

Chapitre 1

Section 1.08

Ministère du Solliciteur général

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

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.08 du *Rapport annuel 2019*

APERÇU DE L'ÉTAT DES MESURES RECOMMANDÉES						
Recommandation	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	5	4			1	
Recommandation 2	3	3				
Recommandation 3	5	2,5	1,5	1		
Recommandation 4	6	6				
Recommandation 5	5	3	2			
Recommandation 6	2	2				
Recommandation 7	1	1				
Recommandation 8	2	2				
Recommandation 9	3	2	1			
Recommandation 10	1		1			
Recommandation 11	1	1				
Recommandation 12	2				2	
Recommandation 13	1	1				
Recommandation 14	1		1			
Total	38	27,5	6,5	1	3	0
%	100	72	17	3	8	0

Conclusion globale

Au 26 octobre 2021, le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau) ainsi que le ministère du Solliciteur général

(le Ministère) avaient pleinement mis en oeuvre 72 % des mesures que nous avons recommandées dans notre *Rapport annuel 2019*. Le Bureau et le Ministère ont en outre réalisé des progrès dans la mise en oeuvre de 17 % des recommandations; il y a eu peu de progrès dans la mise en oeuvre de

3 % des recommandations, et 8 % ne seront pas mises en oeuvre.

Notamment le Bureau a pleinement mis en oeuvre les recommandations consistant à collaborer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin de trouver des moyens plus efficaces d'échanger l'information sur les médecins-coroners, d'exiger que tous les coroners suivent une formation continue et de produire des rapports annuels sur le rendement.

Le Bureau était en voie de mettre en oeuvre certaines autres recommandations, dont l'évaluation d'autres modèles de dotation pour les postes de coroner et la révision de l'entente de paiement de transfert avec les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier afin de pouvoir obtenir des données plus détaillées à l'appui de l'assurance de la qualité, en particulier au sujet des types d'erreurs commises par les médecins légistes et les pathologistes; également, le Ministère réexaminait le mandat et les pouvoirs du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès.

Toutefois, le Bureau a réalisé peu de progrès concernant le signalement au ministère de la Santé des cas de facturation douteuse ou préoccupante. De plus, le Bureau n'a pas l'intention de mettre en oeuvre les recommandations consistant à faire 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 à tenir compte des renseignements ainsi recueillis lors de l'affectation des enquêtes sur les décès; à publier 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; et à communiquer au public la position du Bureau à propos de l'utilité et de la valeur concrète des recommandations faites à la suite des enquêtes et des travaux des comités d'examen des décès. Nous demeurons d'avis qu'il serait utile de mettre en oeuvre ces recommandations afin d'accroître l'objectivité et la qualité des enquêtes sur les décès ainsi que la transparence entourant le rôle exercé par le Bureau.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau) relèvent du ministère du Solliciteur général. Le Bureau mène des enquêtes pour s'assurer qu'aucun décès n'est oublié, dissimulé ou négligé, et il met sur pied des comités d'examen des décès composés de spécialistes afin d'appuyer les enquêtes. Les recommandations formulées au moyen de ces processus ont pour objet d'améliorer la sécurité publique et de prévenir d'autres 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 2020-2021, les dépenses totales du Bureau au titre des services de coroner et des services de pathologie se sont élevées à environ 54 millions de dollars (contre 47 millions en 2018-2019). En 2020, le Bureau a effectué près de 18 600 enquêtes sur des décès (environ 17 000 en 2018). Dans à peu près la moitié des cas, une autopsie a été pratiquée.

Les coroners mènent des enquêtes sur les types de décès tels que définis dans la *Loi sur les coroners* (la Loi); il s'agit principalement de décès qui surviennent de manière subite et inattendue. En Ontario, les coroners sont des médecins, ou médecins en titre, qui ont habituellement un cabinet médical et qui touchent une rémunération à l'acte pour leur travail de coroner. En 2018, environ 70 % des quelque 350 médecins autorisés qui exerçaient les fonctions de coroner avaient des antécédents professionnels en médecine familiale.

Voici certaines des principales constatations de notre audit de 2019 :

- Les enquêtes menées par les coroners sur des décès ont fait l'objet de peu de surveillance, et de nombreuses irrégularités n'ont pas été détectées. Des coroners ont enquêté sur les décès de leurs anciens patients, ont facturé plus de 24 heures de

services de coroner et de médecin au cours d'une même journée et ont mené des enquêtes sur les décès alors qu'ils faisaient l'objet de restrictions à l'exercice imposées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO).

- La politique du Bureau exige que les rapports d'autopsie dans les cas suspects (pouvant être de nature criminelle) soient évalués par un pair, c'est-à-dire un évaluateur auquel le dossier est assigné centralement à partir d'une liste de roulement. Toutefois, certains médecins légistes n'ont pas suivi ce processus et ont choisi eux-mêmes leur évaluateur.
- La seule formation structurée que doit suivre un médecin pour exercer les fonctions de coroner est un cours de cinq jours, sans examen pour évaluer la compétence ni vérification pour s'assurer que le cours a bien été suivi. Une formation d'appoint était requise après le cours initial uniquement si des problèmes de qualité étaient relevés plus tard. Or, l'Unité d'assurance de la qualité du Bureau a noté des erreurs majeures dans 18 % des rapports de coroner produits en 2017. Ces rapports étaient incomplets, comportaient des inexactitudes ou ne répondaient pas aux normes du Bureau, même après avoir fait l'objet d'un examen par le coroner régional principal.
- Le Bureau n'avait pas de politique documentée concernant la suspension ou la révocation de la nomination des coroners visés par des restrictions à l'exercice imposées par l'Ordre. Nous avons noté que 16 coroners avaient mené des enquêtes sur des décès, alors que l'OMCO leur avait imposé des restrictions à l'exercice. Dans un cas remontant à 2012, l'OMCO avait interdit à un coroner de prescrire des stupéfiants; malgré cela, le coroner en question a enquêté par la suite sur 19 cas où le décès était imputable à une intoxication médicamenteuse.
- Il est arrivé souvent que des corps qui devaient faire l'objet d'une autopsie soient conservés avec d'autres corps dans la morgue de l'hôpital. En 2019, une unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier a pratiqué une autopsie sur le

mauvais corps. En raison de leur capacité limitée, des unités régionales ont conservé des corps dans les couloirs et dans d'autres salles des hôpitaux.

- Les décès n'étaient pas toujours signalés au Bureau, comme l'exige pourtant la loi. En 2018, près de 2 000 décès, résultant notamment de grossesses, de fractures, de luxations ou d'autres traumatismes, n'ont pas été déclarés au Bureau et, par conséquent, n'ont pas fait l'objet d'une enquête.
- Le Bureau n'obligeait pas les coroners à lui fournir les raisons les ayant amenés à conclure qu'il n'était pas nécessaire d'enquêter sur des décès. Le Bureau ne faisait pas de suivi pour connaître la fréquence à laquelle les coroners ne l'informaient pas de ces raisons, mais nous avons déterminé que cela représentait environ 56 % des cas échantillonnés dans le cadre de notre audit.
- Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (le Conseil), qui est le principal organisme de surveillance des activités du Bureau, ne remplissait pas efficacement son mandat législatif de surveillance, en raison de ses pouvoirs limités; les recommandations du Conseil n'étaient pas exécutoires. De plus, le Conseil n'était pas informé de certaines décisions importantes, notamment la fermeture d'une unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier.

Nous avons formulé 14 recommandations comportant 38 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario ainsi que le ministre du Solliciteur général s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre avril et octobre 2021. Nous avons obtenu du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale

de l'Ontario ainsi que du ministère du Solliciteur général une déclaration écrite selon laquelle, au 26 octobre 2021, ils avaient fourni à notre Bureau une mise à jour complète sur l'état des recommandations que nous avons formulées lors de notre audit initial il y a deux ans.

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

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;*
État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons constaté que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau) avaient mis de l'avant une politique qui définissait ce qui constituait un conflit d'intérêts, et qui empêchait les coroners d'effectuer des enquêtes donnant lieu à une situation de conflit d'intérêts. Cependant, cette politique ne précisait pas le délai requis entre le traitement d'un patient et la réalisation d'une enquête sur son décès afin d'éviter tout conflit d'intérêts.

Au moment de notre suivi, nous avons appris que, en novembre 2020, le Bureau avait mis en application un manuel des politiques opérationnelles, qui comprend une politique sur les conflits d'intérêts soulignant les mesures particulières à prendre en cas de conflit d'intérêts, par exemple informer et consulter un coroner régional principal. Bien que cette politique ne précise pas le délai requis entre le traitement d'un patient vivant et l'exécution d'une enquête sur son décès pour que cette situation soit

jugée appropriée et ne donne pas lieu à un conflit d'intérêts, elle précise que, si un coroner réalise qu'il a fourni un traitement médical au défunt, il doit signaler aussitôt la possibilité de conflit d'intérêts au coroner régional principal. Ce dernier décidera de la façon de gérer l'enquête en question; celle-ci pourrait par exemple être confiée à un autre coroner. Le Bureau a expliqué qu'il n'est pas nécessaire de fixer un délai particulier, parce que l'existence ou non d'un conflit d'intérêts dépend des circonstances du décès et de la nature de la relation entre le médecin et le patient; en d'autres termes, imposer un délai ferme entre le traitement et le décès n'atténuerait pas le risque de conflit d'intérêts. Par exemple, l'incapacité de diagnostiquer ou de dépister une maladie pourrait entraîner un décès de nombreuses années plus tard. De plus, le Bureau a indiqué que l'imposition d'un délai strict pourrait nuire au processus d'enquête ou entraîner des retards, surtout dans les régions non urbaines de la province.

De plus, le manuel des politiques opérationnelles comporte un code d'éthique à l'intention des coroners, qui précise que, sauf indication contraire du coroner en chef ou de son délégué, les coroners doivent renoncer à mener ou à présider une enquête en cas de conflit d'intérêts réel ou apparent.

- *communiquent clairement et périodiquement aux coroners et aux coroners régionaux principaux la politique interdisant aux coroners d'enquêter sur le décès d'anciens patients;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au cours de notre audit de 2019, nous avons observé que le Bureau n'exigeait pas qu'un coroner confirme qu'il n'avait pas fourni de soins au défunt, que ce soit au moment de l'acceptation de l'enquête sur le décès ou au moment de la présentation des rapports, et que les répartiteurs ne demandaient pas aux coroners si le défunt avait été l'un de leurs patients avant le décès.

Au moment de notre suivi, le coroner en chef nous a fourni une copie de la note de service qu'il a envoyée à tous les coroners en novembre 2020 et aux coroners régionaux principaux en décembre 2020

pour les informer de la mise en oeuvre du manuel des politiques opérationnelles, qui énonce les attentes envers les coroners en cas de conflit d'intérêts.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons noté en 2019 que le Bureau exigeait que les coroners déclarent tout conflit d'intérêts potentiel si on leur demandait d'effectuer une enquête sur le décès d'un ancien patient, de manière à s'assurer que l'enquête soit impartiale. Toutefois, le Bureau ignorait que la documentation n'était pas tenue de façon uniforme pour tous les cas de conflits d'intérêts.

Au moment de notre suivi, le Bureau a indiqué qu'il avait commencé à mettre en oeuvre un nouveau système de gestion des cas à Kingston en mars 2021, et à Toronto-Est et Toronto-Ouest en juin 2021. En août 2021, toutes les autres régions de la province pouvaient utiliser ce système. Le système en question comporte un champ obligatoire dans lequel le coroner est invité, au début du traitement du cas, à déterminer s'il y a un conflit d'intérêts. Si un coroner indique qu'il existe un conflit d'intérêts, de nature personnelle ou professionnelle, le système demandera au coroner régional principal compétent de procéder immédiatement à un examen.

- *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;*

État : Ne sera pas mise en oeuvre. Le Bureau de la vérificatrice générale continue de préconiser la mise en oeuvre de cette recommandation afin de prévenir les situations de conflit d'intérêts.

Détails

Dans le cadre de notre audit de 2019, l'examen d'un échantillon de cas avait montré que certains coroners avaient facturé au Régime d'assurance-santé de

l'Ontario des services de traitement des toxicomanies fournis à des personnes données, et qu'ils avaient par la suite mené l'enquête sur le décès de ces dernières. Il semblait dans certains cas que ces médecins-coroners géraient activement les soins et les dépendances de leurs patients, de sorte qu'il leur était difficile d'évaluer avec impartialité les circonstances ayant conduit au décès, ce qui est pourtant un élément central du rôle de coroner.

Lors de notre suivi, le Bureau a indiqué que sa base de données comprend et tient à jour des renseignements clés sur chaque coroner, y compris son adresse professionnelle, ses titres médicaux, sa discipline ou sa spécialité, ainsi que sa pratique, son hôpital et ses affiliations, mais que ces renseignements ne sont pas mentionnés lors de l'assignation initiale d'un cas à un coroner. Le Bureau maintiendra son processus actuel consistant à confier aux répartiteurs la tâche de transmettre les renseignements sur les décès déclarés au coroner en service ou à un coroner disponible à l'endroit concerné. De plus, le Bureau a indiqué qu'il incombe au coroner de constater l'existence d'un conflit d'intérêts aux termes de la politique en vigueur, et qu'il n'existe aucun mécanisme pratique (par exemple pour effectuer rapidement une recherche portant sur les listes de patients ou sur l'historique de facturation) qui permettrait aux coroners régionaux principaux ou à d'autres membres du Bureau de mener une vérification préalable pour déterminer s'il existe des conflits d'intérêts potentiels.

Le Bureau a ajouté que, selon les circonstances du décès, il est approprié selon lui que les coroners enquêtent sur les décès dans les établissements où ils travaillent et dans leurs spécialités cliniques, car ils peuvent posséder les compétences et les connaissances nécessaires pour mener des enquêtes efficaces et apporter des réponses à toutes les questions.

Dans certaines circonstances, quelques cas seront réassignés ou feront l'objet d'une nouvelle enquête ou d'un examen plus approfondi. Dans ces situations, les coroners régionaux principaux tiendront compte du

lieu de travail et de la spécialité clinique du coroner afin de réassigner les cas.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Durant notre audit de 2019, nous avons constaté que la haute direction du Bureau n'était au courant d'aucun des cas de conflit d'intérêts potentiels que nous avons relevés, parce que le Bureau ne vérifiait pas si les coroners respectaient sa politique.

La nouvelle politique du Bureau, en vigueur depuis novembre 2020, précise que toute violation des règles peut entraîner une enquête, une suspension ou un licenciement. De plus, le Bureau a déclaré qu'il incombe au coroner en chef d'aviser l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) de toute faute professionnelle et de toute préoccupation liée à la qualité ou à l'éthique, notamment en cas de violation des politiques opérationnelles. Les coroners régionaux principaux sont chargés de gérer le rendement des coroners, ce qui inclut le signalement de toute faute professionnelle aux coroners en chef adjoints et au coroner en chef.

Le Bureau a mis en oeuvre son logiciel de gestion des documents en octobre 2021 dans toutes les régions de l'Ontario. Ce logiciel permet à tous les coroners d'avoir accès par voie électronique à toutes les politiques et procédures en vigueur; il sert aussi à faire un suivi afin de savoir quels coroners ont examiné ces documents. Le Bureau ne prévoit toutefois pas utiliser le logiciel pour automatiser les communications avec l'Ordre.

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons constaté en 2019 que le Bureau ne savait pas que l'ordre de réglementation des médecins avait imposé à certains coroners des restrictions à la pratique de la médecine, parce qu'il ne consultait pas périodiquement le site Web de l'Ordre pour obtenir de l'information sur les restrictions à la pratique des médecins et que l'ordre ne lui fournissait pas directement l'information relative à ces coroners; en effet, l'ordre envoyait chaque année au Bureau des avis concernant toutes les mesures de sanction publique de tout médecin de l'Ontario, et non seulement celles concernant des coroners et des médecins légistes.

Au moment de notre suivi, le Bureau et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario avaient élaboré un processus trimestriel d'échange de renseignements sur les coroners. À la réception de la liste de tous les coroners – actifs, en congé ou qui ont démissionné –, l'Ordre indique quels médecins ont vu leur permis d'exercice révoqué, suspendu ou annulé. Cet échange d'information a eu lieu pour la dernière fois en septembre 2020. Selon le Bureau, l'Ordre a dû modifier ses processus de recherche en raison d'un changement touchant son système informatique. Le Bureau dit qu'il s'est engagé à mobiliser l'Ordre sur la question, et qu'il le fera régulièrement afin de confirmer les dates de rapport.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons observé lors de notre audit de 2019 que le Bureau s'attendait à ce que les coroners informent leurs coroners régionaux principaux lorsqu'ils faisaient l'objet d'une enquête de leur ordre de réglementation. Toutefois, la politique n'énonçait aucun critère ni aucune directive concernant le moment où il convenait de suspendre ou de licencier un coroner.

Au moment de notre suivi, les politiques du Bureau, mises à jour et en vigueur depuis novembre 2020, indiquaient dorénavant que toute violation des politiques – notamment celles qui portent sur l'éthique, les conflits d'intérêts, la double facturation, de même que les situations où un coroner fait l'objet d'une enquête civile ou criminelle, ou encore d'une enquête à la suite d'une plainte reçue par le Bureau – peut entraîner une enquête, une suspension ou un licenciement. Ces politiques décrivent également le processus à suivre pour signaler les plaintes contre des coroners et pour faire enquête à leur sujet, et elles fournissent des instructions sur le moment où la conduite d'un coroner peut faire l'objet d'un examen par le coroner en chef.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

L'une des constatations faites lors de notre audit de 2019 était que le Bureau n'avait pas mis en place de processus officiel pour informer l'ordre de réglementation des préoccupations éventuelles concernant le comportement d'un coroner en milieu de travail. 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 incompétent.

Au moment de notre suivi, le Bureau a indiqué que, en plus de respecter les exigences réglementaires afférentes à la *Loi sur les coroners* lorsqu'il incombe au coroner en chef d'aviser l'Ordre des cas de faute professionnelle ou de préoccupations liées à la qualité ou à l'éthique, il a établi expressément dans ses politiques opérationnelles qu'il convenait d'informer l'Ordre si le coroner en chef détermine que les pratiques d'un coroner soulèvent des préoccupations. De plus, le Bureau a modifié ses pratiques d'embauche de 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. Cette étape fait partie de la liste de vérification des nouveaux candidats à un poste de coroner, établie afin de s'assurer que les coroners régionaux principaux procèdent à une sélection systématique des nouveaux candidats. De plus, tous les candidats qui pourraient être retenus doivent fournir un certificat de conduite professionnelle officiel de l'Ordre qui confirme leur statut et fournit des détails sur toute question disciplinaire.

Surveillance minimale du travail des coroners

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dans le cadre de notre audit de 2019, nous avons noté que les médecins devaient suivre un cours de formation de cinq jours sur la tenue d'enquêtes sur les décès lorsqu'ils étaient nommés, mais que le Bureau n'exigeait pas que les coroners suivent une formation continue pour exercer leurs fonctions. Une telle formation continue faisait partie des recommandations du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès à l'intention du ministre en 2014.

Nous avons appris lors de notre suivi que le Bureau avait mis en application en novembre 2020 une version révisée de sa politique, qui précise dorénavant 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.

Le Bureau offre une formation aux nouveaux coroners ainsi qu'un cours annuel de formation à tous les coroners. Les coroners doivent assister au cours annuel de formation au moins une fois tous les trois ans; le dernier cours a eu lieu en novembre 2019. Environ 90 coroners l'ont suivi, de même que d'autres personnes, comme des infirmières, des pathologistes et des boursiers. Le dernier cours destiné aux nouveaux coroners a été offert en novembre 2020. Il a été suivi par environ 40 nouveaux coroners et par d'autres participants, par exemple des infirmières et des infirmiers nommés coroners-enquêteurs, et des coroners en poste qui y ont assisté à des fins de rappel.

- *établissent des lignes directrices sur la charge de travail minimale et maximale des coroners;*
État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

L'une de nos constatations de 2019 était que le Bureau n'avait pas fixé de nombre minimal ou maximal d'enquêtes que doivent mener les coroners. Nous avons établi que la charge de travail moyenne d'un

coroner en 2018 était de 52 cas, mais que 34 coroners avaient assumé près de 90 % de la charge de travail totale. L'un des coroners avait effectué 16 fois plus que le nombre moyen d'enquêtes sur des décès cette année-là, et c'est lui qui avait effectué chaque année le plus grand nombre d'enquêtes sur les décès de 2014 à 2018. Les cadres supérieurs du Bureau convenaient qu'un nombre d'enquêtes sur les décès trop élevé ou trop peu élevé représentait un risque que ces enquêtes soient de piètre qualité.

Au moment de notre suivi, en mars 2021, le Bureau avait mis à jour sa politique afin d'établir des lignes directrices sur la charge de travail. 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. Certaines mesures peuvent être prises, par exemple un plan de formation ou un changement d'horaire. La fourchette a été établie à la suite de consultations avec les coroners régionaux principaux en février 2021. Le Bureau a déterminé que les coroners avaient effectué en moyenne 62 enquêtes au cours de l'exercice 2019-2020; 54 coroners avaient traité moins de 10 cas, et 14 en avaient traité plus de 200. Le Bureau a également noté que les coroners ayant traité peu de cas se trouvaient pour la plupart dans des régions rurales ou nordiques, ou encore dans des régions comptant plus de coroners, tandis que ceux ayant traité un nombre élevé de cas se trouvaient surtout dans les régions urbaines.

Le rendement du coroner ayant mené le plus grand nombre d'enquêtes sur des décès de 2014 à 2020 a fait l'objet d'une discussion au début de 2020; ce coroner n'a alors signalé aucun problème concernant l'équilibre entre les divers aspects entourant son travail de coroner et son travail clinique (excluant la fonction de coroner). Le Bureau n'avait aucune préoccupation relativement à la qualité du travail de ce coroner, y compris à l'égard de ses activités depuis le début de 2021. Selon le Bureau, les activités en question respectaient les normes en vigueur et démontraient que le coroner était bien organisé et efficace dans la conduite des enquêtes sur les décès.

- *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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2022.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons noté que, au cours d'une même journée en 2018, le coroner ayant soumis le plus de factures avait rencontré 82 patients, en plus du temps consacré aux enquêtes sur les décès. Ce médecin n'aurait accordé que 5 minutes environ à chaque patient s'il avait travaillé 24 heures durant la journée. Nous avons également constaté que le Bureau et le ministère de la Santé, qui tiennent à jour les données sur la facturation des médecins, ne se communiquent pas mutuellement ces données.

Au moment de notre suivi, le Bureau avait établi un processus d'échange de données avec le ministère de la Santé. Une fois ce processus pleinement mis en oeuvre, d'ici mars 2022, le Bureau recevra du ministère de la Santé les données sur les factures émises par les coroners dans le cadre du RASO, pour pouvoir effectuer sa propre analyse des enquêtes sur les décès et des données du RASO, de manière à évaluer la charge de travail globale des coroners. Le Bureau prévoit effectuer cette analyse chaque année, à compter d'avril 2022, à l'égard de tous les coroners dont le nombre d'enquêtes dépasse un certain seuil.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre concernant l'adoption d'une politique; en voie de mise en oeuvre d'ici avril 2022 concernant la surveillance de la conformité à la politique.

Détails

L'une des observations faites en 2019 était que 12 coroners avaient facturé deux fois le même service

entre 2014 et 2018. Ils avaient facturé des honoraires de 450 \$ par cas au Bureau ainsi que des honoraires au RASO au titre de services de constatation et de certification de décès. Ils auraient dû facturer uniquement des honoraires de coroner de 450 \$.

Au moment de notre suivi, nous avons appris que le Bureau avait élaboré vers la fin de 2020 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, le Bureau avait établi un processus d'échange de données avec le ministère de la Santé. Une fois ce processus pleinement mis en oeuvre, d'ici mars 2022, le Bureau fournira tous les trimestres des données pertinentes sur les coroners au ministère de la Santé afin de confirmer que les coroners ne facturent pas les services d'enquête sur les décès au RASO. Le Bureau prévoit au départ inclure dans son analyse tous les coroners de la province d'ici avril 2022, puis limiter l'analyse à un échantillon aléatoire de 10 % de tous les coroners.

- *signalent au ministère de la Santé les cas de facturation douteuse ou préoccupante.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Nous avons relevé lors de notre audit de 2019 un certain nombre d'anomalies touchant la facturation, par exemple des cas de double facturation – au Bureau et au RASO – de services de certification des décès ainsi que d'heures supplémentaires et de frais de déplacement. Le Bureau présumait que les médecins étaient conscients du fait que la double facturation était contraire à l'éthique.

Lors de notre suivi, le Bureau a indiqué qu'il commencerait, d'ici avril 2022, à analyser les données pour repérer toute situation où un coroner a enfreint sa politique sur les conflits d'intérêts, ce qui inclut la double facturation au RASO. Il signalera toute infraction au ministère de la Santé.

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons constaté que la politique du Bureau ne contenait aucune disposition concernant la manière dont les coroners régionaux principaux devaient communiquer les changements requis dans les rapports d'enquête sur les décès aux coroners qui avaient rédigé ces rapports. De plus, les coroners régionaux principaux ne documentaient pas les éléments de preuve de manière uniforme lors de leur examen de ces rapports, ce qui rendait difficile l'évaluation de la profondeur et de l'étendue de l'examen.

Au moment de notre suivi, le Bureau a indiqué que le système de gestion des cas, qui permet aux coroners régionaux principaux de procéder à une meilleure documentation et à un meilleur suivi de leurs mesures d'examen et de révision, avait été entièrement mis en oeuvre dans les 10 régions de la province en août 2021.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons observé en 2019 qu'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 d'identifier les coroners ayant besoin de soutien ou de formation supplémentaire. De plus, l'Unité de l'assurance de la qualité du Bureau, qui examine un échantillon de rapports d'enquête de coroners après que ceux-ci ont été passés en revue par le coroner principal, n'avait pas adopté de procédure en vue de mener des examens supplémentaires des rapports d'enquête sur les décès rédigés par les coroners présentant un risque élevé d'erreur. À notre demande, le Bureau avait analysé les erreurs relevées lors des examens d'assurance de la qualité effectués en 2017. Cela avait permis d'apprendre que les principales erreurs détectées comprenaient la consignation erronée des facteurs ayant contribué au décès, comme la consommation de drogues ou d'alcool, ainsi que du lieu du décès.

Au moment de notre suivi, le Bureau avait normalisé son processus d'examen et d'approbation des dossiers, qui comporte deux paliers faisant intervenir des examinateurs des rapports d'enquête sur les décès dans chaque bureau régional. Cela permettra au Bureau d'assurer une meilleure détection et un meilleur suivi des problèmes systémiques afin d'élaborer les séances de formation à l'avenir. Le système de gestion des cas ayant été mis en oeuvre à l'échelle de la province en août 2021, le Bureau peut également produire un rapport à partir de ce système pour faire un suivi des problèmes systémiques à un niveau agrégé; il incombera ensuite à chaque coroner régional principal d'y donner suite.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au cours de notre audit de 2019, nous avons constaté que le Bureau n'exigeait pas que les coroners fournissent des documents justificatifs lorsqu'ils décidaient qu'une enquête sur un décès n'était

pas nécessaire. Le Bureau n'avait jamais estimé la fréquence à laquelle les coroners indiquaient qu'une enquête sur un décès n'était pas justifiée. De plus, il ne présentait pas de rapport aux coroners régionaux principaux sur le taux d'acceptation d'enquêtes par les coroners comparativement aux cas où ces derniers avaient informé le répartiteur qu'une enquête n'était pas justifiée.

Nous avons appris lors de notre suivi que le Bureau avait mis en place un nouveau système de gestion des cas en août 2021, qui oblige les coroners à remplir un rapport pour tous les cas qui leur sont acheminés, y compris ceux qui ne donnent pas lieu à une enquête sur le décès. Une fois que le coroner présente un cas, celui-ci est examiné par le coroner régional principal. De plus, la fonction d'exportation de données du système permet aux coroners régionaux principaux d'exporter tous les cas qui n'ont pas été traités par des coroners et d'effectuer l'analyse souhaitée, notamment la proportion de cas où le coroner ne mène pas d'enquête sur le décès. Le Bureau prévoit également mettre au point une fonction de production de rapports dans le système pour surveiller le taux agrégé de cas où les coroners indiquent qu'une enquête sur le décès n'est pas justifiée.

- *exigent que tous les coroners leur présentent une justification documentée lorsqu'ils décident qu'une enquête sur le décès n'est pas justifiée;*
État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons constaté en 2019 que, dans 56 % des dossiers de l'échantillon que nous avons soumis à un examen, les coroners n'avaient pas soumis de documents fournissant une justification lorsqu'ils décidaient qu'une enquête sur le décès n'était pas requise.

Lors de notre suivi, nous avons appris que le Bureau avait mis en oeuvre un nouveau système de gestion des cas en août 2021. Ce système prévoit la présentation obligatoire des raisons pour lesquelles une enquête n'a pas été entreprise.

Avant la mise en oeuvre complète de ce système, le Bureau exigeait déjà, depuis le 10 juillet 2020, que les coroners soumettent un formulaire au bureau régional pour tous les décès déclarés dans un foyer de soins de longue durée à l'égard desquels ils refusaient de faire enquête; de plus, il encourage les coroners à soumettre ce formulaire pour tous les autres décès où ils jugent qu'une enquête n'est pas justifiée.

- *exigent que les coroners régionaux principaux examinent ces cas pour s'assurer que la justification documentée est raisonnable;*
État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons noté lors de notre audit que l'une des recommandations contenues dans le rapport final déposé en juillet 2019 à la suite de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée consistait pour le Bureau à exiger qu'un coroner qui décide de ne pas enquêter sur un décès remplisse un formulaire standard exposant les motifs de sa décision. Ce formulaire devait ensuite être soumis par voie électronique au coroner régional principal et au Bureau dans un délai prescrit.

Lors de notre suivi, nous avons appris que le Bureau avait mis en oeuvre un nouveau système de gestion des cas en août 2021. Ce système prévoit la présentation obligatoire des raisons pour lesquelles une enquête n'a pas été entreprise. De plus, les coroners-enquêteurs sélectionnent et gèrent les appels ayant trait à des services d'enquête sur des décès qui semblent attribuables à des causes naturelles. La majorité de ces cas ne font pas l'objet d'une enquête du coroner. Les coroners-enquêteurs produisent un dossier à l'égard de toutes ces interactions et saisissent ces dernières dans le système depuis le début du mois de mars 2021.

- *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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au moment de notre audit de 2019, le Bureau ne faisait pas de suivi de certaines données qui auraient pu servir à étayer les évaluations qu'effectuent les coroners régionaux principaux à l'égard des décisions prises par les coroners dans le cadre de la gestion des décès déclarés au Bureau. Ces données comprenaient entre autres la fréquence à laquelle chaque coroner répondait aux appels ou retournait les appels téléphoniques des répartiteurs pour mener des enquêtes sur les décès, la fréquence à laquelle chaque coroner ordonnait une autopsie dans le cadre d'une enquête sur un décès, et la fréquence à laquelle les coroners faisaient des erreurs dans leurs rapports d'enquête sur les décès.

Lors de notre suivi, nous avons appris que le Bureau avait mis en oeuvre un nouveau système de gestion des cas en août 2021. Ce système comporte des fonctionnalités qui permettent une surveillance et un examen plus poussés de la gestion des cas par les coroners. Cela inclut la capacité d'évaluer les mesures ou les réponses où le facteur temps entre en ligne de compte, par exemple lorsque les coroners décident de refuser une enquête sur un décès ou de ne pas ordonner d'autopsie, de manière que les coroners régionaux principaux aient le temps d'examiner ces décisions et d'intervenir au besoin. Le système permet aussi de surveiller la proportion de cas où une autopsie est ordonnée.

Lacunes cernées dans la surveillance des autopsies effectuées par les pathologistes

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

L'une des constatations faites en 2019 était que 11 % des cas d'autopsie liés à des décès criminels suspects entre janvier 2013 et juin 2019 n'avaient pas été attribués aux évaluateurs de la manière prescrite par la politique. Cette politique exige que les cas soient assignés centralement par les administrateurs des services de pathologie selon un processus de désignation par rotation englobant tous les médecins légistes-évaluateurs. Bien que le médecin légiste en chef puisse imposer une dérogation à la politique d'assignation par rotation s'il le juge approprié, le Bureau n'exigeait pas que la justification soit documentée et ne faisait pas de suivi dans de telles situations.

Nous avons appris lors de notre suivi que la politique du Bureau, en vigueur depuis le 13 octobre 2020, définit maintenant les situations où l'assignation par rotation normale des examens par les pairs peut faire l'objet d'une dérogation. Cela comprend notamment les situations d'urgence, les situations où un conflit d'intérêts est déclaré concernant le médecin légiste-évaluateur qui doit examiner le dossier, et celles où une expertise particulière est requise. La politique exige aussi que ces dérogations soient mises par écrit et soumises au médecin légiste en chef ou à son délégué, avec une justification, à des fins d'approbation.

- *surveillent que les autopsies dans les cas de décès criminels suspects soient assignées par rotation, conformément à la politique du Bureau;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

En 2019, nous avons noté que, dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'un médecin légiste possède une expertise à l'égard d'un type particulier de cas, la politique d'assignation par rotation n'était pas respectée. Dans de telles situations, les médecins légistes demandaient expressément qu'un autre médecin légiste examine leur travail, ou que l'administrateur du processus d'examen par les pairs assigne le dossier à un médecin légiste particulier.

Au cours de notre suivi, nous avons appris que, en octobre 2020, le Bureau avait mis à jour son processus d'examen par les pairs pour s'assurer que les cas d'autopsie de décès criminels suspects soient assignés par rotation aux médecins légistes de « catégorie A ». Dans le cadre de ce processus, les administrateurs de la pathologie judiciaire du Bureau sont chargés de sélectionner au hasard les évaluateurs selon une approche par rotation. L'administrateur se conforme à cette approche d'assignation par rotation, sauf lorsqu'il existe une relation connue entre le pathologiste ayant traité le cas et le pathologiste évaluateur, ou lorsqu'il s'agit d'un cas pédiatrique, qui peut être examiné par le comité d'examen des blessures chez les enfants si certaines conditions sont réunies. Le gestionnaire de l'unité veille à ce que le personnel se conforme à ce processus. De plus, le Bureau peut produire des rapports à partir de son système d'information pour indiquer le nombre d'examen par les pairs effectués par chaque pathologiste au cours d'une année donnée, ce qu'il a fait en 2021 pour surveiller le déroulement du processus d'examen par les pairs et veiller à ce que la charge de travail soit répartie uniformément entre les pathologistes.

- *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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2021.

Détails

Durant notre audit de 2019, nous avons noté que le médecin légiste en chef était responsable de la supervision et de la direction des pathologistes en application de la *Loi sur les coroners*. Le Bureau n'avait toutefois pas établi de politique pour décrire les circonstances justifiant une intervention, comme une formation, une suspension ou une radiation du registre des pathologistes.

Lors de notre suivi, le Bureau a indiqué que le registre des pathologistes actuel ne comporte aucun mécanisme officiel pour interjeter appel d'une décision du médecin légiste en chef. D'ici septembre 2021, le Bureau prévoyait revoir le cadre stratégique qui sous-tend le registre des pathologistes afin de donner suite aux recommandations de la vérificatrice générale et du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (le Conseil), et d'assurer la transparence, le respect de la procédure établie, une communication efficace et une définition claire des rôles et des responsabilités. Plus précisément, il vise à préciser les responsabilités des directeurs médicaux, à adopter une philosophie d'amélioration de la qualité, à recadrer ou à restructurer plusieurs comités dont les travaux touchent la pathologie judiciaire, et à définir les situations qui justifient des interventions axées sur le rendement. Le Bureau prévoit soumettre les mises à jour du registre au Comité consultatif de la médecine légale et au Conseil pour approbation d'ici septembre 2021, puis mettre en oeuvre les changements nécessaires d'ici décembre 2021.

Le Bureau a pris un certain nombre de mesures connexes, notamment les suivantes :

- préparer une fiche d'information donnant un aperçu du registre et une analyse des principaux enjeux, à partir des leçons tirées de l'administration du registre, et communiquer cette fiche aux intervenants pour étayer les discussions;
- recueillir les commentaires préliminaires des principales parties prenantes, dont le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Association canadienne des pathologistes et le

Comité d'anatomo-pathologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada;

- conclure un protocole d'entente avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin d'améliorer la collaboration, l'aide et l'échange de renseignements entre le Bureau et l'Ordre, de façon à permettre l'échange de renseignements avec le Bureau lorsque l'Ordre enquête sur une plainte publique ou mène une enquête à l'égard d'un membre de l'Ordre qui est médecin légiste.
- *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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2023.

Détails

Au cours de notre audit de 2019, nous avons constaté que le Bureau n'avait pas obtenu de copies des évaluations du rendement des médecins légistes par les directeurs régionaux des unités de médecine légale en milieu hospitalier dont relevaient ces médecins légistes. Le Bureau n'avait donc pas pu prendre en compte cette information lorsqu'il décidait de maintenir en poste un médecin ou de le radier du registre des pathologistes. Nous avons aussi noté que, de 2013-2014 à 2018-2019, les unités régionales n'avaient pas toujours soumis au Bureau des rapports sommaires trimestriels sur les examens effectués, comme elles y étaient pourtant tenues. En outre, certaines unités n'examinaient pas le nombre requis de cas non suspects.

Au moment de notre suivi, le Bureau avait mis à jour les gabarits de rapport des unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier; ces gabarits ont été approuvés par le médecin légiste en chef en juillet 2020 et ont été envoyés aux unités régionales en août 2020, avec l'entente de paiement de transfert de 2020-2021. Le Bureau souligne que les unités régionales peuvent utiliser le nouveau gabarit de

rapport annuel pour signaler les types d'erreurs commises par les pathologistes, et qu'il fera un suivi en cas de non-production de rapports. Le gabarit comporte des paramètres de mesure comme le nombre réel et le nombre cible d'autopsies de routine, les comparutions devant les tribunaux par chaque pathologiste et le nombre d'examen de contrôle de la qualité effectués par le directeur médical de l'unité à l'égard de chaque pathologiste. De plus, en décembre 2020, les directeurs médicaux des unités régionales ont commencé à disposer d'ordinateurs portables et à accéder à des systèmes internes de gestion de l'information afin de communiquer des renseignements actuels sur l'arriéré de travail des pathologistes et les problèmes de qualité éventuels, de manière à pouvoir intervenir rapidement.

En septembre 2020, le Bureau a mis sur pied un sous-comité consultatif en pathologie judiciaire sur les rôles professionnels afin de conseiller le médecin légiste en chef sur la façon d'améliorer les ententes de paiement de transfert sous l'angle de la gestion du rendement des pathologistes en poste dans les unités régionales. Ce sous-comité a présenté un rapport au médecin légiste en chef et aux médecins légistes en chef adjoints en mars 2021. Le Bureau a aussi indiqué que les recommandations du sous-comité éclaireront l'examen externe (commenté relativement à la **recommandation 10**); par la suite, les ententes de paiements de transfert pourraient être modifiées dès 2023-2024.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons noté en 2019 que le Bureau n'avait pas effectué de suivi centralisé des pathologistes, comme l'avait pourtant demandé le médecin légiste en chef afin de pouvoir intervenir en cas de problème de rendement.

Au moment de notre suivi, le Bureau avait établi une nouvelle procédure opérationnelle normalisée concernant les travaux non conformes aux exigences. Cette procédure est en vigueur depuis octobre 2020; elle précise ce qui constitue une erreur dans le contexte du travail d'autopsie. La politique en vigueur décrit le processus de communication des constats d'erreurs entre le pathologiste évaluateur et le pathologiste responsable de l'autopsie; elle prévoit des possibilités de formation pour les pathologistes moins chevronnés (si l'on conclut que l'expérience a constitué un facteur), et énonce les circonstances où le cas doit être porté à l'attention des cadres supérieurs du Bureau et de l'unité régionale. Elle précise aussi que le médecin légiste en chef est tenu par la loi de signaler les fautes professionnelles graves ou les cas d'incompétence à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

De plus, en octobre 2020, le Bureau a commencé à utiliser un outil d'information pour fournir à l'équipe de direction une analyse sous forme visuelle des erreurs relevées dans les rapports d'autopsie. Le bureau estime que l'utilisation de cet outil a entraîné la modification d'environ 1 % de ses rapports d'autopsie en 2020. Des renseignements détaillés sur les erreurs sont consignés dans le système de gestion de l'information du Bureau.

Lacunes dans les pratiques d'entreposage des corps

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

L'une de nos observations lors de notre audit de 2019 était que, même si le Bureau avait conclu des ententes de paiement de transfert avec chaque unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier concernant la gestion de la morgue, ces ententes ne traitaient pas du fonctionnement et de la sécurité des chambres froides où entreposer les corps placés sous la garde du coroner et du pathologiste. Le Bureau n'avait pas conclu d'entente avec les hôpitaux communautaires et ne disposait pas de renseignements sur leurs politiques et procédures relatives à l'entreposage des corps. Il ne recevait pas de rapport de ces hôpitaux sur leur capacité à entreposer les corps pour les enquêtes sur les décès. L'absence de modalités relatives à l'entreposage des corps avait entraîné des cas d'erreur d'identification ou de décomposition de corps dans trois unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier.

Nous avons appris lors de notre suivi que le Bureau avait inclus des normes de gestion des corps dans ses ententes de paiement de transfert de 2020-2021 avec toutes les unités régionales. De plus, dans le cadre d'une communication de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (l'Association) à tous les hôpitaux de la province en février 2021, le Bureau a distribué des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de gestion des corps dans ces hôpitaux afin d'assurer l'uniformité des pratiques d'entreposage pour l'ensemble des décès. Le Bureau a travaillé en partenariat avec l'Association en vue d'établir ces lignes directrices.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

En 2019, nous avons constaté que les ententes de paiement de transfert conclues avec chaque unité régionale de médecine légale en milieu hospitalier

exigeaient simplement que l'unité soit « équipée et à jour », mais qu'elles n'abordaient pas le fonctionnement ni la sécurité des chambres froides où sont conservés les corps.

Nous avons appris lors de notre suivi que le Bureau avait inclus des normes de gestion des corps dans ses ententes de paiement de transfert de 2020-2021 avec toutes les unités régionales. 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, qu'un seul corps soit placé sur une civière ou un plateau, et que la température des chambres froides soit surveillée électroniquement en tout temps.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons noté qu'il n'existait aucune procédure opérationnelle normalisée à l'Unité de médecine légale de Toronto pour procéder au dénombrement des corps. Nous avons effectué un dénombrement des corps dans cette unité en mai 2019, et nous avons repéré 10 erreurs reliées à l'emplacement des corps.

Au moment de notre suivi, le Bureau avait commencé à recruter du personnel supplémentaire pour améliorer sa capacité de gestion des corps. Ces nouveaux employés – technologues à la morgue et assistants en répartition/à la morgue – sont entrés en fonction en mars 2021. Le Bureau a affiché l'annonce relative à l'embauche de technologues à la morgue en avril 2021, et il a pourvu les postes en question en septembre 2021.

De plus, le Bureau a élaboré une politique de gestion des chambres froides pour fournir une orientation au personnel de pathologie de l'Unité de Toronto; cette politique est entrée en vigueur en juin 2020. Elle décrit la manière d'utiliser chaque chambre froide et chaque congélateur ainsi que les plages de température de cet équipement.

De plus, en janvier 2020, le Bureau a commencé à utiliser un registre pour documenter le dénombrement hebdomadaire et pour faire le suivi des erreurs à l'unité de Toronto. Le Bureau utilise ce processus dans le cadre de ses activités de surveillance en vue de s'assurer que le personnel se conforme aux procédures opérationnelles normalisées. Le Bureau a aussi créé un nouveau poste de responsable de la gestion des corps à l'unité de Toronto. Une personne occupe ce poste depuis mars 2021.

Sous-notification de milliers de décès au Bureau

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons relevé environ 2 300 décès en 2018 qui semblaient correspondre aux critères de décès à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur les coroners*, mais qui n'avaient pas été signalés au Bureau. Ces décès étaient attribuables aux effets nocifs de drogues ou de médicaments, à des fractures, des luxations ou d'autres traumatismes; il y avait aussi des décès survenus en cours de grossesses. Ce sont les policiers

et les travailleurs de la santé qui signalent la majorité des décès au Bureau, mais chaque personne est tenue, aux termes de la *Loi sur les coroners*, de contacter la police ou un coroner lorsque surviennent certains types de décès. Toutefois, le Bureau ne faisait pas de suivi électronique de l'identité des personnes qui signalent un décès ou d'autres renseignements à leur sujet.

Au moment de notre suivi, le Bureau continuait de compter sur les répartiteurs pour recueillir des renseignements sur les personnes, les organismes ou les établissements déclarant des décès. Par suite de la mise en oeuvre complète de la nouvelle procédure de gestion des cas en août 2021, ces renseignements sont dorénavant consignés et sont disponibles à des fins d'analyse agrégée. Le système fait le suivi des types de déclarants, comme la police, le commissaire des incendies, le ministère du Travail et les médecins.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons observé en 2019 que le Bureau ne faisait pas de suivi électronique de l'identité des personnes qui signalent un décès ou d'autres renseignements à leur sujet. Faute de ces renseignements, il lui était difficile de concevoir des campagnes de sensibilisation efficaces pour que le public comprenne mieux le processus de déclaration des décès.

Nous avons appris lors de notre suivi que, en mars 2021, le Bureau avait 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 faire élaborer du contenu éducatif par l'Université Queen's 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. Pendant la pandémie de COVID-19, le Bureau a participé à l'élaboration et à l'exécution de programmes éducatifs qui sont maintenant offerts virtuellement. Le Bureau prévoit notamment élaborer du matériel éducatif destiné au secteur des soins de longue durée à propos des enquêtes sur les décès; ce matériel pourrait être offert en ligne de façon interactive d'ici mars 2022. 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.

Examen requis du modèle de prestation des services

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Au cours de notre audit de 2019, nous avons constaté que l'Unité de médecine légale de Toronto ne faisait pas le suivi de la visite des lieux des décès par les médecins légistes. En revanche, à l'extérieur de Toronto, les médecins légistes des six unités

régionales de médecine légale en milieu hospitalier avaient effectué au total 41 visites des lieux des décès en 2017-2018.

Au moment de notre suivi, nous avons été informés que, en décembre 2020, le Bureau avait mis en application un nouveau processus qui exige que tous les pathologistes soumettent des dossiers d'examen post mortem au moyen d'un nouveau formulaire. Le nouveau formulaire comprend des champs obligatoires concernant la présence sur les lieux du décès, par exemple pour indiquer si le pathologiste s'est rendu sur les lieux du décès, si la visite était prospective ou rétrospective, et si la présence sur les lieux a été utile aux fins de l'examen post mortem. Le Bureau a procédé à l'analyse de tous les dossiers produits jusqu'au début de mai 2021; il en ressort que des pathologistes se sont rendus sur les lieux des décès dans 2 cas d'autopsie, sur près de 3 600 cas d'autopsie traités depuis la fin de décembre 2020. Dans les deux cas, les pathologistes ont indiqué que leur présence sur les lieux avait été utile dans le cadre de l'examen rétrospectif.

- *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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Durant notre audit de 2019, nous avons constaté que le Bureau n'avait pas déterminé si une unité régionale ayant effectué près de 70 % des visites sur les lieux à des fins de médecine légale en 2017-2018 estimait que ces visites étaient utiles. De plus, en 2018, le Bureau avait mis fin à un projet pilote visant à examiner les avantages de la présence de médecins légistes dans certains lieux où était survenu un décès, par exemple dans des cas de violence sexuelle, de corps démembrés ou enterrés, et d'homicides dissimulés, sans évaluer si cela avait servi à améliorer les enquêtes sur les décès. Nous avons mené un sondage auprès d'autres provinces

canadiennes et avons noté que les médecins légistes ne se rendaient pas sur les lieux des décès ou ne le faisaient que dans de rares circonstances.

Au moment de notre suivi, nous avons appris que le Bureau avait effectué une évaluation de la présence sur les lieux des décès au début de 2020. Cette évaluation comprenait l'examen des pratiques entourant la présence des médecins légistes sur les lieux des décès dans d'autres provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan) ainsi que des exigences du programme de formation des médecins légistes. L'évaluation a également pris en compte le fait que les médecins légistes peuvent examiner et analyser virtuellement des photos ou des vidéos des lieux des décès sans avoir à se rendre sur place, et que c'est ce qu'ils ont fait dans 99 % des cas d'autopsie à la suite d'homicides en 2018. Le Bureau a conclu que la présence d'un médecin légiste sur les lieux n'apporte aucun avantage tangible. Il continue toutefois d'encourager les médecins légistes à se rendre sur les lieux dans certains cas complexes, comme ceux liés à la violence sexuelle, à des corps démembrés ou enterrés et à des homicides dissimulés.

- *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.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2022.

Détails

Nous avons observé en 2019 que le plan à long terme du Bureau consistait à mettre en place un modèle de prestation de services composé de professionnels de la santé dûment formés et travaillant à temps plein, probablement des médecins, des infirmières et des ambulanciers paramédicaux, afin de hausser l'efficacité des enquêtes sur les décès. Le Bureau n'avait pas analysé le coût et le temps requis pour qu'un membre du personnel à temps plein mène des

enquêtes sur les décès comparativement au modèle de coroner médical à temps partiel avec paiement à l'acte qui était en place au moment de l'audit.

Nous avons appris lors de notre suivi que, en septembre 2020, le Bureau avait amorcé une analyse et des consultations auprès du personnel interne et de parties prenantes externes afin d'évaluer des modèles de prestation de services envisageables à l'égard des enquêteurs sur les décès. En mars 2021, il avait également effectué une analyse de la portée du travail, de la structure de rémunération et des exigences en matière de nomination et de formation des enquêteurs sur les décès dans huit provinces et territoires.

Le Bureau a lancé le processus visant à retenir les services d'un fournisseur tiers pour élaborer de manière plus poussée le modèle de prestation des services, y compris les options de dotation. Il estime qu'il terminera l'élaboration du modèle de prestation des services et des options de dotation d'ici mars 2022 et qu'il mettra pleinement en oeuvre les options retenues d'ici l'automne de 2022. Le Bureau prévoit que le nouveau modèle englobera l'utilisation d'ententes sur les niveaux de service avec les enquêteurs contractuels, ententes qui comporteront différentes attentes, notamment en ce qui touche la rémunération, les périodes de nomination, les exigences en matière de formation continue, l'attestation relative aux conflits d'intérêts et le respect des normes de qualité en vigueur. Il n'existe pour le moment aucun contrat de travail en bonne et due forme; le coroner en chef nomme directement les coroners.

Dans l'intervalle, le Bureau a embauché des personnes qui ne sont pas médecins, comme des infirmières qui aident à enquêter sur certains décès, notamment les décès apparemment attribuables à des causes naturelles, les décès liés à la drogue et les décès liés à l'aide médicale à mourir, ainsi que des adjoints au médecin qui aident les médecins légistes de l'unité de Toronto pour certains types d'autopsies. Ces rôles sont exercés depuis janvier 2020, soit après notre audit de 2019.

Recommandation 10

Pour démontrer qu'ils bénéficient 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.
État : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2023.

Détails

Dans le cadre de notre audit de 2019, nous avons constaté que le Bureau ne s'était pas assuré que son financement destiné aux six unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier était utilisé pour les autopsies, le personnel ou tout autre élément mesurable. Le coût de chaque autopsie effectuée dans les unités régionales variait entre 1 569 \$ et 2 610 \$ en 2018-2019. Le Bureau n'avait pas évalué les coûts réels devant être engagés dans le cadre du programme de services de médecine légale. Le financement affecté à chaque unité régionale, qui variait entre 100 000 \$ et 570 000 \$ par année, avait été fixé une décennie auparavant et n'avait pas changé depuis.

Nous avons établi lors de notre suivi que le Ministère avait approuvé un financement supplémentaire totalisant 600 000 \$ pour les cinq unités de médecine légale en raison des pressions additionnelles exercées sur leur charge de travail pendant la pandémie. Le Bureau a avisé les unités de ce financement additionnel en février 2021. De plus, le Ministère a effectué un nouveau paiement de transfert de 50 000 \$ à un hôpital du Sud-Ouest de l'Ontario pour appuyer la prestation de services de médecine légale dans la région; cette mesure s'applique à compter de 2020-2021.

Le Bureau prévoit aussi faire appel à un tiers en 2021-2022 pour examiner le modèle de financement sous forme de paiements de transfert ainsi que les besoins en matière de ressources des unités régionales. Il s'attend à ce que cet examen soit terminé d'ici l'été 2022. Les résultats de l'examen seront pris en compte dans le cadre de la

réforme du modèle de financement par paiements de transfert pour les unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier. Selon la date à laquelle l'examen externe s'achèvera, le nouveau modèle de financement pourrait être mis en oeuvre en vue de l'exercice 2023-2024.

Par ailleurs, l'Unité de médecine légale de Hamilton a cessé d'accepter de nouveaux cas en mars 2020 et a été officiellement dissoute en septembre 2020. Le Bureau a souligné que la décision de fermer cette unité était d'ordre opérationnel et qu'elle reflétait le mandat gouvernemental consistant à moderniser le système d'enquête sur les décès de l'Ontario afin qu'il soit plus efficace et plus efficient, ainsi qu'à investir les ressources de manière à en maximiser les retombées sur les citoyens. Le Bureau a déclaré que la fermeture de l'unité de Hamilton lui a permis de maximiser l'investissement du gouvernement dans le complexe des sciences judiciaires et du coroner, dont faisait partie l'unité de Toronto. Ce complexe est situé au même endroit que le Centre des sciences judiciaires, le Bureau du commissaire des incendies et le service de gestion des urgences, ce qui facilite la collaboration et la mise en commun des ressources par le personnel pendant les enquêtes.

Le Bureau a ajouté que les ressources disponibles au complexe rendent possible un processus d'enquête sur les décès plus complet, plus efficace et plus viable. Bien que le Bureau ait effectué une analyse préliminaire du délai d'exécution des autopsies à Hamilton et Toronto entre 2018 et 2020, il a indiqué que, en raison de facteurs comme la pandémie et l'exacerbation de la crise des opioïdes, on ne connaîtra pas entièrement les effets du transfert des cas de la circonscription hospitalière de Hamilton à l'unité de Toronto avant la fin de 2021. Selon les résultats de l'analyse préliminaire, en 2020, l'unité de Toronto, qui a pris en charge des cas supplémentaires confiés auparavant à l'unité de Hamilton, a produit des rapports d'autopsie dans les 69 jours suivant le début de l'autopsie, contre 104 jours en 2019. À titre comparatif, Hamilton, qui a effectué beaucoup moins

d'autopsies en 2020 qu'en 2019 parce qu'elle mettait graduellement fin à ses activités, enregistrait un délai de traitement de 133 jours en 2020, contre 207 jours en 2019.

Le Bureau précise que, à son avis, le délai de traitement des cas d'autopsie par rapport à la date de réception du dossier ne constitue pas un bon paramètre de mesure, car l'unité de Toronto a pour pratique d'effectuer des examens d'imagerie à l'égard de presque tous les cas avant les autopsies, ce qui ajoute au délai de traitement. Quoi qu'il en soit, selon le Bureau, au cours de la période d'un an terminée le 27 mai 2021, sur plus de 6 000 cas d'autopsie que l'unité de Toronto a traités, il y en a un seul où l'autopsie a eu lieu plus de quatre jours après la réception du corps (quatre jours constitue le seuil fixé à l'interne depuis janvier 2020 pour l'unité de Toronto). Cette situation particulière était attribuable au fait que Trillium pour le don de la vie avait besoin que l'on prélève des organes avant l'autopsie, étant donné que le défunt était un donneur d'organes. En mai 2020, le Bureau a mis en application une nouvelle norme, qui consiste à procéder à l'autopsie dans un délai de deux jours à l'unité de Toronto lorsqu'il s'agit de cas criminels suspects et de cas d'homicide, afin de fournir plus rapidement des services à la police.

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

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 annuelles à l'avenir, après que les statistiques pour une année particulière ont été révisées.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons noté que les derniers résultats annuels du Service de médecine légale de l'Ontario qui avaient été communiqués à des parties prenantes avaient trait à l'exercice terminé en juillet 2017, et que son dernier rapport annuel publié était celui de l'exercice terminé en juillet 2015. De même, les derniers résultats publiés par le coroner en chef portaient sur la période de quatre ans terminée en 2015. D'autres provinces, dont Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec, avaient publié des résultats plus récents.

Au moment de notre suivi, le Bureau avait pris l'engagement de publier ses résultats chaque année.

En mars 2021, le Ministère a affiché sur son site Web le rapport annuel du coroner en chef pour la période allant de 2015 à 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. Il prévoit mettre la dernière main aux données de 2020 et les publier sur le site Web des données ouvertes du gouvernement d'ici mars 2022. Le Bureau compte également afficher sur son site Web les données de 2020 et faire de même avec les données des années suivantes.

De plus, le Ministère a affiché les rapports annuels sur la médecine légale pour la période du 27 juillet 2015 au 26 juillet 2016 et du 27 juillet 2016 au 26 juillet 2017 en avril 2020, et celles pour la période du 27 juillet 2017 au 31 mars 2019 en avril 2021. Le Bureau a publié son rapport annuel 2019-2020 en octobre 2021.

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 :

- *publient 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;*

État : Ne sera pas mise en oeuvre. Le Bureau de la vérificatrice générale continue de préconiser la mise en oeuvre de cette recommandation afin que le public puisse savoir si les enquêtes menées par les comités d'examen des décès et les coroners sur des situations données ainsi que les rapports connexes donnent lieu à l'apport de changements positifs aux systèmes et aux processus.

Détails

Nous avons observé en 2019 que même si les enquêtes des comités d'examen des décès et les enquêtes de coroner ainsi que les travaux d'un groupe d'experts avaient abouti à la publication d'environ 600 recommandations en 2018, les réponses à ces recommandations étaient rarement rendues publiques. Le coroner en chef avait fait valoir que le nombre de mises à jour des ministères et autres organismes qui reçoivent des recommandations des comités d'examen des décès ou des coroners ne justifiait pas le temps requis et les coûts de formatage pour afficher les réponses sur leur site Web et pour traduire ces réponses en français.

Au moment de notre suivi, 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 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. Depuis novembre 2016, le Bureau du coroner en chef a cessé de publier l'état de mise en oeuvre des recommandations faisant suite aux enquêtes.

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

État : Ne sera pas mise en oeuvre. Le Bureau de la vérificatrice générale continue de penser que cette recommandation devrait être mise en oeuvre à des fins de transparence concernant le fait que le Bureau du coroner en chef ne fait pas de suivi de la mise en oeuvre des recommandations faisant suite aux enquêtes des comités d'examen des décès ou des coroners afin de déterminer si des changements ont été apportés pour prévenir des décès prématurés et évitables.

Détails

Dans le cadre de notre audit de 2019, le Bureau nous avait informés que les recommandations formulées sous son autorité ne devaient pas être considérées comme contraignantes, et qu'il n'avait pas de renseignements précis lui permettant de savoir si ces recommandations étaient entièrement mises en oeuvre. Le Bureau n'avait pas fait de déclaration publique concernant les raisons pour lesquelles il ne confirmait pas si ces recommandations pouvaient être mises en oeuvre.

Lors de notre suivi, le Bureau a déclaré que son mandat n'incluait pas la publication de commentaires sur l'utilité et la valeur concrète des recommandations des comités d'examen des décès et des coroners, et il a fait valoir que cela pourrait miner la crédibilité de ces entités. Le Bureau a mentionné que les coroners président les travaux, les présidents des comités d'experts et les coroners régionaux principaux s'efforcent de faire en sorte que les recommandations aient une utilité concrète, en se fondant sur les éléments de preuve disponibles. Les conclusions de ces enquêtes servent à formuler des recommandations dans le but d'améliorer la sécurité publique et de prévenir les décès dans des circonstances similaires. Le Bureau a ajouté que les recommandations des jurys et des comités d'experts ne sont pas exécutoires, mais représentent la position de la collectivité et devraient être prises en compte en vue de la prévention de décès futurs.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Nous avons constaté en 2019 que le Bureau ne procédait pas à une analyse poussée des données qu'il recueillait pour dégager les profils ou les tendances se rapportant aux décès. Ces données comprenaient les circonstances, le lieu et la cause des décès. Faute d'une telle analyse, le Bureau ratait une occasion d'utiliser ses renseignements pour prévenir ou réduire le risque de décès subséquents, par exemple ceux survenant dans les établissements correctionnels et ceux qui résultent de températures élevées (les décès liés à la chaleur dans le contexte des changements climatiques constituent un enjeu d'intérêt public de plus en plus important).

Nous avons appris lors de notre suivi que, en 2020 et en 2021, le Bureau avait commencé à recueillir des renseignements, à dégager les tendances et à échanger des données avec le gouvernement et d'autres organisations qui pourraient s'en servir pour élaborer des politiques. Voici quelques exemples :

- Le Bureau a transmis des données sur la mortalité reliée aux opioïdes, aux drogues et à l'alcool à Sudbury et dans les environs au comité de surveillance des opioïdes de Sudbury et au Mushkegowuk Special Task Force for Healthier Communities (groupe de travail spécial Mushkegowuk pour des collectivités en meilleure santé) en février 2020, ce qui a été suivi par la communication de données sur les décès liés aux drogues dans la région de Peel en mars 2021.
- Le Bureau a communiqué des données sur la mortalité liée aux suicides entre 2016 et juin 2020 à des partenaires du domaine de la santé publique en février 2021.
- Il transmet, généralement sur une base mensuelle, des données sur la mortalité liée aux décès de sans-abri dans la région de Toronto à des partenaires du domaine de la santé publique.

- En partenariat avec l'Ontario Drug Policy Research Network, Santé publique Ontario et le Centre on Drug Policy Evaluation, le Bureau a publié en novembre 2020 un rapport préliminaire sur les décès liés aux opioïdes pendant la pandémie de COVID-19. Une version mise à jour du rapport, qui comprenait des données allant jusqu'à la fin de 2020, a été publiée en mai 2021.
- En 2020, on a élargi la portée des activités de collecte de données sur les décès liés aux opioïdes afin d'inclure les rapports courants sur la toxicité des stimulants et les décès suspects liés aux drogues afin de cerner les tendances émergentes. Ces renseignements sont communiqués chaque mois au ministère de la Santé et chaque trimestre aux partenaires du domaine de la santé publique.
- Le Bureau a fait part de constatations sur les décès survenus dans le secteur minier entre 2001 et 2017 lors d'une conférence sur la santé et la sécurité dans le secteur minier tenue en mars 2021.
- Le Bureau a conceptualisé un projet sur la COVID-19 et les circonstances des décès en juillet 2020, et il a lancé ce projet en janvier 2021 afin d'extraire des données et d'analyser l'incidence de la COVID-19 et des mesures d'intervention connexes sur les circonstances des décès. Le Bureau a terminé le projet au printemps de 2021, et il attendait l'approbation requise pour publier ces travaux dans une revue.
- En 2021, le Bureau a publié un rapport sur les décès liés à la COVID-19 survenus en 2020 chez les travailleurs étrangers temporaires dans le secteur agricole.

En outre, afin d'accroître sa capacité de collecte et d'analyse de données, le Bureau mettait sur pied une nouvelle unité d'analyse des décès à l'appui de la santé et de la sécurité. Cette unité doit recourir aux sciences de la santé publique pour analyser et diffuser des données sur les décès, dans le but d'appuyer les programmes et services de sécurité communautaire ainsi que les programmes de prévention et d'intervention. Une fois qu'elle disposera d'un effectif complet, ce qui est prévu d'ici novembre 2021, l'unité

comprendra un chef d'équipe, deux épidémiologistes et un adjoint à la recherche.

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

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 ministère du Solliciteur général réexamine le mandat et les pouvoirs du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès.
État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2023.

Détails

Lors de notre audit de 2019, nous avons constaté que le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès avait formulé environ 60 recommandations à l'intention du Bureau au cours des 5 dernières années, mais qu'il n'avait pas le pouvoir d'exiger que le Bureau mette en oeuvre ces recommandations. De plus, le Bureau n'avait pas discuté avec le Conseil à propos de la décision de fermer l'une de ses unités régionales de médecine légale en milieu hospitalier avant que le cycle annuel de planification budgétaire du gouvernement soit terminé. Le Conseil a été créé dans le but de superviser les activités du coroner en chef et du médecin légiste en chef en leur donnant des conseils et en leur présentant des recommandations sur des questions comme la gestion des ressources financières, la planification stratégique, l'assurance de la qualité et les mécanismes de responsabilisation.

Au moment de notre suivi, nous avons appris que, en décembre 2020, le Ministère avait donné son approbation afin que le Conseil fasse appel à un fournisseur externe en vue d'élaborer un plan stratégique à son intention pour les années 2021 à 2025. Le Ministère prévoit que ce plan stratégique sera achevé d'ici mars 2022 et que le mandat du Conseil sera mis à jour d'ici mars 2023.

De plus, une décision prise par le Conseil en 2019 faisait l'objet d'un contrôle judiciaire. Le Conseil s'attendait à ce que ce contrôle soit terminé vers la fin de 2021. Par la suite, il prévoit recommander au Ministère que l'on procède à un examen de ses pouvoirs législatifs et réglementaires d'ici la fin de 2022.