

Chapitre 5

Section 5.03

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

Suivi par le Comité permanent des comptes publics de l'audit de l'optimisation des ressources du *Rapport annuel 2019*

Le 21 octobre 2020, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience publique au sujet de notre audit de 2019 portant sur le Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario. Le Comité a déposé à l'Assemblée législative en juin 2021 un rapport découlant de cette audience. La version intégrale du rapport peut être consultée au www.auditor.on.ca/fr/content-fr/standing-committee/standingcommittee-fr.html.

Le Comité a formulé 11 recommandations, et il a demandé au ministre du Solliciteur général (le Ministère) de lui faire rapport d'ici septembre 2021.

Le Ministère a présenté une réponse officielle au Comité le 29 septembre 2021. Certains points soulevés par le Comité étaient semblables aux observations de l'audit que nous avons mené en 2019 et dont nous avons effectué un suivi, présenté dans notre *Rapport annuel 2021*. L'état de chacune des mesures recommandées par le Comité est indiqué à la **figure 1**.

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre mars et juillet 2022, et nous avons obtenu du Ministère une déclaration écrite selon laquelle, au 19 octobre 2022, il avait fourni à notre Bureau une mise à jour complète sur l'état des mesures recommandées par le Comité.

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	1		1			
Recommandation 2	1				1	
Recommandation 3	1	1				
Recommandation 4	1	1				
Recommandation 5	3	3				
Recommandation 6	1		1			
Recommandation 7	3	0,5	2		0,5	
Recommandation 8	1	1				
Recommandation 9	1	1				
Recommandation 10	1	1				
Recommandation 11	1	1				
Total	15	9,5	4	0	1,5	0
%	100	63	27	0	10	0

Conclusion globale

Au 19 octobre 2022, 63 % des mesures recommandées par le Comité avaient été pleinement mises en oeuvre, et 27 % étaient en voie de l'être. Par ailleurs, 1,5 des mesures recommandées (10 %) ne sera pas mise en oeuvre.

État détaillé des mesures recommandées

La **figure 2** présente les recommandations et donne des précisions sur l'état des mesures prises, d'après les réponses du ministère du Solliciteur général et notre examen des renseignements fournis.

Figure 2: Recommandations du Comité et état détaillé des mesures prises

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

Recommandation du Comité	État détaillé
<p>Recommandation 1</p> <p>Que le ministère du Solliciteur général crée un cadre de supervision pour garantir que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario mettent en oeuvre les recommandations du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et celles émanant des autres entités de contrôle et examens.</p> <p>État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2023.</p>	<p>Le ministère du Solliciteur général (le Ministère) convient que des modalités de contrôle de la qualité et de responsabilisation devraient être mises en place pour surveiller la conformité à toutes les recommandations des organismes de surveillance qui sont acceptées par le Ministère.</p> <p>En vertu de la <i>Loi sur les coroners</i> (la <i>Loi</i>), le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (le Conseil) a le pouvoir de demander des mises à jour sur l'état de mise en oeuvre de toutes les recommandations formulées par des entités de contrôle au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario. Le Bureau est doté de fonctions de gestion de projet pour donner suite aux recommandations formulées par les entités de contrôle et à la suite d'examens, les mettre en oeuvre et en assurer le suivi; cela comprend notamment un outil servant à faire le suivi de chaque mesure à prendre. De plus, le Bureau fait le point à l'intention du Conseil au moins une fois par trimestre sur ses progrès en vue de la mise en oeuvre des mesures en question.</p> <p>Le Conseil prévoit examiner le modèle de surveillance du système d'enquête sur les décès prévu aux termes de la <i>Loi</i>. Le Ministère s'attend à ce que l'examen dirigé par le Conseil soit terminé d'ici mars 2023.</p>
<p>Recommandation 2</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient en ligne l'état d'avancement actuel de leur mise en oeuvre des recommandations émanant des enquêtes de coroners et des comités d'examen des décès.</p> <p>État : Ne sera pas mise en oeuvre.</p>	<p>Ainsi que nous l'avons mentionné dans notre rapport de suivi de l'audit du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario (section 1.08 du Rapport annuel 2021), le Bureau a indiqué que les recommandations à la suite d'enquêtes du coroner étaient rendues publiques et que les réponses à ces recommandations étaient disponibles sur demande et sur des sites de recherche juridique en ligne. Le Bureau a déclaré qu'il n'a pas le pouvoir ni le mandat d'exiger que les répondants fassent rapport sur l'état actuel de la mise en oeuvre des recommandations des comités d'examen des décès</p> <p>et des coroners afin de rendre ces renseignements accessibles au public. Selon le Bureau, le public devrait se renseigner directement auprès de l'organisme public à qui sont adressées les recommandations pour connaître l'état d'avancement en vue de leur mise en oeuvre.</p> <p>Le Bureau a également souligné le faible nombre de demandes du public et des médias ainsi que les coûts associés au suivi, à la traduction et à la publication de l'état d'avancement de la mise en oeuvre des recommandations formulées lors des enquêtes des coroners et des comités d'examen des décès et des réponses à celles-ci. Pour ces raisons, le Bureau estimait que le fait de rendre cette information disponible sur le site Web du Ministère ne constituerait pas une utilisation optimale des ressources.</p>

Recommandation du Comité	État détaillé
<p>Recommandation 3</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient un rapport annuel en ligne sur leur rendement et, si les données pour une année en particulier sont révisées ultérieurement, qu'ils en fassent état dans une mise à jour.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>En mars 2021, le Bureau du coroner en chef a affiché sur le site Web du Ministère ses rapports annuels fournissant des données à propos des enquêtes sur les décès et des statistiques sur les enquêtes jusqu'en 2019. Le Bureau a indiqué qu'il y a un délai d'au moins un an avant la publication des statistiques sur les décès, en raison du processus d'enquête. Les statistiques relatives aux enquêtes sur les décès pour 2020 ne sont pas encore prêtes à être publiées, en raison d'un arriéré de travail d'enquête dans certaines régions. Le Bureau a confié à un coroner régional principal la tâche de faire un suivi pour s'assurer que cet arriéré est éliminé.</p> <p>De même, le Service de médecine légale de l'Ontario a diffusé ses rapports annuels faisant le point sur l'atteinte des objectifs stratégiques et opérationnels en vigueur, sur les paramètres de mesure de la qualité et sur les initiatives éducatives jusqu'en 2020-2021 (en date de septembre 2022).</p>
<p>Recommandation 4</p> <p>Que le ministère du Solliciteur général se dote de l'expertise nécessaire pour évaluer les mesures que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario adoptent afin de s'attaquer aux irrégularités de facturation (surfacturation des coroners et de l'Assurance-santé de l'Ontario) et aux cas de conflits d'intérêts potentiels signalés par l'audit, dans l'optique de protéger le public et d'honorer son obligation fiduciaire, et qu'il fasse état au Comité permanent des comptes publics de son évaluation des mesures prises par le Bureau à la suite de son enquête.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario ont mis en oeuvre les mesures suivantes pour donner suite aux préoccupations soulevées dans le rapport d'audit de 2019 au sujet de la surfacturation des coroners et de l'Assurance-santé de l'Ontario, et des cas de conflits d'intérêts potentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ils ont examiné la qualité des enquêtes sur les décès en question; • ils ont instauré des politiques opérationnelles pour interdire la double facturation et gérer les conflits d'intérêts; • ils ont établi un processus de partage des données avec le ministère de la Santé pour échanger des renseignements afin de pouvoir déceler les irrégularités de facturation et les cas de conflits d'intérêts potentiels.. <p>Le Bureau a communiqué les résultats de son examen interne résumant ces mesures ainsi que des documents à l'appui à la Division de la vérification interne de l'Ontario du Secrétariat du Conseil du Trésor vers le début du mois d'août 2021. L'audit interne a aussi comporté un examen indépendant et, vers la fin du mois d'août 2021, une lettre a été envoyée au coroner en chef, au médecin légiste en chef et au sous-solliciteur général, Sécurité communautaire, dans laquelle on concluait que les mesures prises par le Bureau étaient raisonnables, suffisantes et appropriées. Le Ministère a soumis cette lettre au Comité permanent des comptes publics en septembre 2021.</p>
<p>Recommandation 5</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :</p> <ul style="list-style-type: none"> • collaborent avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) pour trouver des moyens plus efficaces d'échanger l'information sur les médecins-coroners qui éprouvent ou peuvent éprouver de sérieux problèmes de rendement; <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Dans sa politique opérationnelle, le Bureau expose son processus aux fins d'échanger des renseignements avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin de signaler les médecins qui travaillent comme coroners et qui font l'objet d'une enquête ou qui cessent d'être coroners, ou encore les situations où le coroner en chef a déterminé que la pratique d'un coroner soulève des préoccupations. Le Bureau a collaboré avec l'Ordre pour établir un processus d'échange de renseignements sur les médecins ayant des problèmes de rendement. Depuis avril 2022, une unité spécialisée au sein du Bureau, qui exerce des fonctions de contrôle de la qualité et d'amélioration continue, assume à la place d'un coroner en chef adjoint la responsabilité d'assurer la liaison avec l'Ordre. La communication la plus récente d'une liste des coroners en exercice faite à l'Ordre par le Bureau remonte à mai 2021. L'Ordre a fait savoir au printemps de 2022 qu'il fournira des mises à jour plus régulières au Bureau, maintenant qu'il a réglé ses problèmes de TI et de roulement du personnel.</p>

Recommandation du Comité	État détaillé
<ul style="list-style-type: none"> révisent leurs politiques sur la question d'imposer la suspension ou la révocation de leur nomination aux coroners qui ont commis une faute professionnelle, ont été jugés incompetents ou ont soulevé des questions de qualité ou d'éthique; État : Pleinement mise en oeuvre. signalent rapidement à l'OMCO les cas de faute professionnelle et d'incompétence ou tout autre problème de qualité ou manquement à l'éthique. État : Pleinement mise en oeuvre. 	<p>Les politiques révisées du Bureau, en vigueur depuis novembre 2020, décrivent des situations où il convient de procéder à une enquête et d'imposer éventuellement la suspension ou la révocation de la nomination des coroners. Ces situations comprennent la violation du code d'éthique et les cas où un coroner fait l'objet d'une enquête civile ou criminelle ou d'une enquête faisant suite à une plainte reçue par le Bureau. De plus, les politiques du Bureau énoncent maintenant le processus d'examen des allégations graves à l'égard des coroners par le comité directeur du coroner en chef responsable des enquêtes.</p> <p>Conformément aux exigences réglementaires prévues aux termes de la <i>Loi sur les coroners</i>, le coroner en chef doit aviser l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario de tout cas de faute professionnelle ou d'incompétence, ou de tout autre problème de qualité ou manquement à l'éthique. De plus, le Bureau a énoncé expressément dans ses politiques opérationnelles le fait qu'il entend informer l'Ordre si le coroner en chef détermine qu'un coroner éprouve des problèmes reliés à la pratique. Le Bureau a aussi modifié ses pratiques d'embauche des coroners afin que les coroners régionaux principaux puissent consulter la liste des mesures disciplinaires sur le site Web de l'Ordre dans le cadre de la vérification des candidatures, de manière à pouvoir confirmer que le profil du coroner ne soulève aucune préoccupation, comme cela est indiqué sur le site Web de l'Ordre. Enfin, les pratiques d'embauche du Bureau comportent l'examen d'un certificat de conduite professionnelle de l'Ordre pour tous les candidats pouvant être retenus, et ce, avant leur nomination. Le certificat confirme le statut des candidats et fournit des détails sur toute question de nature disciplinaire.</p>
<p>Recommandation 6</p> <p>Que le ministère de la Santé, de concert avec le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, mette sur pied un processus permettant d'obtenir les données pertinentes sur les coroners tous les trimestres et de les comparer aux données de facturation des services de médecin, de repérer les irrégularités et d'enquêter sur toute facturation abusive ou pratique illégale. État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2022.</p>	<p>En 2021, le Bureau et le ministère de la Santé (le Ministère) ont établi un processus d'échange de données pour vérifier la conformité des coroners aux politiques du Bureau concernant les conflits d'intérêts et la gestion du rendement.</p> <p>Plus précisément, le Bureau fournira au Ministère des données pertinentes sur les coroners en vue de l'extraction de renseignements utiles du RASO, de manière que le Bureau puisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> confirmer que les coroners ne facturent pas des services d'enquête sur les décès au RASO; évaluer si un coroner a procédé à l'enquête sur le décès d'un ancien patient, ce qui permettra au Bureau de déterminer s'il existait une situation de conflit d'intérêts; évaluer le caractère raisonnable de la charge de travail du médecin en estimant le temps consacré au travail de coroner et au travail clinique. <p>Le Ministère a mis sur pied une unité en avril 2022 pour appuyer des projets interministériels d'intégration de données, ce qui inclut ce projet de transfert de données avec le Bureau. À l'automne de 2022, le Ministère et le Bureau étaient en train de mettre la dernière main à un protocole d'entente décrivant leurs rôles et leurs responsabilités respectifs en matière de transfert et d'analyse des données. Le Bureau s'attend à obtenir les données nécessaires du Ministère pour effectuer son évaluation et obtenir les résultats d'ici décembre 2022, après quoi il procédera à un examen des données tous les trimestres.</p>

Recommandation du Comité	État détaillé
<p>Recommandation 7</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :</p> <ul style="list-style-type: none"> établissent des directives relatives à la charge de travail minimale et maximale des coroners, et engagent une vérificatrice ou un vérificateur externe pour s'assurer que ces lignes directrices sont adéquates; <p>État : Pleinement mise en oeuvre (établissement des directives); ne sera pas mise en oeuvre (embauche d'une vérificatrice ou d'un vérificateur externe).</p> <ul style="list-style-type: none"> évaluent périodiquement le caractère raisonnable de la charge de travail des coroners en la comparant avec le nombre total de cas et la charge de travail globale selon les données sur les demandes de paiement présentées à l'Assurance-santé de l'Ontario; <p>État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> adoptent une politique interdisant aux coroners de facturer à la fois à l'Assurance-santé de l'Ontario et au Bureau des frais pour les mêmes services, et surveillent la conformité à la politique en prévoyant des solutions légales ou disciplinaires pour les contrevenants et contrevenants. <p>État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2022.</p>	<p>Le Bureau a incorporé à ses politiques opérationnelles des lignes directrices sur la charge de travail minimale et maximale, qui s'appliquent à compter de mars 2021. Conformément à ces dispositions, les coroners régionaux principaux doivent identifier les coroners qui effectuent moins de 10 enquêtes ou plus de 200 enquêtes au cours d'une année, puis intégrer cette information à l'examen du rendement des coroners. La fourchette a été établie à la suite de consultations avec les coroners régionaux principaux en février 2021. Le Bureau a indiqué qu'il n'existe pas de norme sectorielle reconnue en ce qui a trait à la charge de travail des coroners, étant donné les variations entre les différents systèmes d'enquête sur les décès au Canada.</p> <p>De plus, il n'a pas engagé, et ne prévoit pas engager, une vérificatrice ou un vérificateur externe pour examiner la pertinence de ces lignes directrices sur la charge de travail. Néanmoins, le Bureau reconnaît que la charge de travail peut avoir une incidence sur la qualité. Au moment de notre suivi, il élaborait un nouveau modèle de prestation de services dans le cadre du système d'enquête sur les décès. Avec l'aide de consultants, il prévoit établir un nouveau cadre de gestion du rendement pour les responsables des enquêtes sur les décès; ce cadre pourrait inclure des paramètres et des lignes directrices supplémentaires concernant la charge de travail des coroners.</p> <p>Le coroner régional principal du Bureau examine la qualité et la rapidité des communications et des rapports ainsi que l'exécution efficace et complète des autres tâches d'enquête des coroners dont la charge de travail est peu élevée.</p> <p>Le Bureau a établi un processus d'échange de données avec le ministère de la Santé, dans le cadre duquel il fournira à ce dernier une liste indiquant toutes les journées où les coroners ont travaillé et le nombre correspondant d'enquêtes par jour travaillé pour tout coroner qui a mené plus de 200 enquêtes au cours d'une année. Le ministère de la Santé effectuera ensuite un couplage des données sur la facturation au RASO par ces coroners et les journées en question pour permettre au Bureau d'effectuer une analyse afin d'établir si la charge de travail globale du coroner, en tenant compte à la fois des factures au RASO et des enquêtes sur les décès, est raisonnable.</p> <p>Le Bureau prévoit effectuer sa première vérification à l'automne de 2022 et avoir les résultats d'ici décembre 2022; il entend répéter cette vérification chaque année.</p> <p>Vers la fin de 2020, le Bureau a élaboré une politique qui interdit aux coroners de facturer au RASO des frais pour des services fournis dans le cadre d'une enquête sur un décès. De plus, en 2021, le Bureau a mis en oeuvre un processus d'échange de données avec le ministère de la Santé dans le but d'identifier les coroners qui facturent au RASO des frais pour des services d'enquête sur les décès. Le Bureau prévoit obtenir les résultats de sa première analyse d'ici décembre 2022 et entend effectuer cet examen chaque trimestre pour un échantillon aléatoire comprenant 10 % de tous les coroners.</p>

Recommandation du Comité	État détaillé
<p>Recommandation 8</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario obligent tous les coroners à suivre chaque année une formation axée sur les compétences pour conserver leur droit d'exercice, conformément à la recommandation du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès émise en 2014, et qu'ils prévoient, en cas de non-respect de cette exigence, des mesures disciplinaires telles que la suspension ou la révocation du droit d'exercer comme coroner en Ontario.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>En novembre 2020, le Bureau a mis en application une politique qui précise que les coroners doivent s'efforcer d'approfondir leur connaissance de la manière d'exercer correctement et efficacement leurs fonctions, et qu'ils doivent suivre les programmes et cours de formation des coroners qui sont offerts par le coroner en chef, à la fois au moment de leur entrée en poste et dans l'exercice de leurs fonctions.</p> <p>Le Bureau offre une formation aux nouveaux coroners ainsi qu'un cours annuel de formation à tous les coroners. Conformément à sa politique entrée en vigueur en octobre 2021, le Bureau s'attend à ce que tous les coroners assistent au cours annuel de formation.</p> <p>La politique précise en outre que les coroners qui ne peuvent assister au cours doivent organiser un programme équivalent de concert avec leur coroner régional principal.</p> <p>Le cours annuel le plus récent qu'a offert le Bureau remonte à novembre 2021. En date d'avril 2022, 26 coroners n'avaient pas suivi le cours une seule fois au cours des 3 dernières années, et 95 ne l'avaient encore jamais suivi. Les coroners régionaux principaux du Bureau ont pris l'engagement de donner suite à cette situation, notamment en veillant à ce que ces coroners suivent le cours en 2022 (ce cours doit être offert d'ici la fin de l'année) ou passent en revue le matériel du cours par voie électronique.</p> <p>La politique du Bureau précise que toute violation du code d'éthique des coroners, qui prévoit la participation à des activités de formation, entraînera une enquête et peut avoir comme conséquence une suspension ou un licenciement.</p>
<p>Recommandation 9</p> <p>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.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Concernant les unités de médecine légale en milieu hospitalier, le Bureau a établi des normes minimales de gestion des corps pour fournir une orientation concernant les pratiques appropriées et systématiques d'entreposage des corps et les a incorporées à ses ententes de paiement de transfert avec toutes les unités régionales à compter de 2020-2021. Ces normes exigent notamment que chaque civière ou chaque plateau servant à l'entreposage des corps comporte un identificateur unique pour indiquer son emplacement, que les corps ne soient pas déposés sur le plancher et que la température des chambres froides où sont conservés les corps soit surveillée électroniquement en tout temps.</p> <p>En février 2021, le Bureau a transmis à tous les hôpitaux communautaires, par l'entremise de l'Ontario Hospital Association, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière d'entreposage des corps à la suite de décès.</p> <p>Dans le cas de l'Unité de médecine légale de Toronto, le Bureau a élaboré une politique de gestion des chambres froides, entrée en vigueur en juin 2020, afin de fournir des directives au personnel de pathologie. Cette politique décrit la manière d'utiliser chaque chambre froide et chaque congélateur ainsi que les plages de température de cet équipement. Le Bureau procède à un dénombrement hebdomadaire à l'Unité de Toronto pour vérifier si le personnel s'est conformé aux procédures opérationnelles normalisées. De plus, le Bureau a embauché de nouveaux technologues à la morgue en septembre 2021 ainsi qu'un coordonnateur des dépouilles non identifiées/non réclamées en janvier 2022 dans le but de renforcer sa capacité de gestion des corps.</p>

Recommandation du Comité	État détaillé
<p>Recommandation 10</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario expliquent au Comité en quoi le fait de séparer les opérations de répartition et de gestion a amélioré les pratiques de gestion des corps à Toronto.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Voici un extrait de la réponse officielle présentée par le Ministère au Comité en septembre 2021 [Traduction] :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par le passé, la responsabilité de tous les appels liés aux enquêtes sur les décès dans la province était confiée à un seul équivalent temps plein nommé au poste de répartiteur et assistant à la morgue, à qui il incombait également de recevoir, d'identifier et de libérer les corps, et d'assurer la gestion globale de la morgue à l'Unité de médecine légale de Toronto. • En raison du nombre sans précédent de cas de décès présumément liés entre autres aux opioïdes et autres drogues au cours des dernières années, la direction du Bureau a déterminé qu'imputer à un seul poste la responsabilité d'assurer la gestion d'autant d'appels et de corps n'était pas une solution viable. Il a donc proposé de séparer le rôle de répartition de la fonction d'assistant à la morgue afin d'assurer la prestation de services en tout temps, de réduire le risque d'erreurs et de rationaliser le flux de travail. • Le Bureau a créé un nouveau poste de technologue à la morgue en 2020 pour appuyer les fonctions de réception et de libération des corps, et assurer la gestion de l'entreposage et du suivi des corps à la morgue de l'Unité de Toronto; du personnel permanent est en poste depuis septembre 2021. • Le Bureau a signalé que, grâce à cette nouvelle capacité spécialisée, il n'y a pas eu d'erreurs graves dans la gestion du corps à l'Unité de Toronto, que la pression exercée sur le personnel exerçant d'autres rôles a diminué et que le flux de travail global de la gestion du corps a été rationalisé de manière à respecter les pratiques exemplaires. La direction continue d'améliorer les paramètres de rendement liés à cette nouvelle fonction et d'en faire le suivi.
<p>Recommandation 11</p> <p>Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, de concert avec le ministère de la Santé, élaborent une stratégie de communication (comportant un volet de sensibilisation publique) pour informer les parties concernées du milieu médical à propos de l'exigence légale relative à la déclaration de décès aux fins d'enquête.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>En mars 2021, le Bureau a approuvé une stratégie de communication, consistant notamment à tirer parti des ressources d'éducation publique disponibles sur le site Web du Ministère et sur le site Ontario.ca, à confier à l'Université Queen's la tâche d'élaborer du contenu éducatif pour le secteur des soins de santé au sujet de l'exigence législative de déclaration des décès aux fins d'enquête, et à assurer la poursuite des activités de sensibilisation et d'éducation par les coroners régionaux principaux à l'intention des organismes d'exécution de la loi et du milieu médical. Les coroners régionaux principaux offrent également des services de formation continue aux hôpitaux et à d'autres partenaires du secteur de la justice concernant l'obligation de signaler les décès au Bureau.</p> <p>Durant la pandémie de COVID-19, le Bureau a participé à l'élaboration et à l'exécution de programmes éducatifs, qui sont maintenant offerts virtuellement. Par exemple, en avril 2022, le Bureau a participé à une convention sur les soins de longue durée et la retraite où il a été question des processus rattachés à l'exigence législative de déclaration des décès. De plus, le Bureau dispose de deux guides d'information à l'intention des familles et des proches – l'un sur les enquêtes relatives aux décès en Ontario et l'autre, sur les décès dans les foyers de soins de longue durée. On y trouve des renseignements sur les types de décès qui doivent être déclarés à un coroner. Ces guides ont été élaborés respectivement en 2014 et en juillet 2020.</p>