figure 9**.

2.2.3 Assurance de la qualité du travail des médecins légistes et des pathologistes

La **figure 10** décrit les trois différents processus d'assurance de la qualité visant les rapports d'autopsie qui sont suivis au Bureau :

- les décès suspects;
- les décès non suspects;
- les transcriptions des instances judiciaires dans lesquelles un médecin légiste a témoigné et a présenté un rapport d'autopsie devant la cour.

2.2.4 Gestion des morgues

Les corps devant faire l'objet d'une autopsie ordonnée par les coroners enquêteurs dans la région du Grand Toronto sont transférés à l'Unité de médecine légale de cette ville, soit par des services de transport spécialisés ou des salons mortuaires. L'Unité reçoit aussi des corps d'autres régions de la province afin de réduire les arriérés locaux.

Figure 8 : Charge de travail selon le lieu de l'autopsie, 2014-2015 à 2018-2019

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau)

Lieu de l'autopsie	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Unité de médecine légale de Toronto	2 350	2 577	3 044	3 224	3 742
Unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier					
Hamilton*	815	891	999	1 276	1 386
Ottawa	633	669	709	786	763
London	471	455	521	528	566
Sudbury	197	283	356	380	402
Kingston	227	188	233	244	355
Sault Ste. Marie	62	85	103	118	127
Hôpital communautaire	1 168	1 051	1 126	1 241	1 233
Total	5 923	6 199	7 091	7 797	8 574

* En juillet 2019, le Bureau a décidé de fermer l'Unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier de Hamilton en raison de problèmes de dotation et d'autres difficultés opérationnelles. Il est actuellement prévu de transférer tous les cas d'autopsie de l'Unité de Hamilton à l'Unité de médecine légale de Toronto d'ici juillet 2020. Le Bureau s'attend à ce que la fermeture génère des économies annuelles de 750 000 \$ deux ans après la mise hors service et procure des gains d'efficacité, car l'Unité de Toronto dispose d'installations inutilisées pour effectuer les autopsies. En fait, six postes d'autopsie à cette unité ne sont pas utilisés actuellement.

Figure 9 : Honoraires des pathologistes et des médecins légistes en Ontario, avril 2018

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

Lieu de travail des pathologistes	Type de rémunération
Unité de médecine légale de Toronto	Salaire ¹
Unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier	Entente de paiement de transfert (annuel) <ul style="list-style-type: none"> • Chaque unité régionale reçoit un paiement de transfert variant de 100 000 à 570 000 \$ à titre de Centre d'excellence provincial en pathologie judiciaire² Honoraires (par cas) ³ <ul style="list-style-type: none"> • 300 \$ par autopsie externe (sans dissection) • 1 200 \$ par autopsie standard • 1 650 \$ par autopsie complexe (cas criminels suspects, pédiatriques ou homicide) Frais versés aux établissements (par cas) <ul style="list-style-type: none"> • 400 \$ pour rembourser chaque unité régionale des frais engagés pour pratiquer les autopsies
Hôpital communautaire	Mêmes honoraires et frais d'établissement par cas que ceux versés aux unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier; aucun paiement de transfert à titre de centre d'excellence

1. Trois autres médecins légistes à cette unité sont rémunérés à l'acte et touchent les mêmes honoraires que les pathologistes qui travaillent aux unités régionales de médecine légale et aux hôpitaux communautaires.
2. L'entente précise que l'hôpital effectue toutes les autopsies nécessaires dans le cadre des enquêtes sur les décès, y compris dans les cas criminels suspects, pédiatriques et d'homicide, sous la supervision du directeur médical. L'entente précise également les responsabilités particulières de ce dernier.
3. Selon l'entente intervenue entre les unités régionales et les pathologistes, des indemnités ou honoraires peuvent être versés à l'hôpital, aux pathologistes ou à l'organisme qui reçoit les paiements au nom de ses membres (p. ex. l'Association des laboratoires régionaux de l'est de l'Ontario). Les honoraires sont établis dans le Règl. de l'Ont. 19/15 afférent à la *Loi sur les coroners*.

En plus d'affecter des coroners sur les lieux de décès, les répartiteurs dans l'unité centrale d'affectation provinciale du Bureau à Toronto exercent les fonctions de préposé à la morgue, ce qui comprend la réception et la libération des corps, la vérification de l'identité des défunts et la gestion de l'entreposage des corps. Le personnel effectue le dénombrement des corps afin de contrôler la capacité d'accueil des morgues et de confirmer que les corps se trouvent au bon endroit.

Dans les unités de médecine légale en milieu hospitalier et les hôpitaux communautaires, le personnel hospitalier est responsable de gérer les activités de la morgue. Le personnel de sécurité de l'hôpital est chargé de l'admission des corps dans la morgue et de leur libération.

2.3 Enquêtes de coroner, comités d'examen des décès et groupes d'experts

Les enquêtes de coroner et les comités d'examen des décès sont soumis à l'autorité et à la supervision du Bureau. Alors que les enquêtes et les comités examinent les circonstances entourant les décès et formulent des recommandations afin de réduire le risque de décès ultérieurs, la **figure 11** montre les différences principales entre eux. Le Bureau a tenu 186 enquêtes de coroner de 2014 à 2018, dont 170 étaient obligatoires et 16 discrétionnaires. En 2018 seulement, il y a eu 35 enquêtes de coroner, dont 31 étaient obligatoires et 4 discrétionnaires.

De plus, le coroner en chef peut former des groupes d'experts pour orienter les enquêtes sur certains types de décès. L'**annexe 4** décrit les cinq comités d'examen des décès qui étaient actifs au moment de notre audit et les trois groupes d'experts établis par le coroner en chef depuis 2013 qui ont publié des rapports. En 2019, le coroner en

Figure 10 : Processus d'assurance de la qualité du travail des pathologistes et des médecins légistes

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau)

Type d'examen	Type de cas et taux de couverture	Portée de l'examen	N ^{bre} d'examens effectués		Responsable de l'examen
			2017-2018	2018-2019	
Examen par les pairs ¹	100 % des rapports d'autopsies dans les cas criminels suspects avant qu'ils soient remis au coroner et à la police	Aspects visés par l'examen : <ul style="list-style-type: none"> intégralité, cohérence et facilité d'examen par un autre médecin légiste qui parvient à la même conclusion; caractère raisonnable de la cause du décès indiquée dans le rapport d'autopsie, compte tenu de la preuve disponible; avis impartial d'expert sur le contenu du rapport d'autopsie 	282	391	Pathologistes de catégorie A (pathologistes qui pratiquent par rotation toutes les autopsies, y compris les cas criminels suspects et d'homicide)
Examen de la qualité ²	Autopsies de cas non suspects : <ul style="list-style-type: none"> 10 % des autopsies; 100 % des autopsies lorsque la cause du décès est indéterminée; 100 % des autopsies dans le cas de décès de causes naturelles d'une personne de moins de 40 ans; 100 % des autopsies pratiquées par des pathologistes qui en pratiquent moins de 20 par année. 	Aspects visés par l'examen : <ul style="list-style-type: none"> intégralité et cohérence; caractère raisonnable de la cause du décès indiquée dans le rapport d'autopsie, compte tenu de la preuve disponible; délai écoulé entre l'autopsie et la publication du rapport ainsi qu'entre l'analyse toxicologique et la publication du rapport. 	1 300	1 251	Médecins légistes en chef adjoints, directeurs médicaux, pathologistes de catégorie A
Transcription judiciaire	Des médecins légistes sont parfois convoqués devant la cour pour fournir un avis spécialisé sur les conclusions de leur autopsie. Tous les médecins légistes qui témoignent en cour font examiner par un pair la transcription d'au moins un cas par année civile.	Les médecins légistes sont évalués afin de déterminer : <ul style="list-style-type: none"> s'ils sont prêts à témoigner; s'ils fournissent seulement des avis dans leurs domaines d'expertise; s'ils démontrent des connaissances générales, interprètent correctement la preuve, et tirent des conclusions et émettent des avis crédibles, objectifs et rigoureusement scientifiques. 	6 ³	19 ³	Pathologistes de catégorie A affectés de manière aléatoire

1. Consulter les détails à la section 4.3.1.

2. Consulter les détails à la section 4.3.2.

3. Le Bureau ne tient pas de dossier sur les affaires judiciaires dans lesquelles interviennent les médecins légistes. Nous n'avons donc pu confirmer si le nombre d'examens effectués répondait aux exigences du Bureau.

Figure 11 : Aperçu des enquêtes de coroner et des comités d'examen des décès

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Description	Autorisation et responsabilité	Délibérations et rapports
<p>Enquête de coroner obligatoire – tenue après qu'un coroner a terminé le travail lié à une enquête sur le décès. Obligatoire lorsqu'un décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • survient de façon accidentelle sur un chantier de construction, dans une mine, un puits de mine ou une carrière; • survient alors que la personne est en détention ou est appréhendée, sauf s'il s'agit d'un décès de causes naturelles dans un établissement correctionnel; • est imputable à une blessure ou à un autre incident survenu en détention, ou lorsque le recours à la force par la police, les agents de police spéciaux ou les agents des Premières Nations a causé le décès; • survient lorsqu'une personne est immobilisée ou détenue dans un établissement psychiatrique, un hôpital ou dans le cadre d'un programme de traitement en milieu fermé. <p>L'enquête est aussi obligatoire lorsqu'un enfant décède des suites d'un acte criminel commis par la personne qui en a la garde.</p>	<p><i>Loi sur les coroners</i></p> <p>Il revient au coroner régional principal de déterminer s'il y a lieu de tenir une enquête de coroner obligatoire.</p>	<p>Tribune publique, cas précis et durée limitée</p> <p>Les jurés-citoyens qui prononcent le verdict répondent aux cinq questions relatives au décès et formulent des recommandations¹.</p>
<p>Enquête discrétionnaire – a lieu après qu'un coroner a terminé le travail lié à une enquête sur le décès. Peut être tenue lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le coroner détermine que l'enquête sur le décès a produit des renseignements suffisants pour étayer une enquête de coroner; • le coroner décide qu'il est préférable pour le public de tenir une audience publique sur les circonstances du décès; • le coroner estime qu'un jury serait en mesure de formuler des recommandations utiles pour prévenir des décès. 	<p><i>Loi sur les coroners</i></p> <p>Il revient au coroner régional principal, en collaboration avec le comité consultatif auprès de l'enquête², de déterminer s'il y a lieu de tenir une enquête de coroner obligatoire.</p>	<p>Tribune publique, cas précis et durée limitée</p> <p>Les jurés-citoyens qui prononcent le verdict répondent aux cinq questions relatives au décès et formulent des recommandations.</p>
<p>Comité d'examen des décès – peut être convoqué en tout temps par le coroner en chef pour aider les coroners à mener des enquêtes sur les décès afin de bénéficier de leur expertise.</p> <p>Peut être formé pour les types de décès qui soulèvent d'importantes préoccupations chez les Ontariens.</p>	<p>À la discrétion du coroner en chef</p>	<p>Tribune publique, les délibérations se poursuivent à la discrétion du coroner en chef</p> <p>Intervenants et experts des domaines visés</p>

1. Les réponses des parties qui reçoivent les recommandations, qui sont acheminées au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario, sont accessibles au public sur demande.

2. Les membres d'un comité consultatif auprès d'une enquête de coroner sont nommés par le coroner en chef et comprennent les coroners en chef adjoints, trois coroners régionaux principaux et l'avocat en chef du coroner en chef. Le comité est présidé par le coroner en chef adjoint.

chef a convoqué un groupe d'experts pour examiner le décès de neuf policiers qui se sont suicidés en 2018. Le groupe n'avait pas terminé son rapport au moment de notre audit.

2.4 Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a été créé en 2010. C'est l'organisme de surveillance du Bureau qui lui fournit des conseils. Ses 12 membres votants ont surtout des antécédents dans les domaines juridique, policier et de santé et sont nommés par le Secrétariat des nominations. Le Conseil exerce un mandat consistant à soutenir la prestation de services efficaces et justiciables liés aux enquêtes sur les décès. Le coroner en chef et le médecin légiste en chef siègent également au Conseil en qualité de membres non votants.

Le Conseil a été créé par voie de modification de la *Loi sur les coroners* à la suite d'une recommandation découlant de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, dirigée par le commissaire Stephen T. Goudge (la Commission d'enquête Goudge). La Commission d'enquête a été établie par le gouvernement afin d'améliorer la surveillance des médecins légistes et des coroners et, plus particulièrement, de remédier aux lacunes systémiques dans la surveillance des services de médecine légale. Ces lacunes ont en fin de compte donné lieu à des erreurs judiciaires après que des conclusions viciées en médecine légale ont entraîné des accusations d'homicide involontaire contre des personnes innocentes. L'**annexe 5** donne plus de détails sur la Commission d'enquête Goudge.

La Commission d'enquête a recommandé de créer le Conseil afin de combler les lacunes de surveillance et d'assurer une gouvernance plus objective et indépendante. Le Conseil exerce une surveillance sur le travail du coroner en chef et du médecin légiste en chef ainsi que du personnel des services de coroners et de médecine légale.

Le Conseil est soutenu par trois membres du personnel du ministère du Solliciteur général. Au cours des dernières années, les coûts totaux du Conseil s'élevaient à près de 500 000 \$, dont environ 70 % au titre des salaires du personnel de soutien.

Le Conseil gère également un processus de traitement des plaintes du public. Comme précisé dans la Loi, le Conseil n'examine pas une plainte avant que le Bureau l'ait traitée aux fins de réponse. La seule exception est une plainte visant le coroner en chef ou le médecin légiste en chef, que le Conseil examine directement.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

L'objectif de notre audit était de déterminer si le Bureau avait mis en place des systèmes et des procédures efficaces pour :

- mener des enquêtes de grande qualité sur les décès et prévenir les décès prématurés, conformément aux exigences législatives, aux politiques internes et aux pratiques exemplaires;
- fournir de manière rentable des services liés aux enquêtes sur les décès et des services connexes;
- mesurer l'efficacité de ses activités et en faire rapport.

Avant d'entreprendre nos travaux, nous avons déterminé les critères d'audit que nous utiliserions pour atteindre l'objectif de l'audit. Ces critères ont été établis à la suite d'un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, des études internes et externes et des pratiques exemplaires. La haute direction du Bureau a examiné l'objectif de notre audit et les critères connexes, qui sont présentés à l'**annexe 6**, et a convenu de leur pertinence.

L'audit a porté sur les activités du Bureau au cours de la période de trois ans terminée le

31 mars 2019 et a tenu compte des données et des événements pertinents des dix dernières années. Nous avons mené notre audit de janvier à septembre 2019. Nous avons obtenu du Bureau une déclaration écrite selon laquelle, au 5 novembre 2019, il nous avait fourni tous les renseignements dont il disposait et qui pouvaient avoir une incidence importante sur les constatations ou les conclusions du présent rapport.

Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné les lois, les ententes, les rapports, les lignes directrices des programmes et les politiques applicables. Nous avons aussi passé en revue des documents et des dossiers pertinents, analysé des données, évalué les contrôles de TI et les risques associés. Nous avons en outre observé les processus liés aux enquêtes sur les décès, dont les activités menées dans le complexe des sciences judiciaires et du coroner à Toronto et certaines régions à l'extérieur.

Nous avons interrogé 45 gestionnaires, pathologistes et membres du personnel de soutien au sujet des services de médecine légale, y compris :

- des cadres supérieurs, dont les médecins légistes en chef adjoints et le médecin légiste en chef, des médecins légistes, des pathologistes et d'autres employés des services de médecine légale et de soutien de l'Unité régionale de médecine légale de Toronto;
- des directeurs médicaux dans toutes les unités régionales de médecine légale, dont celles à Kingston, London, Ottawa, Sault Ste. Marie et Sudbury (le poste de directeur médical à Hamilton était vacant durant la majorité de notre audit), et d'autres médecins légistes et pathologistes à Hamilton, Ottawa et Sudbury;
- des pathologistes et des médecins légistes à deux hôpitaux communautaires.

Afin de comparer l'exécution de ces fonctions dans la province, nous avons examiné les processus d'assurance de la qualité de tous les établissements pratiquant des autopsies, dont ceux à Toronto,

et les six unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier. Nous avons aussi observé les pratiques de gestion dans les morgues à Ottawa, Sudbury et Toronto. Nous avons visité les unités régionales à Ottawa et Sudbury et deux hôpitaux communautaires à Ottawa et Toronto. En outre, nous avons engagé un expert ayant de l'expérience dans les pratiques liées aux enquêtes sur les décès dans d'autres provinces et aux États-Unis. L'expert a passé en revue un échantillon de rapports d'enquête sur les décès et de rapports d'autopsie afin de recueillir suffisamment de preuve et de tirer des conclusions raisonnables en fonction de la preuve obtenue. Nous avons également sondé des pathologistes et des médecins légistes partout en Ontario. Le taux de réponse s'élevait à 34 %—25 % des pathologistes et 49 % des médecins légistes ayant une adresse courriel valide ont répondu.

Concernant les services de coroners, nous avons rencontré en entrevue les coroners en chef adjoints et le coroner en chef. Nous avons aussi rencontré en entrevue les coroners régionaux principaux des 10 régions provinciales et obtenu des renseignements de ces derniers, dont leurs examens du travail des coroners. Nous avons comparé les données sur les enquêtes sur les décès du Bureau avec les données obtenues directement du ministère de la Santé. Nous avons aussi sondé les coroners et les coroners régionaux principaux actifs et récemment retraités; 41 % des coroners ayant une adresse courriel valide et 100 % des coroners régionaux principaux ont répondu.

Nous avons assisté aux audiences dans le cadre de deux enquêtes de coroner à Toronto pour mieux comprendre le but de ces enquêtes et les parties qui y prennent part. Nous avons rencontré le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et en avons obtenu des renseignements pertinents afin de mieux comprendre son rôle et son mandat à titre d'organisme de surveillance du Bureau. Nous avons également examiné le travail des comités d'examen des décès du Bureau et rencontré en entrevue certains présidents des comités afin de

mieux comprendre la façon dont leur travail facilite les enquêtes sur les décès du Bureau.

Par ailleurs, nous avons rencontré la registraire de l'OMCO, deux représentants de forces de police municipale (dont l'un représentait également l'Association des chefs de police de l'Ontario) et quatre avocats (procureurs de la Couronne et criminalistes actuels et anciens) qui ont déjà travaillé avec le Bureau, afin d'obtenir leur avis sur celui-ci en ce qui a trait à la conduite d'enquêtes sur les décès.

Nous avons mené une recherche pour déterminer la façon dont d'autres provinces canadiennes gèrent leur système d'enquête sur les décès et avons communiqué avec des représentants des neuf autres provinces pour cerner les domaines à améliorer en Ontario.

Pour déterminer la portée et l'étendue du travail d'audit, nous avons examiné les rapports d'audit pertinents produits par la Division de la vérification interne de l'Ontario.

3.1 Questions en suspens

Durant notre audit, nous avons relevé des cas où des coroners avaient enquêté sur le décès de personnes qu'ils avaient soignées au cours d'années précédant leur décès. Ces médecins avaient fourni des soins médicaux à ces patients lorsqu'ils n'exerçaient pas les fonctions de coroner. Nous abordons cette question à la **section 4.1**. Le Bureau a commencé à enquêter sur ces cas dès que nous les avons portés à son attention. Les cadres supérieurs du Bureau nous ont informés qu'ils évalueraient en profondeur les circonstances entourant ces cas afin de déterminer si les coroners en cause avaient posé des actes inappropriés. À la fin de notre audit, le Bureau avait adopté un plan pour analyser les renseignements sur les cas que nous avons relevés. Le plan comprenait une évaluation visant à déterminer si les coroners :

- auraient raisonnablement dû savoir qu'ils se trouvaient en situation de conflit d'intérêts

lorsqu'ils ont accepté de mener l'enquête sur le décès;

- auraient dû reconnaître que les cas constituaient un conflit d'intérêts en raison, par exemple, de la nature et de la période des soins qu'ils avaient fournis en tant que médecins;
- auraient dû informer le coroner régional principal du conflit d'intérêts potentiel, car ce dernier est chargé de superviser leur travail.

L'enquête du Bureau se poursuivait lorsque nous avons mis fin à l'audit.

En outre, durant notre audit, deux médecins légistes—dont un travaille actuellement à l'unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier de Hamilton et l'autre y ayant travaillé auparavant—ont déposé auprès du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès des plaintes distinctes visant le coroner en chef et le médecin légiste en chef. Entre autres préoccupations, les plaignants ont allégué que les deux chefs ont abusé de leur pouvoir lorsque le Bureau a décidé de fermer l'unité de Hamilton. Le Conseil finalisait les rapports d'enquête sur les plaintes lorsque nous terminions l'audit.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Certains coroners sont soupçonnés de pratiques contraires à l'éthique et d'inconduite professionnelle

En général, nous avons constaté que 36 coroners (11 %) qui travaillaient au Bureau en 2018 auraient usé de pratiques contraires à l'éthique ou violé les politiques du Bureau ou les règles de déontologie professionnelle. Certains coroners enquêtaient sur le décès d'anciens patients sans déclarer de conflit d'intérêts. D'autres menaient des enquêtes sur les décès, alors qu'ils étaient visés par les

restrictions à l'exercice imposées par leur ordre de réglementation, notamment les restrictions à la prescription de stupéfiants dans leur cabinet médical. D'autres encore n'étaient plus autorisés à pratiquer la médecine. Le Bureau n'était pas au courant de certaines de ces restrictions. Nous avons aussi constaté que certains coroners avaient facturé en double le travail accompli.

Il est attendu que les coroners respectent le code de déontologie des coroners établi par le Bureau. Les coroners, en qualité de médecins, doivent se conformer aux politiques et aux directives de l'OMCO relatives au professionnalisme médical, car l'Ordre réglemente la profession médicale. Toutefois, ni le code de déontologie ni la *Loi sur les coroners* n'exigent que les coroners soient des médecins en règle auprès de l'OMCO. Puisque le sujet principal d'une enquête n'a pas voix au chapitre et que les coroners travaillent habituellement en autonomie, il est essentiel que le Bureau veille à ce que les coroners qu'il emploie respectent des normes de conduite élevées.

4.1.1 Certains coroners ont enquêté sur le décès d'anciens patients

Nous avons remarqué que 19 des 23 coroners ayant présenté les factures les plus élevées en 2018 avaient enquêté sur le décès de 132 personnes qu'ils avaient soignées entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 décembre 2018. Si l'on tient seulement compte des patients qui ont été soignés au cours de l'année avant qu'ils décèdent par les médecins qui ont ensuite enquêté sur leur décès, nous avons constaté que 15 des 23 coroners ont enquêté sur le décès de 54 de leurs anciens patients. Cette pratique pourrait constituer un conflit d'intérêts, selon la politique du Bureau. Ces cas soulèvent des préoccupations en raison du risque que la vérité entourant un décès ne soit pas mise au jour, dans la mesure où les décisions en matière de soins prises par le médecin peuvent avoir contribué au décès. Une autopsie n'avait pas été pratiquée dans 64 des 132 cas.

La majorité des coroners en Ontario sont des médecins ayant leur propre cabinet. Plus de 70 % ont des antécédents en médecine familiale, tandis que les autres se spécialisent dans des domaines comme la cardiologie, la psychiatrie et la médecine interne. Parmi les 19 médecins-coroners, au moins 2 exerçaient la médecine des toxicomanies, 6 exerçaient la médecine d'urgence et un traitait des patients dans des foyers de soins de longue durée.

Le Bureau exige que les coroners déclarent un conflit d'intérêts potentiel si on leur demande d'effectuer une enquête sur le décès d'un ancien patient afin d'assurer une enquête impartiale. L'**annexe 7** expose la politique sur les conflits d'intérêts du Bureau. Le coroner en chef et les coroners en chef adjoints n'étaient pas au courant de ces cas, car le Bureau n'exerce pas de surveillance pour s'assurer que les coroners respectent sa politique. Le ministère de la Santé, qui fait un suivi de la facturation des médecins, n'examine pas le travail des coroners.

Nous n'avons pas trouvé de documents attestant que 14 des 19 coroners avaient déclaré un conflit d'intérêts au coroner régional principal, contrairement à la politique du Bureau. Cinq coroners avaient documenté et signalé un conflit d'intérêts au coroner régional principal, mais dans 12 % seulement des cas. Globalement, les 19 coroners n'avaient pas présenté de document pour signaler un conflit d'intérêts dans 95 % des cas.

D'ailleurs, pour cinq patients de ces coroners, nous avons consulté les données sur les ordonnances d'opioïdes du ministère de la Santé et constaté que le coroner enquêteur avait prescrit de la méthadone au patient durant le mois qui a précédé son décès.

Le fait d'enquêter sur le décès d'un ancien patient peut influencer le jugement d'un coroner lors d'une enquête sur le décès. Par exemple, comme le montre le **figure 12**, un coroner avait vu son patient à 143 reprises au cours des 4 années qui ont précédé son décès et, la dernière fois, 10 jours auparavant.

Figure 12 : Cas¹ de coroners qui ont enquêté sur le décès de leurs patients sans cependant déclarer de conflit d'intérêts²

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Coroner, spécialisation, lieu d'exercice principal	Description du cas
Coroner A Médecine des toxicomanies Toronto	<p>Le coroner A a vu le patient 10 jours avant son décès. Au cours des 4 années qui ont précédé le décès, le coroner a traité le patient à 143 reprises (à une fréquence hebdomadaire). Il a écrit dans le rapport d'enquête sur le décès les doses exactes de méthadone que prenait le défunt et la dernière dose distribuée. Le coroner n'a ni documenté ni déclaré qu'il était le prescripteur de la méthadone³. Le décès était imputable à une toxicité médicamenteuse.</p> <p>Le coroner A a vu le patient 32 jours avant son décès. Il a conclu que le décès du patient était imputable à de nombreuses blessures par balle. Le coroner a été informé du décès par l'Unité des enquêtes spéciales—un organisme civil d'application de la loi qui enquête sur les décès mettant en cause la police. Le défunt a été déclaré positif pour la méthadone, la cocaïne et d'autres drogues. Le coroner et un autre médecin avaient prescrit de la méthadone au patient au cours du mois avant le décès³.</p>
Coroner B Médecine des toxicomanies Brampton	<p>Le coroner B a vu le patient quatre jours avant son décès. Au cours des 3 années qui ont précédé le décès, le coroner a traité le patient 43 fois. Le coroner a noté dans le rapport d'enquête sur le décès le dosage exact de méthadone prescrit au patient. De la méthadone a été repérée dans la résidence du patient, mais le coroner n'a pas déclaré qu'il en était le prescripteur³. Le décès était imputable à une toxicité médicamenteuse.</p>
Coroner C Médecine familiale Toronto	<p>La coroner C a vu le patient le jour avant son décès. Elle a indiqué qu'une enquête sur le décès était justifiée parce que le patient avait eu une chute accidentelle environ une semaine avant de décéder (les décès causés par un accident doivent faire l'objet d'une enquête). La coroner n'a pas indiqué dans le rapport d'enquête sur le décès qu'elle avait examiné le patient le jour avant son décès. Le décès était imputable à des complications d'une fracture de la hanche.</p>
Coroner D Chirurgie orthopédique Oshawa	<p>Le coroner D, qui était chirurgien orthopédique à l'hôpital, a supervisé l'intervention chirurgicale à la suite d'une fracture de la hanche du patient. Après la chirurgie, le patient a été transféré dans l'unité des soins intensifs, où son état de santé a continué de se détériorer et il est décédé une semaine plus tard. Le coroner a indiqué dans son rapport qu'il n'y avait aucune « préoccupation relative aux soins de santé », et il a été décidé de ne pas pratiquer d'autopsie. Le décès était imputable à des complications d'une fracture de la hanche.</p>

1. Nous avons examiné le dossier de tous les coroners qui ont mené plus de 119 enquêtes sur les décès en 2018 (90^e centile de la charge de travail, comme expliqué à la figure 13) afin de relever les cas où ils ont facturé des frais au RASO pour les soins prodigués à des patients du 1^{er} avril 2013 au 31 décembre 2018 et qui ont par la suite mené une enquête de coroner sur le décès de ces patients. L'examen excluait 11 coroners ayant un nombre élevé d'enquêtes qui ne sont pas rémunérés par le RASO et qui ont, par exemple, reçu un salaire d'un hôpital ou des paiements d'un cabinet de groupe, comme une organisation ou un cabinet de santé familiale.
2. Nous avons déterminé que des conflits d'intérêts avaient été déclarés et documentés en examinant l'exposé des faits dans les rapports d'enquête sur les décès.
3. La méthadone est un médicament de substitution qui aide les personnes à gérer leur dépendance aux opioïdes et leurs symptômes de privation. Elle peut aussi être prescrite pour gérer la douleur. Dans les cas où la méthadone était la cause ou un facteur du décès d'un patient, nous avons utilisé les données du ministère de la Santé pour confirmer que le coroner qui avait enquêté sur le décès était le prescripteur de la méthadone.

Un autre coroner avait vu un patient 43 fois au cours des 3 années avant son décès et, la dernière fois, 4 jours auparavant. Les deux coroners exerçaient la médecine des toxicomanies et ont prescrit de la méthadone à ces patients. Les deux patients sont morts d'une intoxication médicamenteuse. Puisque ces médecins-coroners géraient activement les soins et les dépendances de leurs patients, il leur serait

difficile d'évaluer avec impartialité les circonstances ayant donné lieu au décès, ce qui est un élément central du rôle de coroner.

Le Bureau n'a cependant pas accès aux renseignements sur l'identité des patients que les médecins-coroners soignent dans leur cabinet, et ne peut donc exclure certains coroners d'enquêtes sur les décès pour lesquelles ils pourraient se

trouver en situation de conflit d'intérêts. En outre, contrairement à l'objet de la politique sur les conflits d'intérêts, le Bureau n'exige pas qu'un coroner confirme qu'il n'a pas soigné le défunt, soit lorsqu'il accepte de mener l'enquête sur le décès ou lorsqu'il soumet son rapport. De plus, les répartiteurs ne demandent pas aux coroners si le défunt était leur patient avant de décéder. La politique du Bureau définit ce qui constitue un conflit d'intérêts et interdit aux coroners d'effectuer des enquêtes sur les décès dans ce cas, mais ne précise pas de délai acceptable entre le traitement d'un patient et la réalisation d'une enquête sur le décès afin d'éviter un conflit d'intérêts.

Le Bureau n'a jamais obtenu du ministère de la Santé les demandes de paiement d'honoraires des coroners qu'il emploie. Ces renseignements conservés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) permettraient d'identifier les coroners qui ont enquêté sur le décès d'anciens patients.

Nous avons rencontré la registraire de l'OMCO, qui nous a informés que l'Ordre s'inquiéterait d'un conflit d'intérêts potentiel dans le cas de coroners qui enquêtent sur le décès de leurs propres patients. L'OMCO n'a pas adopté de politique précise interdisant une telle situation et n'examine pas régulièrement le travail des coroners, mais il nous a fait savoir qu'il évaluerait toute question relative à un conflit d'intérêts potentiel en tenant compte des circonstances particulières. La disponibilité des coroners pour entreprendre une enquête peut fluctuer à l'échelle provinciale, particulièrement dans les régions éloignées, et ceux qui sont en situation de conflit d'intérêts peuvent en discuter avec le coroner régional principal. Quoiqu'il en soit, l'OMCO examinerait toute situation de conflit d'intérêts apparent qui se présenterait.

Nous avons informé le Bureau en mai et septembre 2019 des cas que nous avons relevés. Dans les cas où il est raisonnable de croire que les médecins ont commis une faute professionnelle, un règlement d'application de la *Loi sur les coroners* exige que le Bureau présente à l'OMCO

un rapport à leur sujet. Si les cas étaient signalés immédiatement, l'OMCO pourrait entreprendre une enquête sans préavis et demander aux médecins de fournir des documents sur leur travail de coroner et de médecin. Le Bureau a cependant décidé de discuter en premier des cas avec les coroners. Il nous a fait savoir que ces discussions orienteraient sa décision de contacter ou non l'OMCO. Les discussions se poursuivaient lorsque nous avons mis fin à l'audit.

RECOMMANDATION 1

Afin d'améliorer l'objectivité et la qualité des enquêtes sur les décès, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- mettent à jour la politique sur les conflits d'intérêts afin de préciser la période qui doit s'écouler entre le traitement d'un patient et l'exécution d'une enquête sur le décès de ce patient par un coroner;
- communiquent clairement et périodiquement aux coroners et aux coroners régionaux principaux la politique interdisant aux coroners d'enquêter sur le décès d'anciens patients;
- exigent que les coroners confirment officiellement l'absence de conflit d'intérêts lorsqu'ils acceptent une enquête sur le décès ou rédigent un rapport d'enquête;
- fassent un suivi des lieux de travail des coroners, par exemple les centres de traitement des toxicomanies ou les foyers de soins de longue durée, et tiennent compte de ces renseignements au moment d'affecter les enquêtes sur les décès;
- surveillent régulièrement la conformité à la politique et, dans les cas où elle a été violée, suspendent les coroners ou révoquent leur nomination et présentent un rapport à leur sujet à l'organisme compétent, tel que l'OMCO.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à la recommandation et prendra les mesures nécessaires pour améliorer l'objectivité et la qualité des enquêtes sur les décès. À cette fin, il s'engage à :

- examiner, réviser et mettre à jour la politique sur les conflits d'intérêts afin d'y intégrer les leçons dégagées des constatations du Bureau de la vérificatrice générale, y compris adopter des directives précises sur le délai acceptable entre le traitement d'un patient et une enquête sur son décès et donner des précisions sur ce qui établit une corrélation entre le traitement et l'enquête sur le décès. Donnons comme exemple le cas d'un coroner qui exerce la médecine familiale en milieu rural et qui traite un patient pour une entorse à la cheville puis, deux mois plus tard, ce dernier meurt dans un accident de la route;
- communiquer clairement la politique aux coroners et aux coroners régionaux principaux au moyen de rappels réguliers lors de toutes les mises à jour à l'intention des coroners et du cours annuel;
- exiger que les coroners enquêteurs remplissent le nouveau modèle d'enquête de coroner dans QuinC (une base de données sur les enquêtes de coroner en voie d'élaboration, qui devrait être terminée à la fin de 2020), qui comprend un champ obligatoire où le coroner indique s'il a déjà soigné le défunt et, le cas échéant, à quelle date et dans quelles circonstances. Si le coroner répond oui, le cas sera automatiquement soumis à l'examen du coroner régional principal responsable;
- ajouter des champs à la base de données existante sur les coroners pour indiquer le type de pratique et d'expertise de chacun, notamment les établissements de soins et

les hôpitaux affiliés. Les bureaux régionaux enverront des demandes annuelles pour confirmer si le ou les lieux de travail ou les spécialisations d'un médecin ont changé.

Le Bureau envisage des mécanismes pour intégrer ces données au processus d'affectation des cas;

- définir des approches pour surveiller et évaluer la conformité, notamment le champ obligatoire de déclaration de conflits d'intérêts dans le modèle électronique d'enquête afin d'assurer un examen et une intervention en temps opportun. Les cas de non-conformité peuvent entraîner des mesures de gestion du rendement, une suspension, un licenciement ou, au besoin, un avis à l'organisme de réglementation compétent, p. ex. l'OMCO.

4.1.2 Certains coroners ont enquêté sur des décès alors qu'ils faisaient l'objet de restrictions à l'exercice imposées par l'OMCO

Aux termes d'un règlement afférent à la *Loi sur les coroners*, le coroner en chef et le registraire de l'OMCO sont tenus de s'informer mutuellement des cas où un médecin coroner a commis une faute professionnelle ou a été jugé incompetent. La Loi n'exige cependant pas que l'OMCO fournisse de détails sur les circonstances ayant précédé l'enquête ni sur ses résultats.

Dans notre examen de l'information publiée sur le site Web de l'OMCO concernant les coroners qui étaient autorisés à mener des enquêtes sur les décès en 2018, nous avons constaté que l'OMCO et un autre ordre de réglementation provincial avaient soulevé des préoccupations à propos de 16 d'entre eux.

Le Bureau n'était pas au courant des restrictions à l'exercice de la médecine que l'OMCO avait imposées à six de ces coroners.

Cependant, le Bureau savait que des ordres— dont l'ordre de réglementation d'une autre

province—avaient imposé à sept de ces coroners des restrictions à l'exercice après avoir enquêté sur leur pratique de la médecine. Quoi qu'il en soit, le Bureau n'a pas restreint le travail des coroners visés après que l'ordre de réglementation l'a informé qu'ils avaient été jugés incompetents ou qu'ils avaient commis une faute professionnelle.

Le Bureau a imposé des restrictions au travail de trois de ces coroners en infligeant une suspension de 13 mois à l'un d'eux et en demandant aux coroners régionaux principaux d'effectuer une surveillance étroite des deux autres. Il n'en demeure pas moins que ces coroners ont tenu des enquêtes sur les décès alors qu'ils étaient visés par les restrictions de l'OMCO, car le coroner en chef estimait que leurs infractions n'avaient aucune incidence sur leurs fonctions de coroner.

Nous avons examiné le travail de ces coroners et, dans certains cas, nous avons soulevé des questions à propos de sa qualité, comme décrit ci-dessous. Toutefois, nous avons été dans l'impossibilité, tout comme le Bureau, de déterminer s'il existait de graves préoccupations liées au rendement, notamment des enquêtes sur les lieux de décès qui se sont pas suffisamment détaillées ou le fait de ne pas interroger tous les témoins concernés, puisqu'en général le travail des coroners n'est pas supervisé.

Le Bureau n'était pas au courant des avis de restrictions à l'exercice imposées par l'OMCO aux coroners

L'OMCO rend publics les cas, en les affichant sur son site Web, dans lesquels il a imposé des conditions ou des limites à la capacité d'exercice d'un médecin. Nous avons relevé des cas dont le Bureau n'était pas au courant, surtout parce qu'il ne vérifie pas périodiquement le site Web de l'OMCO pour se renseigner à ce sujet. Plutôt le Bureau s'attend à ce que l'OMCO lui fournisse directement ces renseignements, puisqu'il s'agit d'une exigence de la *Loi sur les coroners*. Nous avons appris de l'OMCO qu'il avait transmis ces renseignements au

Bureau. Toutefois, puisque l'OMCO envoie aussi au Bureau des avis sur toutes les sanctions publiques visant n'importe quel médecin en Ontario (ce qui représente près de 650 courriels par année) et que moins de 1 % des médecins visés sont des coroners ou des médecins légistes, le Bureau ne recense pas systématiquement les communications se rapportant aux coroners et n'avait pas relevé ces cas jusqu'à ce que nous les portions à son attention.

Le Bureau ne savait pas que 6 coroners actifs avaient mené 104 enquêtes sur les décès alors qu'ils étaient visés par des restrictions à l'exercice imposées par l'OMCO. L'un des coroners avait signé une entente avec l'OMCO en octobre 2017, dans laquelle il s'engageait à cesser de pratiquer à cause de préoccupations liées à l'exercice de la médecine. Ce coroner a par la suite été invité à participer à 52 enquêtes sur le décès et a accepté dans 28 cas de mener une enquête et a décidé dans 24 cas qu'une enquête n'était pas nécessaire. En juin 2018, un coroner a démissionné de l'OMCO, mais a tout de même été chargé de six enquêtes sur les décès le mois suivant, puis a démissionné de ses fonctions de coroner le 1^{er} juillet 2018.

Nous avons examiné un échantillon de rapports d'enquête sur les décès présentés par ces coroners et constaté des lacunes évidentes qui soulevaient des questions d'éthique.

- Un coroner a enquêté sur le décès de neuf personnes qui étaient soit ses patients ou qui avaient été traitées à l'hôpital où il exerçait les fonctions de médecin-chef—ces deux situations constituent un conflit d'intérêts potentiel. De plus, dans deux de ces cas, la famille du défunt avait exprimé des préoccupations à propos des soins prodigués à leur proche à l'hôpital au cours de la période précédant le décès. À titre de médecin-chef, il serait particulièrement inapproprié qu'il mène une enquête de coroner sur ces décès, puisque la piètre qualité des soins fournis à l'hôpital pourrait mettre en doute son intégrité et celle de l'hôpital. Selon le Bureau, ces enquêtes sur

les décès étaient acceptables, car les décès étaient survenus dans une petite collectivité et qu'il y avait peu de possibilités qu'un autre coroner mène les enquêtes. Pourtant, il n'y avait aucun document sur le conflit d'intérêts et la gestion du risque d'une enquête impartiale sur le décès.

- L'OMCO a cerné des lacunes dans la tenue de dossiers d'un autre coroner. Tous les rapports d'enquête sur les décès qu'il avait établis en 2018 n'étaient pas suffisamment détaillés, contrairement à la politique, ou n'avaient pas été soumis au coroner régional principal au moment de conclure notre audit, dont certains tardaient depuis près d'un an.

4.1.3 La politique ne précise pas quand des coroners doivent être suspendus ou licenciés

La politique du Bureau énonce les responsabilités qui incombent au Bureau et à un coroner lorsque ce dernier est visé par une enquête de l'OMCO ou une affaire civile ou criminelle. Aux termes de la politique, le Bureau s'attend à ce qu'un coroner avise le coroner régional principal lorsqu'il fait l'objet d'une enquête. Toutefois, la politique ne renferme aucun critère ni aucune directive sur le moment de suspendre ou de licencier un coroner.

Depuis sa nomination en 2013, le coroner en chef a eu connaissance de deux cas dans lesquels, à son avis, le comportement du coroner devait être signalé à l'OMCO, et c'est ce qu'il a fait. Pourtant, il n'a révoqué la nomination d'aucun coroner. Un coroner a démissionné volontairement durant l'enquête du Bureau et un autre a été suspendu de ses fonctions de coroner. Dans ce dernier cas, en 2017, le coroner régional principal avait émis des réserves à propos du travail du coroner, après quoi le coroner en chef a entrepris un examen qui se poursuivait lorsque nous avons mis fin à notre audit. Le coroner en chef a aussi avisé l'OMCO en 2017 de la tenue de cet examen.

Dans un autre cas, le coroner en chef, qui était relativement nouveau dans son poste, a licencié un coroner régional principal en raison de préoccupations liées à son comportement au travail, ce qui a entraîné la révocation de sa nomination de coroner. Cette sanction aurait dû être signalée à l'OMCO, mais le coroner en chef ne l'a pas fait puisqu'à l'époque, le Bureau n'avait pas mis en place de processus officiel pour aviser l'OMCO.

Nous avons remarqué d'autres cas où les ordres de réglementation avaient émis des réserves en raison de pratiques préoccupantes relatives aux ordonnances de stupéfiants ainsi que de la tenue de dossiers insatisfaisante et de l'élimination inappropriée de dossiers de patients. Ils avaient aussi soulevé des préoccupations concernant les soins de patients âgés et la gestion des chutes, la communication et le professionnalisme. Le coroner en chef n'a pas imposé à ces coroners de restrictions à l'exercice, car il estimait que ces problèmes n'affectaient pas leur capacité à mener des enquêtes sur les décès. Il aurait cependant été prudent de leur imposer des restrictions parce que le manque de jugement dans les domaines ci-dessus aurait pu donner lieu à de mauvaises décisions dans les enquêtes sur les décès. Par exemple, un coroner, qui avait été interdit en 2012 par l'OMCO de prescrire des stupéfiants, a enquêté sur 19 cas où le décès avait été causé par une intoxication médicamenteuse.

RECOMMANDATION 2

Afin d'améliorer ses communications avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) au sujet de coroners dont la pratique est préoccupante et de régler de manière appropriée leurs problèmes de rendement, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- collaborent avec l'OMCO pour trouver des moyens plus efficaces d'échanger l'information sur les médecins-coroners

qui éprouvent de sérieux problèmes de rendement;

- mettent à jour la politique afin de déterminer quand suspendre ou licencier les coroners qui ont commis une faute professionnelle, ont été jugés incompetents ou ont soulevé des questions de qualité ou d'éthique;
- signalent rapidement à l'OMCO les cas de faute professionnelle et d'incompétence ou d'autres problèmes de qualité ou un manquement à l'éthique.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à cette recommandation et prendra les mesures recommandées pour améliorer ses communications avec l'OMCO à propos des coroners dont la pratique soulève des préoccupations et répondre efficacement à leurs problèmes de rendement.

En plus de collaborer avec l'OMCO pour élaborer des moyens plus efficaces d'échanger l'information sur les médecins nommés coroners dont le rendement inquiète, le Bureau met en place un nouveau modèle de prestation des services, qui sera fondé sur une relation contractuelle explicite comportant des attentes claires en matière de rendement, de services et de comportement. Les ententes sur les niveaux de service porteront sur tous les aspects liés aux modalités de service, notamment la disponibilité, la rémunération, la déclaration de conflits d'intérêts, les exigences relatives à la formation continue, les périodes définies des nouvelles nominations et la conformité aux normes de qualité.

Le Bureau consultera l'OMCO pour élaborer des ententes contractuelles acceptables et efficaces afin d'assurer une solution de continuité dans la déclaration des cas potentiels d'inconduite et d'incompétence professionnelles ou d'autres problèmes de qualité.

De plus, le Bureau collaborera avec l'OMCO pour mettre à jour sa politique afin de déterminer quand suspendre ou licencier les coroners qui ont commis une faute professionnelle, ont été jugés incompetents ou ont soulevé d'autres questions de qualité ou d'éthique. L'un des objectifs de la politique révisée est d'établir des attentes claires concernant le moment et la façon d'informer l'OMCO des préoccupations soulevées relativement à l'inconduite, à l'incompétence ou à d'autres questions de qualité ou d'éthique. Il est prévu que l'une des composantes de la démarche de gestion de la qualité du Bureau sera un suivi de la présentation en temps opportun des rapports à ce sujet.

4.2 Surveillance minimale du travail des coroners

4.2.1 Les coroners récemment nommés suivent une formation en classe de cinq jours

Lorsqu'ils sont nommés coroners, les médecins sont tenus de suivre chaque année le cours de cinq jours sur les enquêtes sur les décès qui est offert par le Bureau, comme mentionné à la **section 2.1**. Le cours sert parfois à améliorer les compétences des coroners lorsque les coroners régionaux principaux observent des lacunes dans leur travail. Toutefois, les coroners ne sont pas obligés de passer un examen de compétence à la fin du cours. De plus, le Bureau ne vérifie pas si les coroners assistent à toutes les séances, et les cadres supérieurs nous ont fait savoir qu'ils ne savent pas quels coroners avaient suivi la formation ou s'ils avaient atteint les objectifs d'apprentissage établis.

En 2014, le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès avait recommandé au ministre à l'époque, qui avait souscrit à la recommandation, que le Bureau rende obligatoire la formation continue pour que les coroners puissent continuer à exercer leur rôle. Toutefois, au moment de notre

audit, les coroners n'étaient pas tous tenus de suivre une formation continue.

4.2.2 Le Bureau n'a pas établi de façon cohérente de charge de travail raisonnable des coroners ni relevé les pratiques de facturation douteuses

La majorité des coroners régionaux principaux et des autres membres supérieurs du personnel des services de coroners s'entend pour dire que la réalisation d'un nombre minimal d'enquêtes sur les décès contribue à assurer la compétence des coroners et des enquêtes de grande qualité. Les cadres supérieurs du Bureau reconnaissent qu'un faible nombre d'enquêtes sur les décès représente un risque que celles-ci soient de piètre qualité. Ils estiment cependant qu'une charge de travail excessive peut nuire à la qualité des enquêtes. Pourtant, le Bureau n'a pas fixé de nombre minimal ou maximal d'enquêtes que doivent mener les coroners. Lorsque nous avons communiqué avec d'autres provinces canadiennes, la Colombie-Britannique nous a informés qu'elle s'attend à ce que les coroners rédigent au moins 160 rapports par année. D'ailleurs, le Manitoba et la Saskatchewan, à l'instar de l'Ontario, n'ont pas établi de nombre minimal de cas pour les coroners.

Dans le cas des coroners ayant réalisé peu d'enquêtes sur les décès, nous avons noté qu'en 2018, 113 (33 %) d'entre eux avaient mené 20 enquêtes sur les décès ou moins, dont 30 (9 %) moins de 5. Dans notre analyse des données sur la charge de travail, nous avons seulement inclus les coroners actifs—c.-à-d. ceux qui ont enquêté sur au moins un cas au cours d'une année—et avons exclu ceux qui comptaient moins d'un an d'ancienneté. Un coroner ayant effectué moins de 20 enquêtes sur les décès en 2018 n'avait pas présenté des rapports suffisamment détaillés et n'avait pas terminé certaines enquêtes dans les délais fixés, comme indiqué à la **section 4.1.2**.

Concernant les coroners ayant assumé une lourde charge d'enquêtes sur les décès en 2018,

nous avons conclu que bien que la charge moyenne d'un coroner durant cette année s'élevait à 52 cas, 34 coroners comptaient pour près de 90 % de la charge totale. Un coroner a effectué 16 fois plus d'enquêtes que le nombre moyen en 2018, c.-à-d. 872 en tout, le nombre le plus élevé parmi tous les coroners pendant cette année. Ce coroner a enquêté sur le plus grand nombre de décès chaque année de 2014 à 2018. En 2018, un coroner ayant réalisé 52 enquêtes aurait touché environ 23 000 \$. Par contraste, le coroner qui a effectué 872 enquêtes avait touché une rémunération de quelque 440 000 \$, en plus d'indemnités supplémentaires comme de déplacement. La **figure 13** montre le nombre moyen et supérieur d'enquêtes de coroner entre 2009 et 2018.

Nous nous sommes penchés sur le caractère raisonnable de la charge de travail de cinq coroners comptant le plus grand nombre d'enquêtes sur les décès en 2018. Ces coroners soignaient aussi des patients dans leur cabinet lorsqu'ils ne menaient pas d'enquête sur les décès. Bien qu'ils aient une certaine latitude pour exécuter la plupart des fonctions liées aux enquêtes sur les décès—p. ex. demander le dossier médical du défunt—le travail sur les lieux de décès doit être fait le jour où ils acceptent une enquête.

Pour notre analyse, nous avons comparé les factures présentées par les coroners au RASO pour déterminer l'ampleur du travail—à la fois en tant que coroner et médecin—qu'ils effectuent au cours d'une journée. Selon l'estimation du Bureau, nous avons déterminé que chaque enquête sur le décès dure 90 minutes. Notre analyse n'a pas soulevé de préoccupations concernant la majorité des coroners qui facturent le RASO, mais nous avons noté qu'au cours d'une journée en 2018, le coroner ayant soumis le plus de factures a rencontré 82 patients, en plus du temps consacré aux enquêtes sur les décès. Ce médecin n'aurait accordé que cinq minutes environ à chaque patient s'il avait travaillé 24 heures durant la journée.

Nous avons constaté les autres pratiques de facturation douteuses qui suivent :

Figure 13 : Données sur la charge de travail des coroners, 2009-2018

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

	N ^{bre} total de cas	N ^{bre} de coroners ayant au moins un cas en cours durant l'année	N ^{bre} moyen de cas par coroner	90 ^e centile de la charge de travail ¹	N ^{bre} plus élevé de cas par coroner
2009	17 058	313	54	127	605
2010	17 378	321	54	125	587
2011	16 579	311	53	127	616
2012	16 549	314	53	123	601
2013	15 946	327	49	111	602
2014	14 817	323	46	106	662 ²
2015	14 592	309	47	108	792 ²
2016	15 567	325	48	110	1 111 ²
2017	17 078	339	50	115	985 ²
2018	17 461	337	52	119	872 ²

1. La charge de travail de neuf coroners sur dix était égale ou inférieure à ce niveau au cours de l'année indiquée.
2. Le même coroner a effectué le nombre le plus élevé d'enquêtes sur les décès de 2014 à 2018.

- Entre 2014 et 2018, 12 coroners ont facturé deux fois le même service. Ils ont facturé des honoraires de 450 \$ par cas au Bureau ainsi que des honoraires au RASO pour constater et certifier les décès, et ont touché les deux paiements alors qu'ils auraient seulement dû facturer des honoraires de 450 \$. Cette facturation inappropriée n'a pas été détectée parce que le Bureau et le ministère de la Santé ne s'échangent pas les données de facturation. Le montant total facturé à tort au RASO était inférieur à 1 000 \$. Le Bureau a cependant précisé qu'il présumait que les médecins étaient conscients que la double facturation était contraire à l'éthique. Il n'avait donc pas adopté de politique interdisant spécifiquement la double facturation.
- Un coroner a mené deux enquêtes sur les décès et a fait don des yeux des défunts. Il a facturé en double des heures supplémentaires et des frais de déplacement au RASO (plus de 200 \$) et au Bureau (plus de 100 \$) dans les deux cas.
- Un coroner a facturé au Bureau les honoraires intégraux de 450 \$ pour une enquête sur un décès qu'il avait transférée à un autre coroner

en raison d'un conflit d'intérêts. Répétons que la politique du Bureau ne renferme pas de disposition visant une telle situation. Toutefois, les cadres supérieurs estiment que la facturation dans un cas comportant un conflit d'intérêts connu constitue une erreur de jugement.

RECOMMANDATION 3

Afin d'améliorer la qualité des enquêtes de coroner sur les décès et des soins que les médecins prodiguent à leurs patients, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- exigent que tous les coroners suivent une formation continue afin de continuer à exercer les fonctions de coroner, conformément à la recommandation du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès en 2014;
- établissent des lignes directrices sur la charge de travail minimale et maximale des coroners;
- évaluent périodiquement le caractère raisonnable de la charge de travail des coroners en la comparant avec le nombre

de cas et la charge de travail globale, et en consultant les données sur les demandes de paiement présentées au RASO;

- adoptent une politique interdisant aux coroners de facturer à la fois au RASO et au Bureau des frais pour les mêmes services, et surveillent la conformité à la politique;
- signalent au ministère de la Santé les cas de facturation douteuse ou préoccupante.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau accepte cette recommandation et prendra des mesures pour améliorer la qualité des enquêtes de coroner sur les décès et des soins prodigués par les médecins à leurs patients. Voici les moyens qu'il propose pour y parvenir :

- collaborer avec des spécialistes de l'élaboration de programmes de formation médicale afin de mettre au point un programme de formation initiale et continue fondé sur des données probantes et axé sur les compétences. Aux termes de l'entente contractuelle en matière de prestation de services du Bureau, tous les coroners devront suivre une formation continue pour être admissibles à une nouvelle nomination. Le Bureau poursuivra sa collaboration avec un service universitaire d'élaboration de formation médicale afin de donner suite au travail préparatoire récemment terminé pour remplacer le cours existant à l'intention des nouveaux coroners;
- le nouveau modèle de prestation de services comprendra des directives relatives aux charges de travail minimale et maximale des coroners, qui seront clairement définies dans les ententes sur les niveaux de service. Par exemple, certains coroners peuvent travailler à temps plein, tandis que d'autres touchent des indemnités quotidiennes. Il est prévu

que la rémunération sera basée sur un tarif quotidien à l'opposé d'une rémunération à l'acte;

- le nombre de cas sera évalué lors des évaluations du rendement. Cette évaluation fera partie intégrante de la relation contractuelle définie dans le nouveau modèle de prestation de services. Le Bureau collaborera avec le ministère de la Santé pour déterminer les modes d'accès possibles aux données sur les demandes de paiement afin de faciliter la surveillance de la conformité aux ententes;
- il sera précisé dans les ententes sur les niveaux de service qu'il est interdit aux coroners de facturer les mêmes services au RASO et au Bureau;
- bien qu'il n'ait pas directement accès aux renseignements de facturation du RASO, le Bureau travaillera avec le ministère de la Santé pour définir une approche pour échanger ces renseignements et surveiller la conformité ainsi que les mesures à prendre en cas d'infractions à la politique de facturation.

4.2.3 Perte d'occasions d'améliorer la qualité des rapports d'enquête sur les décès en raison du manque de cohérence dans les examens effectués par les superviseurs

Étant donné que les coroners accomplissent leur travail en faisant l'objet d'une supervision directe minime ou nulle, il revient aux coroners régionaux principaux d'approuver chaque rapport d'enquête sur le décès pour confirmer que le coroner a mené une enquête approfondie, qu'il a présenté un rapport conforme et qu'il est parvenu à une conclusion raisonnable.

La politique du Bureau ne précise cependant pas le processus à suivre par les coroners régionaux principaux pour signaler les changements requis au coroner qui a rédigé le rapport, documenter les lacunes relevées ou en faire le suivi. Nous avons

sondé tous les coroners régionaux principaux et avons constaté que leurs méthodes d'examen variaient. Par exemple, il n'y a pas d'uniformité dans la façon de documenter leurs examens, ce qui complique l'évaluation de la profondeur et de l'étendue des examens effectués. Par conséquent, le Bureau ne peut confirmer que les examens permettent de relever et de corriger systématiquement les défauts de qualité dans les rapports d'enquête sur les décès. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

Un seul des dix coroners régionaux principaux utilisait la liste de contrôle établie par le Bureau pour orienter son examen des rapports d'enquête sur les décès. Toutefois, il a indiqué qu'il se servait seulement de la liste pour examiner le travail de nouveaux coroners. Notre sondage auprès des coroners régionaux principaux a révélé qu'ils n'utilisaient pas la liste de contrôle parce qu'ils n'étaient pas tenus de le faire, et quelques-uns ont dit qu'elle exigeait trop de temps. De plus, un coroner régional principal en ignorait l'existence. Cependant, la majorité des coroners régionaux principaux a indiqué que la liste pourrait leur être utile et qu'ils envisageaient de l'utiliser à l'avenir.

Lorsque la cause et les circonstances du décès, comme présenté, ne découlent pas logiquement de la preuve recueillie durant l'enquête, tous les coroners régionaux principaux ont précisé qu'ils contactent le coroner pour discuter de la situation, car ils estiment qu'il s'agit du type d'erreur le plus important. Pourtant, certains coroners régionaux principaux corrigent les rapports renfermant d'autres erreurs, comme le codage, le style de rédaction ou les commentaires désobligeants—qui pourraient inutilement affliger la famille du défunt et nuire à la réputation du Bureau. D'autres encore demandent aux coroners de réviser leurs rapports et de les soumettre à nouveau. Puisqu'il s'agit d'un processus non officiel, il est difficile de confirmer si les rapports de certains coroners nécessitent plus de révisions que d'autres.

Aucun coroner régional principal ne tenait de registre des problèmes cernés lors des examens

afin de déterminer si certains coroners répétaient les mêmes erreurs, d'où la difficulté à identifier les coroners ayant besoin de soutien ou de formation supplémentaire.

Avec l'aide d'un expert chevronné ayant des antécédents médicaux qui avait mené une enquête sur un décès, nous avons examiné un échantillon de 15 rapports d'enquête sur le décès afin de déterminer si les conclusions du Bureau étaient raisonnables, compte tenu de la preuve au dossier. Nous n'avons soulevé aucune question à propos de 5 des 15 rapports, mais les 10 autres ont suscité diverses préoccupations, soit concernant le rapport d'enquête du coroner sur le décès ou le rapport d'autopsie du pathologiste. Principalement, les préoccupations soulevées à propos des rapports de coroner—qui ont tous été examinés par un superviseur—concernaient l'exactitude du rapport et l'intégralité de la preuve examinée. Par exemple, dans un cas, le nom du défunt était écrit de différentes façons dans le rapport, ce qui pourrait inquiéter la famille. Dans un autre cas, nous n'avons pu déterminer si le coroner avait pris connaissance des photos prises par la police sur les lieux du décès, ce qui aurait pu l'aider à évaluer la blessure fatale. Il est question du rapport d'autopsie présenté par le pathologiste dans ce cas à la **section 4.3.1**.

4.2.4 L'Unité d'assurance de la qualité a relevé des erreurs dans les rapports des coroners, même après leur examen par les superviseurs

Le Bureau exige que les agents d'assurance de la qualité à l'Unité d'assurance de la qualité, Direction des services opérationnels, examinent un échantillon de rapports finals d'enquête de coroner, après qu'ils ont été examinés par les superviseurs. Notre audit a révélé que les agents d'assurance de la qualité n'ont pas examiné tous les rapports d'enquête sur les décès rédigés par les nouveaux coroners au cours de leur première année, comme ils sont tenus de le faire. De plus, le Bureau n'a pas adopté de procédure en vue de procéder à des

examens supplémentaires des rapports d'enquête sur les décès rédigés par les coroners présentant un risque élevé d'erreur.

En 2017, les agents d'assurance de la qualité ont noté que 18 % des rapports d'enquête sur les décès examinés renfermaient des informations incorrectes ou incomplètes ou qu'ils n'étaient pas conformes aux normes du Bureau, même après leur examen par un superviseur. Parce que les examens aux fins de l'assurance de la qualité ont lieu après que les rapports d'enquête sont finalisés et transmis à des parties externes, les erreurs non relevées pourraient affecter les politiques élaborées sur la base de ces données et comporter des conséquences juridiques et médicales. Par exemple, le président du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale a fait état de difficultés à déterminer quels décès examinés par le Comité étaient ceux de victimes dans les collectivités autochtones, ce qui compliquait la formulation de recommandations pour répondre à leurs préoccupations particulières.

L'Unité d'assurance de la qualité examine un échantillon de rapports, qui est établi en fonction du risque lié aux circonstances entourant les décès, afin de déterminer si les conclusions sont documentées clairement et découlent de l'enquête. Faute d'expertise, le personnel de l'Unité ne s'interroge pas pour savoir si l'enquête a été menée correctement. Plutôt, il revoit les rapports d'enquête sur les décès et relève les informations incorrectes en comparant les rapports avec les autres documents au dossier, comme les rapports d'autopsie, de toxicologie et ceux des services de police et d'ambulance.

Nous émettons les réserves suivantes à propos des examens d'assurance de la qualité effectués par le Bureau :

- **L'Unité d'assurance de la qualité n'a pas examiné les rapports de tous les nouveaux coroners au cours de leur première année, comme l'exige la politique du Bureau.** En 2017 (dernière année pour laquelle des données suffisantes sont disponibles), le personnel de l'Unité a

examiné 19 % seulement des cas assignés aux nouveaux coroners leur première année, car les coroners régionaux principaux n'avaient pas transmis tous les rapports d'enquête sur les décès de ces derniers et le personnel de l'Unité n'avait pas fait de suivi pour les obtenir, malgré que la politique exige un examen de tous leurs rapports. En comparaison, l'Unité a examiné plus de rapports d'autres types que le nombre prévu. En fait, elle a examiné 63 % des rapports d'accident (taux minimal de 25 %), 55 % des rapports sur les décès de causes naturelles (taux minimal de 10 %), 79 % des rapports sur les suicides (taux minimal de 50 %) et 77 % des rapports sur les décès de causes indéterminées (taux minimal de 50 %). Par ailleurs, l'Unité a examiné tous les cas d'homicide comme exigé.

- **Le Bureau n'a pas fixé de cible supplémentaire pour vérifier la qualité d'autres rapports d'enquête sur les décès comportant un risque élevé.** Les coroners dont le taux d'erreur majeure était élevé, comme déterminé lors des examens d'assurance de la qualité, ne font pas l'objet d'une vérification supplémentaire. Nous avons examiné les taux d'erreur établis lors du processus d'assurance de la qualité pour les coroners. Nous avons constaté que 23 d'entre eux comptaient au moins 5 cas examinés en 2017 qui comportaient un taux d'erreur se situant entre 40 et 80 %. Pourtant, le Bureau n'a pas soumis ces coroners à des examens supplémentaires aux fins de l'assurance de la qualité. De plus, le Bureau n'exigeait pas qu'au moins un rapport d'enquête sur le décès de chaque coroner soit vérifié par année. Nous avons constaté que les cas de 36 coroners n'avaient pas été examinés en 2017.
- **Les examens d'assurance de la qualité des rapports d'enquête sur les décès sont effectués après leur diffusion.** Les

erreurs graves non détectées pourraient avoir une incidence sur la famille du défunt, les autres partenaires du système d'enquête et le système de justice. Les évaluateurs de l'assurance de la qualité classent les erreurs comme graves lorsqu'elles pourraient compromettre le système de justice ou les partenaires du Bureau qui participent aux enquêtes, comme la police, les enquêteurs du Bureau du commissaire des incendies et le ministère du Travail. Les erreurs majeures comprennent, par exemple, le prénom ou le nom de famille du défunt épelé incorrectement, une cause de décès illogique ou ne cadrant pas avec les détails de l'enquête, l'absence de détails sur l'examen du corps et l'ajout de constatations ou de conclusions liées à la responsabilité légale, ce qui ne relève pas des coroners.

- **Les tendances dans les erreurs graves d'une année à l'autre ne sont pas analysées.** Nous avons noté une hausse du taux d'erreur majeure dans les rapports des coroners, qui est passé de 6 % en 2013 à 18 % en 2017, comme l'a révélé l'examen opérationnel du Bureau mené dans le cadre de l'audit interne du Ministère en 2013. En réponse à notre demande, le Bureau a compilé des données sur les types d'erreurs commises par les coroners. Ces données démontrent que les principales erreurs détectées lors des examens d'assurance de la qualité réalisés par le Bureau en 2017 comprenaient la consignation erronée des facteurs ayant contribué au décès, tels que la consommation de drogues ou d'alcool, ainsi que des lieux de décès.

Nous avons aussi passé en revue les résultats des examens d'assurance de la qualité visant les coroners qui occupent actuellement le poste de coroner régional principal ou qui ont occupé ce poste par le passé. Plusieurs coroners régionaux principaux ont récemment été promus, dont certains ont été nommés pour s'occuper de cas afin

d'actualiser leurs compétences. Notre analyse des données de l'Unité d'assurance de la qualité a révélé que 7 coroners régionaux principaux sur 14 qui ont effectué des enquêtes sur les décès affichaient un taux d'erreur élevé, variant de 20 à 63 % en 2017, comparativement à 18 % pour l'ensemble des cas examinés. L'Unité d'assurance de la qualité avait examiné entre 2 et 71 rapports d'enquête sur les décès présentés par ces coroners régionaux principaux.

4.2.5 Il arrive souvent que les décisions des coroners de ne pas enquêter sur certains décès ne soient pas documentées

Comme le montre la **figure 5**, l'acceptation d'un cas proposé par un répartiteur est toujours préliminaire. Le coroner se renseigne auprès de la police ou du personnel médical sur le lieu du décès pour déterminer si le cas doit faire l'objet d'une enquête. D'après le manuel d'enquête des coroners, un coroner doit seulement accepter une enquête s'il a des motifs de croire que le décès n'est pas de causes naturelles ou si un décès de causes naturelles est survenu de manière subite et inattendue.

Il est important que le coroner documente la raison pour laquelle il décide de ne pas mener d'enquête sur un décès pour que le Bureau soit assuré que tous les décès devant faire l'objet d'une enquête soient soumis à une enquête, comme prescrit par la *Loi sur les coroners*. Pourtant, le Bureau n'exige pas que les coroners fournissent des documents à l'appui de leur décision qu'une enquête n'est pas justifiée. Le Bureau verse 30 \$ aux coroners pour documenter et soumettre les raisons pour un cas survenant le jour, et 60 \$ pour un cas survenant la nuit. Toutefois, les coroners décident parfois de ne pas le faire. Nous avons examiné un échantillon d'enregistrements effectués par les répartiteurs des cas d'enquête sur le décès reçus et affectés en juin 2018. Nous avons noté que, dans les cas où les répartiteurs avaient saisi un code indiquant qu'une enquête sur le décès n'était pas

justifiée selon les coroners, ces derniers n'avaient pas soumis de document pour justifier leur décision dans 56 % des cas.

Le Bureau n'a jamais estimé la fréquence à laquelle les coroners indiquent qu'une enquête sur le décès n'est pas justifiée. De plus, il ne présente pas de rapport aux coroners régionaux principaux sur le taux d'acceptation d'enquête par les coroners par rapport aux cas où ces derniers ont informé le répartiteur qu'une enquête n'était pas justifiée. Le risque posé par la non-documentation des raisons a été signalé lors de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, qui s'est penchée sur les agissements d'une infirmière qui avait administré des doses létales d'insuline à huit résidents de foyers de soins de longue durée et tenté d'en tuer six autres. Dans un cas, une infirmière au foyer de soins de longue durée avait signalé le décès au Bureau pour qu'il mène une enquête, puisque les médecins à l'hôpital avaient signalé comme suspects les symptômes du patient avant son décès, notamment une baisse subite du taux de glycémie. Toutefois, le coroner affecté au cas a informé le répartiteur qu'une enquête sur le décès n'était pas justifiée car, à son avis, il semblait être de causes naturelles. Parce qu'il n'avait pas documenté la raison de sa décision, ni le Bureau ni la Commission d'enquête n'ont pu examiner le caractère raisonnable de la justification. Sur la période de 2,5 ans qui a suivi cet incident, l'infirmière a tué une autre personne et a tenté d'en tuer deux autres. Dans son rapport final déposé en juillet 2019, la Commission d'enquête a recommandé que le Bureau exige qu'un coroner qui décide de ne pas enquêter sur un décès remplisse un formulaire standard exposant les motifs de sa décision. Le formulaire serait ensuite soumis électroniquement au coroner régional principal et au Bureau dans un délai prescrit.

4.2.6 Les superviseurs ne disposent pas de données pour les aider à surveiller le rendement des coroners

Le Bureau ne fait pas de suivi de certaines données servant à appuyer les évaluations qu'effectuent les coroners régionaux principaux des décisions prises par les coroners dans la gestion des décès déclarés au Bureau. Ces évaluations visent à déterminer si les coroners ont répondu en temps opportun aux demandes de mener des enquêtes sur les décès et s'ils ont fait du travail de grande qualité. En l'absence de tels renseignements, les coroners régionaux principaux ne peuvent déterminer si les coroners ont satisfait aux exigences législatives en matière d'enquête sur le décès.

Le **figure 14** présente plusieurs indicateurs qui aideraient le Bureau à surveiller le travail des coroners et à déterminer s'il est de grande qualité.

RECOMMANDATION 4

Afin d'améliorer l'objectivité et l'exactitude des enquêtes sur les décès et de favoriser la prise de décisions éclairées, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- exigent que les coroners régionaux principaux documentent pleinement leurs examens des enquêtes sur les décès;
- fassent un suivi des erreurs commises par les coroners afin de cerner les problèmes systémiques par l'entremise des examens des coroners régionaux principaux et de l'Unité d'assurance de la qualité et prennent des mesures appropriées, notamment offrir une formation supplémentaire pour réduire le taux d'erreur et effectuer des examens supplémentaires des rapports soumis par les coroners dont le taux d'erreur est élevé;
- fournissent des rapports aux coroners régionaux principaux sur la fréquence à laquelle les coroners indiquent qu'une enquête sur le décès n'est pas justifiée;

Figure 14 : Données fournies aux coroners régionaux principaux qui gèrent la qualité du travail des coroners, mais qui n'ont pas fait l'objet d'un suivi

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Indicateur	Importance
Fréquence à laquelle chaque coroner répond à l'appel du répartiteur pour mener une enquête sur le décès ou le rappelle	Cet indicateur permettrait au Bureau de vérifier si les coroners sont généralement disponibles durant leur période de service. Un taux de refus élevé peut entraîner la suppression du coroner du tableau de service.
Fréquence à laquelle chaque coroner fait preuve de discernement dans l'acceptation d'un cas aux fins d'enquête	Cet indicateur permettrait au Bureau de vérifier si les ressources pour les enquêtes sur les décès sont seulement utilisées dans les cas où une enquête est justifiée, p. ex. les coroners devraient refuser les cas dont le décès est de causes naturelles évidentes. Un taux inhabituel peut signaler que de mauvaises décisions sont prises. La Division de la vérification interne de l'Ontario a noté dans le cadre de l'examen opérationnel du Bureau en 2013 qu'il existe un risque que les coroners acceptent un cas ne répondant pas à la définition de cas obligatoire établie dans la <i>Loi sur les coroners</i> afin d'augmenter leur revenu, alors que la réalisation d'une enquête sur le décès ne répond pas au critère de la Loi.
Fréquence à laquelle chaque coroner ordonne une autopsie dans le cadre d'une enquête sur le décès	Alors que des frais inutiles (de 700 \$ à 2 000 \$ par autopsie) sont engagés lorsqu'une autopsie n'est pas nécessaire, un faible taux d'autopsie peut signaler que les coroners tirent des conclusions relatives à la cause et aux circonstances du décès en l'absence de preuve suffisante. Un taux élevé ou faible pourrait aider les coroners régionaux principaux à dégager les tendances signalant de piètres pratiques dans les enquêtes sur les décès. Par exemple, nous avons remarqué que le pourcentage d'enquêtes sur les décès dans lesquelles les coroners ont décidé qu'une autopsie était nécessaire a haussé progressivement, passant de 37 % des 15 946 enquêtes en 2013 à 47 % des 17 461 enquêtes en 2018, comme le montre la figure 3 .
Temps écoulé après qu'un coroner a accepté de mener une enquête sur le décès jusqu'à son arrivée sur les lieux du décès*	Cet indicateur permettrait au Bureau de vérifier si les coroners se rendent sur les lieux du décès dans un délai raisonnable afin de réduire le temps d'attente des parties externes, comme la police ou les fournisseurs de soins de santé. Bien que le temps écoulé avant qu'un coroner arrive sur les lieux du décès peut donner lieu au dépôt d'une plainte auprès de l'unité centrale d'affectation, de telles plaintes ne font pas l'objet d'un suivi.
Fréquence à laquelle un coroner ne visite pas les lieux de décès, mais les gère plutôt à distance; fréquence à laquelle les coroners ne se rendent pas sur les lieux de décès, mais délèguent plutôt l'enquête à la police ou à d'autres professionnels de la santé	Selon les directives du Bureau à l'intention des coroners, ces derniers doivent se rendre sur les lieux du décès, dans la mesure du possible, pour examiner le corps. Les coroners présents sur les lieux de décès peuvent fournir des renseignements utiles qui ne seraient pas recueillis par d'autres personnes, comme la position du corps pour déterminer s'il a été déplacé après le décès et la pertinence d'objets trouvés à proximité du défunt qui pourraient avoir causé le décès. Le rapport final de l' <i>Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées : Réclamer notre pouvoir et notre place</i> , publié en juin 2019, donnait comme exemple des difficultés qu'éprouvent les Autochtones à avoir accès à la justice le fait que les coroners ne se rendent pas sur les lieux de décès. Le rapport renfermait la recommandation suivante : « Afin d'uniformiser toutes les enquêtes sur les cas de mort subite, dans la mesure du possible et en tenant compte des ressources disponibles dans la collectivité, les coroners de service doivent coordonner leur calendrier de travail pour éviter que d'autres responsabilités les empêchent de se rendre sur les lieux d'un décès ».
Fréquence à laquelle les coroners commettent des erreurs dans les rapports d'enquête sur les décès	Cet indicateur permettrait de vérifier si certains coroners commettent les mêmes erreurs dans les mêmes domaines, comme décrit à la section 4.2.3 .

* Il a aussi été constaté dans l'examen opérationnel du Bureau du coroner en chef mené dans le cadre de l'audit interne du Ministère en 2013 que ces renseignements ne faisaient pas l'objet d'un suivi.

- exigent que tous les coroners leur présentent une justification documentée lorsqu'ils décident qu'une enquête sur le décès n'est pas justifiée;
- exigent que les coroners régionaux principaux examinent ces cas pour s'assurer que la justification documentée est raisonnable;
- déterminent tous les principaux domaines de travail des coroners dans lesquels ils doivent faire preuve de jugement et fournir une réponse rapidement, y compris la fréquence à laquelle ils ordonnent une autopsie. De plus, le Bureau et le Service doivent recueillir régulièrement ces renseignements et les soumettre à un examen critique.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à la recommandation et prendra des mesures pour améliorer l'objectivité et l'exactitude des enquêtes sur les décès et pour favoriser la prise de décisions éclairées. Le nouveau système informatique, QuinC, et le programme des enquêtes de coroner du Bureau seront déterminants pour répondre à cette recommandation.

- Les coroners soumettront leurs rapports électroniquement au moyen du nouveau système QuinC à leur coroner régional principal aux fins d'examen. Le système sera équipé d'une fonction de suivi des versions pour documenter les modifications apportées par les coroners régionaux principaux, dont pourront prendre connaissance les coroners. Un rapport sera seulement finalisé lorsque le coroner accepte les modifications et retourne la version révisée à son superviseur aux fins d'examen ultérieur.
- Le système QuinC permettra le suivi des erreurs commises par les coroners et relèvera

les problèmes systémiques lors d'un examen de la qualité. Ces données serviront à dresser un plan d'action pour les changements systémiques à apporter au niveau organisationnel ou pour chaque coroner régional principal, afin de répondre aux besoins des coroners qui doivent corriger leurs erreurs ou suivre une formation pour améliorer leur rendement.

- Le système QuinC servira à documenter tous les contacts nécessitant l'intervention du Bureau. Il sera obligatoire d'y saisir les décisions relatives à la sélection des cas, y compris la raison pour laquelle une enquête sur un cas n'est pas ouverte, et chaque décision sera examinée par le coroner régional principal afin de déterminer si elle est raisonnable. Il sera possible de produire des rapports pour présenter les interventions auprès des coroners individuels et établir des comparaisons avec les données régionales ou provinciales.
- Le programme d'enquête de coroner du Bureau devrait grandement réduire les situations où un coroner enquêteur doit évaluer un cas pour déterminer s'il l'accepte ou non. Les coroners enquêteurs effectuent et documentent un filtrage rigoureux des appels sur les décès de causes naturelles apparentes (soit ceux que les coroners rejettent le plus souvent) provenant de l'unité d'affectation provinciale, qui confie seulement les cas aux coroners répondant clairement aux critères établis dans la *Loi sur les coroners*. Jusqu'à présent, les répartiteurs acheminaient ces appels directement aux coroners, car l'unité d'affectation provinciale n'est pas autorisée par la loi à exercer des fonctions d'enquête. Les coroners enquêteurs documenteront tous les appels dans le module des enquêtes de coroner du système QuinC.
- Les attentes relatives au rendement seront clairement définies dans la relation

contractuelle aux termes du nouveau modèle de prestation de services. Des indicateurs de rendement clés seront élaborés, et le système QuinC facilitera la production de rapports afin d'examiner le travail de chaque coroner.

4.3 Lacunes cernées dans la surveillance des autopsies effectuées par les pathologistes

La qualité des autopsies est essentielle pour répondre aux deux priorités fondamentales du Bureau : 1) fournir des réponses et des renseignements aux familles après un décès survenu de façon subite et inattendue et 2) chercher la vérité et fournir des preuves afin de contribuer à l'administration de la justice.

4.3.1 Le processus visant à faciliter l'examen objectif des autopsies dans les cas de décès suspects n'est pas suivi systématiquement

Le Bureau a coordonné 391 examens par les pairs de rapports d'autopsie dans les cas de décès criminels suspects en 2018-2019, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles. Pourtant, sur une période de 6,5 ans, soit de janvier 2013 à juin 2019, près de 185 (11 %) cas d'autopsie n'ont pas été assignés à des évaluateurs, comme prescrit par la politique du Bureau. Cette politique exige que les cas doivent être assignés centralement par les administrateurs des services de pathologie par rotation entre tous les médecins légistes-évaluateurs. Les examens servent à confirmer que l'avis émis par le médecin légiste ayant effectué l'autopsie est raisonnable compte tenu de la preuve disponible, et que le rapport d'autopsie est clair pour les autres médecins légistes. Il importe de le faire puisqu'un rapport d'autopsie peut être produit en preuve devant la cour et il doit être compréhensible par les personnes sans formation médicale.

Nous avons constaté ce qui suit :

- Dans les cas où les médecins légistes n'ont pas respecté la politique établie relative à l'examen par les pairs, soit ils ont demandé directement à un autre médecin légiste d'examiner leur travail, soit ils ont demandé à l'administrateur du processus d'examen par les pairs de l'affecter à un médecin légiste particulier. Par exemple, un pathologiste a demandé d'attribuer le rapport à un pair évaluateur particulier parce qu'ils avaient discuté du cas auparavant et ce dernier en connaissait les détails. Toutefois, nous nous demandons dans quelle mesure l'évaluateur chargé du rapport pourrait faire preuve d'objectivité surtout à des fins de clarté. Bien qu'il soit raisonnable de déroger à la liste par rotation lorsqu'un médecin légiste a une expertise dans un cas particulier, de telles exceptions devraient être exposées dans la politique d'assurance de la qualité du Bureau, le cas devrait être affecté centralement et la justification documentée.
- Le médecin légiste en chef peut déroger à la politique d'affectation par rotation s'il estime approprié de le faire. Pourtant, cette pratique a seulement été officialisée dans la politique du Bureau en mai 2019. Quoi qu'il en soit, le Bureau n'exige toujours pas de documenter la raison de déroger à la politique d'affectation par rotation et ne fait pas de suivi de ces occurrences.

Dans notre sondage auprès des médecins légistes, la moitié était d'avis que le processus d'examen par les pairs était efficace, tandis que l'autre moitié estimait que certaines améliorations pourraient être apportées pour en améliorer l'efficacité. Les répondants ont fait savoir que le processus était seulement « généralement efficace » pour relever les erreurs majeures. Il importe d'assurer l'efficacité des examens par les pairs dans les cas criminels suspects, car une seule erreur non détectée peut avoir des répercussions juridiques.

Avec l'aide d'un expert chevronné ayant des antécédents médicaux qui avait mené une enquête sur un décès, nous avons examiné un échantillon

de 15 rapports d'enquête sur le décès afin de déterminer si les conclusions du Bureau étaient raisonnables, compte tenu de la preuve au dossier. Nous n'avons soulevé aucune question à propos de 5 des 15 rapports, mais les 10 autres ont suscité diverses préoccupations, dont certaines pourraient avoir des conséquences juridiques (dont la plus importante est décrite dans le rapport). Les 10 rapports étaient soit des rapports d'enquête sur le décès présentés par des coroners ou des rapports d'autopsie provenant de pathologistes.

Ces cas avaient auparavant été examinés par des pairs. Dans un cas, le rapport d'autopsie n'avait pas été signé par tous les pathologistes qui avaient pratiqué ou supervisé l'autopsie, ce qui pourrait donner lieu à une contestation en cour. Dans un autre cas, le pair évaluateur n'avait pas documenté la raison pour laquelle il avait accepté l'avis du pathologiste ayant pratiqué l'autopsie, à savoir qu'une agression précédente du défunt n'avait aucune incidence sur le décès. Ce cas comportait d'importantes questions laissées en suspens à propos de la cause du décès.

4.3.2 Lacunes dans le processus d'examen des autopsies dans le cas de décès non suspects

Nous avons noté que le Bureau ne surveille pas les divers établissements pratiquant des autopsies pour déterminer s'ils procèdent systématiquement à un examen objectif des autopsies dans les cas de décès non suspects, conformément à sa politique. De plus, il ne fait pas de suivi des préoccupations soulevées lors des examens pour cerner les problèmes systémiques mettant en cause des pathologistes individuels. Puisque la qualité du travail des pathologistes est importante, il faut consigner des renseignements à ce sujet dans les dossiers personnels afin d'informer les médecins légistes principaux siégeant au Comité d'examen des titres de compétence. Le Comité conseille sur l'ajout ou la suppression de noms de pathologistes dans le registre des médecins légistes et des pathologistes

autorisés, et il peut présenter des recommandations au médecin légiste en chef afin d'orienter ses décisions en matière de supervision au sujet de pathologistes particuliers.

La politique ne précise pas le processus à suivre pour sélectionner des cas à soumettre à un examen d'assurance de la qualité—par exemple, autosélection ou sélection aléatoire—ou pour désigner un évaluateur. Les cadres supérieurs nous ont informés qu'ils s'attendent à ce que 10 % des rapports de chaque pathologiste soient examinés. Nous avons fait les constatations suivantes :

- Les différentes unités dans la province emploient diverses approches pour sélectionner les cas à examiner. Une unité régionale sélectionnait les cas de manière aléatoire, tandis qu'une autre autorisait les pathologistes à sélectionner leurs propres cas. Quant à l'Unité de Toronto, elle retenait un cas sur dix pour chaque pathologiste, ce qui permettait aux pathologistes de prédire lesquels de leurs cas seraient soumis à un examen.
- Concernant la désignation des évaluateurs, les pathologistes d'une unité régionale visitée choisissaient l'évaluateur. Cette pratique est similaire au processus d'examen des cas suspects et entache de partialité le processus d'examen. Dans cette unité, deux médecins légistes mariés examinaient leurs cas respectifs. Le médecin légiste en chef nous a informés que cette pratique ne le préoccupait pas, car la qualité du travail de ces médecins légistes ne soulevait aucune préoccupation. Quoiqu'il en soit, selon l'expert auquel nous avons fait appel, en général, cette pratique ne devrait pas être acceptable, car elle introduit la possibilité de partialité.

Nous avons aussi noté que pour les exercices de 2013-2014 à 2018-2019, les unités régionales n'avaient pas toujours soumis au Bureau des rapports sommaires trimestriels des examens effectués, comme elles y sont tenues. En outre, diverses unités n'examinaient pas le nombre requis

Figure 15 : Lacunes dans les examens de la qualité des autopsies dans les cas non suspects, selon l'emplacement

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier	Exigences de la politique	
	Tous les rapports sommaires trimestriels sont soumis au Bureau	Examen de 10 % des cas non suspects au cours de l'exercice par pathologiste
Hamilton	Il manque un rapport trimestriel pour 2014-2015 et un rapport pour 2015-2016. Le Bureau a envoyé un courriel aux fins de suivi : <ul style="list-style-type: none"> • Pour le rapport manquant en 2014-2015, le directeur médical a informé le Bureau que l'unité n'avait pas conservé les résultats de l'examen. Le Bureau a décidé d'attribuer un taux de conformité de 100 %. • Pour le rapport manquant en 2015-2015, l'unité régionale n'a pas fourni de réponse et le Bureau n'a pas fait de suivi ultérieur. 	Examen de 10 % des cas de l'unité, à l'opposé de cas par pathologiste
Ottawa	Aucune préoccupation soulevée	Seulement de 5 à 9 % des cas ont été examinés entre 2016-2017 et 2018-2019, sauf un rapport trimestriel, ce qui répond à la cible exigée de 10 %.
London	Aucune préoccupation soulevée	Examen de tous les cas des pathologistes de catégorie B et quelques cas seulement des pathologistes de catégorie A, ce qui ne répond pas à la cible exigée de 10 % des cas par pathologiste.
Sudbury	Aucun rapport trimestriel soumis depuis 2013-2014	Reviewed minimal cases.
Kingston	Aucune préoccupation soulevée	Aucune préoccupation soulevée
Sault Ste. Marie	Aucune préoccupation soulevée	Aucune préoccupation soulevée

de cas non suspects, comme le montre la **figure 15**. Dans une unité régionale, neuf rapports trimestriels indiquaient que de 3 % à 17 % des rapports d'autopsie examinés renfermaient des erreurs majeures. De plus, quatre des six unités nous ont informés que le directeur médical passait en revue les rapports et corrigeait les erreurs, puis omettait les erreurs des rapports transmis au Bureau.

Le Bureau surveille les hôpitaux communautaires dans lesquels la qualité des autopsies ne fait pas l'objet d'une supervision directe sur place. En 2016-2017, de 39 % à 93 % des cas de 12 pathologistes ayant pris en charge moins de 20 cas par année ont été examinés. En 2017-2018, de 29 % à 95 % des cas de 11 pathologistes avaient été examinés, malgré que la politique exige d'examiner tous les cas.

4.3.3 Aucune politique pour déterminer lorsque les pathologistes doivent suivre une formation supplémentaire ou être suspendus ou rayés du registre

En vertu de la *Loi sur les coroners*, le médecin légiste en chef est chargé de superviser et de diriger les pathologistes qui fournissent des services. Le Bureau n'a pas adopté de politique pour décrire les circonstances justifiant des interventions, comme une formation, une suspension ou une suppression du registre. Lorsqu'il exige que les pathologistes ou les médecins légistes suivent une formation supplémentaire, le Bureau ne documente pas systématiquement les raisons pour lesquelles la formation est nécessaire, ni ses objectifs et résultats. En outre, bien que la

Commission d'enquête Goudge ait recommandé que les directeurs régionaux dans les unités de médecine légale en milieu hospitalier effectuent des évaluations du rendement des médecins légistes sous leur direction, le Bureau ne reçoit pas de copie des rapports d'évaluation et ne peut donc en tenir compte pour décider de maintenir le nom d'un médecin au registre ou de le supprimer. En l'absence de ces renseignements, le Bureau ne peut s'assurer que les problèmes de rendement des pathologistes sont résolus ou que les mesures prises pour améliorer le rendement sont efficaces.

En général, le Bureau exige que les pathologistes, dont le rendement est préoccupant, suivent une formation ou qu'ils soient supervisés lorsqu'ils traitent les cas assignés. Nous avons appris que lorsque le rendement insatisfait récurrent d'un pathologiste est révélé dans le processus d'assurance de la qualité du Bureau ou constaté par des pairs ou des intervenants, comme les procureurs de la Couronne ou les avocats de la défense, il revient au médecin légiste en chef de déterminer si le rendement du pathologiste doit faire l'objet d'une intervention.

Le Bureau ne fait pas de suivi central des pathologistes pour lesquels le médecin légiste en chef a exigé une intervention liée au rendement. Nous avons examiné le dossier personnel de tous les pathologistes inscrits au registre depuis 2014 pour déterminer les problèmes de rendement et les mesures prises pour les corriger. Notre examen a relevé des problèmes de rendement concernant 10 pathologistes. Dans six cas, nous avons fait l'une ou plusieurs des constatations suivantes :

- le Bureau ne consigne pas systématiquement la raison de la formation supplémentaire;
- le Bureau n'a pas de politique claire sur les risques pour les patients découlant des lacunes dans le travail des pathologistes ou qui peuvent affecter leur exécution des autopsies;
- les politiques ne précisent pas les situations dans lesquelles un pathologiste doit être rayé du registre.

Dans un autre cas, le médecin légiste en chef n'a pas rayé un médecin légiste du registre alors que son rendement avait été jugé insatisfaisant maintes fois depuis 2011 et malgré le fait que le Comité d'examen des titres de compétence du Bureau ait recommandé sa radiation du registre en 2014. Le médecin légiste en chef n'avait pas avisé l'OMCO des préoccupations à l'origine de cette recommandation en 2014, à savoir que ce médecin légiste devait suivre une formation supplémentaire en 2017 et 2019 (qui se poursuivait lorsque nous avons terminé l'audit). Il avait cependant informé l'OMCO des préoccupations qui avaient donné lieu aux interventions subséquentes. Il n'avait pas rayé ce médecin légiste du registre parce qu'à son avis, les conditions de professionnalisme en médecine légale n'étaient pas bien définies, le médecin légiste s'améliorait, son expertise technique ne posait pas problème et une radiation du registre mettrait fin à sa carrière.

RECOMMANDATION 5

Afin que des autopsies de grande qualité soient constamment pratiquées en Ontario, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- définissent dans la politique les situations dans lesquelles le processus de désignation par rotation n'est pas engagé pour les autopsies dans les cas criminels suspects et exigent de documenter les exceptions dans les rapports d'examen par les pairs;
- surveillent que les autopsies dans les cas de décès criminels suspects soient assignées par rotation, conformément à la politique du Bureau;
- définissent dans la politique les situations justifiant des interventions liées au rendement, comme une formation, une supervision directe ou une radiation du registre des pathologistes et des médecins

légistes, et communiquent cette politique au personnel;

- révisent l'entente de paiement de transfert avec les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier pour permettre au Bureau d'obtenir des données détaillées relatives à l'assurance de la qualité, en particulier les types d'erreurs commises par les médecins légistes et les pathologistes, et fassent un suivi des rapports manquants;
- fassent un suivi des erreurs commises par les médecins légistes et les pathologistes et se servent des renseignements recueillis pour déterminer l'intervention appropriée à appliquer par le personnel, notamment une formation.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau accepte la recommandation et apportera des améliorations procédurales afin de mieux documenter les décisions prises à propos de l'inscription au registre des pathologistes et des médecins légistes. Il s'engage à :

- définir les situations dans lesquelles les examens par les pairs des rapports d'autopsie ne sont pas assignés de manière aléatoire;
- élaborer des normes relatives au perfectionnement professionnel continu des pathologistes et des médecins légistes inscrits au registre, y compris définir les situations entraînant une suspension ou un retrait du registre;
- mettre à jour les ententes de paiement de transfert afin d'y intégrer des indicateurs de qualité clés;
- améliorer le suivi des erreurs commises par les pathologistes et les médecins légistes inscrits au registre.

4.4 Lacunes dans les pratiques d'entreposage des corps

4.4.1 Les mesures de protection minimales dans les morgues des hôpitaux accroissent le risque de fausse identification et de décomposition des corps

Des pratiques appropriées d'entreposage des corps sont cruciales pour maintenir l'intégrité d'une enquête sur le décès et la confiance du public et des familles en deuil, notamment pour veiller à ce que leurs proches soient traités avec dignité et respect. Comme discuté à la **section 2.2.4**, alors que l'Unité de médecine légale de Toronto dispose de locaux d'entreposage des corps avant et après les autopsies, les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier et les hôpitaux communautaires entreposent les corps devant faire l'objet d'une enquête de coroner avec les autres corps. Les morgues dans ces établissements entreposent les corps non visés par une enquête sur le décès, notamment à la suite d'un décès de causes naturelles survenu à l'hôpital, ainsi que les corps non réclamés, que les municipalités sont tenues d'enterrer. Il revient habituellement aux porteurs et aux infirmières de transporter les corps des personnes qui décèdent à l'hôpital aux aires d'entreposage, et il revient au personnel de sécurité de l'hôpital de recevoir les corps des défunts dans la collectivité et de les libérer de la morgue. Nous avons visité deux unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier et deux hôpitaux communautaires et avons observé, dans quelques cas, que les hôpitaux comptaient de trois à neuf locaux verrouillables pour les victimes d'homicide, mais aucun local réservé aux autres corps visés par les enquêtes de coroner.

Le Bureau n'a pas conclu d'entente avec les hôpitaux communautaires et ne dispose pas de renseignements sur leurs politiques et procédures relatives à l'entreposage des corps. Il ne reçoit pas de rapport de ces hôpitaux sur leur capacité à entreposer les corps pour les enquêtes sur les décès. Le Bureau a conclu une entente de paiement

de transfert avec chaque unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier relativement à la gestion de la morgue, mais l'entente précise seulement que l'unité doit être « équipée et à jour ». Les chambres froides où sont conservés les corps relèvent de l'hôpital et non de l'unité régionale.

La Commission d'enquête Goudge avait recommandé ce qui suit : « Avec le soutien du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le Service ontarien de médecine légale et chaque hôpital auquel une unité régionale est associée devraient élaborer des protocoles visant à définir clairement les domaines de responsabilité de l'hôpital et les limites de cette responsabilité, afin d'éviter qu'il y ait confusion à l'égard du rôle de supervision du médecin légiste en chef et de l'hôpital. » Le Bureau a conclu des ententes de paiement de transfert pour définir ces limites, mais celles-ci ne précisent pas l'exploitation et la sécurité des chambres froides où entreposer les corps sous la garde du coroner et du pathologiste. Selon l'expert que nous avons engagé, il devrait être attendu des coroners et des pathologistes—quels que soient leurs lieux de travail—qu'ils prennent soin des corps et leur témoignent du respect jusqu'à leur libération.

L'absence d'entente sur l'entreposage des corps a donné lieu à la fausse identification ou la décomposition de corps dans trois unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier.

- Dans une unité régionale en 2019, un médecin légiste a autopsié le mauvais corps. Les facteurs contributifs suivants étaient notés dans le rapport d'incident de l'hôpital : l'absence d'aires d'entreposage numérotées dans la chambre froide de la morgue et de vérifications secondaires afin de prévenir les erreurs par inadvertance, ainsi que le grand nombre de corps reposant sur des civières dans la chambre froide.
- Les cadres supérieurs d'une autre unité régionale ont fait savoir qu'en raison de l'espace d'entreposage limité, des corps

avaient été retirés de la chambre froide et laissés dans le couloir. De plus, des corps dans des sacs mortuaires étaient parfois entreposés côte à côte ou empilés dans les locaux d'entreposage. Cette unité régionale n'avait pas documenté ces cas, mais avait indiqué qu'ils étaient survenus en 2019. Elle ne savait pas si les corps devaient faire ou non l'objet d'une enquête de coroner.

- Dans une autre unité régionale, le sac contenant les effets personnels d'un défunt a été égaré en 2019. Celle-ci a mené une enquête, mais n'a pu trouver le sac. Elle nous a informés qu'elle avait ensuite indemnisé le plus proche parent pour les articles perdus. La morgue et la chambre froide de cette unité régionale ne sont pas équipées de caméras. Donc, l'unité ne peut faire de suivi des personnes qui entrent dans la morgue, car les porteurs, les infirmières et le personnel de sécurité se servent de clés et non de cartes d'accès.

RECOMMANDATION 6

Afin de protéger la preuve à l'appui des enquêtes sur les décès et de préserver la dignité des défunts, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- adoptent des normes minimales à appliquer par les hôpitaux communautaires et les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier en ce qui concerne les corps soumis à une enquête sur le décès dans ces établissements, de sorte à sécuriser les corps et à les entreposer à des températures adéquates;
- révisent les ententes de paiement de transfert conclues avec les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier pour y intégrer des normes relatives à la gestion des corps, et en surveillent la conformité.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à la recommandation et adoptera des normes minimales en vue de sécuriser et de conserver les corps dans les hôpitaux communautaires et les unités de médecine légale. Il transmettra ces normes aux hôpitaux et les intégrera aux ententes de paiement de transfert.

4.4.2 L'absence de procédures au Bureau sur l'entreposage des corps engendre des erreurs lors de leur libération

Il importe de prendre des mesures d'assurance de la qualité adéquates pour l'entreposage des corps afin de les traiter avec respect et de les libérer seulement avec l'autorisation requise. Entre décembre 2015 et janvier 2018, l'Unité de médecine légale de Toronto a libéré par erreur un corps à un salon mortuaire ou à un service de crémation à trois occasions distinctes. Dans les trois cas, la cause était attribuable à la fois à une erreur humaine et à l'absence de contrôles adéquats pour identifier et repérer les corps dans la morgue de l'Unité de Toronto. Les familles touchées par ces incidents ont été avisées après que l'erreur a été mise au jour.

Au début de 2018, le Bureau a adopté des politiques pour orienter la libération des corps aux familles ou aux salons mortuaires afin de réduire le risque de libération inappropriée, comme celle à l'Unité de Toronto. Toutefois, il n'existe pas de procédures opérationnelles normalisées relatives au dénombrement des corps.

Le personnel de la morgue nous a informés qu'il effectue un dénombrement périodique des corps, mais il conserve seulement les résultats. Il nous a donc été impossible de vérifier les erreurs relevées. Nous avons effectué un dénombrement des corps à l'Unité de Toronto en mai 2019 et constaté 10 erreurs liées à leur emplacement. À deux reprises, des corps ont été entreposés dans

la mauvaise chambre froide et, à huit reprises, des corps se trouvaient sur le mauvais plateau ou la mauvaise civière. Ces erreurs accroissent le risque qu'un corps soit libéré par erreur pour un enterrement ou une incinération. Elles causent aussi une perte d'efficacité chez le personnel de la morgue, car il doit vérifier à de nombreux endroits pour repérer le corps recherché. La direction n'a pu nous dire de façon concluante pourquoi ces erreurs avaient été commises. À son avis, il s'agissait d'erreurs de saisie de l'enregistrement des corps, d'erreurs commises par le personnel de la morgue dans le repérage ou la libération des corps ou encore dans le système d'enregistrement électronique, car celui-ci n'empêche pas de saisir deux fois le même endroit. Il se peut que le risque posé par l'absence de contrôles concernant l'entreposage des corps s'accroisse avec la charge de travail accrue de l'Unité de médecine légale de Toronto qui, en juillet 2020, traitera 1 300 de plus de cas par année à la suite de la fermeture de l'unité de Hamilton.

RECOMMANDATION 7

Afin de réduire le risque que des corps soient libérés par erreur par l'Unité de médecine légale de Toronto, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario élaborent des politiques exposant les pratiques appropriées et systématiques pour entreposer les corps et exécuter leur dénombrement, et qu'ils surveillent la conformité à ces politiques.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau accepte la recommandation et élaborera des politiques internes portant sur la réception, l'entreposage et la libération des corps dans les chambres froides, y compris le dénombrement régulier des corps. Il s'engage à assurer la conformité à cet égard.

4.5 Sous-notification de milliers de décès au Bureau

Les policiers et les travailleurs de la santé signalent la majorité des décès au Bureau, bien que chaque personne soit tenue, en vertu de la *Loi sur les coroners*, de contacter la police ou un coroner lorsque surviennent certains types de décès (voir la section 2.1.1). (Les coroners peuvent enquêter sur un décès lorsqu'un membre de la famille ou un fournisseur de soins de santé soulève des préoccupations à propos des soins prodigués avant le décès.

Afin de déterminer si le Bureau a été avisé de tous les décès à déclaration obligatoire, comme défini dans la Loi, nous avons examiné les causes de décès inscrites par les médecins sur les factures qu'ils ont présentées au RASO en 2018 aux fins de la certification des décès, et nous avons relevé celles qui répondaient à l'exigence de déclaration énoncée dans la Loi.

Nous avons relevé environ 2 300 décès en 2018 qui semblaient répondre au critère de décès à déclaration obligatoire, mais qui n'avaient pas été signalés au Bureau. Il s'agit de décès soudains de causes indéterminées; de décès à la suite de fractures, de luxations ou d'autres traumatismes; de décès résultant d'effets nocifs de drogues ou de médicaments et de ceux survenus durant une grossesse. Le personnel médical supérieur du Bureau a confirmé que ces décès auraient dû être déclarés. Le Bureau ne fait pas de suivi électronique de l'identité des personnes qui signalent un décès ou des détails à leur sujet. Faute de ces renseignements, il lui est difficile de concevoir des campagnes efficaces de sensibilisation publique afin d'améliorer la compréhension des décès à déclarer.

Le Bureau nous a informés qu'en général, il est plus difficile de mener des enquêtes sur les décès après que beaucoup de temps s'est écoulé, car les corps peuvent avoir été incinérés, les témoins peuvent avoir oublié des détails et les lieux des décès peuvent ne plus être accessibles.

Comme signalé lors de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée (voir la section 4.2.5), six des huit décès n'avaient pas été déclarés au Bureau et n'ont donc pas fait l'objet d'une enquête avant que ces cas soient mis au jour après la confession de la personne ayant commis les crimes.

RECOMMANDATION 8

Afin de renforcer sa capacité à enquêter sur tous les décès à déclaration obligatoire, comme défini dans la *Loi sur les coroners*, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- fassent un suivi auprès des personnes— par exemple les policiers, le personnel hospitalier ou les membres du public—qui signalent des décès au Bureau et évaluent ces personnes;
- élaborent une stratégie de communication (comportant un volet de sensibilisation publique) pour informer les parties concernées du milieu médical et des organismes d'application de la loi de l'exigence législative relative à la déclaration de décès aux fins d'enquête.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à la recommandation de renforcer sa capacité à faire enquête sur tous les décès à déclaration obligatoire, comme défini dans la *Loi sur les coroners*. À cette fin, il s'engage à :

- outiller le système QuinC pour faciliter le suivi des catégories de personnes et d'établissements, comme les policiers, les membres du public ou les hôpitaux, qui signalent des décès au Bureau, dans le but d'orienter les stratégies visant à améliorer la notification de décès à déclaration

obligatoire au Bureau. Le système comprendrait un champ obligatoire à remplir au moment de la réception de l'appel initial à l'unité d'affectation provinciale;

- faire fond sur la réponse aux recommandations émanant de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée pour établir un programme de formation destiné à tous les membres du secteur de la santé, qui comprendra des modules portant spécifiquement sur les exigences législatives et le but et les avantages de la déclaration des décès au Bureau en temps opportun;
- réexaminer son programme de formation actuel sur les enquêtes sur les décès qui est offert aux organismes d'application de la loi afin d'exposer clairement les exigences législatives relatives à la déclaration de décès aux fins d'enquête.

4.6 Examen requis du modèle de prestation des services

4.6.1 Aucune évaluation du projet pilote sur les enquêtes sur les décès dirigées par des médecins légistes

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement de l'Ontario a commandé diverses études ainsi qu'un projet pilote pour examiner les avantages associés à la présence de médecins légistes sur les lieux des décès. Bien que certains médecins légistes se rendent sur les lieux, les raisons et les avantages de le faire n'ont pas été examinés. Par exemple, le Bureau a mis fin au projet pilote en 2018 sans évaluer s'il avait amélioré les enquêtes sur les décès, alors qu'une telle évaluation aurait permis de déterminer les cas où il est rentable de recourir à cette ressource précieuse. Voir l'**annexe 8** pour en savoir plus sur les événements ayant donné lieu aux pratiques liées à la présence de médecins légistes sur les lieux des décès qui ont offert des services d'autopsie au Bureau.

En mai 2018, le Bureau a précisé qu'avant le projet pilote, les médecins légistes se rendaient sur les lieux des décès, mais que cette pratique était ponctuelle et ne faisait pas l'objet d'un suivi. Au moment de notre audit, l'Unité de médecine légale de Toronto ne faisait pas de suivi de la présence des médecins légistes sur les lieux des décès. Par contraste, à l'extérieur de Toronto, nous avons noté qu'en 2017-2018, des médecins légistes à six unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier avaient fait 41 visites des lieux. Notre examen des données a révélé qu'une unité régionale comptait pour la majorité (près de 70 %) des visites, mais le Bureau n'avait pas évalué si ce taux de présence élevé était attribuable au fait que les visites procuraient des informations utiles pour les enquêtes sur les décès dans cette région. Nous avons sondé d'autres provinces canadiennes et avons conclu que les médecins légistes ne se rendaient pas sur les lieux des décès ou le faisaient dans des circonstances exceptionnelles seulement.

4.6.2 Aucune évaluation de la diversification des modèles de dotation pour les postes de coroner

Comme indiqué dans un examen opérationnel du Bureau mené dans le cadre de l'audit interne du Ministère en 2013, les coroners régionaux principaux éprouvent de la difficulté à gérer les coroners en raison de l'absence de relation contractuelle. Selon la réponse du coroner en chef, il reconnaissait qu'il y avait lieu d'adopter un cadre plus robuste afin d'établir des paramètres de rendement et de gérer les attentes des coroners. Il nous a fait savoir que parce que les coroners ne sont pas nommés pour une durée limitée, il est plus difficile de licencier ceux dont la qualité du travail laisse à désirer, car aucun mécanisme de réexamen n'a été établi. En comparaison, les nominations des pathologistes sont périodiquement réexaminées dans le cadre du processus de nomination de durée limitée, qui est défini dans le registre des pathologistes. En 2014, le Conseil de surveillance

des enquêtes sur les décès a recommandé que les coroners soient nommés pour une période déterminée et que le renouvellement de la nomination soit conditionnel à la recommandation du coroner en chef.

Le Bureau a lancé un projet pilote au début de 2018 dans le but de réduire le nombre d'enquêtes sur les décès de causes naturelles menées par les coroners. Une infirmière autorisée, faisant fonction de « coroner enquêtrice », émet un jugement initial, à savoir si le décès doit faire l'objet d'une enquête, ce qui consiste principalement à déterminer s'il est de causes naturelles. Le Bureau s'attend à ce que cette approche réduise de 3 400 le nombre annuel de décès à soumettre à une enquête de coroner, ce qui générerait des économies annuelles nettes d'environ un million de dollars. Le coroner en chef nous a informés de son plan à long terme pour mettre en place un nouveau modèle de prestation de services reposant sur des professionnels de la santé qualifiés, qui consacreront une partie de leur temps aux enquêtes sur les décès et qui seront engagés par le Bureau aux termes d'une entente. Ces professionnels de la santé comprendront probablement des médecins, des infirmières et des auxiliaires médicaux. Il est prévu que cette approche procure des gains d'efficacité et améliore les compétences des coroners, qui acquerront de l'expérience des enquêtes sur les décès. Toutefois, le Bureau n'a pas analysé ce modèle. Une telle analyse pourrait comparer les salaires de coroners non-médecins avec les honoraires actuels de 450 \$ versés à un médecin coroner à temps partiel, ainsi que le temps que consacre un employé à temps plein à une enquête sur un décès. D'après notre recherche, des personnes ayant des antécédents médicaux tirent les conclusions dans les enquêtes sur les décès dans la majorité des autres provinces canadiennes (voir l'annexe 9).

RECOMMANDATION 9

Afin d'améliorer la reddition de compte et la rentabilité dans les services d'enquête sur les

décès en Ontario, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- mettent en place un processus pour faire un suivi de la présence des médecins légistes sur les lieux des décès et de l'incidence de leur présence sur les enquêtes sur les décès;
- évaluent les coûts et les avantages découlant de la présence des médecins légistes sur les lieux des décès ainsi que les types de lieux qui bénéficieraient de leur expertise afin d'améliorer la qualité des enquêtes sur les décès;
- évaluent la diversification des modèles de dotation, notamment remplacer l'effectif existant de coroners par des professionnels qui ne sont pas des médecins ou des médecins légistes lorsque des autopsies doivent être pratiquées; faire des postes de coroner des postes à temps plein; et apporter les changements requis.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau accepte la recommandation et mettra au point des outils pour améliorer la reddition de compte et la rentabilité des services d'enquête sur les décès de l'Ontario, y compris :

- faire un suivi de la fréquence et de l'efficacité des enquêtes et de la rentabilité de la présence de médecins légistes sur les lieux de décès;
- établir des directives relatives au nombre de cas et à la charge de travail des collaborateurs professionnels au système des enquêtes sur les décès afin d'assurer un effectif durable;
- procéder à une analyse efficace du nouveau modèle de prestation de services de coroner afin d'en assurer la rentabilité, comparativement à d'autres modèles possibles.

4.6.3 Aucune évaluation des paiements de transfert versés aux unités régionales de médecine légale en fonction de la charge de travail et de la rentabilité

Le Bureau verse des paiements de transfert annuels à six unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier, mais il ne vérifie pas si les fonds sont affectés aux autopsies, au personnel ou à d'autres facteurs mesurables. En fait, en 2018-2019, le coût global engagé par le Bureau pour chaque autopsie variait de 1 569 \$ à l'unité de Sault Ste. Marie à 2 610 \$ à l'unité d'Ottawa—un écart de 66 %.

Le Bureau n'a pas évalué les coûts annuels nécessaires pour la prestation du programme de services de médecine légale. Comme l'indique la **figure 9**, chaque unité régionale reçoit de 100 000 à 570 000 \$ par année. Ces montants ont été établis il y a une décennie et n'ont pas été modifiés. L'audit interne du Ministère a aussi révélé qu'en juin 2018, les fonds versés aux unités régionales ne correspondaient pas au nombre d'autopsies effectuées.

RECOMMANDATION 10

Pour démontrer qu'il bénéficie de l'optimisation des ressources dans les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario réexaminent les fonds versés aux unités en fonction de leur charge de travail et de leur rentabilité et qu'ils modifient au besoin les affectations.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à la recommandation et s'engage à examiner le financement des unités en fonction de la charge de travail et de la rentabilité. Il requiert cependant l'approbation du Conseil du Trésor et du ministère du

Solliciteur général pour augmenter les paiements de transfert versés aux unités de médecine légale.

4.7 Les rapports publics sur les activités du Bureau ne sont pas diffusés en temps opportun ou ne sont pas disponibles

4.7.1 Les rapports publiés datent d'il y a au moins quatre ans

Lorsque l'information n'est pas présentée en temps opportun au public, cela peut miner la confiance qu'il témoigne au travail d'un organisme. Bien que la *Loi sur les coroners* n'exige pas que le Bureau publie de rapport annuel, le coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario ont diffusé des rapports distincts. Au moment de notre audit, le Service de médecine légale de l'Ontario nous a informés qu'il avait transmis ses résultats annuels jusqu'au 26 juillet 2017 et au 26 juillet 2016 à des groupes d'intervenants, comme la police, les procureurs de la Couronne et les coroners. Toutefois, il n'y avait qu'un seul rapport à l'intention du grand public publié sur le site du Service de médecine légale de l'Ontario pour la période terminée le 26 juillet 2015 et un rapport du coroner en chef pour la période quadriennale de 2012 à 2015. Par contraste, nous avons constaté que Terre-Neuve et Québec ont publié leurs résultats les plus récents en 2017 et 2018 respectivement.

En 2017, il a fallu au Bureau près de 21 mois—de janvier 2018 à septembre 2019—pour terminer environ 98 % des 17 078 enquêtes sur les décès pour cette année, dont près de la moitié (7 657) comprenaient des autopsies. Les cadres supérieurs du Bureau ont expliqué que le délai dans la publication des résultats était en partie attribuable au roulement dans cinq des dix postes de coroner régional principal depuis janvier 2017. Le coroner en chef nous a informés que le Bureau n'avait pas établi de cycle de production de rapport annuel et qu'il se concentrait sur d'autres

dossiers opérationnels, comme les exigences quotidiennes liées à la tenue des enquêtes sur les décès et la communication de données aux groupes d'intervenants en réponse à leur demande.

RECOMMANDATION 11

Afin d'accroître la transparence et la reddition de compte au public relativement aux enquêtes sur les décès, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient chaque année un rapport sur le rendement et fournissent des mises à jour au cours d'années futures après que les statistiques pour une année particulière ont été révisées.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau accepte cette recommandation. Afin d'accroître la transparence et la reddition de compte au public relativement aux enquêtes sur les décès, il s'engage à :

- publier des rapports annuels sur le rendement et fournir des mises à jour si les statistiques pour une année particulière sont modifiées, notamment les changements découlant de la finalisation des conclusions au terme des enquêtes;
- collaborer avec la Direction de la recherche, de l'analytique et de l'innovation et la Direction des communications du ministère du Solliciteur général pour élaborer une approche novatrice afin de publier des rapports annuels fournissant plus de données en temps réel, y compris publier les liens vers l'outil Opioid Tracker de Santé publique Ontario et les données les plus récentes du Bureau.

4.7.2 Aucune mise à jour publique de la réponse faite aux recommandations visant à réduire le risque de décès ultérieurs

L'un des objectifs du Bureau est de prévenir les décès. Les cadres supérieurs nous ont cependant informés qu'il était particulièrement difficile de mesurer les effets du Bureau dans ce domaine, car de nombreuses parties interviennent dans l'amélioration de la sécurité en Ontario. Des conseillers juridiques et d'autres parties participent aux enquêtes de coroner, soit en présentant des éléments de preuve sur les processus dans les organismes gouvernementaux afin d'aider à formuler des recommandations pour prévenir les décès. Le coroner en chef nous a informés que le Bureau ne sait pas précisément si ces recommandations ont été pleinement mises en oeuvre. Par conséquent, il a précisé que les recommandations du Bureau ne peuvent être considérées comme contraignantes. Les comités d'examen des décès, les enquêtes de coroner et un groupe d'experts ont formulé près de 600 recommandations par écrit publiées en 2018, comme le montre la **figure 16**.

Le Bureau n'a pas déclaré publiquement pourquoi il ne peut confirmer si ces recommandations peuvent être mises en oeuvre. Pourtant, le public s'attend à ce que le Bureau souscrive pleinement aux recommandations faites par les coroners lors des enquêtes et par les comités d'examen des décès.

Le Bureau demande aux ministères et aux autres organismes qui reçoivent les recommandations émanant des comités d'examen des décès ou des enquêtes de coroner d'y répondre dans un délai de six mois. Pourtant, il publie rarement les réponses qu'il reçoit. Selon le coroner en chef, les réponses ne sont pas publiées parce que le nombre de demandes ne justifie pas le temps requis et les coûts de formatage pour le site Web et de traduction en français. En l'absence de réponses aux recommandations découlant des enquêtes de coroner et des comités d'examen des décès, le public ne peut savoir si les organismes

Figure 16 : Recommandations émanant des enquêtes de coroner, des comités d'examen des décès et d'un groupe d'experts en 2018

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Source de la recommandation	Description	N ^{bre} de recommandations formulées dans les rapports
Enquête de coroner		
35 enquêtes de coroner effectuées en 2018 sur 47 décès	Cinq Ontariens nommés comme jurés entendent les témoins, les experts et d'autres parties, comme les représentants de ministères, qui leur communiquent des renseignements. Les jurés peuvent choisir parmi les recommandations présentées ou élaborer leurs propres recommandations. Chaque enquête de coroner est menée en autonomie et donne lieu à un rapport officiel renfermant des recommandations.	536
Comités d'examen des décès		
Comité d'examen des décès dus à la violence familiale	Cinq comités d'examen des décès se penchent sur des types de décès particuliers, généralement ceux qui soulèvent les préoccupations les plus importantes chez les Ontariens, afin :	33
Comité d'examen des décès d'enfants	<ul style="list-style-type: none"> d'assurer la conformité des processus d'examen pour chaque type de décès; 	23
Comité d'examen des décès maternels et périnataux	<ul style="list-style-type: none"> d'appuyer au besoin les coroners dans la conduite des enquêtes sur les décès en fournissant de l'expertise dans le domaine visé. <p>Les comités d'examen des décès se réunissent régulièrement, présentent des recommandations propres à chaque type de cas et produisent des rapports officiels. Trois comités seulement ont publié des rapports en 2018.</p>	22
Groupe d'experts		
Décès d'enfants et de jeunes placés en établissement	Groupe composé d'experts qui évalue les décès répondant à certains critères (p. ex. décès de jeunes placés en établissement) et formule des recommandations pour réduire les décès à l'avenir. Les groupes d'experts se réunissent pour une période limitée et produisent des rapports officiels renfermant des recommandations.	5

ou les ministères ont comblé les lacunes pouvant contribuer à des décès ultérieurs.

Nous avons noté que les gouvernements de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan diffusent les réponses aux enquêtes de coroner. La Colombie-Britannique publie les réponses aux recommandations de ses unités d'examen des décès, qui sont semblables aux comités d'examen des décès de l'Ontario.

RECOMMANDATION 12

Afin de mieux servir le public et d'accroître la transparence à l'égard de leur rôle visant à prévenir les décès et à protéger les vivants, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :

- publie en ligne l'état actuel de la mise en oeuvre des recommandations formulées lors des enquêtes de coroner et par les comités d'examen des décès;

- communiquent au public la position du Bureau à propos de l'utilité et de la valeur concrète des recommandations.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau accepte cette recommandation. Afin de mieux servir le public et d'accroître la transparence à l'égard de son rôle visant à prévenir des décès et à protéger les vivants, il s'engage à :

- collaborer avec la Direction des communications du ministère du Solliciteur général pour offrir un accès immédiat à l'état actuel de la mise en oeuvre des recommandations émanant des enquêtes de coroner et des comités d'examen des décès et des réponses à celles-ci qui sont disponibles en ligne;
- élaborer une stratégie de communication pour informer le public de la valeur, des avantages et des préoccupations potentielles des recommandations formulées à la suite des examens des décès et des enquêtes de coroner. Les améliorations immédiates apportées à la santé et à la sécurité publiques devraient être soulignées.

4.7.3 Les données sur les décès ne sont pas systématiquement ni périodiquement analysées pour dégager les tendances dans les décès afin de mieux protéger les vivants

Malgré que sa devise consiste à « Déceler les causes de décès pour mieux protéger les vivants », nous avons noté que le Bureau analyse peu les données qu'il recueille pour dégager les tendances dans les décès. Une analyse plus systématique permettrait de cerner les secteurs de risque à atténuer afin de prévenir des décès et d'améliorer la sécurité publique. Les données recueillies par le Bureau comprennent les circonstances des décès, l'âge et

le genre des défunts, les lieux des décès et le mode, comme un accident ou un suicide. En l'absence d'analyse régulière des données, le Bureau rate une occasion de s'en servir pour prévenir ou réduire le risque de décès.

Le Bureau reconnaît l'importance d'analyser les données. Comme le prévoit la *Loi sur les coroners*, le travail d'un coroner comporte la collecte et l'analyse de renseignements sur un décès en vue de prévenir des décès. Dans son plan stratégique pour 2015-2020, le Bureau a annoncé son intention de mettre en place un plan de gestion des données afin de saisir et d'analyser des renseignements et d'en faire un suivi, de sorte à apporter une contribution valable et mesurable à la santé et à la sécurité publiques. Le plan annonçait également l'intention de développer « la capacité de réaliser une analyse dynamique afin d'évaluer les nouvelles tendances et les domaines d'intérêt dans l'ensemble du secteur de la sécurité et de la santé publiques ».

Au cours des dernières années, le Bureau a analysé les données découlant des enquêtes sur les décès pour orienter le groupe d'experts formé en 2018 pour étudier les décès d'enfants et de jeunes pris en charge et placés en établissement par les sociétés d'aide à l'enfance et les organismes autochtones de bien-être de l'enfance. Le groupe d'experts a évalué ce problème systémique en approfondissant l'analyse du Bureau sur les décès, comme déclaré par les groupes d'intervenants.

En décembre 2017, le Bureau a lancé un projet pilote pour évaluer et prévenir le décès d'enfants et de jeunes de 10 à 25 ans. (Voir l'**annexe 4** pour en savoir plus sur les groupes d'experts.) Le projet repose sur les données de cinq ministères, ainsi que d'organismes communautaires travaillant auprès des enfants et des jeunes dans quatre municipalités, pour élaborer un modèle de risque afin de mieux comprendre les circonstances préalables au décès d'un enfant ou d'un jeune et de dégager les tendances. Le projet vise à évaluer les points d'intervention aux fins de recommandations futures. Le Bureau pourrait examiner les décès de

tous les enfants et jeunes survenus en Ontario après que le projet pilote prend fin en mars 2020.

4.7.4 Les données sur les décès dans les établissements correctionnels ne sont pas diffusées en vue d'orienter les politiques d'intervention

Les comités d'examen des décès diffusent des statistiques sur des types de décès précis, comme les décès pédiatriques et ceux dus à la violence familiale, mais le Bureau ne publie pas le nombre ou la nature des décès des détenus dans les établissements correctionnels. Il peut s'agir de décès à la suite d'un suicide, d'un accident ou de causes naturelles. Ces renseignements pourraient servir à orienter les politiques d'intervention. Par comparaison, le service de coroners de la Colombie-Britannique fait un suivi du nombre de décès de détenus selon la nature des décès et le type d'établissement fédéral ou provincial et publie ces renseignements. Il nous a informés que ces données sont utiles aux responsables de la gestion et de la surveillance des établissements correctionnels, qui s'en servent à des fins d'amélioration. De même, le ministère de la Justice et du Procureur général de la Saskatchewan fait un suivi du nombre annuel de suicides selon le genre et le groupe d'âge, et publie ces données. Nous avons noté d'après ces données, par exemple que le nombre de suicides chez les hommes en Saskatchewan augmente progressivement depuis 2005 et qu'il était à son niveau le plus élevé en 2018.

4.7.5 Peu de renseignements recueillis pour orienter les politiques d'intervention et répondre aux préoccupations en matière de santé publique

En général, les renseignements recueillis dans les enquêtes de coroner sur les décès ne sont pas assez détaillés pour répondre aux préoccupations en matière de santé publique. Afin de renforcer sa capacité à réduire les décès dus à une surdose

d'opioïdes, en 2017, le Bureau a adopté un formulaire que les coroners doivent remplir lorsqu'ils effectuent une d'enquête sur ce type de décès. De plus, le Bureau a commencé à exiger des coroners qu'ils collectent des renseignements supplémentaires auprès des hôpitaux, des membres de la famille, des personnes de l'entourage et des intervenants des services d'urgence afin de compiler des données sur les décès pouvant être liés à la consommation d'opioïdes. Ces renseignements comprenaient des données démographiques ainsi que sur les antécédents en santé mentale et en toxicomanie.

Le coroner en chef nous a informés qu'il avait donné à l'occasion des entrevues aux médias pour communiquer des renseignements sur les décès imputables à des températures élevées, mais le Bureau n'a pas diffusé de rapport officiel sur la mesure dans laquelle la chaleur a causé le décès d'Ontariens ou y a contribué. Il a jouté qu'en raison des données limitées actuelles, il ne pouvait effectuer de telle analyse. Nous constatons cependant que les décès imputables à la chaleur, qui sont directement liés au changement climatique, préoccupent de plus en plus le public.

De même, le rapport de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, qui a été publié en juillet 2019, recommandait que le Bureau modifie son formulaire pour déclarer les décès de patients en établissement afin de recueillir des renseignements supplémentaires, y compris les observations cliniques du personnel ou les préoccupations exprimées par la famille ou le personnel de santé sur les soins qu'ont reçus les résidents au cours de la période avant leur décès.

RECOMMANDATION 13

Afin de réduire le nombre de décès prématurés évitables et d'améliorer la sécurité publique, nous recommandons que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario recueillent des renseignements

pertinents pour analyser les décès et dégager les tendances et fournissent ces renseignements au gouvernement et à d'autres organismes pour qu'ils s'en servent pour élaborer des politiques.

RÉPONSE DU BUREAU DU CORONER EN CHEF ET DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'ONTARIO

Le Bureau souscrit à la recommandation. Il reconnaît que pour réduire les décès prématurés évitables et améliorer la sécurité publique, il doit recueillir des renseignements pertinents pour analyser les décès, dégager les tendances et informer le gouvernement et d'autres organismes dans le but d'orienter l'élaboration des politiques visant à améliorer la santé et la sécurité des Ontariens.

Le système QuinC comprendra des modèles propres à chaque cas afin d'orienter les enquêtes et la collecte d'éléments d'information précis sur les nombreux types de décès, comme les accidents de la route, le décès d'enfants, les décès par balle et les noyades.

Des méthodes d'enquête générales et spécifiques ont été élaborées pour saisir des données sur les déterminants de la santé dans le but d'orienter une intervention en santé publique et de réduire les décès ultérieurs. Les spécialistes d'un type de cas particulier ont contribué aux méthodes spécifiques, par exemple la Société de sauvetage a contribué au modèle sur les noyades.

De plus, des modifications ont été apportées en 2018 à la *Loi sur les coroners* à des fins de clarté ainsi que pour établir un cadre et des processus de protection de la vie privée afin de faciliter l'échange de données sur la mortalité avec d'autres organismes à des fins d'analyse des données et de recherche.

4.8 Impossibilité d'exercer avec efficacité le rôle de surveillance du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

Comme souligné à la **section 2.4**, le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a été établi en 2010 pour exercer une surveillance indépendante du Bureau, dans la foulée des recommandations de 2008 émanant de la Commission d'enquête Goudge. Le Conseil a été établi pour améliorer la surveillance des médecins légistes chargés des enquêtes sur les décès ainsi que des coroners, et pour faire en sorte que le Bureau du coroner en chef soit indépendant du gouvernement.

Le Conseil est unique au Canada. En effet, l'Ontario est la seule province qui a mis en place un comité de surveillance des services d'enquête sur les décès. Son rôle consiste à fournir des conseils et des recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef, comme décrit à l'**annexe 10**.

Notre audit a relevé de nombreux domaines où le Conseil n'assurait pas de soutien et de surveillance efficace des activités du Bureau :

- Au cours des 5 dernières années, le Conseil a présenté quelque 60 recommandations au Bureau, qui s'est engagé à les mettre en oeuvre. Le Conseil n'a pas le pouvoir d'exiger du Bureau qu'il donne suite à ses recommandations.
- Le Conseil n'examine pas le travail du coroner en chef ni du médecin légiste en chef. En 2008, la Commission d'enquête Goudge avait recommandé qu'un médecin légiste de l'extérieur de l'Ontario soit nommé au Conseil, mais cela n'avait toujours pas été fait au moment de notre audit.
- La *Loi sur les coroners* énonce les responsabilités générales du Conseil, à savoir la gestion financière, la planification stratégique, l'assurance de la qualité et la reddition de compte. Toutefois, lorsque

le Bureau a proposé de fermer une unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier en 2019, il a demandé l'autorisation au Ministère, qui l'a accordée sans cependant informer le Conseil. Le Bureau nous a fait savoir qu'il n'avait pas informé le Conseil de cette décision parce que le Ministère lui avait demandé de garder cette information confidentielle. Le Bureau a seulement consulté le Conseil au sujet de cette décision après que le cycle confidentiel de planification du budget annuel du gouvernement avait pris fin. Le Ministère nous a dit qu'il était conscient de l'importance du rôle de planification financière et stratégique du Conseil et qu'il s'était engagé à consulter le Conseil sur les projets du Bureau avant d'entreprendre le prochain cycle de planification budgétaire.

- Malgré le mandat précis confié au Conseil depuis sa création il y a neuf ans, à savoir présenter des recommandations au Bureau se rapportant à ses mesures de rendement, il nous a informés qu'il avait récemment commencé (durant notre audit) à s'informer plus régulièrement d'indicateurs clés spécifiques du Bureau. Il a ajouté qu'il attendait que le nouveau système d'information des coroners soit mis en service qui, à son avis, servirait de fondement au nouveau cadre de rendement. Le Conseil reçoit régulièrement des mises à jour sur le nouveau système et les attentes connexes. Nous avons noté que le Bureau disposait de certains indicateurs de rendement pour

mesurer le respect des délais de présentation des rapports d'enquête sur les décès (comme discuté à la **section 4.2.6**), mais il ne faisait pas de suivi des données afin d'évaluer la qualité du travail des coroners individuels.

RECOMMANDATION 14

Afin d'améliorer l'efficacité de la surveillance du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario, nous recommandons que le ministre du Solliciteur général réexamine le mandat et les pouvoirs du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a été établi en décembre 2010 à titre d'organisme consultatif indépendant, qui s'aligne généralement sur les recommandations de la Commission d'enquête Goudge relatives au système provincial de médecine légale. Le cadre législatif pour le Conseil est défini dans la *Loi sur les coroners*. Le Groupe de travail pour l'examen des organismes mis sur pied par le gouvernement s'est récemment penché sur le Conseil et a conclu qu'il devrait être maintenu, mais a proposé des améliorations à apporter à ses processus de nomination et de règlement des plaintes. Le Ministère prendra cette recommandation en considération dans le cadre de son travail lié au Conseil, comme défini par le Groupe de travail pour l'examen des organismes.

Annexe 1 : Glossaire

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Autopsie : Aussi appelée examen post-mortem; un pathologiste ou médecin légiste examine le corps d'un défunt pour déterminer la cause du décès, ce qui peut comprendre un examen externe, une dissection complète (examen des organes internes) ou une dissection ciblée (examen d'organes précis selon les résultats d'un tomodensitogramme).

Coroner : Médecin nommé par le coroner en chef pour mener une enquête sur le décès, comme prescrit par la *Loi sur les coroners*. Près de 70 % des coroners actifs ont des antécédents en médecine familiale.

Enquête sur le décès : Un coroner, avec la collaboration d'un médecin légiste, au besoin, analyse la preuve disponible pour comprendre comment et pourquoi une personne est décédée. Le coroner répond aux cinq questions suivantes lorsqu'il enquête sur un décès :

- qui (identité du défunt);
- quand (date du décès);
- où (lieu du décès);
- comment (cause médicale du décès);
- par quels moyens (causes naturelles ou indéterminées, accident, homicide, suicide).

Des renseignements peuvent être obtenus de plusieurs sources, entre autres, les membres de la famille, les collègues, les voisins, les médecins, les dossiers médicaux, la police et le personnel des services d'urgence.

Comité d'examen des décès : Cinq comités ont été créés entre 1989 et 2014 pour fournir des connaissances spécialisées et de l'expertise dans les enquêtes complexes sur les décès, notamment la sécurité des patients, la violence familiale, les décès maternels et périnataux, les soins gériatriques et de longue durée et les décès d'enfants. Voir l'**annexe 4** pour plus de détails.

Groupe d'experts : Établi par le Bureau pour orienter les enquêtes sur certains décès, comme d'enfants et de jeunes placés en établissement et de personnes pratiquant des sports d'hiver, afin de relever les points communs ou les tendances, les préoccupations ou problèmes systémiques, et de présenter des recommandations pour prévenir les décès dans ces domaines précis.

Médecin légiste : Médecin qui pratique des autopsies et qui se spécialise dans les maladies et blessures qui donnent lieu à des décès subits. Il possède une année de plus de scolarité ou de formation comparé à un pathologiste. Par définition, tous les pathologistes de catégorie A inscrits au registre des pathologistes de l'Ontario sont des médecins légistes et peuvent pratiquer toutes les autopsies, y compris dans les cas criminels suspects, pédiatriques ou d'homicide.

Médecine légale : Sous-spécialité de la pathologie qui vise à déterminer les causes d'un décès en procédant à un examen du défunt.

Enquête de coroner : Audience publique visant à attirer l'attention de la population sur les circonstances d'un décès en procédant à un examen objectif des faits. À la conclusion de l'enquête, le jury composé de cinq personnes présente des recommandations afin de prévenir des décès. Il y a deux types d'enquêtes de coroner : obligatoire (imposée par la loi) et discrétionnaire (à la discrétion du coroner). (Voir la **figure 11** pour en savoir plus.)

Pathologiste : Médecin qui pratique des autopsies et qui se spécialise dans les maladies et les blessures. Il suit une formation supplémentaire pendant quatre ou cinq ans en pathologie générale ou anatomique après avoir obtenu son brevet de médecin. Tous les pathologistes inscrits au registre de l'Ontario sont classés selon les types d'autopsies qu'ils peuvent pratiquer. Les pathologistes de catégorie A peuvent pratiquer toutes les autopsies, y compris les cas criminels suspects, pédiatriques et d'homicide. Tous les pathologistes de catégorie A sont des médecins légistes. Les pathologistes de catégorie B pratiquent des autopsies sur les cas non suspects mettant en cause des adultes. Quant aux pathologistes de catégorie C, ils effectuent les autopsies dans les cas pédiatriques non suspects.

Pathologie : Discipline médicale qui comprend l'étude et le diagnostic de maladies au moyen de l'examen d'organes et de tissus chirurgicalement retirés et, dans certains cas, du corps entier (une autopsie).

Décès à déclaration obligatoire : En vertu de la *Loi sur les coroners*, chaque résident de l'Ontario est tenu de déclarer certains types de décès à un coroner. Les décès à déclaration obligatoire sont définis comme suit :

- le décès résultant de violence, d'accident, de négligence, d'inconduite ou de faute professionnelle;
- le décès survenant durant une grossesse ou de ses suites dans des circonstances pouvant raisonnablement être attribuées à une grossesse;
- le décès est subit et inattendu;
- le décès à la suite d'une maladie pour laquelle le défunt n'a pas reçu de traitement d'un professionnel de la santé autorisé;
- le décès résultant de toutes autres causes qu'une maladie;
- le décès d'une personne résidant ou hospitalisée dans l'un des établissements suivants :
 - un foyer pour enfants, comme défini à la Partie IX (Permis d'établissement) de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, ou un établissement approuvé en vertu du paragraphe 9(1) de la Partie I (Services adaptables) de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, comme libellé avant son abrogation;
 - une résidence de groupe avec services de soutien ou une résidence avec services de soutien intensif désigné en vertu de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*;
 - un établissement psychiatrique désigné en vertu de la *Loi sur la santé mentale*;
 - un hôpital public ou privé dans lequel une personne a été transférée d'un établissement ou d'un foyer mentionné dans la liste;
- le décès survenu dans un foyer de soins de longue durée;
- le décès survenu en dehors d'un établissement psychiatrique, correctionnel, de garde pour jeunes ou de détention (le défunt y était un patient ou détenu, mais le décès est survenu alors qu'il ne se trouvait pas sur les lieux ou n'y était pas détenu);
- le décès d'une personne détenue ou placée en isolement cellulaire;
- le décès d'une personne détenue ou placée en détention temporaire en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* du Canada;
- le décès d'une personne détenue ou placée dans un lieu ou un établissement désigné un lieu de garde en milieu fermé en vertu de l'article 24.1 de la *Loi sur les jeunes contrevenants* du Canada;
- le décès d'une personne détenue ou placée dans un établissement correctionnel ou à l'extérieur de l'établissement, mais lorsqu'elle se trouvait sous la garde d'un employé de l'établissement ou encore dans un hôpital après son transfert par l'établissement correctionnel;
- le décès d'une personne détenue ou sous la garde d'un agent de la paix, ou décès résultant d'une blessure subie ou de tout autre événement survenu pendant qu'elle était détenue ou sous la garde d'un agent de la paix et qui a causé le décès;
- le décès d'une personne résultant du recours à la force par un policier, un membre auxiliaire de la force policière, un agent spécial ou un agent des Premières Nations;
- le décès d'une personne lorsque le directeur de l'Unité des enquêtes spéciales ordonne la tenue d'une enquête;
- le décès d'une personne alors qu'elle est immobilisée et détenue dans un établissement psychiatrique, au sens de la *Loi sur la santé mentale*, ou dans un hôpital au sens de la Partie XX.1 (Troubles mentaux) du *Code criminel* du Canada;
- le décès d'une personne alors qu'elle est immobilisée et détenue ou admise aux termes d'un programme de traitement en milieu fermé, au sens de la Partie VII de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*;
- le décès d'un travailleur résultant d'un accident survenu dans le cadre son emploi sur un chantier de construction, une mine ou une installation minière, y compris un puits ou une carrière.

Annexe 2 : Processus de nomination de coroners-enquêteurs

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Le Bureau se conforme aux directives de la fonction publique de l'Ontario ayant trait à la nomination de nouveaux coroners en publiant un avis de concours annuel sur le site Web de celle-ci. Les candidats intéressés à un poste de coroner soumettent leur demande, et le service des ressources humaines du Bureau procède à une présélection en éliminant ceux qui ne sont pas des médecins. Les autres demandes sont habituellement transmises au coroner en chef adjoint qui dresse une liste restreinte des candidats à convoquer à une entrevue, après avoir éliminé ceux des régions comptant un nombre suffisant de coroners.

Les coroners régionaux principaux rencontrent en entrevue les candidats de leur région. Ils classent les candidats selon les résultats à l'entrevue, puis présentent une recommandation au coroner en chef, à savoir si une candidature est retenue ou rejetée. Enfin, le coroner en chef prend la décision finale sur les nominations. En 2018 et 2019, 71 et 58 % respectivement des coroners qui ont postulé et ont été recommandés ont été retenus. Des candidats peuvent être rejetés, par exemple, en raison du nombre de leurs patients actuels ainsi que de nouveaux médecins qui peuvent ne pas recevoir leur brevet à temps pour suivre le cours annuel à l'intention des coroners.

Annexe 3 : Sujets abordés dans le cours à l'intention de nouveaux coroners offert par le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

- L'aperçu d'une enquête sur le décès : l'objet d'une enquête et les réponses aux questions à poser pour chaque décès (qui, quand, où, comment et par quels moyens).
- Les fonctions et les pouvoirs des coroners, y compris les circonstances entourant les décès qui doivent faire l'objet d'une enquête (décès de causes non naturelles, etc.), comme exposé dans la *Loi sur les coroners*.
- La réception des appels à l'unité centrale d'affectation provinciale du Bureau : la décision d'enquêter ou non sur un cas, ce qui nécessite généralement une évaluation du décès pour déterminer s'il est de causes naturelles, compte tenu des informations préliminaires disponibles.
- La présence sur les lieux du décès : l'exigence de porter des vêtements adaptés aux lieux (p. ex. bottes, pardessus ou équipement de protection individuelle en fonction des lieux et des conditions météorologiques) et d'apporter des documents (mandats pour prendre possession du corps et brochures pour les familles), ainsi que le mode d'accès aux lieux du décès, les questions à poser initialement à la police (A-t-elle des raisons de croire que le cas est suspect? A-t-elle établi l'identité du défunt?), parler à la famille, examiner le corps et remplir les demandes de mandat.
- Les études de cas sur les causes de décès : causes naturelles ou indéterminées, accident, suicide ou homicide.
- Le processus de communication à suivre dans les cas hautement médiatisés (décès représentant un risque important pour le Bureau ou le système de justice pénale s'il n'est pas géré de façon optimale) pour échanger les informations préliminaires avec les coroners et le service de pathologie.
- L'introduction à la pratique d'autopsies et à la médecine légale : la façon dont les médecins légistes déterminent les causes de décès, la description d'une autopsie, les fonctions des médecins légistes, les changements survenant après le décès (le processus de décomposition), et l'introduction aux blessures (force contondante, coup violent, décharge d'armes à feu, étranglement) ce qui peut constituer des facteurs à prendre en compte pour conclure à un décès.
- L'enquête de coroner : le but, la façon et la méthode de convoquer une enquête de coroner et le moment d'envisager de suggérer la tenue d'une telle enquête à un coroner régional principal.
- Les protocoles relatifs à l'identification de cadavres inconnus, y compris la vérification des fiches dentaires.
- L'introduction à la toxicologie : les différents types de tests et d'analyses et la façon d'interpréter les rapports et les résultats de toxicologie.
- Les autres considérations liées aux enquêtes sur certains types de décès, comme maternels et pédiatriques.
- Les exigences relatives à la documentation des cas, la saisie d'informations provenant des enquêtes sur le décès, la production de rapports et leur présentation au Bureau.
- La certification des décès.

Annexe 4 : Comités d'examen des décès et groupes d'experts appuyant le coroner en chef

Source des données : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

Comité ou groupe d'experts	Année de création	Types de décès examinés
Comités d'examen des décès		
Comité d'examen de la sécurité des patients	2005	Décès liés aux soins de santé dans lesquels les erreurs ou les problèmes systémiques semblent être un facteur majeur
Comité d'examen des décès dus à la violence familiale	2003	Décès de personnes survenant à la suite de violence familiale
Comité d'examen des décès maternels et périnataux	1994	Décès maternels et néonataux et mortinaissances
Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée	1989	Décès de personnes âgées et recevant des soins gériatriques et d'autres services dans les foyers de soins de longue durée
Comité d'examen des décès d'enfants ¹	1989 2014	Décès d'enfants et de jeunes soulevant des préoccupations en matière de soins ou lorsqu'une société d'aide à l'enfance est intervenue dans les 12 mois du décès
Groupes d'experts		
Groupe d'experts sur les décès d'enfants et de jeunes placés en établissement	2018	Enfants et jeunes pris en charge par les sociétés d'aide à l'enfance ou les sociétés autochtones de bien-être de l'enfance et qui sont décédés durant leur placement en établissement
Examen des décès liés aux sports d'hiver	2015	Tous les décès accidentels en ski, planche à neige et toboggan
Comité d'examen des décès relatifs aux services d'ambulance aérienne d'Ornge	2013	Décès pour lesquels les transports par ambulances aériennes ont soulevé des préoccupations
Autre		
Comité d'examen des accidents mortels dans le secteur de la construction ²	2012	Détermination de dangers potentiels urgents liés à la sécurité publique auxquels d'autres personnes ou organismes peuvent ne pas avoir donné suite (coroner-enquêteur, ministère du Travail, police, etc.) et qui ont présenté des recommandations et soulevé des questions à examiner lors d'une enquête de coroner

1. Ce comité a été formé en novembre 2018 après la fusion du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans et de l'ancien Comité d'examen des décès d'enfants.

2. Ni un groupe d'experts ni un comité d'examen des décès, mais remplit des fonctions semblables à ceux-ci.

Annexe 5 : Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

La Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, connue sous le nom de la Commission d'enquête Goudge, était une enquête publique ordonnée par le gouvernement de l'Ontario après que des erreurs dans le travail post-mortem du Dr Charles Smith ont été mises au jour. Ce dernier avait effectué du travail pour le compte du Bureau du coroner en chef. Il était à l'époque le directeur de l'Unité de médecine légale pédiatrique de l'Ontario à l'Hospital for Sick Children. De 1981 à 2005, en raison de lacunes systémiques dans la surveillance des services de médecine légale, le Dr Smith a effectué des examens en médecine légale pédiatrique alors qu'il n'avait suivi aucune formation officielle et ne possédait aucune certification en médecine légale.

Des représentants du système judiciaire, des membres de familles touchés par son travail et l'Association pour la défense des personnes condamnées injustement avaient soulevé de plus en plus de questions à propos de la compétence du Dr Smith. En 2005, le coroner en chef à l'époque a ordonné la tenue d'un examen officiel du travail du Dr Smith en faisant appel à cinq médecins légistes étrangers. Ils ont examiné 45 cas criminels suspects pour lesquels le Dr Smith avait pratiqué une autopsie ou fourni un avis consultatif depuis 1991. Dans 9 des 45 cas, les évaluateurs ont mis en doute des « faits importants » qui figuraient dans les rapports ou témoignages du Dr Smith. Dans 20 de 45 cas, les évaluateurs ont émis des réserves à propos des avis exprimés par le Dr Smith dans ses rapports ou témoignages, et dans 12 de ces cas, une condamnation avait été prononcée lors de l'instance judiciaire (la Commission d'enquête n'a pas précisé le nombre d'avis émis par le Dr Smith qui avaient servi de fondement pour une condamnation). Le rapport a été publié le 19 avril 2007.

Plus tard en avril 2007, le gouvernement ontarien a créé une commission pour se pencher sur la pratique et la surveillance de la médecine légale pédiatrique dans la province. L'honorable Stephen T. Goudge a été nommé pour diriger la commission. Le juge Goudge avait reçu le mandat de se pencher sur les 20 cas signalés dans l'examen officiel et de présenter des recommandations afin de corriger les erreurs potentielles dans le système et de remédier à l'absence de surveillance. La Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario a publié son rapport le 1^{er} octobre 2008.

La Commission d'enquête a formulé 169 recommandations à l'intention des cinq principaux ministères exerçant des responsabilités redditionnelles, dont 127 (les trois quarts) étaient destinées au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels—actuellement le ministère du Solliciteur général. Le Ministère a mis sur pied une équipe de projet pour coordonner les recommandations. La mise en oeuvre des recommandations découlant de la Commission d'enquête a généralement renforcé les processus d'assurance de la qualité visant les autopsies sous le régime de la *Loi de 2009 modifiant la Loi sur les coroners*. Les modifications apportées comprenaient l'adoption du registre des médecins légistes et pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies dans le cadre d'enquêtes sur les décès et la création du poste de médecin légiste en chef pour surveiller le travail des pathologistes. Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès a aussi été formé pour surveiller les activités du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario.

Annexe 6 : Critères d'audit

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario effectuent des enquêtes sur les décès comme prescrit par la loi.
2. Tous les coroners et pathologistes auxquels le Bureau fait appel sont compétents.
3. Les enquêtes sur les décès sont menées en temps opportun.
4. Des renseignements adéquats pour justifier les décisions sont consignés pour tous les décès déclarés au Bureau, y compris ceux qui n'ont pas donné lieu à une enquête. Les conclusions provenant des enquêtes sur les décès sont exactes et factuelles.
5. La valeur d'autres processus liés aux enquêtes sur les décès, comme les autopsies et les enquêtes de coroner, est démontrée.
6. Le modèle d'enquête sur le décès de l'Ontario est évalué afin d'en déterminer la rentabilité, par exemple en le comparant à celui d'autres administrations. Les ressources dont ont besoin les coroners et les pathologistes sont évaluées et des mesures appropriées sont prises au besoin.
7. Les recommandations formulées par le Bureau font l'objet d'un suivi afin de prévenir d'autres décès.
8. Des mesures et des cibles de rendement valables relatives aux enquêtes sur les décès sont établies et font l'objet de surveillance et de rapports publics.

Annexe 7 : Passages sur les conflits d'intérêts extraits du Manuel des coroners sur les enquêtes

Source : Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

[Traduction] Dans la majorité des cas, un coroner ne doit pas accepter d'enquêter sur un cas lorsqu'il est situation de conflit d'intérêts réel ou apparent. Si un conflit devient apparent durant l'enquête, le coroner se récite et demande conseil au coroner régional principal.

Il est entendu que les médecins-coroners dans la plupart des collectivités exercent des fonctions à l'hôpital local. Bien qu'un conflit d'intérêts potentiel puisse exister, dans la majorité des cas où il n'existe pas de préoccupations majeures relatives aux soins de santé, le coroner peut mener une enquête objective et impartiale à la condition qu'il n'ait pas pris part aux soins.

Voici des exemples de conflits d'intérêts potentiels :

1. Le coroner a entretenu une relation professionnelle avec le défunt ou sa famille (p. ex. à titre de médecin traitant).
2. Le défunt était un proche, un ami ou un associé du coroner.
3. Des questions sont soulevées concernant la qualité des soins qui ont été fournis au défunt, et les professionnels de la santé en cause ont une affiliation professionnelle avec le coroner (p. ex. ils pratiquent dans la même clinique).
4. Le coroner est membre du personnel de l'hôpital ou d'un autre établissement, et de sérieuses questions sont soulevées concernant la qualité des soins qui y sont prodigués.

Dans les cas où un autre coroner n'est pas immédiatement disponible, il peut être raisonnable que le coroner contacté à l'origine pour ouvrir l'enquête ordonne un examen post-mortem (s'il y a lieu) et avise le coroner régional principal du transfert du cas à l'autre coroner pour le reste de l'enquête.

Annexe 8 : Principaux événements ayant entraîné la présence de médecins légistes sur les lieux de décès en Ontario, 2005-2018

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario en fonction de renseignements fournis par le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario

Juin 2005	Le coroner en chef et directeur médical (renommé plus tard le médecin légiste en chef) de l'Unité de médecine légale de Toronto envoie une note à tous les coroners-enquêteurs, médecins légistes et services de police de Toronto précisant les types de lieux de décès auxquels les médecins légistes devraient se rendre, dans la mesure du possible. Il s'agit de lieux de décès liés à la violence sexuelle, à des corps démembrés ou enfouis et à des homicides dissimulés.
Octobre 2008	Comme indiqué à l' annexe 5 , le rapport de la Commission d'enquête Goudge est publié et recommande que des médecins légistes se rendent sur les lieux de décès. Le juge Goudge recommande également que le Bureau définisse les situations dans lesquelles il serait utile que des médecins légistes se rendent sur les lieux de décès et propose un protocole à respecter sur les lieux par les médecins légistes présents.
Novembre 2012	Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (actuellement le ministère du Solliciteur général) fait appel à un cabinet-conseil pour examiner les différents systèmes d'enquête sur les décès au Canada et à l'étranger afin d'améliorer le système de l'Ontario. Le rapport recommande que des médecins légistes assument les fonctions de coroner lorsqu'un coroner ordonne une autopsie.
Avril 2013	Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès, établi en 2010, approuve plusieurs recommandations découlant de l'examen de 2012, notamment nommer des médecins légistes à titre de coroners et voir à ce qu'ils assument les fonctions de coroner dans tous les cas criminels suspects.
Juillet 2014	Le Bureau entreprend un projet pilote dans le cadre duquel il nomme 19 médecins légistes pour assumer les fonctions de coroner dans les cas criminels suspects. Les médecins légistes commencent à se rendre sur les lieux des décès en qualité de coroners expérimentés.
Mars 2018	Le Conseil termine son examen et présente au Bureau le rapport final sur le projet pilote, qui comprend des réponses aux sondages et aux entrevues. Il constate que 46 % des coroners, 85 % des médecins légistes remplissant les fonctions de coroner et 85 % des policiers ont une opinion favorable sur le projet. Des commentaires positifs sont formulés en ce qui concerne les occasions accrues de collaboration et d'apprentissage et l'amélioration de la continuité des cas, à savoir du début d'une enquête sur le décès à la présentation des conclusions à la cour. Les policiers estiment que les médecins légistes remplissant les fonctions de coroner apportent une contribution précieuse à l'examen des lieux de décès. L'examen du Conseil n'a cependant pas évalué si le projet pilote avait rehaussé la qualité des enquêtes sur les décès.
Mai 2018	Le Bureau conclut le projet pilote sans cependant évaluer les coûts et les avantages de la présence de médecins légistes sur les lieux de décès. Il réitère les observations formulées dans sa note de juin 2005 et précise qu'il est extrêmement utile pour une enquête sur le décès que des médecins légistes soient présents sur les lieux de décès, particulièrement lorsqu'un homicide a été commis ou dans les cas criminels suspects. Il diffuse ses observations à l'échelle de la province et fait savoir qu'il compte élaborer une méthode pour faire le suivi de la présence sur les lieux de décès et des indicateurs de rendement clés connexes.

Annexe 9 : Comparaison des systèmes d'enquête sur les décès au Canada et dans certaines régions des États-Unis et de l'Australie

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

	Responsable des conclusions formulées dans une enquête sur le décès ¹		Chef de l'organisme			Financement annuel ou budget (millions de dollars) ² * montant réel ** montant budgété	N ^{bre} annuel d'enquêtes sur les décès ³ (année)
	Personnel médical	Personnel non médical	Coroner en chef	Médecin examinateur en chef	Médecin légiste en chef		
ON	✓		✓		✓	47,1 (2018-2019*)	17 900 (2018)
C.-B.		✓	✓			16,9 (2018-2019**)	5 700 (2017)
AB	✓			✓		13,6 (2018-2019*)	5 700 ⁴ (2018)
SK		✓	✓			3,0 (2018-2019*)	2 200 (2018)
MB	✓			✓		3,7 (2017-2018*)	1 800 (2017)
QC	✓	✓	✓			9,0 (2017-2018**)	5 500 (2018)
NB		✓	✓			2,6 (2017-2018*)	1 700 (2017)
Î.-P.-É.	✓		✓			0,6 (2018-2019**)	300 (2018)
N.-É.	✓			✓		4,6 (2017-2018*)	1 200 (2017)
T.-N.-L.	✓			✓		1,4 (2018-2019*)	600 (2018)
Comté de Harris (Houston)	✓			✓		35,7 (USD) (2018/-2019*)	4 600 (2018)
Comté de Maricopa (Phoenix)	✓			✓		Information non disponible ⁵	6 100 (2018)
Queensland (Australie)	✓	✓	✓		✓	25,6 (AUD) ⁶ moyenne annuelle	5 800 (2017-2018)

	Rémunération ⁷		Responsable des recommandations formulées dans une enquête de coroner ou autre ⁸		
	Coroner ou médecin examinateur (mène les enquêtes sur les décès)	Médecin légiste ou pathologiste (pratique les autopsies)	Jurés	Juge	Coroner
ON	450 \$ par cas	300 \$ à 1 650 \$ par autopsie	✓		
C.-B.	Coroner à temps partiel : 32 \$ l'heure, en plus des frais de kilométrage Salaire annuel de coroner à temps plein : 75 000 \$ à 85 000 \$	Autopsie : 1 000 \$ (non complexe) 1 850 \$ (complexe)	✓		
AB	Salaire annuel de médecin examinateur : 145 000 \$ à 383 000 \$	Paiement à l'acte		✓	
SK	Coroner non professionnel ⁹ : honoraires de base de 135 \$; 25 \$ par heure supplémentaire Salaire annuel de coroner à temps plein : 88 500 \$, en plus d'indemnités d'appel ou de primes de poste	Salaire annuel : 299 000 \$ à 345 000 \$	✓		
MB	Médecin examinateur : 72,50 \$ par cas	Salaire annuel ⁵		✓	
QC	Médecin coroner : 347 \$ à 756 \$ par cas Coroner judiciaire : 336 \$ à 631 \$ par cas	Salaire annuel ou paiement à l'acte ⁵			✓
N.-B.	Coroner : 25 \$ par heure, en plus des dépenses admissibles	Salaire annuel, en plus de la rémunération à l'acte : 1 200 \$ (enquête judiciaire)	✓		✓
Î.-P.-É.	Coroner : Paiement à l'acte ⁵	Paiement à l'acte ⁵	✓		
N.-É.	Information non disponible ⁵	Salaire annuel, en plus de la rémunération à l'acte : 850 \$ par autopsie (pour chaque autopsie supplémentaire, si le pathologiste pratique plus de 200 autopsies par année)		✓	

	Rémunération ⁷		Responsable des recommandations formulées dans une enquête de coroner ou autre ⁸		
	Coroner ou médecin examinateur (mène les enquêtes sur les décès)	Médecin légiste ou pathologiste (pratique les autopsies)	Jurés	Juge	Coroner
T.-N.-L.	Salaire annuel ⁵	Salaire annuel, en plus de la rémunération à l'acte : 200 \$ (examens externes) 335 \$ (autopsies non complexes)		✓	
Comté de Harris (Houston)	Information non disponible ⁵	Salaire annuel ⁵	s.o. ¹⁰	s.o. ¹⁰	s.o. ¹⁰
Comté de Maricopa (Phoenix)	Salaire annuel de médecin examinateur : 175 000 \$ (USD) et plus	Information non disponible ⁵	s.o. ¹¹	s.o. ¹¹	s.o. ¹¹
Queensland (Australie)	Salaire annuel de coroner : 361 000 \$ (AUD)	Salaire annuel : au plus 400 000 \$ (AUD)			✓

1. Dans les systèmes ne faisant pas appel à du personnel médical, les coroners peuvent être des médecins ou des avocats, des représentants retraités d'organismes d'application de la loi, d'autres professionnels de la santé et, dans les petites collectivités, des membres renommés comme un chef d'entreprise respecté. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Québec et le Nouveau-Brunswick compensent la pénurie d'expertise médicale par d'autre personnel médical.
2. En dollars canadiens, sauf indication contraire.
3. Arrondi au centième près.
4. L'organisme a précisé qu'il avait effectué 5 700 enquêtes sur des décès en 2018, compte tenu de types comparables d'enquêtes sur les décès en Ontario. Conjointement avec les autres cas de décès de causes non naturelles et non suspects dans lesquels il est intervenu, et compte tenu de ses processus pour faciliter l'approbation des incinérations, l'organisme a enquêté sur près de 20 000 cas en 2018.
5. Les détails ne sont pas accessibles au public et l'organisme nous a informés que les informations étaient confidentielles et ne pouvaient donc être communiquées.
6. Entre 2012-2013 et 2016-2017, le coût total du système de coroners dans ce pays s'élevait à 128 millions de dollars (AUD).
7. Dans certaines provinces, des cadres supérieurs comme le coroner en chef, le médecin légiste en chef et les médecins légistes adjoints effectuent également des enquêtes sur les décès et des autopsies. Leurs salaires ne sont pas compris.
8. Le terme enquête de coroner ou enquête est utilisé selon l'administration.
9. Dans un système faisant appel à des coroners non professionnels, les enquêtes sur les décès sont menées par des personnes de divers domaines, p. ex. des infirmières, des policiers retraités et des banquiers.
10. L'organisme nous a informés qu'il ne menait pas d'enquête de coroner ou autre, c'est pourquoi la mention « Sans objet » figure dans cette colonne.
11. L'organisme nous a renvoyés aux lois révisées de l'Arizona, où il n'est cependant pas fait mention d'enquêtes de coroner ou autres, c'est pourquoi la mention « sans objet » figure dans cette colonne.

Annexe 10 : Passages sur les fonctions du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès extraits de la *Loi sur les coroners*

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Fonctions du Conseil de surveillance

Conseils et recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef

8.1 (1) Le Conseil de surveillance 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 refus d'examen d'une plainte conféré par le paragraphe 8.4 (10).
6. L'observation de la présente loi et des règlements.
7. Toute autre question prescrite. 2009, chap. 15, art. 4.

Rapports au Conseil de surveillance

(2) Le coroner en chef et le médecin légiste en chef font rapport au Conseil de surveillance sur les questions énoncées au paragraphe (1), à la demande du Conseil de surveillance. 2009, chap. 15, art. 4.

Conseils et recommandations au ministre

(3) Le Conseil de surveillance conseille le ministre et lui fait des recommandations sur la nomination et le congédiement du coroner en chef et du médecin légiste en chef. 2009, chap. 15, art. 4.

[...]

8.4 (10) Malgré les paragraphes (4) et (5), le coroner en chef et le médecin légiste en chef peuvent refuser d'examiner une plainte qui leur a été renvoyée s'ils sont d'avis, selon le cas :

- a) que la plainte est futile ou vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- b) que la plainte ne porte pas sur un pouvoir ou une fonction que la présente loi attribue à un coroner ou à un pathologiste;
- c) que le plaignant n'était pas directement touché par l'exercice ou le non-exercice du pouvoir ou de la fonction auxquels se rapporte la plainte. 2009, chap. 15, art. 4.