



Volume 1, chapitre 3.08 – Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario

Audit de l'optimisation des ressources 2019

Pourquoi avons-nous effectué cet audit?

- Pour déterminer si le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau) du ministère du Solliciteur général s'acquittent de leur mandat de mener les enquêtes sur les décès de façon objective.
- Nous n'avons jamais audité le Bureau, qui a connu des changements majeurs depuis la publication du rapport de l'enquête Goudge en 2008. Cette enquête avait permis de relever des lacunes dans la façon dont les pathologistes exécutaient leur travail.

Pourquoi cet audit est-il important?

- En 2018, les coroners du Bureau ont mené environ 17 000 enquêtes sur des décès, ce qui comprend plus de 8 000 autopsies effectuées par des pathologistes ou des pathologistes judiciaires.
- Des enquêtes bien menées sur les décès aident à fournir des réponses aux familles de personnes décédées de façon soudaine et imprévue. Elles visent également à appuyer le système de justice pénale et à prévenir les décès prématurés dans des circonstances semblables.

Nos constatations

- Certains coroners peuvent mener des enquêtes sur les décès de personnes auxquelles ils ont prodigué des soins par le passé, ce qui constitue un conflit d'intérêts potentiel : 19 des 23 coroners ayant facturé le plus de frais en 2018 ont mené des enquêtes sur les décès de leurs propres patients entre le 1er avril 2013 et le 31 décembre 2018. Dans 95 % de ces cas, les coroners l'ont fait sans en informer officiellement le coroner principal.
- Des préoccupations, y compris des restrictions en matière de pratique, ont été soulevées par leur ordre professionnel à l'égard de 16 des quelque 350 coroners de la province, mais ceux-ci étaient toujours autorisés à effectuer des enquêtes sur les décès en 2018. Le Bureau n'a pas imposé de restrictions sur le travail de 13 de ces coroners soit parce qu'il n'était pas au courant jusqu'à ce que nous les informions, soit parce qu'il avait déterminé que ces restrictions n'avaient aucune incidence sur le travail des coroners.
- Les coroners principaux sont tenus d'examiner et d'approuver la qualité des rapports d'enquête sur les décès préparés par les coroners; toutefois, il y a très peu de données probantes, voire aucune, documentant de tels examens. Les examens d'assurance de la qualité effectués après les examens des coroners principaux ont également permis de relever des erreurs importantes dans les rapports des coroners, comme le fait que la cause du décès n'est pas logique ou ne correspond pas aux détails de l'enquête sur le décès.
- Le Bureau ne recueille pas de données sur la rapidité avec laquelle les coroners se rendent sur les lieux du décès après avoir été appelés et sur le nombre d'autopsies qu'ils exigent; ces données permettraient de surveiller leur rendement.
- Environ 2 300 décès, y compris ceux qui étaient soudains et de causes inconnues et ceux survenus durant une grossesse, n'ont pas été signalés au Bureau en 2018, alors qu'ils devaient être déclarés en vertu de la *Loi sur les coroners*, ce qui rend peu probable la tenue d'enquêtes sur ces décès.
- Les pathologistes judiciaires ont été autorisés à contourner la politique du Bureau en matière d'examen de la qualité, qui exige que les décès soupçonnés d'être d'origine criminelle soient attribués de façon impartiale aux examinateurs. Nous avons constaté que, dans certains cas, les pathologistes judiciaires choisissaient plutôt leurs propres examinateurs.
- Un nombre insuffisant d'examens d'assurance de la qualité ont été effectués sur les autopsies de décès soupçonnés d'être d'origine non criminelle. Au lieu de cela, sur les 10 % de cas requis de chaque pathologiste/pathologiste judiciaire, seulement 5 % ont été examinés dans certains cas. De plus, il y avait peu d'indications sur qui devait effectuer les examens. Par exemple, dans une unité régionale de pathologie judiciaire en milieu hospitalier, un couple marié examinait les cas de l'autre.
- Le Bureau n'a pas établi de procédures pour dresser les inventaires des cadavres. L'audit a révélé que les cadavres se trouvaient dans la mauvaise cellule réfrigérante, ou sur le mauvais brancard ou la mauvaise table mortuaire, ce qui augmentait le risque que le mauvais corps soit libéré pour inhumation ou crémation.

- L'état d'avancement d'environ 600 recommandations formulées par les comités d'enquête et d'examen des décès en 2018 n'a pas fait l'objet d'un suivi pour confirmer leur mise en oeuvre ou d'un rapport public.
- Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès ne s'acquittait pas efficacement de son mandat législatif de surveiller le Bureau en raison de ses pouvoirs limités (c'est-à-dire de fournir des conseils plutôt que d'exiger des mesures) et n'était pas informé des événements majeurs, comme la fermeture prochaine d'une unité régionale de pathologie judiciaire en milieu hospitalier.

Nos conclusions

- Le Bureau n'a pas mis en place de processus pour s'assurer que les coroners, les pathologistes et les pathologistes judiciaires qui travaillent ensemble à enquêter sur les décès soudains et imprévus en Ontario, sont libres de parti pris et mènent systématiquement des enquêtes de grande qualité sur les décès.
- Le Bureau recueille des données sur les circonstances et la nature des décès, mais il n'analyse pas systématiquement ces données pour prévenir les décès semblables à l'avenir.

Le rapport d'audit est accessible à l'adresse www.auditor.on.ca