

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

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

(RAPPORT ANNUEL 2019 DU BUREAU DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE
L'ONTARIO, SECTION 3.08)

1^{re} session, 42^e législature
70 Elizabeth II

ISBN 978-1-4868-5337-3 (Imprimé)
ISBN 978-1-4868-5339-7 [Anglais] (PDF)
ISBN 978-1-4868-5341-0 [Français] (PDF)
ISBN 978-1-4868-5338-0 [Anglais] (HTML)
ISBN 978-1-4868-5340-3 [Français] (HTML)

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Ted Arnott
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "T. Natyshak".

Taras Natyshak

Queen's Park
Juin 2021

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS
LISTE DES MEMBRES

1^{re} session, 42^e législature

TARAS NATYSHAK
Président

FRANCE GÉLINAS
Vice-présidente

DEEPAK ANAND

RUDY CUZZETTO

TOBY BARRETT

CHRISTINE HOGARTH

JESSICA BELL

DARYL KRAMP

STEPHEN BLAIS

MICHAEL PARSA

STEPHEN CRAWFORD

SANDY SHAW a régulièrement été membre suppléante du comité.

CHRISTOPHER TYRELL
Greffier du comité

DMITRY GRANOVSKY
Rechercheur

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS
LISTE DES MEMBRES SUPPLÉMENTAIRES

1^{re} session, 42^e législature

JILL ANDREW	(le 28 octobre 2019 – le 16 février 2021)
STAN CHO (Willowdale)	(le 28 octobre 2019 – le 16 février 2021)
CATHERINE FIFE	(le 26 juillet 2018 – le 16 février 2021)

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	1
REMERCIEMENTS	1
CONTEXTE	1
OBJECTIF ET PORTÉE DE L'AUDIT DE 2019	2
FAITS SAILLANTS DE L'AUDIT	2
PROBLÈMES SOULEVÉS DURANT L'AUDIT ET AUPRÈS DU COMITÉ	3
Responsabilisation et transparence	3
Surveillance des coroners	4
Nouveaux systèmes informatiques et nouveau modèle de prestation des services	6
Fermeture de l'Unité de médecine légale de Hamilton	7
Pratiques de gestion des corps	7
Données sur les décès et sécurité publique	8
LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	9

PRÉSENTATION

Le 21 octobre 2020, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences publiques sur l'audit du Bureau du coroner en chef et du Service de médecine légale de l'Ontario (Section 3.08 du *Rapport annuel 2019* de la vérificatrice générale).

Le Comité avale les observations et les recommandations de la vérificatrice générale et présente ici ses propres constats, points de vue et recommandations. Le ministère du Solliciteur général est prié de donner suite à ces recommandations par écrit au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire.

REMERCIEMENTS

Le Comité tient à remercier les représentantes et représentants du ministère du Solliciteur général, du Bureau du coroner en chef, du Service de médecine légale de l'Ontario et du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès. Il remercie également le Bureau de la vérificatrice générale, le greffier du Comité et le Service de recherche de l'Assemblée législative pour leur contribution aux audiences et à la rédaction du présent rapport.

CONTEXTE

Le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario relèvent du ministère du Solliciteur général (le Ministère). Ils sont chargés de mener des enquêtes sur les décès en vertu de la *Loi sur les coroners*. Les coroners font enquête sur tous les décès jugés soudains, inattendus ou non naturels. Le Bureau du coroner en chef (le Bureau) exerce deux fonctions principales : les services de coroner et les examens post mortem (« autopsies »). En 2018, le Bureau a mené environ 17 000 enquêtes sur décès et pratiqué plus de 8 000 autopsies dans le cadre de ces enquêtes.

De plus, le Bureau supervise les enquêtes de coroner et les comités d'examen des décès : les premières sont menées par les coroners après leur enquête sur un décès et peuvent être obligatoires ou discrétionnaires; les seconds sont établis ponctuellement par la ou le coroner en chef afin de fournir une aide spécialisée aux coroners dans leurs enquêtes.

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès conseille et avise le Bureau depuis sa création en 2010. La ou le coroner en chef et la ou le médecin légiste en chef (et leur personnel) travaillent sous l'autorité de ce conseil, soutenu par trois membres du personnel du ministère du Solliciteur général. C'est aussi le Conseil qui administre le processus de traitement des plaintes du public.

OBJECTIF ET PORTÉE DE L'AUDIT DE 2019

L'audit avait pour objectif de déterminer si le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario (le Bureau) avaient mis en place des systèmes et procédures efficaces pour :

- mener des enquêtes de qualité supérieure sur les décès et prévenir les décès prématurés, conformément aux exigences législatives, aux politiques internes et aux pratiques exemplaires;
- mener les enquêtes sur les décès et fournir les services connexes de façon économique;
- mesurer l'efficacité des activités du Bureau et faire rapport à ce sujet.

L'audit portait sur la période de trois ans se terminant le 31 mars 2019, et comprenait un examen rigoureux de la législation et d'autres documents, ainsi que des entrevues avec divers intervenants et intervenantes quant à leur opinion du travail du Bureau. L'équipe d'audit a également observé plusieurs processus appliqués lors des enquêtes sur les décès.

FAITS SAILLANTS DE L'AUDIT

La vérificatrice générale a conclu que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario « n'ont pas démontré qu'ils avaient mis en place des systèmes et des procédures efficaces pour mener constamment des enquêtes de grande qualité sur les décès afin d'améliorer la sécurité publique et de prévenir les décès évitables ou de réduire le risque connexe ». De plus, elle a constaté que le Bureau « peut redoubler d'efforts pour mesurer l'efficacité de ses activités et faire rapport à ce sujet ».

Voici ses plus importantes conclusions :

- Les coroners tiennent des enquêtes sur les décès sous une supervision minimale, et de nombreuses irrégularités ne sont pas détectées (p. ex., elles et ils enquêtent parfois sur le décès de leurs anciens patients ou patientes, ou enquêtent sur des décès en faisant l'objet de restrictions à l'exercice, ou encore facturent plus de 24 heures de services de coroner et de médecin au cours d'une même journée).
- Certaines et certains médecins légistes ne respectent pas le processus réglementaire qui exige l'évaluation des rapports d'autopsie par des pairs affectés à partir d'une liste de roulement, et choisissent plutôt leur propre évaluatrice ou évaluateur.
- En 2017, 18 % des rapports de coroners contenaient des erreurs importantes, même après leur examen par la coroner régionale principale ou le coroner régional principal.
- Il n'y a pas de politique documentée relative à la suspension ou à la révocation de la nomination de coroners faisant l'objet de restrictions à l'exercice imposées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

- Le Bureau ne fait pas de suivi central des erreurs commises par les pathologistes et les médecins légistes. Certaines erreurs nécessitent une intervention (formation additionnelle, retrait du registre).
- Il y a des lacunes dans les pratiques d'entreposage des corps dans les unités de pathologie en milieu hospitalier, où l'on remarque l'absence de procédures pour le dénombrement régulier des corps.
- Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès dispose d'un pouvoir limité qui restreint son efficacité comme organisme de contrôle (il conseille, mais n'exige pas). Il n'a pas été informé du fait que le Ministère avait autorisé la fermeture d'une de ses unités régionales de médecine légale.

PROBLÈMES SOULEVÉS DURANT L'AUDIT ET AUPRÈS DU COMITÉ

Plusieurs problèmes majeurs ont été soulevés dans l'audit et durant les audiences du Comité. Ce dernier estime que ce qui suit est particulièrement digne de mention.

Responsabilisation et transparence

Les membres du Comité sont préoccupés par le peu de progrès accompli par le Bureau dans la mise à exécution des 14 recommandations de l'audit, dont aucune n'a été pleinement mise en œuvre au moment des audiences publiques. Le Bureau a affirmé qu'il prenait les recommandations au sérieux et avait expressément affecté une équipe à leur application. Il a dit au Comité être en train d'harmoniser les recommandations de l'audit avec d'autres recommandations, lesquelles émanent du rapport sur l'enquête publique de 2019 au sujet de la sécurité des résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée (l'enquête Gillese) et du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès (CSED).

Interrogé au sujet du processus de responsabilisation à l'égard des recommandations faisant suite aux enquêtes des coroners, le Bureau s'est expliqué en déclarant qu'il n'a « ni l'autorité, ni le pouvoir, ni le mandat d'obliger les personnes concernées à respecter ces recommandations ». Le Ministère a confirmé qu'il faudrait modifier la loi de façon à obliger les différentes entités à mettre à exécution les recommandations des coroners et des jurys.

Les membres du Comité s'intéressaient également à ce que le Bureau faisait pour donner suite aux recommandations de l'enquête Gillese. Le Bureau a dit que certaines recoupaient les recommandations de l'audit, et qu'il faisait un travail d'harmonisation en collaboration avec divers intervenants et intervenantes externes du gouvernement et du secteur de l'éducation.

Le Comité a voulu savoir pourquoi le Bureau du coroner en chef ne publiait pas de rapport annuel sur ses travaux. Le Bureau a répondu en affirmant qu'il s'occupait d'abord des demandes d'information immédiates, et qu'en outre, l'âge de son système informatique créait des difficultés ralentissant l'organisation et la production de rapports faisant état des données.

Le Comité a demandé si le gouvernement provincial pouvait faciliter les choses en modifiant la loi ou la réglementation pour renforcer les pouvoirs de supervision du Bureau. Le Ministère a précisé que le CSED est actuellement chargé de superviser

le Bureau et de soumettre à son attention tout cas d'inconduite ou d'activité criminelle, le Ministère pouvant dès lors enquêter sur le cas d'inconduite ou intenter une procédure pénale. Le CSED a toutefois dit n'avoir reçu aucune plainte précise concernant les conclusions de l'audit.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande :

- 1. Que le ministère du Solliciteur général crée un cadre de supervision pour garantir que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario mettent en œuvre les recommandations du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et celles émanant des autres entités de contrôle et examens.**
- 2. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient en ligne l'état d'avancement actuel de leur mise en œuvre des recommandations émanant des enquêtes de coroners et des comités d'examen des décès.**
- 3. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient un rapport annuel en ligne sur leur rendement et, si les données pour une année en particulier sont révisées ultérieurement, qu'ils en fassent état dans une mise à jour.**

Surveillance des coroners

Le Comité a voulu connaître par quelles mesures on s'est attaqué aux problèmes de surveillance des coroners signalés par l'audit, à savoir la facturation en double, les conflits d'intérêts potentiels et les coroners persistant dans leur pratique malgré des restrictions à l'exercice imposées par leur ordre professionnel. En ce qui concerne la facturation en double, le Bureau a dit avoir informé les coroners qu'il s'agissait d'une pratique interdite. Il a reconnu qu'il aurait pu leur expliquer la politique plus clairement. Toutefois, il lui est difficile de surveiller leur respect des règles de facturation, car l'Assurance-santé de l'Ontario lui interdit l'accès aux données de facturation des coroners.

Interrogé au sujet des cas de coroners ayant mené enquête sur le décès d'anciens patients ou patientes, le Bureau a précisé que la ou le coroner peut dans certains cas, par exemple si elle ou il est urgentologue, ne pas se souvenir d'avoir eu la personne comme patiente avant son décès.

Quant aux cas de pratique malgré des restrictions à l'exercice, le Bureau a fait savoir au Comité que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ne l'avait pas de toutes les restrictions imposées. Il a toutefois admis que c'était en partie de sa faute, certains cas étant passés sous son radar avant qu'il resserre le processus.

Enfin, le Bureau a assuré au Comité qu'il surveillera les coroners de façon beaucoup plus efficace et systématique qu'auparavant une fois que son nouveau modèle de prestation de services sera mis en œuvre, car ce modèle sera fondé sur une relation contractuelle et des politiques explicites qui viseront à régler les problèmes signalés par l'audit.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande :

4. **Que le ministère du Solliciteur général se dote de l'expertise nécessaire pour évaluer les mesures que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario adoptent afin de s'attaquer aux irrégularités de facturation (surfacturation des coroners et de l'Assurance-santé de l'Ontario) et aux cas de conflits d'intérêts potentiels signalés par l'audit, dans l'optique de protéger le public et d'honorer son obligation fiduciaire, et qu'il fasse état au Comité permanent des comptes publics de son évaluation des mesures prises par le Bureau à la suite de son enquête.**
5. **Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :**
 - a) **collaborent avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) pour trouver des moyens plus efficaces d'échanger l'information sur les médecins-coroners qui éprouvent ou peuvent éprouver de sérieux problèmes de rendement;**
 - b) **révisent leurs politiques sur la question d'imposer la suspension ou la révocation de leur nomination aux coroners qui ont commis une faute professionnelle, ont été jugés incompetents ou ont soulevé des questions de qualité ou d'éthique;**
 - c) **signalent rapidement à l'OMCO les cas de faute professionnelle et d'incompétence ou tout autre problème de qualité ou manquement à l'éthique.**
6. **Que le ministère de la Santé, de concert avec le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, mette sur pied un processus permettant d'obtenir les données pertinentes sur les coroners tous les trimestres et de les comparer aux données de facturation des services de médecin, de repérer les irrégularités et d'enquêter sur toute facturation abusive ou pratique illégale.**
7. **Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :**
 - a) **établissent des directives relatives à la charge de travail minimale et maximale des coroners, et engagent une vérificatrice ou un vérificateur externe pour s'assurer que ces lignes directrices sont adéquates;**
 - b) **évaluent périodiquement le caractère raisonnable de la charge de travail des coroners en la comparant avec le nombre total de cas et la charge de travail globale selon les données sur les**

demandes de paiement présentées à l'Assurance-santé de l'Ontario;

- c) **adoptent une politique interdisant aux coroners de facturer à la fois à l'Assurance-santé de l'Ontario et au Bureau des frais pour les mêmes services, et surveillent la conformité à la politique en prévoyant des solutions légales ou disciplinaires pour les contrevenantes et contrevenants.**

Nouveaux systèmes informatiques et nouveau modèle de prestation des services

Le Comité a été informé que le Bureau travaillait actuellement à l'implantation de nouveaux systèmes informatiques (QuinC et Qualtrax) qui sont censés accélérer les procédures et renforcer la responsabilisation chez les coroners et les médecins légistes, respectivement. Le Bureau a précisé que QuinC avait deux fonctionnalités principales : le suivi et la saisie des données. Grâce à ce système, le Bureau peut contrôler le rendement des coroners, appliquer des indicateurs de rendement et assurer le suivi des plaintes. De plus, le nouveau système devrait rendre plus systématiques la saisie des données et la production des rapports, car les coroners disposeront désormais de gabarits normalisés pour recueillir l'information. Actuellement au stade de l'essai-utilisateur, ce système devrait être pleinement intégré d'ici la fin de l'exercice 2020-2021.

Par ailleurs, le Bureau prépare un nouveau modèle de prestation des services pour la tenue des enquêtes sur les décès. Ce modèle est fondé sur une relation contractuelle avec les professionnelles et professionnels de la santé souhaitant mener des enquêtes sur des décès; les différentes politiques qui accompagneront les contrats sont en cours de rédaction. De plus, les professionnelles et professionnels en question devront suivre une formation axée sur les compétences et la renouveler pour continuer d'exercer comme coroners.

Le Bureau prévoit que plusieurs des recommandations de l'audit seront mises en œuvre lorsque les nouveaux systèmes informatiques et le nouveau modèle de prestation des services seront implantés, notamment quant à l'analyse systématique des erreurs commises par les coroners et les médecins légistes ainsi qu'à la gestion adéquate de la charge de travail.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande :

- 8. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario obligent tous les coroners à suivre chaque année une formation axée sur les compétences pour conserver leur droit d'exercice, conformément à la recommandation du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès émise en 2014, et qu'ils prévoient, en cas de non-respect de cette exigence, des mesures disciplinaires telles que la suspension ou la révocation du droit d'exercer comme coroner en Ontario.**

Fermeture de l'Unité de médecine légale de Hamilton

Le Ministère a informé le Comité que la décision opérationnelle de fermer l'Unité de médecine légale de Hamilton, une unité régionale en milieu hospitalier, avait été prise à l'automne 2018. Les membres du Comité ont émis des doutes sur la date de cette décision, l'Unité ayant fermé ses portes en mars 2020 – au même moment où le CSED enquêtait sur des plaintes faites par deux membres du personnel de l'Unité au sujet du coroner en chef et du médecin légiste en chef. Le Ministère a affirmé que la décision de fermer l'Unité s'inscrivait dans un plan pluriannuel présenté par le Conseil du Trésor en octobre 2018, et n'avait pu être communiquée au CSED avant juin 2019 pour des raisons de confidentialité.

Le Comité a voulu savoir si cette fermeture avait amélioré la prestation des services et la sécurité publique, citant comme exemple les quatre jours qu'a pris la production du rapport d'autopsie dans une récente affaire criminelle à Hamilton. Le Ministère a avancé que la sécurité publique se portait mieux, puisque l'Unité de médecine légale de Hamilton n'avait pas accès aux systèmes d'imagerie dont est équipée l'unité de Toronto, qui dessert désormais la région de Hamilton. Il a tenu à rassurer le Comité en lui affirmant que le temps du transport des corps de Hamilton à Toronto n'avait aucune incidence sur la sécurité publique. Au sujet de l'exemple cité par le Comité, le Bureau a précisé qu'il visait un délai de deux jours pour les autopsies, mais que dans l'affaire en question, le délai avait possiblement été prolongé par un processus de consultation du service de police de Hamilton.

Pratiques de gestion des corps

Les membres du Comité ont voulu savoir par quelles mesures le Bureau s'était attaqué aux problèmes signalés par l'audit quant à la gestion des corps, notamment les lacunes touchant le transport et l'entreposage. Le Bureau a répondu qu'en ce qui concerne le transport, il prévoyait adopter un système de fournisseurs de services attitrés qui seraient inscrits sur une liste de rotation. Quant à l'entreposage, l'entente de paiement de transfert avec les unités régionales de médecine légale stipule désormais des exigences concernant, notamment, l'exactitude de l'étiquetage et de l'identification des corps. De plus, le Bureau a réorganisé le processus à ses installations de Toronto : la répartition des coroners et la gestion des corps, deux opérations qui avaient toujours été remplies par la ou le même membre du personnel, sont désormais accomplies séparément. Le Bureau procède actuellement à l'embauche de nouveaux effectifs pour faciliter cette réorganisation.

Sur la question de savoir si les nouvelles procédures de gestion des corps adoptées durant la pandémie ont fait augmenter les coûts pour les familles des personnes décédées, le Bureau a dit ne pas avoir connaissance d'une telle hausse. Enfin, le Bureau estime que les hausses de dépenses que pourrait engendrer l'augmentation de l'effectif seraient compensées par les économies faites dans le secteur hospitalier.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande :

- 9. 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.

- 10. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario expliquent au Comité en quoi le fait de séparer les opérations de répartition et de gestion a amélioré les pratiques de gestion des corps à Toronto.**

Données sur les décès et sécurité publique

Le Comité souhaitait par ailleurs en savoir plus sur le rôle du Bureau quant à la collecte des données tirées des enquêtes sur les décès et à l'amélioration de la santé publique par la prévention des décès évitables (sécurité publique « guidée par les données »). Le Bureau a fait état de plusieurs initiatives à cet effet, notamment l'examen systématique des cas de décès d'enfants et de jeunes ainsi que l'importante somme de données recueillies au sujet des décès liés à la consommation d'opioïdes. Il a de plus annoncé au Comité qu'il devrait pouvoir recueillir des données dans de nombreux autres cas une fois son nouveau système informatique implanté. De plus, il projette de créer une équipe d'analyse des décès et de sécurité, laquelle compterait deux épidémiologistes et aurait le mandat exprès d'examiner les données sur les décès indirectement causés par la COVID-19, notamment les augmentations des cas de suicide.

Au sujet du suivi des décès en trop dans les foyers de soins de longue durée, le Bureau a répondu au Comité que « les décès causés par la COVID-19 dans les établissements et dans la population générale sont traités comme des décès de causes naturelles [...] sauf quand des éléments additionnels justifient une enquête médico-légale ». Le Bureau a toutefois précisé qu'il collaborait avec d'autres services médico-légaux pour l'analyse des dommages causés par la COVID-19 à diverses fonctions moléculaires et cellulaires.

Le Comité souhaitait aussi obtenir des précisions sur l'exactitude des certificats de décès en Ontario, et sur le processus déployé pour l'évaluer. Le Bureau a dit qu'il ne s'occupait que d'environ 17 % de tous les décès et ne pouvait se prononcer qu'au sujet de l'exactitude des dossiers de son ressort, lesquels sont régulièrement évalués. Enfin, au sujet des initiatives de sensibilisation publique, le Bureau a reconnu que les fournisseuses et fournisseurs de soins de santé pouvaient bénéficier d'une formation additionnelle sur les décès à déclaration obligatoire.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande :

- 11. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, de concert avec le ministère de la Santé, élaborent une stratégie de communication (comportant un volet de sensibilisation publique) pour informer les parties concernées du milieu médical à propos de l'exigence légale relative à la déclaration de décès aux fins d'enquête.**

LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité permanent des comptes publics recommande :

- 1. Que le ministère du Solliciteur général crée un cadre de supervision pour garantir que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario mettent en œuvre les recommandations du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès et celles émanant des autres entités de contrôle et examens.**
- 2. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient en ligne l'état d'avancement actuel de leur mise en œuvre des recommandations émanant des enquêtes de coroners et des comités d'examen des décès.**
- 3. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario publient un rapport annuel en ligne sur leur rendement et, si les données pour une année en particulier sont révisées ultérieurement, qu'ils en fassent état dans une mise à jour.**
- 4. Que le ministère du Solliciteur général se dote de l'expertise nécessaire pour évaluer les mesures que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario adoptent afin de s'attaquer aux irrégularités de facturation (surfacturation des coroners et de l'Assurance-santé de l'Ontario) et aux cas de conflits d'intérêts potentiels signalés par l'audit, dans l'optique de protéger le public et d'honorer son obligation fiduciaire, et qu'il fasse état au Comité permanent des comptes publics de son évaluation des mesures prises par le Bureau à la suite de son enquête.**
- 5. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :**
 - a) collaborent avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) pour trouver des moyens plus efficaces d'échanger l'information sur les médecins-coroners qui éprouvent ou peuvent éprouver de sérieux problèmes de rendement;**
 - b) révisent leurs politiques sur la question d'imposer la suspension ou la révocation de leur nomination aux coroners qui ont commis une faute professionnelle, ont été jugés incompetents ou ont soulevé des questions de qualité ou d'éthique;**
 - c) signalent rapidement à l'OMCO les cas de faute professionnelle et d'incompétence ou tout autre problème de qualité ou manquement à l'éthique.**
- 6. Que le ministère de la Santé, de concert avec le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, mette sur pied un processus permettant d'obtenir les données pertinentes sur les coroners tous les trimestres et de les comparer aux données de**

facturation des services de médecin, de repérer les irrégularités et d'enquêter sur toute facturation abusive ou pratique illégale.

- 7. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario :**
 - a) établissent des directives relatives à la charge de travail minimale et maximale des coroners, et engagent une vérificatrice ou un vérificateur externe pour s'assurer que ces lignes directrices sont adéquates;**
 - b) évaluent périodiquement le caractère raisonnable de la charge de travail des coroners en la comparant avec le nombre total de cas et la charge de travail globale selon les données sur les demandes de paiement présentées à l'Assurance-santé de l'Ontario;**
 - c) adoptent une politique interdisant aux coroners de facturer à la fois à l'Assurance-santé de l'Ontario et au Bureau des frais pour les mêmes services, et surveillent la conformité à la politique en prévoyant des solutions légales ou disciplinaires pour les contrevenantes et contrevenants.**
- 8. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario obligent tous les coroners à suivre chaque année une formation axée sur les compétences pour conserver leur droit d'exercice, conformément à la recommandation du Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès émise en 2014, et qu'ils prévoient, en cas de non-respect de cette exigence, des mesures disciplinaires telles que la suspension ou la révocation du droit d'exercer comme coroner en Ontario.**
- 9. 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.**
- 10. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario expliquent au Comité en quoi le fait de séparer les opérations de répartition et de gestion a amélioré les pratiques de gestion des corps à Toronto.**
- 11. Que le Bureau du coroner en chef et le Service de médecine légale de l'Ontario, de concert avec le ministère de la Santé, élaborent une stratégie de communication (comportant un volet de sensibilisation publique) pour informer les parties concernées du milieu médical à propos de l'exigence légale relative à la déclaration de décès aux fins d'enquête.**