

A scenic photograph of a forest in autumn, with trees displaying vibrant orange, yellow, and red foliage. The forest is reflected in a calm body of water in the foreground. A semi-transparent purple rectangular box is overlaid on the middle of the image, containing white text.

# Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès Rapport annuel 2020



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

# Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

## Rapport annuel 2020

- 1** Message de la président
- 2** Vue d'ensemble
- 3** Organisation
- 4** Secrétariat du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès
- 6** Composition du Conseil
- 12** Données financières
- 13** Revue de l'année 2020
- 16** Faits saillants de 2020

**Death Investigation  
Oversight Council**

25 Grosvenor Street  
15th Floor  
Toronto ON M7A 1Y6

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

25, rue Grosvenor  
15e étage  
Toronto ON M7A 1Y6



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

Lettre d'accompagnement

Le 1<sup>er</sup> janvier 2021

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

Madame la Solliciteure générale,

Au nom du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et conformément au paragraphe 8 (7) de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel du Conseil de surveillance pour l'année civile se terminant le 31 décembre 2020.

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

La présidente,

Christine McGoey

## Message de la présidente

Cette année a marqué la 10<sup>e</sup> année d'existence du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (Conseil), et j'ai le plaisir de présenter un compte rendu de ses activités en 2020.

Le 16 décembre 2020, le Conseil a célébré son dixième anniversaire. Au nom du Conseil, je tiens à souligner ce moment marquant en remerciant chaque membre pour sa participation soutenue et son engagement à aider le Conseil à remplir son rôle en formulant des recommandations utiles destinées à améliorer les services d'enquête sur les décès pour les gens de l'Ontario. Il est difficile mais très enrichissant pour nos membres d'offrir une voix indépendante pour améliorer les services. Je veux également souligner le travail du Secrétariat du Conseil, qui veille à ce que le mandat du Conseil et la planification stratégique soient au cœur de notre travail.

Cette année, le mandat de deux membres expérimentés du Conseil est arrivé à échéance et n'a pas été renouvelé. Malgré les difficultés que cela a occasionnées, nous avons également eu le plaisir d'accueillir plusieurs nouveaux membres au Conseil. J'ai entièrement confiance en la capacité du Conseil de poursuivre le travail inestimable qu'il fait pour la province.

Le Conseil demeure déterminé à aider le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario à fournir des services et de la formation de manière efficace et souple en leur faisant des recommandations éclairées visant à améliorer le système et à assurer sa viabilité dans l'avenir.

Cette année, nous avons dû modifier notre façon de faire en raison de la pandémie de COVID 19. Le Secrétariat du Conseil s'est adapté au télétravail et aux réunions virtuelles avec ses membres. Même si nous avons été privés de certains avantages qu'offrent les réunions en personne, nous nous sommes bien adaptés à ce nouvel environnement et avons réussi à poursuivre nos activités sans perturbation majeure.

Au cours de l'année civile 2019, le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario ont reçu de diverses sources un certain nombre de recommandations visant à améliorer le système d'enquête sur les décès dans son ensemble. Les recommandations découlaient du rapport annuel 2019 de la vérificatrice générale, du rapport de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée et de l'examen de plaintes effectué par le Conseil. Cette année, le Conseil s'est employé à assurer la mise en œuvre de nombreuses recommandations et il continue de communiquer avec le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario au fil du processus de mise en œuvre. En octobre 2020, j'ai participé à une réunion du Comité permanent des comptes publics au nom du Conseil afin de répondre aux questions concernant la mise en œuvre des recommandations de la vérificatrice générale. Je suis convaincue que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario sont déterminés à améliorer la prestation de services en donnant suite aux recommandations.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux membres du Conseil et du Secrétariat, qui se sont tous montrés dévoués et ont fait un travail exemplaire pour assurer la supervision efficace du système d'enquête sur les décès de l'Ontario. Cette année marque la fin de ma présidence. En attendant de terminer mon mandat, je veux souhaiter la bienvenue au nouveau président, le juge Edward Then, qui entrera en fonction au début de l'année prochaine.

Meilleures salutations.

A handwritten signature in blue ink that reads "Christine McGoey".

Christine McGoey

## Vue d'ensemble

L'une des recommandations fondamentales faites par la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario (communément appelée la Commission d'enquête Goudge) portait sur la nécessité de renforcer la responsabilisation et la surveillance du système ontarien d'enquête sur les décès. C'est pourquoi le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (le Conseil) a été créé en décembre 2010.

### Mission

Fournir des recommandations et des conseils responsables, clairs et pertinents pour assurer l'efficacité et la qualité du système ontarien d'enquête sur les décès, qui comprend le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario.

### Mandat

Le Conseil est un organe de surveillance indépendant autorisé par la *Loi sur les coroners* qui s'engage à servir la population ontarienne en veillant à ce que les services d'enquête sur les décès soient fournis d'une manière efficace et responsable

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

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

Le Conseil administre également le traitement des plaintes du public par l'entremise de son Comité des plaintes. Pour une description plus détaillée du processus de traitement des plaintes, veuillez vous reporter à la section relative au Comité des plaintes.

## Ce que nous faisons

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

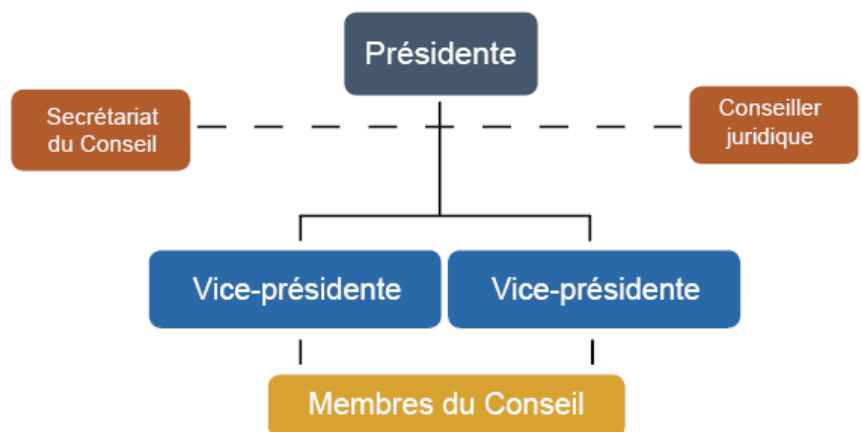
- Nous examinons les plaintes déposées au sujet du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.
- Nous soumettons les plaintes concernant les coroners ou médecins légistes au coroner en chef, au médecin légiste en chef ou encore à la personne ou à l'organisme compétent.
- Dans le cadre du processus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

## Organisation

Bien qu'il fonctionne de façon indépendante dans les limites de son mandat, le Conseil est responsable devant le solliciteur général.

Le Conseil est dirigé par un président, avec l'appui de deux vice-présidents. À l'heure actuelle, un des postes de vice-président est vacant.

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



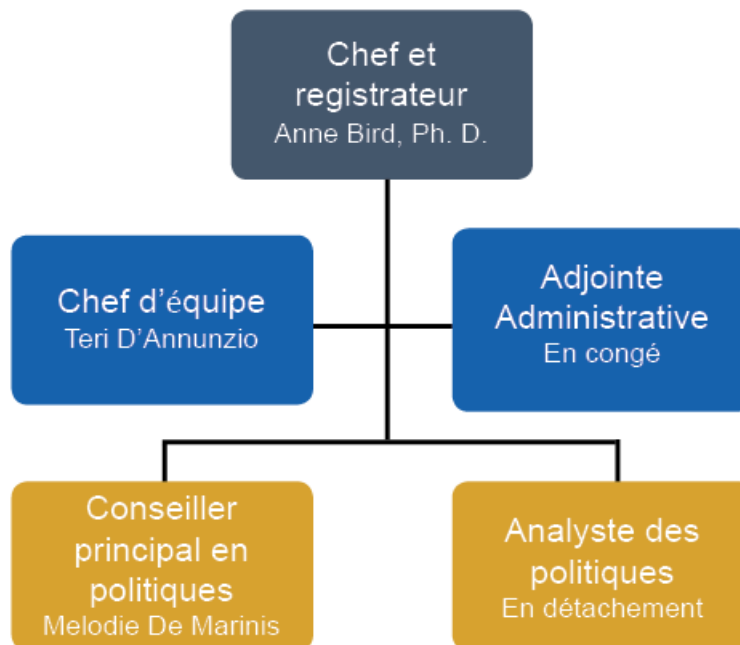
## Secrétariat du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès

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

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

### Notes:

- Poste de chef et registrateur – Anne Bird a remplacé Teri D’Annunzio le 14 septembre 2020.
- Poste d’adjoint administratif – En congé depuis le 21 juin 2020
- Poste d’analyste des politiques – En détachement depuis le 30 avril 2018



## Profil des membres du Secrétariat

**Le chef et registrateur** assure le leadership et la direction du Secrétariat pour appuyer le mandat du Conseil. Il travaille en étroite collaboration avec le président afin d'identifier de nouvelles initiatives et de nouveaux projets que le Secrétariat et le Conseil pourraient élaborer pour améliorer la qualité et les services du système d'enquête sur les décès. Il interagit directement avec des cadres supérieurs des secteurs public et privé et relève du sous-ministre adjoint et directeur général de l'administration au ministère du Solliciteur général. En outre, le chef et registrateur voit à ce que les comités du Conseil disposent de personnel de soutien et de ressources suffisants. Il travaille en étroite collaboration avec les familles qui déposent des plaintes afin de cerner les problèmes, de répondre à leurs préoccupations et de les aider à parvenir à surmonter leur deuil.

**Le chef d'équipe** est chargé de faciliter les activités quotidiennes du Secrétariat et de consulter le chef et registrateur ainsi que le président sur des questions concernant le Conseil. Il sert de point de contact pour les principaux partenaires et intervenants, dont le Bureau du coroner en chef, le Service de médecine légale de l'Ontario ainsi que les bureaux du ministre et du sous-ministre. Le chef d'équipe est responsable de toutes les activités de liaison avec le public assume un rôle de leadership et de direction pour le traitement des plaintes du public, le processus d'enquête discrétionnaire ainsi que d'autres projets et initiatives stratégiques clés.

**Le conseiller principal en politiques** fournit un soutien au Conseil en effectuant des recherches et des analyses sur les politiques, par exemple sur ce qui se fait ailleurs qu'en Ontario. Se fondant sur ses recherches, l'analyste des politiques fournit des résumés, identifie les tendances et interprète l'information pour appuyer les activités de base et la prise de décisions du Conseil. Il aide le Secrétariat à rédiger le contenu des rapports, des initiatives de sensibilisation et des documents de programme. L'analyste des politiques fournit également un soutien au processus de plaintes du public et au processus d'enquête discrétionnaire.

**L'analyste des politiques** fournit un soutien administratif au Conseil dans les domaines de la gestion des installations, des achats et approvisionnements, des ressources humaines, de la gestion des contrats et des comptes créditeurs. Il s'assure du respect des politiques, directives et lignes directrices de la fonction publique de l'Ontario et du ministère et agit à titre de principale personne-ressource pour toutes les questions administratives.

**L'adjoint administratif** fournit un soutien administratif au Conseil dans les domaines de la gestion des installations, des achats et approvisionnements, des ressources humaines, de la gestion des contrats et des comptes créditeurs. Il s'assure du respect des politiques, directives et lignes directrices de la fonction publique de l'Ontario et du ministère et agit à titre de principale personne-ressource pour toutes les questions administratives.



## Composition du Conseil

Le Conseil se compose de professionnels des domaines juridique et médical, de dirigeants du secteur de la santé, de représentants du gouvernement et de membres du public qui, ensemble, possèdent les connaissances et l'expertise nécessaires pour assurer une surveillance efficace.

Le Secrétariat des nominations effectue la sélection des membres du public, tandis que les représentants du gouvernement sont nommés par leurs ministères respectifs. Le lieutenant-gouverneur en conseil procède ensuite à la nomination des membres du Conseil pour un mandat de trois ans. Voici la liste des membres qui ont siégé au Conseil en 2020.

### Membres votants actuels



#### **Christine McGoey (présidente)**

Christine McGoey a été admise au barreau en 1982. Après avoir occupé un emploi d'assistante judiciaire à la cour de comté, elle a été nommée procureure adjointe de la Couronne au bureau des procureurs de la Couronne de Toronto en 1983. Mme McGoey fait partie des membres fondateurs des équipes responsables des poursuites en matière de violence faite aux enfants et de violence conjugale au palais de justice de l'Ancien hôtel de ville. Pendant trois ans, elle a été conseillère juridique pour le Programme d'aide aux victimes et aux témoins. Au cours de sa carrière, elle a défendu des appels devant la Cour d'appel de l'Ontario et elle a passé neuf ans au bureau des procureurs de la Couronne de Muskoka. Entre 2009 et 2015, elle a de nouveau œuvré au bureau de Toronto à titre de procureure de la Couronne en chef; elle y a supervisé 95 procureurs exerçant dans quatre palais de justice.

#### **D<sup>re</sup> Fiona Smaill (vice-présidente)**

La docteure Fiona Smaill est professeure au département de pathologie et de médecine moléculaire de la faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Elle est microbiologiste médicale pour le programme de médecine de laboratoire, région de Hamilton, et consultante en maladies infectieuses et contrôle des infections au Hamilton Health Sciences. Elle possède un M.B. et un Ch.B. de l'Université d'Otago, en Nouvelle-Zélande, et a fait ses résidences en médecine interne, maladies infectieuses et microbiologie médicale à l'Université McMaster. Elle est également titulaire d'une maîtrise ès sciences en épidémiologie.

#### **D<sup>r</sup> S. Zaki Ahmed**

Le docteur S. Zaki Ahmed est médecin-chef au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. Interniste et intensiviste de formation, il participe encore aux activités cliniques à temps plein. Il s'intéresse plus spécialement aux questions de justice sociale et d'égalité.

#### **Michael Amato**

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

## **Heather Arthur**

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

## **Jason Clouston**

Jason Clouston a été admis au barreau de la province du Manitoba en 1999. Il a occupé les fonctions de procureur de la Couronne provincial et fédéral. De 2014 à 2018, M. Clouston a été superviseur du bureau des procureurs de la Couronne provinciaux à Thompson, dans le nord du Manitoba, soit le plus important bureau régional à l'extérieur de Winnipeg. En 2018, il a été admis au barreau de la province de l'Ontario et est devenu procureur de la Couronne dans le district de Rainy River, en Ontario. Père de six enfants, il continue de faire du bénévolat pour de nombreux organismes et conseils communautaires et se concentre sur la formation. Il se définit comme anglo-métis.

## **Barbara Collins**

Barbara Collins fait actuellement partie du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir. Elle est présidente-directrice générale de l'Hôpital Humber River et a déjà été chef des opérations de ce même hôpital. M<sup>me</sup> Collins détient une maîtrise en administration des affaires de l'Université Queen's.

## **Rebecca Hildyard**

Rebecca Hildyard est membre des Chartered Professional Accountants of Ontario depuis juin 2019 et des Chartered Accountants Australia and New Zealand depuis février 2015. Elle occupe actuellement les fonctions de directrice principale, Services de juricomptabilité, chez PricewaterhouseCoopers LLP/s.r.l./s.e.n.c.r.l.

## **Michael Recht**

Michael Recht est directeur de funérailles et responsable des rituels et du déplacement des dépouilles à la Steeles Memorial Chapel depuis 2018. Il occupe actuellement le poste de directeur de Greyhound-Hill Inc., qui offre des services d'impression.

Depuis 1992, M. Recht fait du bénévolat pour Chabad Lubavitch of Ontario; il apporte son aide pour la gestion quotidienne de diverses synagogues.

## **Lucille Perreault**

Lucille Perreault a été vice-présidente des services cliniques et chef de direction des soins infirmiers à l'Hôpital général de la baie Georgienne de 2018 à 2020. Elle compte de nombreuses années d'expérience comme cadre supérieur des milieux hospitaliers et possède une vaste expertise diversifiée de la planification dans le système de santé, du développement stratégique, de la gouvernance et du leadership à valeur ajoutée.

Pendant qu'elle travaillait à l'Hôpital régional de Sudbury et au centre universitaire de santé de l'Hôpital Montfort, elle a participé à la restructuration et à la transformation des activités de l'hôpital, des services communautaires et de la planification des immobilisations. À son ancien poste de vice-présidente des services cliniques et chef de direction des soins infirmiers d'un centre universitaire de santé, elle était responsable de la qualité et du rendement stratégique des services et activités cliniques de l'organisation. Elle a aussi assuré la gestion globale des services infirmiers stratégiques et de la pratique clinique interprofessionnelle et elle a travaillé en collaboration avec d'autres hauts dirigeants dynamiques, des conseils d'administration d'hôpitaux et des dirigeants médicaux dans le but d'améliorer constamment la prestation de soins exceptionnels aux patients à chaque interaction.

## **Catherine Rhineland**

Après avoir obtenu son diplôme à l'Université Dalhousie en 1991, Catherine Rhineland a été admise au barreau en 1993. Elle est arrivée au ministère du Procureur général en 2007 à titre de procureure adjointe de la Couronne à l'Unité de lutte contre les bandes criminalisées et les armes à feu, où elle s'est chargée d'affaires longues et complexes impliquant des organisations criminelles (homicides, trafic d'armes à feu, traite de personnes et infractions en matière de drogue).

M<sup>me</sup> Rhineland travaille actuellement comme avocate à la Division du droit criminel; elle représente l'Ontario dans l'équipe mixte de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Depuis 2007, elle est aussi codirectrice du cours sur la justice pour les Autochtones, un cours d'été offert conjointement par la Division du droit criminel et l'Ontario Crown Attorney's Association. Elle est membre de l'Association du barreau autochtone.

## **Dr. Ato Sekyi-Otu**

Ato Sekyi-Otu est médecin dans la province de l'Ontario, membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et membre en règle de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario depuis 23 ans. Il a obtenu des bourses postdoctorales de recherche clinique en chirurgie reconstructive de remplacement des articulations chez l'adulte et en médecine sportive. Le docteur Sekyi-Otu est chirurgien orthopédiste au William Osler Health Centre, à Brampton. En outre, il est maître de conférences à la faculté de médecine de l'Université de Toronto.

Ses intérêts en matière d'engagement communautaire sont notamment le mentorat des jeunes à risque, la promotion de la diversité en médecine et la défense de l'égalité d'accès aux soins de santé.

## **Christine terSteege**

Christine terSteege est professeur de sécurité publique au Sheridan College et coordinatrice du programme d'enquêtes. Elle a été vice-présidente de la Commission ontarienne des libérations conditionnelles et a été agent de police au sein de la police régionale de Peel. Elle est titulaire d'une licence en justice pénale et politique publique de l'université de Guelph, et d'un master en sécurité intérieure de la Penn State University.

## **Justice Edward Then**

L'honorable Edward Then est actuellement membre de la Commission ontarienne d'examen. Il a été juge à la Cour supérieure de justice pendant 30 ans, soit de 1989 à 2019. De 2007 à 2013, il a occupé le poste de juge principal régional pour Toronto. Dans le cadre de ses fonctions, il supervisait plus de 90 juges.

M. Then est titulaire d'un baccalauréat spécialisé (1966), d'une maîtrise ès arts (1967) et d'un baccalauréat en droit (1970), diplômes qu'il a obtenus à l'Université de Toronto.

Il a été avocat pour le ministère du Procureur général au Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel, qui est responsable des appels interjetés à la Cour d'appel et à la Cour suprême du Canada ainsi que des poursuites spéciales concernant les crimes en col blanc et les cas d'inconduite policière. En 1982, il a été nommé conseiller de la Reine. De 1985 jusqu'à sa nomination à la Cour suprême de l'Ontario, il a occupé le poste de directeur du Bureau des avocats de la Couronne.

Par ailleurs, M. Then a rédigé de nombreux articles sur le droit civil et le droit criminel et il donne souvent des conférences à des avocats et des juges dans le cadre de programmes de formation juridique continue.

## **Dr. David Williams**

Le docteur David Williams a été nommé médecin hygiéniste en chef de la province le 16 février 2016.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, il avait recommencé à occuper ce poste à titre intérimaire, après avoir été médecin hygiéniste pour le Conseil de santé de la circonscription sanitaire du district de Thunder Bay d'octobre 2011 au 30 juin 2015.

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

## Membres non votants

Les personnes dans cette catégorie sont considérées comme des membres du Conseil, mais elles n'ont pas de droit de vote pour les motions ou les décisions du Conseil. Ainsi, le rôle du coroner en chef et du médecin légiste en chef au Conseil consiste à faire bénéficier les autres membres de leur perspective, de leur expertise et de leurs connaissances. Pour maintenir la transparence et la responsabilisation, ils n'ont pas la possibilité de voter sur les questions liées à la surveillance de leurs organismes.



### **Dr Dirk Huyer (coroner en chef de l'Ontario)**

Le docteur Dirk Huyer a été nommé coroner en chef de l'Ontario en mars 2014. Il a reçu son diplôme de médecine de l'Université de Toronto en 1986. Il est coroner en Ontario depuis 1992 et, plus récemment, a été nommé coroner régional principal pour les régions de Peel et de Halton ainsi que pour les comtés de Simcoe et de Wellington. Il a participé à plus de 5 000 enquêtes à titre de coroner. Le docteur Huyer possède une expertise particulière dans l'évaluation médicale de la maltraitance des enfants et a travaillé dans le cadre du programme SCAN de l'Hospital for Sick Children sur la négligence et la maltraitance présumées d'enfants. Il préside le Comité d'examen des décès d'enfants et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, deux comités qui relèvent du Bureau du coroner en chef. Il est aussi professeur adjoint au département de pédiatrie de l'Université de Toronto.



### **Dr Michael Pollanen (médecin légiste en chef)**

Le docteur Michael S. Pollanen, B. Sc., M.D., Ph. D., FRCPath, DMJ (Path.) et fondateur du FRCPC en pathologie judiciaire, est le médecin légiste en chef de l'Ontario et professeur de médecine de laboratoire et biopathologie à l'Université de Toronto. En outre, il est coroner investigateur et, à ce titre, mène des enquêtes sur des homicides et des décès suspects sur le plan criminel en Ontario. Ses fonctions universitaires à l'Université de Toronto comprennent la direction du centre de médecine légale et de criminalistique et des programmes de résidence et de bourses de recherche en pathologie judiciaire. Il s'intéresse particulièrement au développement de la capacité en médecine légale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dans le but d'appuyer les droits de la personne et la primauté du droit. Il participe activement à des activités professionnelles créatives en médecine légale et publie régulièrement des articles dans des revues avec comité de lecture. Le docteur Pollanen effectue et supervise souvent des autopsies médico-légales, donne régulièrement un deuxième avis médical dans des cas controversés (que ce soit pour la poursuite, la défense ou des examens pour d'autres instances) et témoigne fréquemment devant les tribunaux. Il a effectué plus de 2 000 autopsies médico-légales, a témoigné plus de 200 fois devant les tribunaux et a témoigné deux fois devant la Cour d'appel de l'Ontario, dans les dossiers *Truscott (Re)*, 2007 ONCA 575 et *R. c. Mullins-Johnson*, 2007 ONCA 720. De 2014 à 2017, le docteur Pollanen a été président de l'Association internationale des sciences et de la médecine légale (IAFS).

## Membres avec droit de vote retraités

### **D<sup>r</sup> Michael Billinger – mandat arrivé à échéance le 3 octobre 2020**

Le docteur Michael Billinger est un fonctionnaire fédéral qui travaille actuellement comme enquêteur au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada, à Ottawa. Il a auparavant travaillé pendant cinq ans dans le domaine de l'accès et des renseignements personnels au Service de police d'Edmonton (SPE), après avoir obtenu un doctorat en anthropologie de l'Université de l'Alberta en 2006. Ses travaux universitaires, y compris ses études antérieures à l'Université Carleton, ont principalement porté sur les enjeux théoriques, méthodologiques et éthiques liés à l'utilisation des classifications raciales dans l'évolution humaine, la génétique et l'anthropologie judiciaire.

Le docteur Billinger a de l'expérience en matière d'enquêtes médico-légales, ayant travaillé avec le SPE et la Gendarmerie royale du Canada en tant que consultant en anthropologie et en archéologie judiciaires à la suite de découvertes de restes humains ainsi que dans des affaires de personnes disparues et d'homicides non résolus. Il est aussi adjoint de recherche à l'Institute of Prairie Archaeology de l'Université de l'Alberta, où il continue de collaborer à des projets concernant la migration préhistorique des peuples des Premières Nations.

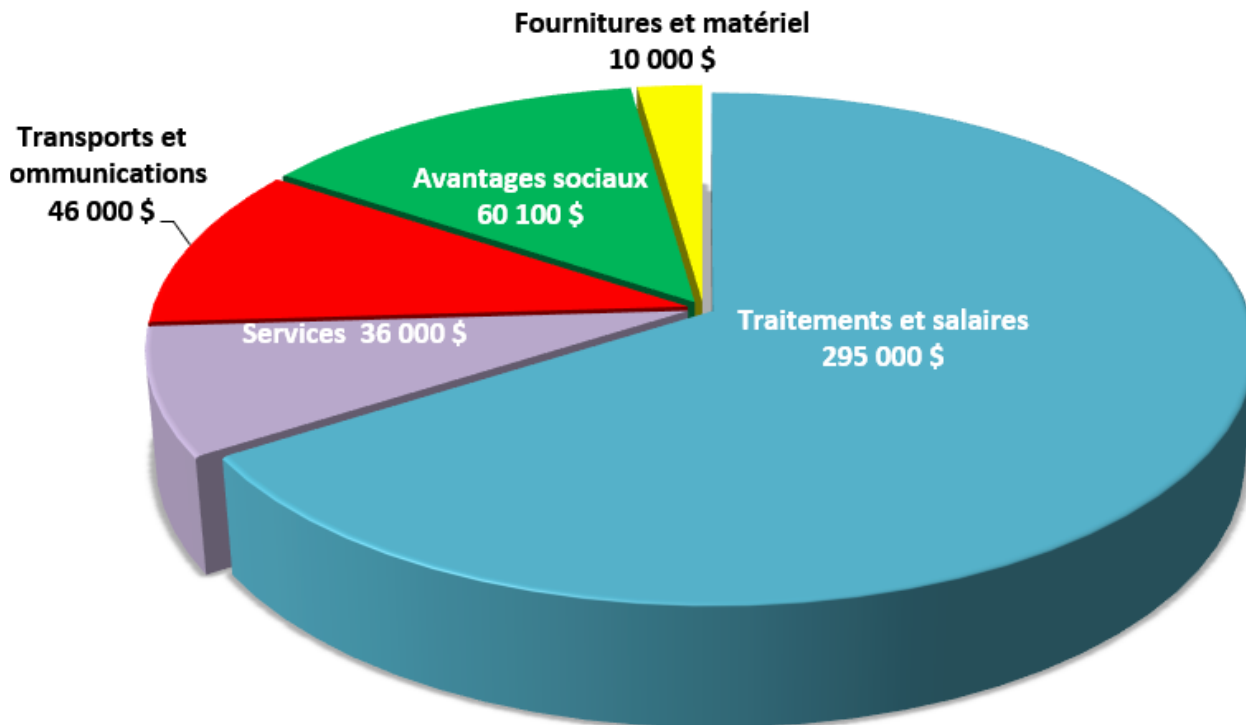
### **Clifford Strachan – mandat arrivé à échéance le 20 septembre 2020**

Clifford Strachan est un ancien officier supérieur de la Police provinciale de l'Ontario. Parmi ses affectations, il a été directeur des opérations pour la Région du centre et directeur adjoint à la Direction des enquêtes criminelles. M. Strachan travaille actuellement comme directeur principal aux Différends et aux enquêtes à Kroll Consulting Canada. Il est également membre du comité des appels relatifs aux permis d'entreprise de la ville de Barrie et travaille comme bénévole pour le programme Hors du froid de l'Armée du Salut.

## Données financières

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

Le budget total alloué au Conseil pour l'exercice 2020-2021 était de 447 100 \$. Ce budget se répartissait comme suit.



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

### Plaintes

Le Comité des plaintes a le mandat légal d'examiner les plaintes déposées contre un coroner, un médecin légiste et d'autres personnes qui, en vertu de la Loi sur les coroners, ont des pouvoirs ou fonctions en matière d'autopsies. Lorsqu'il examine une plainte, le Comité prend en considération ce qui a été fait durant l'enquête sur le décès et formule au besoin des recommandations au coroner en chef et au médecin légiste en chef. L'examen des plaintes vise à améliorer le système ontarien d'enquête sur les décès et à renforcer la confiance du public dans ce système. Le Comité des plaintes n'étant pas un organisme médical, il n'a pas la compétence pour infirmer des conclusions médicales en ce qui a trait à la cause et aux circonstances d'un décès.

### Nombre de plaintes

Depuis sa création, le Comité a examiné des plaintes et présenté au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario de nombreuses recommandations visant à améliorer les services fournis aux gens de l'Ontario. Quatre plaintes ont été reçues en 2020. Il arrive souvent qu'une seule plainte porte sur plusieurs problèmes différents, ce qui a pour effet d'en accroître la complexité. Les plaintes font l'objet d'un examen, dont la durée peut varier selon le nombre de problèmes identifiés et leur complexité. Le but du Comité des plaintes est de veiller à ce qu'un examen exhaustif soit effectué et à ce que des recommandations utiles et éclairées soit formulées, le cas échéant. Cette année, le Conseil a reçu en tout quatre plaintes. En plus du nombre total de plaintes examinées, le Conseil a participé à la résolution de plaintes entre des familles et le Bureau du coroner en chef ou le Service de médecine légale de l'Ontario.

### Demandes de renseignements

Le Conseil répond chaque jour à des demandes de renseignements et aide les familles à s'y retrouver dans le système d'enquête sur les décès. Il aborde chaque demande en fonction de la situation et peut choisir de rencontrer une famille ou de la diriger vers un organisme mieux placé pour répondre à ses questions. Les familles communiquent régulièrement avec le Conseil pour se renseigner sur les enquêtes de police, les foyers de soins de longue durée ou les hôpitaux, y compris les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé. Vu le nombre élevé de demandes de renseignements, le Conseil a une ligne téléphonique et une adresse de courriel dédiées aux demandes de renseignements du public. Tous les membres du Secrétariat du Conseil sont chargés de répondre aux demandes de renseignements de sorte qu'aucun appel ne demeure sans réponse durant les heures d'ouverture normales. Pendant la pandémie de COVID-19, les personnes qui téléphonent peuvent laisser un message sur la ligne téléphonique dédiée. Le Secrétariat prend les messages chaque jour afin d'y répondre rapidement et s'occupe de donner suite au courrier reçu.

### Assistance aux familles

Le Conseil fait de son mieux pour que le processus de traitement des plaintes du public soit fluide et personnalisé. En tant que premier point de contact, le personnel du Secrétariat écoute attentivement et avec compassion les membres de la famille concernée afin de cerner leurs préoccupations et leurs problèmes. Nous encourageons les familles à essayer de soumettre leurs préoccupations au coroner ou au médecin légiste à qui elles ont eu affaire avant de recourir à la procédure officielle de dépôt de plaintes. Le Conseil reconnaît que les



plaintes fournissent une rétroaction constructive sur le fonctionnement du système d'enquête sur les décès et offrent de précieux renseignements au Bureau du coroner en chef et au Service de médecine légale de l'Ontario pour l'amélioration des services et de leur prestation.

## Vue d'ensemble de la procédure de traitement des plaintes

### **1<sup>re</sup> étape : Réception et traitement de la plainte**

Le Secrétariat du Conseil reçoit la plainte au moyen du formulaire de plainte en ligne ou par téléphone, par courriel ou par la poste et détermine si l'auteur de la plainte doit fournir des renseignements supplémentaires pour qu'on puisse décider de la suite à donner à sa plainte. Les plaintes concernant un coroner ou un médecin légiste sont d'abord transmises au coroner en chef ou au médecin légiste en chef (ou aux deux, selon le cas) pour un examen. Si l'auteur de la plainte n'est pas satisfait de leur réponse, il peut demander que le Comité des plaintes du Conseil examine sa plainte. Ce Comité examine directement toute plainte au sujet du coroner en chef ou du médecin légiste en chef.

### **2<sup>e</sup> étape : Accusé de réception de la plainte**

Le Secrétariat du Conseil accuse réception de la plainte et informe la personne qui l'a déposée du mandat du Comité des plaintes du Conseil ainsi que des étapes suivantes (par exemple, le Comité examinera directement la plainte ou la transmettra au coroner en chef ou au médecin légiste en chef, selon le cas). Lorsqu'il est évident que la plainte ne relève pas du mandat du Comité des plaintes, le Conseil fait de son mieux pour aider l'auteur de la plainte à s'y retrouver dans le système d'enquête sur les décès et l'informer des autres possibilités ou ressources qui pourraient lui être utiles pour régler ses préoccupations.

### **3<sup>e</sup> étape : Collecte de renseignements**

Si la plainte relève du mandat du Conseil, le Secrétariat du Conseil obtient les renseignements et documents pertinents de l'auteur de la plainte ainsi que du Bureau du coroner en chef ou du Service de médecine légale de l'Ontario. Cela peut se faire dans le cadre d'une rencontre virtuelle ou en personne et de conversations téléphoniques entre l'auteur de la plainte et le personnel du Secrétariat du Conseil. Les communications avec les personnes qui déposent une plainte sont importantes, car elles permettent de recueillir des renseignements supplémentaires et de clarifier les renseignements fournis.

### **4<sup>e</sup> étape : Examen par le Comité des plaintes**

Lorsque le Secrétariat du Conseil lui transmet le dossier de plainte, le Comité des plaintes l'examine. Au cours de son examen, il considère les recommandations potentielles concernant les questions précises signalées par l'auteur de la plainte ainsi que les recommandations qui permettraient d'améliorer le système ontarien d'enquête sur les décès.

### **5<sup>e</sup> étape : Rapport final**

À l'issue de son examen, le Comité des plaintes rédige un rapport sous forme de lettre dans laquelle il présente les résultats. La lettre peut inclure des recommandations destinées au Bureau du coroner en chef ou au Service de médecine légale de l'Ontario (ou aux deux) et peut aussi indiquer la raison pour laquelle le Comité des plaintes ne peut pas examiner certaines allégations, par exemple celles relatives à la décision de tenir une enquête. La lettre est envoyée à la fois à l'auteur de la plainte et au Bureau du coroner en chef ou au Service de médecine légale de l'Ontario. Le Bureau ou le Service a une date limite précise pour formuler une réponse.

## Principaux sujets des plaintes

En 2020, le Comité des plaintes a constaté que la plupart des allégations étaient liées à la qualité de l'enquête sur un décès, au professionnalisme, à la communication et au manque de clarté des délais, des processus et des procédures. Une seule et même plainte portait souvent sur plusieurs sujets à la fois. Le Comité des plaintes s'est penché sur ces sujets afin de faire des recommandations sur la façon dont le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario peuvent améliorer la prestation de leurs principaux services.

| Principaux sujets des plaintes                        | Exemples de problèmes   |
|---|---|
| <b>Qualité de l'enquête sur le décès</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enquête n'était pas suffisamment approfondie (p. ex. absence de recherche, de diffusion et de prise en considération d'information et absence d'entrevues)</li> <li>• Inexactitudes du dossier ou erreurs dans les rapports</li> <li>• Longueur des délais ayant des répercussions négatives sur l'enquête ou sur d'autres aspects du dossier</li> </ul> |
| <b>Professionalisme</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de respect des lignes directrices ou des normes</li> <li>• Omission d'accomplir un devoir et de s'acquitter de ses responsabilités</li> <li>• Non-respect des normes de pratique</li> <li>• Discrimination ou partialité (p. ex. conflit d'intérêts)</li> </ul>   |
| <b>Opinion professionnelle</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désaccord relatif à la cause ou aux circonstances du décès</li> <li>• Désaccord relatif aux preuves utilisées et prises en considération pour parvenir à une opinion ou à des conclusions médicales</li> <li>• Désaccord relatif à la « norme de preuve » nécessaire pour tirer des conclusions médicales</li> </ul>                                       |
| <b>Communication</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communications inefficaces ou manquant de clarté</li> <li>• Manque de perspicacité ou de sensibilité aux préoccupations</li> <li>• Manque d'accessibilité ou méconnaissance des préoccupations</li> </ul>  |
| <b>Processus, procédure et normes</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de politique, de procédure ou de normes établies</li> <li>• Politique, procédure ou normes manquant de clarté</li> <li>• Échéancier inexistant ou manquant de clarté (processus)</li> <li>• Processus devant être améliorés</li> </ul>   |
| <b>Hors des limites du mandat prescrit par la loi</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Question ne relevant pas des fonctions d'un coroner (p. ex. norme de diligence des soins médicaux ou soins médicaux sans rapport avec un coroner)</li> <li>• Refus de tenir une enquête</li> </ul>   |

## Enquêtes

Dans le but de promouvoir un système d'enquête sur les décès de haute qualité en Ontario, le Conseil examine et étudie divers systèmes d'enquête afin de fournir des conseils au Bureau du coroner en chef et de lui recommander des politiques et des pratiques exemplaires. Il conseille également le coroner en chef sur ce qui suit :

- s'il y a lieu ou non de mener une enquête discrétionnaire en vertu du paragraphe 26 (2) de la Loi;
- les tendances dans les décès qui doivent être explorées au moyen d'enquêtes discrétionnaires;
- les critères et processus qu'utilise le Comité consultatif des enquêtes (CCE) du Bureau du coroner en chef.

Cette année, le Conseil a travaillé en étroite collaboration avec le Bureau du coroner en chef afin d'accroître la surveillance et d'explorer les tendances en matière de décès. Des membres du Secrétariat ont participé à titre d'observateurs aux réunions ordinaires du CCE du Bureau du coroner en chef. Cela a été extrêmement utile pour explorer les tendances et les problèmes et faire ressortir les dossiers qui pourraient être transmis au Conseil. Celui-ci continuera de participer aux réunions mensuelles du CCE à titre d'observateur.

## Faits saillants de 2020

### 1 COVID-19

En raison de la pandémie de COVID-19, les membres du Secrétariat font du télétravail depuis mars de cette année. Le Conseil a tenu des réunions virtuelles, ce qui lui a permis de réaliser des économies. En outre, les examens des plaintes et d'autres réunions des groupes de travail ont eu lieu virtuellement. Le Conseil a ainsi pu intervenir davantage dans des dossiers puisque la logistique liée à sa participation était simplifiée.

### 2 Communication accrue

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

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

Le Conseil a entrepris des démarches visant à établir le dialogue avec d'autres intervenants et divers groupes, comme l'Ontario Coroners Association, pour obtenir d'autres renseignements sur le système d'enquête sur les décès et déterminer ses forces ainsi que les améliorations à y apporter. Ces démarches se poursuivront au prochain exercice.

### 3 Mise en œuvre des recommandations

En 2020, le Conseil, le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario ont donné suite à plusieurs rapports importants, ce qui a mené à des recommandations destinées à améliorer les services d'enquête sur les décès dans la province. En outre, le Conseil a fait des suggestions et a collaboré avec le Service de médecine légale de l'Ontario pour fournir des directives ou des précisions au sujet de recommandations en particulier. Parmi les rapports récents figurent les suivants : [Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée, rapport de la vérificatrice générale sur les audits de l'optimisation des ressources](#) (2019), [Une confiance trahie – Les Autochtones et le Service de police de Thunder Bay](#). S'ajoutent à cela les rapports du Conseil et les plaintes qu'il a reçues. Le Conseil continue d'exercer une surveillance pour assurer la mise en œuvre des recommandations.

### 4 Commissaire à l'intégrité

Le Conseil continue de faire l'objet d'un examen de ses déplacements et de ses dépenses conformément à la *Loi de 2009 sur l'examen des dépenses dans le secteur public*; l'examen a pour but d'assurer le respect de la *Directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil*. Le Secrétariat du Conseil continue de travailler en collaboration avec le commissaire à l'intégrité pour l'examen de l'ensemble des dépenses des membres comme du personnel. Jusqu'ici, les dépenses du Conseil ont été conformes.

### 5 Comité permanent des comptes publics

La présidente du Conseil a comparu avec le sous-solliciteur général, le coroner en chef et le médecin légiste en chef devant le Comité permanent des comptes publics en relation avec le rapport de la vérificatrice générale sur la modernisation du système ontarien d'enquête sur les décès.