



**Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario**

Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Rapport annuel 2021

Novembre 2024

Table des matières

Message des coprésidentes	3
Composition du CEDVF	4
Résumé	5
Chapitre 1 : Vue d'ensemble du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale	7
Chapitre 2 : Analyse des homicides liés à la violence domestique et des homicides-suicides	12
Chapitre 3 : Examens du CEDVF – Questions courantes	22
Annexe A : Description des facteurs de risque	28
Annexe B : Résumé détaillé des cas examinés en 2021	36
Annexe C : Résumé des cas de 2021	37
Annexe D : Recommandations relatives à l'examen des cas de 2021	42

Le présent rapport a été préparé par le personnel du Bureau du coroner en chef, notamment la D^{re} Elizabeth Urbantke et Indira Stewart, coprésidentes du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF), Hannah Verrips, conseillère principale en politiques et en programmes et directrice générale du CEDVF, ainsi que Debika Burman, épidémiologiste principale du CEDVF.

Message des coprésidentes

Le présent rapport annuel dresse un compte-rendu des activités menées en 2021 par le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF). Les différents experts multidisciplinaires spécialisés qui forment le CEDVF ont pour mission d'examiner tous les décès liés à la violence entre partenaires intimes en Ontario. En 2021, 28 cas ayant entraîné 42 décès ont été examinés, ce qui a donné lieu à la formulation de 55 recommandations.

Le CEDVF a été créé en 2003 en réponse aux recommandations formulées à l'issue de deux enquêtes sur les homicides d'Arlene May et de Gillian Hadley par leurs anciens partenaires masculins. Entre 2003 et 2021, le CEDVF a examiné 392 cas ayant entraîné 563 décès et a formulé 492 recommandations.

Au début de l'année 2024, nous avons eu le privilège de devenir les nouvelles coprésidentes du CEDVF, succédant ainsi à Prabhu Rajan, qui était lui-même devenu président du Comité en 2021. Nous tenons à saluer le travail acharné et le dévouement de M. Rajan, ainsi que des membres du Comité et du personnel qui nous ont précédées.

Le Comité a pour objectif de contribuer à la prévention d'autres décès liés à la violence entre partenaires intimes en Ontario au moyen d'un examen par des experts, et ce, afin que ces décès tragiques ne soient pas ignorés et que l'on comprenne mieux les raisons de ces décès. Des recommandations sont formulées pour contribuer à la création d'un changement systémique.

Un examen exhaustif du Comité a eu lieu en 2022-2023, y compris un examen du mandat, de la fonction et de la composition du Comité, dans le but de diversifier les membres, de moderniser les processus et de mettre en œuvre des approches novatrices pour l'examen des cas. Le rapport annuel 2021 fait état des travaux réalisés avant ce processus de renouvellement.

Dans l'avenir, nous intégrerons les leçons tirées des examens précédents et soutiendrons le Comité dans l'élaboration de pratiques nouvelles et novatrices afin de contribuer à la prévention des décès liés à la violence entre partenaires intimes en Ontario.

C'est un honneur que de participer aux travaux du CEDVF et nous sommes reconnaissantes du dévouement de ses membres, anciens et actuels, envers la population de l'Ontario. Nous apprécions grandement le temps consacré par les membres et leur énorme contribution à la compréhension de la violence entre partenaires intimes en Ontario.

D^{re} Elizabeth Urbantke

Coroner régionale principale
Bureau du coroner en chef
Coprésidente du CEDVF

Indira Stewart

Avocate de l'enquête
Bureau du coroner en chef
Coprésidente du CEDVF

Composition du CEDVF (2021)

Prabhu Rajan

Président
Avocat en chef
Bureau du coroner en chef

Tope Adefarakan, Ph. D.

Directrice, initiative Black Women, Girls and Gender
Diverse Peoples (B-WGGD)

D^{re} Lopita Banerjee, M. Sc., M. D., FCMF

Médecin de famille et coroner

Marcie Campbell, M. Ed.

Conseillère et superviseure de la consultation
(violence sexuelle) – Université York

Julie Erbland

Directrice générale
Unité de l'examen et de l'analyse des décès
d'enfants et d'adolescents
Bureau du coroner en chef

Barb Forbes

Ministère du Solliciteur général
Directrice régionale, Bureau de probation et de
libération conditionnelle
Région de l'Ouest

Peter Jaffe, Ph. D., psychologue agréé

Professeur émérite
Université Western

Kathy Kerr

Directrice de la gestion des comités
Bureau du coroner en chef

Rebecca Law

Procureure de la Couronne

Nneka Macgregor, LL. B.

Directrice générale, WomenatthecentrE

Rebecca Miller-Small

Sergente-détective, Unité de lutte contre
la violence conjugale, Service de police
régional de Peel

Dan Pyrah

Police provinciale de l'Ontario

Deborah Sinclair, M. Serv. Soc., Ph. D., TSI

Travailleuse indépendante

Eva Zachary

Directrice générale, Muskoka Victim
Services

Résumé

Cas examinés par le CEDVF en 2021 :

En 2021, le CEDVF a examiné 28 cas, ce qui a donné lieu à la formulation de 55 recommandations. Sur les 28 cas examinés, 17 étaient des homicides et 11 étaient des homicides-suicides, et ceux-ci ont entraîné la mort de 42 personnes. Parmi les 31 victimes d'homicide, 26 (84 %) étaient des femmes adultes, 2 (6 %) des hommes adultes, 2 (6 %) des femmes de 18 ans et moins, et 1 (3 %) un homme de 18 ans et moins. Le CEDVF reconnaît la perte tragique que représente chaque victime de la violence entre partenaires intimes (VPI) et espère que l'examen et l'analyse de chaque cas permettront de cerner des domaines d'intervention qui pourraient être mis en œuvre pour prévenir d'autres décès en Ontario.

Parmi les 31 victimes d'homicide, 15 (48 %) sont décédées par arme à feu, 15 (48 %) sont décédées à la suite d'un trauma (coupures ou coups de couteau, voies de fait et coups contondants) et 1 (3 %) est décédée d'asphyxie. La personne ayant causé le ou les décès dans ces cas, souvent appelée « l'agresseur », était un homme, dans tous les cas sauf un, et était âgée de 29 à 82 ans. Les facteurs de risque les plus fréquemment relevés sont les antécédents de VPI (68 %), la vulnérabilité de la victime (57 %) et la séparation effective ou imminente (54 %). Quatre-vingts pour cent (80 %) des victimes sont décédées à leur domicile ou sur leur propriété, tandis que 6 % sont décédées en milieu urbain à l'extérieur et 5 % en milieu rural à l'extérieur. Pour une analyse plus détaillée des données associées aux différents cas, consultez le [chapitre 2](#).

Recommandations en 2021 :

En 2021, 55 recommandations ont été élaborées, celles-ci mettent l'accent sur les points d'intervention où les systèmes et les communautés peuvent s'unir et prendre des mesures pour prévenir les homicides entre partenaires intimes en Ontario. Les 55 recommandations abordent notamment les thèmes suivants :

- la nécessité de renforcer la sensibilisation liée à la détection des facteurs de risque de VPI et de réagir en conséquence, notamment des professionnels de la santé, des procureurs de la Couronne, des procureurs adjoints de la Couronne et des autres professionnels de la justice, des forces de l'ordre et des autres fournisseurs de services de première ligne;
- les risques associés à l'accès aux armes à feu dans les situations de VPI et la possibilité pour les individus (c.-à-d. les victimes, la famille, les amis, les voisins, etc.) de signaler les préoccupations liées à l'entreposage ou à la possession d'armes à feu ou au comportement d propriétaires d'armes à feu;
- l'importance cruciale des campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la manière de reconnaître les risques et les signes de VPI chez les amis, la famille, les voisins et les collègues de travail, et sur la manière de les aider;
- l'importance des pratiques judiciaires dirigées par les Autochtones dans les communautés

autochtones et pour les peuples autochtones, et la nécessité d'un financement adéquat pour ces pratiques;

- l'importance d'un financement et de ressources adéquats pour les programmes et services essentiels tels que le Programme d'intervention auprès des partenaires violents, la santé mentale et les fournisseurs de soins, entre autres.

L'[annexe D](#) comprend une liste de toutes les recommandations formulées en 2021.

Chapitre 1 : Vue d'ensemble du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Mandat

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF) assiste le Bureau du coroner en chef dans ses investigations et examens des décès dus à la violence entre partenaires intimes, et formule des recommandations pour prévenir d'autres décès¹ dans des circonstances similaires.

Objectifs

1. Effectuer et coordonner un examen confidentiel et multidisciplinaire des décès dus à la violence entre partenaires intimes au titre de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990 chap. C.37, telle que modifiée (« *Loi sur les coroners* »).
2. Apporter son expertise au coroner en chef sur les circonstances des événements ayant mené au décès dans chaque cas examiné.
3. Mettre en place et tenir à jour une base de données détaillée sur les victimes et la personne ayant causé le ou les décès attribuables à la violence entre partenaires intimes (VPI), ainsi que sur les circonstances de ce ou ces décès.
4. Déterminer s'il y a ou non des problèmes ou lacunes d'ordre systémique dans chaque cas examiné pour faciliter la formulation de recommandations visant à prévenir d'autres décès.
5. Relever les tendances, les facteurs de risque et les points communs se dégageant des cas examinés pour recommander des stratégies d'intervention et de prévention efficaces.
6. Mener des activités de recherche et promouvoir la recherche, selon les besoins.
7. Encourager les activités éducatives par la reconnaissance des problèmes systémiques et par :
 - leur communication aux organismes concernés pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent;
 - la participation, au besoin, à l'élaboration de protocoles à visée préventive;
 - la diffusion, au besoin, de l'information à teneur éducative.
8. Remettre chaque année au coroner en chef un rapport faisant état des tendances, des facteurs de risque et des points communs relevés, ainsi que des recommandations appropriées visant à prévenir d'autres décès, en se fondant sur les données agrégées recueillies dans le cadre des examens des décès attribuables à la violence entre partenaires intimes.

¹ Comme indiqué, un examen complet du Comité a eu lieu en 2022-2023, y compris un examen du mandat, des objectifs et de la portée du Comité. Ce rapport reflète le langage et le cadre qui existaient avant ce processus de renouvellement.

Remarques : Tous ces objectifs et toutes ces activités du CEDVF sont assujettis aux limites imposées par la *Loi sur les coroners* et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31 (« *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* »).

Historique

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF) est un comité consultatif multidisciplinaire composé de spécialistes qui a été créé en 2003 dans la foulée des recommandations issues de deux enquêtes sur les décès d'Arlene May et de Randy Iles, ainsi que de Gillian et Ralph Hardley.

Composition

Le CEDVF de 2021 était formé de spécialistes de la violence entre partenaires intimes issus des forces de l'ordre, du système de justice pénale, du secteur de la santé, des services sociaux et d'autres organismes de sécurité publique.

Certains membres y siégeaient toujours depuis sa création en 2003, mais sa composition a évolué au fil des ans en réponse à l'évolution des enjeux et à l'émergence de nouveaux enjeux. Il arrive que le Comité fasse appel à des spécialistes externes.

Définition de la violence familiale ou de la violence entre partenaires intimes

Alors que le terme « violence familiale » a toujours été utilisé pour décrire la violence examinée par ce comité, de nos jours, l'expression « violence entre partenaires intimes » (VPI) est utilisée plus couramment. C'est pourquoi, tout au long du présent rapport, ces termes sont utilisés de manière interchangeable.

En mai 2023, la définition et la portée de ce que l'on considère comme des décès liés à la violence familiale aux fins du Comité ont été mises à jour à la lumière des commentaires des nouveaux membres du CEDVF. L'objectif de cette définition et de cette portée nouvelles était d'accorder une plus grande place aux différentes relations et rencontres intimes qui ne correspondent pas à la définition de la violence familiale utilisée historiquement par le Comité. Toutefois, étant donné que tous les cas examinés en 2021 utilisaient la définition précédente dans leur analyse, celle-ci demeure la même aux fins du présent rapport :

Pour le CEDVF, un décès dû à la VPI s'entend de l'« *homicide d'une personne ou de son ou ses enfants par le partenaire ou l'ancien partenaire intime de celle-ci* ».

À des fins de comparaisons statistiques, il importe de noter que la définition et les critères des décès dus à la violence familiale utilisés par d'autres organismes, dont Statistique Canada,

peuvent différer de ceux retenus par le CEDVF.

La présidence peut, à sa discrétion, demander au CEDVF d'examiner d'autres cas de décès survenus dans un contexte où la victime visée par la personne ayant causé le ou les décès était ou avait déjà été en couple avec elle, mais n'est pas décédée, ou lorsque la victime et la personne ayant causé le ou les décès étaient apparemment ou possiblement liées par une relation intime.

Processus d'examen des cas

Le CEDVF ne procède à un examen que lorsque toutes les investigations et procédures pénales, y compris les procès et les appels en matière criminelle, sont terminées. C'est pourquoi les examens ont souvent lieu plusieurs années après les faits.

Lorsqu'un homicide ou un homicide-suicide dû à la violence familiale se produit en Ontario, le coroner régional principal concerné en avise la direction de la gestion des comités du CEDVF, et les renseignements élémentaires sur le cas sont consignés dans une base de données. La direction de la gestion des comités, de concert avec un agent de liaison avec la police rattaché au CEDVF, vérifie périodiquement l'avancement des procédures judiciaires et autres pour déterminer quand l'examen peut commencer. Les délais sont généralement plus courts pour les cas d'homicide-suicide, puisqu'ils n'entraînent généralement pas de poursuites criminelles.

Lorsque toutes les procédures et investigations sont terminées et que l'examen peut commencer, le dossier est assigné à un ou plusieurs examinateurs. Ce dossier peut comprendre des documents fournis entre autres par la police, une société d'aide à l'enfance, des professionnels de la santé, des professionnels en counseling, des tribunaux et des agents de probation et de libération conditionnelle.

Chaque examinateur étudie et analyse minutieusement les faits, puis présente ses conclusions au CEDVF. Les renseignements pris en compte dans le cadre de cet examen comprennent les antécédents, les circonstances et les actions de la personne ayant causé le ou les décès, de la ou des victimes et de leurs familles. Le CEDVF se penche aussi sur la réponse communautaire et systémique pour relever les principaux facteurs de risque, déterminer les angles d'intervention possibles et formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. En général, il cherche à développer une compréhension exhaustive des causes des homicides intrafamiliaux et à trouver des moyens de les prévenir.

Recommandations

L'un des principaux objectifs du CEDVF est de formuler des recommandations pour prévenir les décès et réduire la VPI en général. Ces recommandations sont transmises par la présidence

du CEDVF aux organismes concernés. La mention « pas de nouvelle recommandation » indique qu'aucun problème justifiant des recommandations n'a été relevé durant l'examen, ou encore que le problème ou la problématique a déjà fait l'objet d'une ou de plusieurs recommandations dans le passé. Lorsque des recommandations antérieures peuvent s'appliquer, le CEDVF les ajoute à titre informatif.

À l'instar des recommandations découlant des enquêtes des coroners, les recommandations du CEDVF n'ont pas force exécutoire : les organismes ne sont pas tenus de les mettre en œuvre. Il leur est toutefois demandé d'informer le CEDVF de l'avancement de leur mise en œuvre dans les six mois suivant leur transmission. Le CEDVF distribue ses rapports et recommandations par voie électronique. Pour obtenir les réponses aux recommandations, il suffit d'écrire à occ.deathreviewcommittees@ontario.ca.

Restrictions concernant les examens et rapports

Les renseignements recueillis et examinés par le CEDVF ainsi que son rapport final ne sont destinés qu'aux fins de l'investigation du coroner prévue par l'article 15 de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990 chap. C.37, telle que modifiée (« *Loi sur les coroners* »). Ainsi, le CEDVF est assujéti à certaines restrictions d'accès aux données, notamment celles se rapportant à des personnes qui sont encore en vie (p. ex. la personne ayant causé le ou les décès) et qui sont donc protégées en vertu d'autres dispositions législatives relatives à la protection de la vie privée.

Tous les renseignements issus d'une investigation d'un coroner et transmis au CEDVF sont assujétiés aux restrictions relatives à la confidentialité et à la protection de la vie privée de la *Loi sur les coroners* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario. Tant et aussi longtemps qu'une enquête n'est pas demandée sur un ou plusieurs décès en particulier, il faut préserver la confidentialité des renseignements et la vie privée des personnes décédées et des autres personnes impliquées. Par conséquent, les rapports individuels, les procès-verbaux des réunions d'examen et tout autre document ou rapport produit par le CEDVF sont confidentiels et ne sont pas accessibles au public. Les réunions d'examen se tiennent à huis clos. Seules des versions caviardées du rapport ne contenant pas de renseignements personnels sont rendues publiques.

Chaque membre du CEDVF est lié par une entente de confidentialité énonçant ces protections et restrictions.

Les examens portent uniquement sur les renseignements et documents rassemblés pour approfondir l'investigation du coroner. Le CEDVF n'a ni pour but ni pour mandat de rouvrir ou de reprendre des enquêtes sur des décès, de remettre en question les techniques d'investigation utilisées ou de commenter les décisions des instances judiciaires. Par ailleurs, le CEDVF n'a ni le mandat ni le rôle de blâmer, d'établir une responsabilité légale ou de rendre des décisions

juridiques.

Rapport annuel

Conformément à son mandat, le CEDVF, par l'entremise de sa présidence, remet chaque année au coroner en chef un rapport sur les tendances, les facteurs de risque et les points communs relevés lors des examens, et formule des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Avis de non-responsabilité

L'avis suivant vaut pour chaque cas examiné et pour l'ensemble du présent rapport.

Le présent document n'est produit par le CEDVF qu'aux fins de l'investigation du coroner prévue par l'article 15 de la *Loi sur les coroners*. Les opinions exprimées ne tiennent pas nécessairement compte de tous les faits et de toutes les circonstances entourant le décès. La conclusion de l'investigation peut différer considérablement des opinions exprimées dans le présent rapport.

Chapitre 2 : Analyse des homicides liés à la violence familiale et des homicides-suicides

Collecte de données

Depuis sa création en 2003, le CEDVF a recueilli des données sur les homicides dus à la violence familiale ayant fait l'objet d'une investigation par le Bureau du coroner en chef. Au fil du temps, le CEDVF a évolué, mais les processus d'examen, de collecte et d'analyse des données aussi. Le CEDVF s'efforce de fournir des analyses et des conclusions précises et utiles aux acteurs concernés.

Types de données

Les résultats présentés dans ce rapport proviennent de deux ensembles de données :

1. Données recueillies dans le cadre des investigations du coroner sur les décès

En Ontario, les investigations du coroner visent à répondre à cinq questions : qui (identité de la personne décédée), quand (date du décès), où (lieu du décès), comment (cause médicale du décès), et par quel moyen (mort naturelle, accident, suicide, homicide, ou cause indéterminée). Les données recueillies dans le cadre des investigations sur les décès comprennent des renseignements personnels sur la personne décédée (p. ex. la date du décès, l'âge, le sexe, le genre et l'adresse) et des renseignements décrivant les circonstances entourant le décès.

2. Conclusions tirées des cas examinés par le CEDVF

Comme indiqué dans la section relative aux objectifs du CEDVF, les examens comprennent la détermination des facteurs de risque, ainsi que des recommandations spécifiques à chaque cas et d'ordre systémique susceptibles d'aider à prévenir d'autres décès. Des renseignements sur la personne ayant causé le ou les décès (p. ex. le sexe et l'âge) sont également recueillis dans le cadre de l'examen de chaque cas.

Dans ce rapport, on présente des résultats pour trois groupes :

- (1) Cas examinés par le CEDVF en 2021;
- (2) Tendances quinquennales : Cas de violence familiale ayant fait l'objet d'une investigation par un coroner entre 2017 et 2021 (examinés ou non par le Comité);
- (3) Tous les cas examinés par le CEDVF entre 2003 et 2021.

Cas examinés par le CEDVF en 2021

En 2021, le CEDVF a examiné 28 cas (17 homicides et 11 homicides-suicides) qui ont entraîné 42 décès (Tableau 1). Parmi les 31 victimes d'homicide, 26 (84 %) étaient des femmes adultes, 2 (6 %) des hommes adultes, 2 (6 %) des femmes de 18 ans et moins, et 1 (3 %) un homme de 18 ans et moins (Tableau 2). L'âge des victimes allait de 11 à 91 ans.

Tableau 1 : Nombre de cas et de décès, par type de cas, parmi les cas examinés en 2021

Type de cas	Nombre de cas	Nombre de décès
Homicide	17	18
Homicide-suicide	11	24
Total	28	42

Tableau 2 : Nombre de victimes d'homicide par groupe d'âge et par sexe, parmi les cas examinés en 2021

Sexe de la victime de l'homicide	Âge de la victime de l'homicide		Total
	18 ans et moins	19 ans et plus	
Femme	2	26	28
Homme	1	2	3
Total	3	28	31

Parmi les victimes d'homicide, 15 (48 %) sont décédées par arme à feu, 15 (48 %) sont décédées à la suite d'un trauma (coupures ou coups de couteau, voies de fait et coups contondants) et 1 (3 %) est décédée d'asphyxie (voir la figure 1). Vingt-quatre décès de victimes (77 %) sont survenus à leur domicile ou sur leur propriété; 4 (13 %) sont survenus dans un véhicule automobile, 1 (3 %) est survenu en milieu urbain à l'extérieur, 1 (3 %) est survenu en milieu rural à l'extérieur et 1 (3 %) est survenu sur un lieu de travail (voir la Figure 2).

Figure 1 : Pourcentage de décès par homicide par cause parmi les cas examinés en 2021

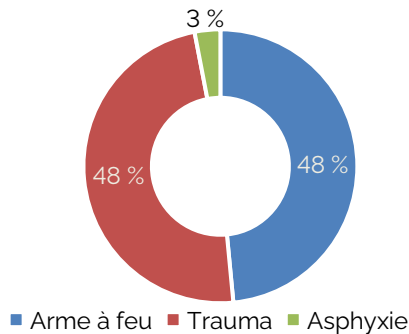
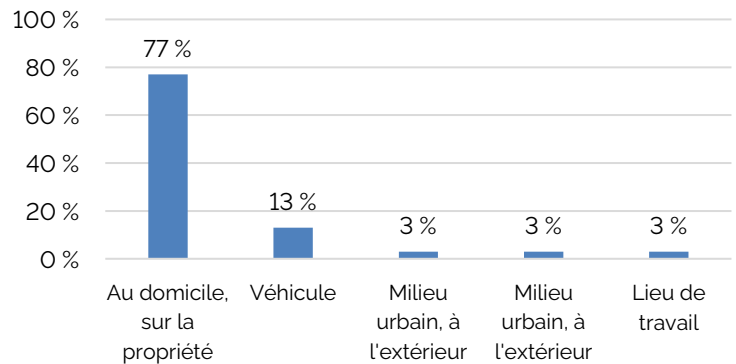


Figure 2 : Pourcentage d'homicides, par lieu, parmi les cas examinés en 2021



Parmi les 28 cas examinés, la personne ayant causé le ou les décès était un homme dans tous les cas sauf un. L'âge de ces personnes allait de 29 à 82 ans. Dans 8 cas, la victime et la personne ayant causé le ou les décès étaient âgées de 65 ans ou plus (2 cas d'homicides-suicides).

Les facteurs de risque les plus fréquemment relevés sont les antécédents de violence familiale (68 %), la vulnérabilité de la victime (57 %) et la séparation effective ou imminente (54 %) [voir la Figure 3]. Plus de la moitié des cas examinés en 2021 présentaient sept facteurs de risque ou plus (Tableau 3).

Figure 3: Pourcentage de cas examinés en 2021, selon les 10 principaux facteurs de risque

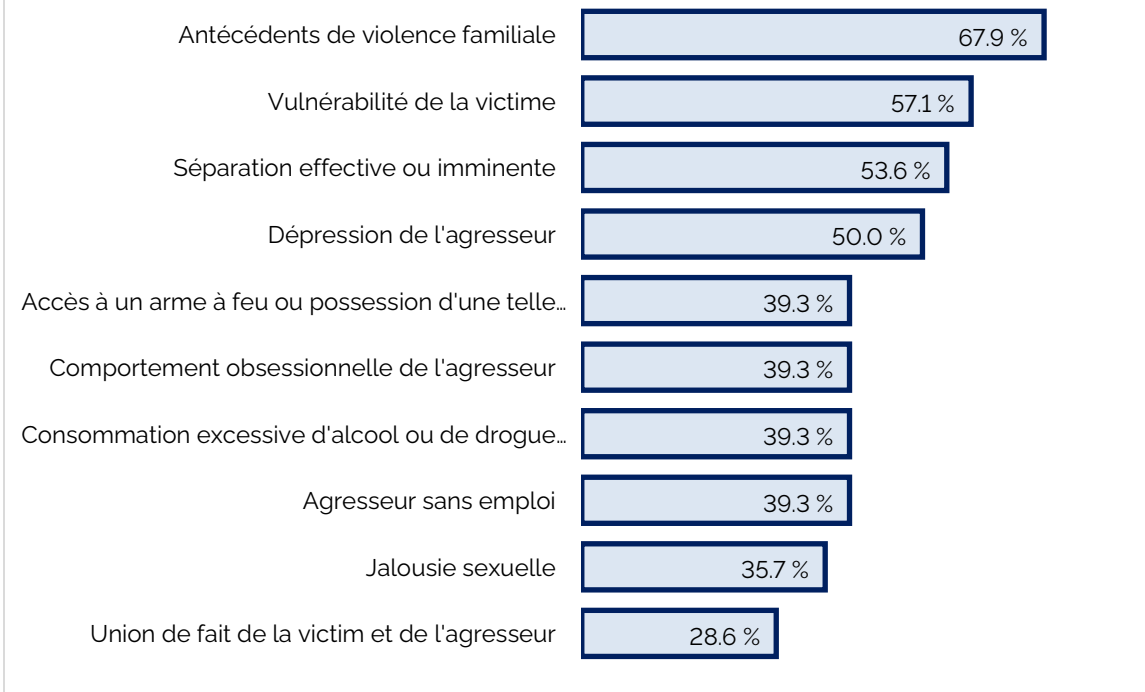


Tableau 3 : Nombre et pourcentage de cas par nombre de facteurs de risque relevés, parmi les cas examinés en 2021

Nombre de facteurs de risque	Nombre de cas	Pourcentage de cas
Zéro	0	0,0 %
Un à trois	6	21,4 %
Quatre à six	7	25,0 %
Sept à neuf	4	14,3 %
10 à 19	11	39,3 %
20 ou plus	0	0,0 %
Total	28	100 %

Un résumé détaillé, comprenant le type de cas (c.-à-d. homicide ou homicide-suicide), l'âge et le sexe des victimes et des personnes ayant causé le ou les décès, le nombre de facteurs de risque et le nombre de recommandations, figure à l'[annexe B](#). Une brève description des circonstances entourant le ou les décès ainsi que des recommandations visant à prévenir d'autres décès figurent respectivement à l'[annexe C](#) et à l'[annexe D](#).

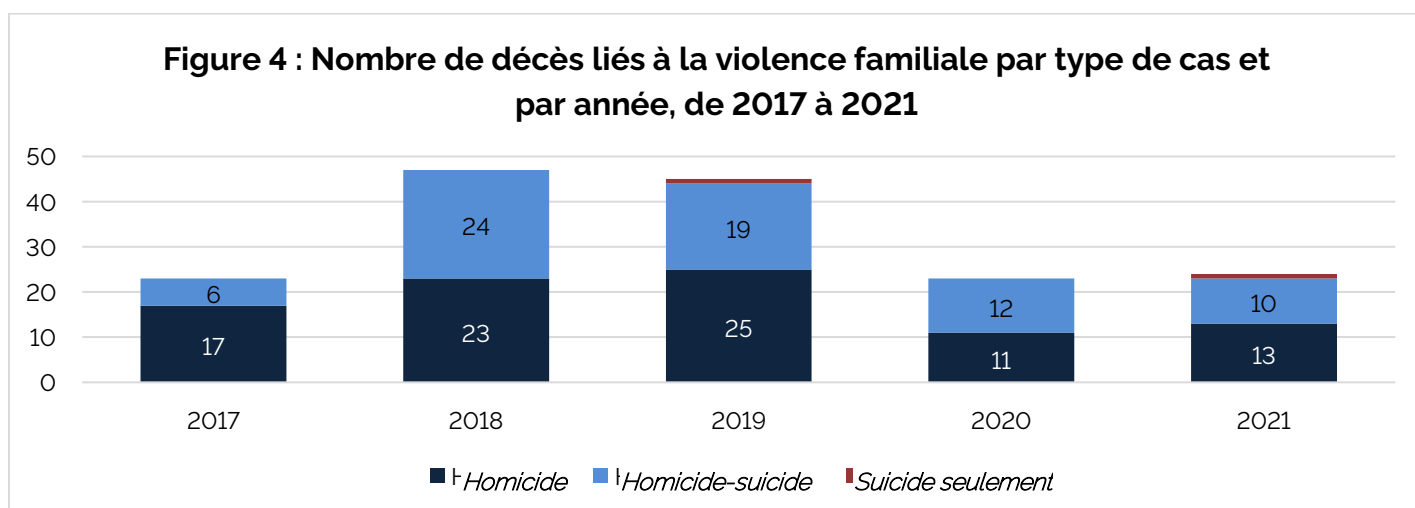
Pour obtenir les versions intégrales caviardées de chaque cas examiné par le CEDVF en 2021, écrivez à la direction de la gestion du CEDVF du Bureau du coroner en chef, à l'adresse suivante : occ.deathreviewcommittees@ontario.ca.

Tendances quinquennales : Cas de violence familiale ayant fait l'objet d'une investigation par un coroner entre 2017 et 2021

Les cas de violence familiale sont définis comme des homicides dans lesquels la personne ayant causé le ou les décès était un partenaire intime actuel ou ancien (p. ex. la conjointe ou le conjoint, la ou le partenaire, le petit ami, la petite amie, etc.) de la victime. Les décès d'enfants impliqués sont également inclus. Si la personne ayant causé le décès de son partenaire intime ou de tout enfant impliqué meurt également par suicide, cette personne est également incluse (c.-à-d. qu'il s'agit d'un homicide-suicide).

Certains de ces cas peuvent avoir été examinés par le CEDVF, tandis que d'autres peuvent être en attente d'examen à l'issue d'une procédure judiciaire (p. ex. un procès criminel).

Ces données portent sur les décès liés à la violence familiale survenus au cours des cinq dernières années, soit entre 2017 et 2021. Au cours des 5 dernières années, 162 décès survenus durant 116 cas de violence familiale ont fait l'objet d'une enquête par un coroner. Près de 70 % de ces cas étaient des homicides et 28 % étaient des homicides-suicides. Dans deux autres cas, la personne est décédée par suicide et avait des antécédents de violence ou d'abus de la part d'un partenaire intime. La figure 4 ci-dessous présente le nombre de décès par année et par type de cas.



*Il y a eu deux cas, un en 2019 et un en 2021, où la personne est décédée par suicide et avait été victime de violence de la part d'un partenaire intime.

Sur l'ensemble des victimes d'homicides liés à la violence familiale entre 2017 et 2021, 85 % étaient des femmes, et 3 % des personnes ayant causé le ou les décès étaient des femmes.

Cas examinés par le CEDVF de 2003 à 2021

Comme indiqué précédemment, le CEDVF ne procède à un examen que lorsque toutes les investigations et procédures, y compris les procès et les appels en matière criminelle, sont terminées. C'est pourquoi les examens ont souvent lieu plusieurs années après les faits.

Depuis sa création en 2003 jusqu'à l'examen de 2021, le CEDVF a examiné 392 cas impliquant 563 décès. De ces cas examinés, 263 (67 %) étaient des homicides, et 129 (33 %) étaient des homicides-suicides. Le tableau 4 présente une ventilation détaillée par année.

En 2015, le CEDVF s'est efforcé de réduire le nombre de cas en attente d'examen. Tous les cas en attente (49 au total) ont été soumis à un examen sommaire, effectué par un sous-groupe du CEDVF. Ces examens consistaient à analyser minutieusement les circonstances entourant les décès et à compiler les facteurs de risque relevés dans chaque cas. Ils n'ont donné lieu à aucune recommandation. En 2019, des examens sommaires ont été effectués pour les cas où la relation entre la victime et la personne ayant causé le ou les décès n'a pas été clairement établie et où le partenaire intime n'a pas été confirmé comme étant la victime prévue.

Tableau 4 : Nombre de cas par type de cas, nombre de décès et nombre de recommandations, par année d'examen

Année d'examen	Type d'examen	Cas	Type de cas		Décès	Recommandations
			Homicide	Homicide-suicide		
2003	Complet	11	2	9	24	18
2004	Complet	9	7	2	11	29
2005	Complet	14	5	9	19	10
2006	Complet	13	5	8	21	35
2007	Complet	15	8	7	24	33
2008	Complet	15	13	2	19	33
2009	Complet	16	6	10	26	11
2010	Complet	18	6	12	36	14
2011	Complet	33	28	5	41	31
2012	Complet	20	14	6	32	18

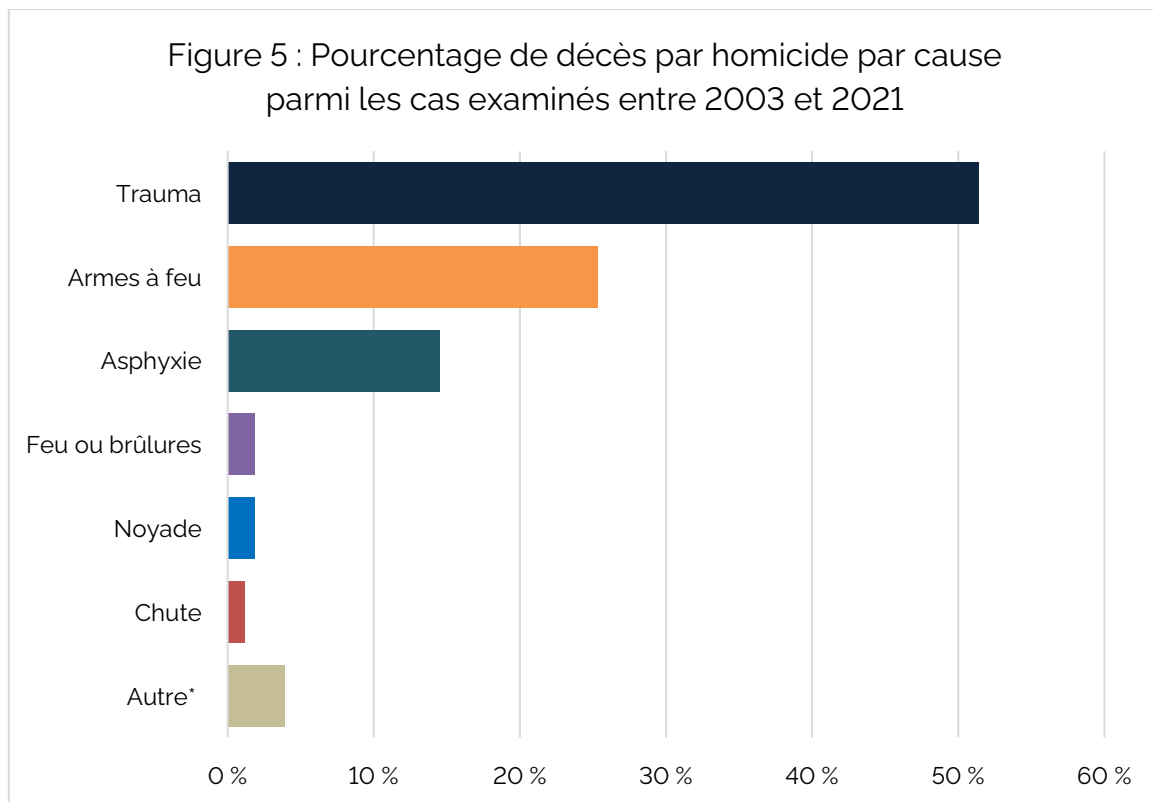
2013	Complet	19	17	2	22	9
2014	Complet	14	12	2	16	25
2015	Complet	21	12	9	30	28
	Sommaire	49	46	3	57	0
2016	Complet	22	11	11	37	23
2017	Complet	22	12	10	35	33
2018	Complet	18	15	3	25	28
2019	Complet	20	17	3	24	32
	Sommaire	2	2	0	2	0
2020	Complet	13	8	5	20	27
2021	Complet	28	17	11	42	55
Total		392	263	121	563	492

Parmi les 563 décès, 434 (70 %) étaient des victimes d'homicide, dont 371 femmes. Les victimes étaient âgées de 5 mois à 91 ans. Le tableau 5 présente le nombre de victimes par âge et par sexe.

Tableau 5 : Nombre de victimes d'homicide par groupe d'âge et par sexe, parmi les cas examinés entre 2003 et 2021

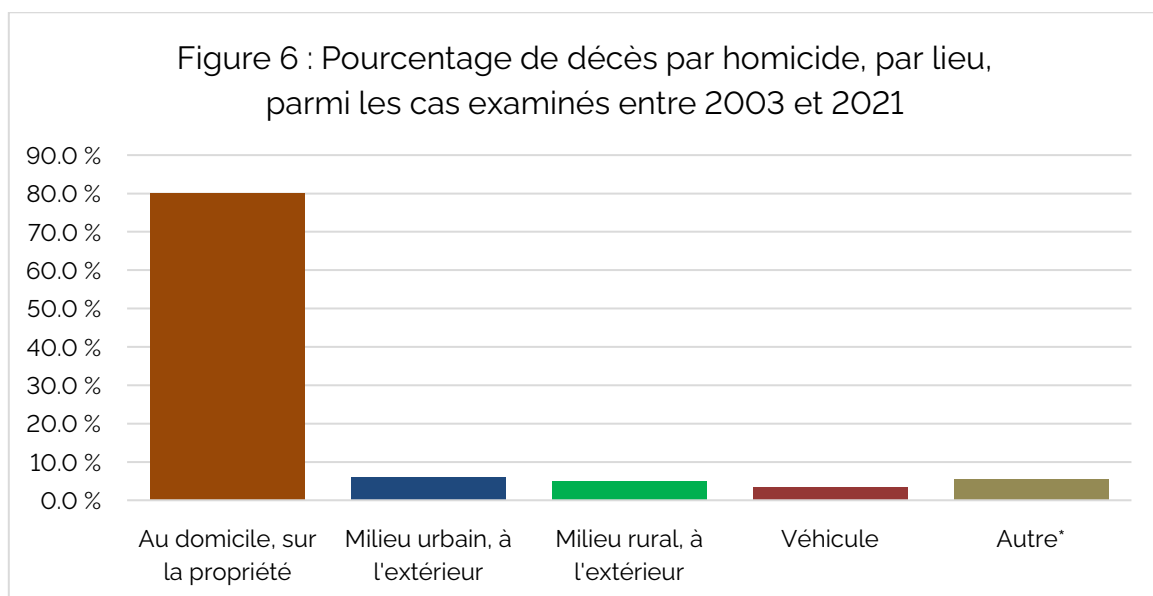
Sexe de la victime de l'homicide	Âge de la victime de l'homicide		Total
	18 ans et moins	19 ans et plus	
Femme	28	343	371
Homme	17	46	63
Total	45	389	434

Entre 2003 et 2021, plus de la moitié des victimes d'homicide dont les cas ont été examinés par le CEDVF sont décédées à la suite d'un trauma, tandis que 25 % sont décédées par arme à feu et 15 % sont décédées d'asphyxie (Figure 5).



*La catégorie « Autres » comprend les intoxications dues aux drogues et à l'alcool, les explosions et les catégories non déterminées ou non définies.

Quatre-vingts pour cent des décès de victimes se sont produits à leur domicile ou sur leur propriété, 6 % en milieu urbain à l'extérieur et 5 % en milieu rural à l'extérieur (Figure 6).



*La catégorie « Autres » comprend les lieux intérieurs autres que les résidences, les hôtels ou motels, les lieux de travail, les gares ou les métros, les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux.

À la lumière des résultats de la recherche sur la VPI, le CEDVF a dressé une liste de 41 facteurs de risque qui s'appliquent à la fois à la victime ou à la personne ayant causé le ou les décès. Ces facteurs de risque indiquent le potentiel d'homicide lié à la VPI et sont évalués dans chaque cas examiné par le Comité. Les sujets couverts par les facteurs de risque comprennent les antécédents de VPI ou de maltraitance, les menaces, les agressions ou violences antérieures, les maladies mentales et les menaces de suicide, la consommation de drogues et d'alcool, le chômage, la séparation ou le nouveau partenaire, le temps parental, les responsabilités décisionnelles et les contacts avec les enfants. Les facteurs de risque ont le même poids, mais certains d'entre eux peuvent être plus prédictifs d'un préjudice futur (p. ex. agression antérieure à l'aide d'une arme ou strangulation de la victime dans le passé).

Une liste complète des facteurs de risque et de leurs définitions figure à l'[annexe A](#).

Notre analyse montre que plusieurs facteurs de risque sont communs à la plupart des cas examinés par le Comité. Parmi les cas examinés par le CEDVF entre 2003 et 2021, 76 % ont fait état d'antécédents de violence familiale, 65 % d'une séparation effective ou imminente et 45 % d'un comportement obsessionnel de la part de la personne à l'origine du ou des décès. La figure 7 présente les 20 principaux facteurs de risque relevés.

Dans près de 70 % des cas examinés, au moins 7 facteurs de risque ou plus étaient réunis. Dans 6 % des cas, au moins 20 facteurs de risque ou plus ont été relevés. Sur l'ensemble des cas examinés, le nombre médian de facteurs de risque était de neuf. Le tableau 6 présente un décompte des cas en fonction du nombre de facteurs de risque signalés. La reconnaissance de multiples facteurs de risque dans une relation peut permettre d'améliorer l'évaluation des risques, la planification de la sécurité et même la prévention d'autres décès grâce à des interventions appropriées du système judiciaire, des partenaires de soins de santé et d'autres acteurs.

Figure 7 : Pourcentage de cas examinés entre 2003 et 2021, en fonction des 20 principaux facteurs de risque relevés



Tableau 6 : Nombre et pourcentage de cas par nombre de facteurs de risque relevés, parmi les cas examinés entre 2003 et 2021

Nombre de facteurs de risque	Nombre de cas	Pourcentage de cas
Zéro	6	1,5 %
Un à trois	55	14,0 %
Quatre à six	59	15,1 %
Sept à neuf	83	21,2 %
10 à 19	164	41,8 %
20 ou plus	25	6,4 %
Total	392	100 %

Chapitre 3 : Examens du CEDVF – Questions courantes

Sélection des cas à examiner

Quels cas le CEDVF examine-t-il?

Le CEDVF examine tous les cas d'homicide et d'homicide-suicide qui surviennent en Ontario et qui entrent dans la définition de « décès dû à la violence familiale » ou dont les circonstances ressemblent à celles des cas qu'il examine habituellement.

Processus d'examen

Combien faut-il de temps avant que l'examen d'un cas ait lieu?

Le CEDVF ne procède à un examen que lorsque toutes les investigations et procédures, y compris les procès et les appels en matière criminelle, sont terminées. C'est pourquoi les examens ont souvent lieu plusieurs années après les faits. Les décès impliquant des homicides-suicides sont généralement examinés plus rapidement, car ces décès ne font généralement pas l'objet d'une procédure pénale.

En quoi consiste le processus d'examen?

Lorsqu'un homicide ou un homicide-suicide dû à la violence familiale se produit en Ontario, le coroner régional principal concerné en avise la direction de la gestion des comités du CEDVF, et les renseignements élémentaires sur le cas sont consignés dans une base de données. La direction de la gestion des comités, de concert avec un agent de liaison avec la police rattaché au CEDVF, vérifie périodiquement l'avancement des procédures judiciaires et autres pour déterminer quand l'examen peut commencer. Les délais sont généralement plus courts pour les cas d'homicide-suicide, puisqu'ils n'entraînent pas de poursuites criminelles.

Lorsqu'il a été déterminé qu'un décès est prêt à être examiné (c.-à-d. lorsque toutes les autres procédures et enquêtes ont été menées à bien), le dossier est confié à un ou plusieurs examinateurs. Ce dossier peut comprendre des documents fournis entre autres par la police, une société d'aide à l'enfance, des professionnels de la santé, des professionnels en counseling, des tribunaux et des agents de probation et de libération conditionnelle.

Chaque examinateur procède à un examen approfondi des faits relatifs au décès et présente ses conclusions au CEDVF dans son ensemble. Les renseignements pris en compte dans le cadre de

cet examen comprennent les antécédents, les circonstances et les actions de la personne ayant causé le ou les décès, de la ou des victimes et de leurs familles. Le CEDVF se penche aussi sur la réponse communautaire et systémique pour relever les principaux facteurs de risque, déterminer les angles d'intervention possibles et formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. En général, le CEDVF cherche à développer une compréhension exhaustive des causes des décès liés à la VPI et à trouver des moyens de les prévenir.

Est-il possible pour les membres de la famille ou les autres parties concernées de transmettre des renseignements au CEDVF en vue d'un examen?

Les membres de la famille et les autres parties concernées peuvent transmettre des renseignements au CEDVF par l'intermédiaire du coroner régional principal de la région où le ou les décès liés à la VPI a eu lieu. Les renseignements provenant de l'investigation initiale du coroner sont aussi inclus dans le dossier exhaustif mis à la disposition des examinateurs du CEDVF.

Quels renseignements sont examinés par le CEDVF?

Le CEDVF examine tous les renseignements pertinents obtenus grâce aux éléments saisis en vertu de la *Loi sur les coroners*, qui contribuent à la compréhension des circonstances entourant le ou les décès, en vue de déterminer des pistes d'intervention et de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès. Le CEDVF examine les faits à partir des documents qu'il a en sa possession, et non de ce qui vient des médias ou de sources non officielles. Il ne rouvre pas d'enquêtes et n'analyse pas les conclusions des investigations ni les décisions judiciaires. Le CEDVF peut également examiner les documents fournis par les membres de la famille, les amis et les collègues de travail et transmis au Bureau du coroner en chef par l'intermédiaire d'un bureau régional.

À quelles restrictions les examens et le rapport final du CEDVF sont-ils assujettis?

Les renseignements recueillis et examinés par le CEDVF ainsi que son rapport final ne sont destinés qu'aux fins de l'investigation du coroner prévue par l'article 15 de la *Loi sur les coroners*. Ainsi, le CEDVF est assujetti à certaines restrictions d'accès aux données, notamment celles se rapportant à des personnes qui sont encore en vie (p. ex. la personne ayant causé le ou les décès) et qui sont donc protégées en vertu d'autres dispositions législatives relatives à la protection de la vie privée.

Tous les renseignements issus d'une investigation d'un coroner et transmis au CEDVF sont assujettis aux restrictions relatives à la confidentialité et à la protection de la vie privée de la *Loi*

sur les coroners et de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée de l'Ontario. Tant et aussi longtemps qu'une enquête n'est pas demandée sur un ou plusieurs décès en particulier, il faut préserver la confidentialité des renseignements et la vie privée des personnes décédées et des autres personnes impliquées. Par conséquent, les rapports individuels contenant des identifiants personnels ainsi que les procès-verbaux des réunions d'examen et tout autre document ou rapport produit par le CEDVF sont confidentiels et ne sont pas accessibles au public. Les réunions d'examen se tiennent à huis clos.

Facteurs de risque

Pourquoi est-il important d'établir les facteurs de risque?

Les facteurs de risque relevés lors des examens indiquent le risque de **létalité**; ils ne se limitent pas à prédire le risque que se reproduisent des actes de VPI de nature non létale.

Certains facteurs de risque sont-ils plus importants que d'autres?

Les facteurs de risque répertoriés par le CEDVF ont tous la même « importance ». Toutefois, certains d'entre eux (p. ex. cas antérieur de strangulation de la victime) sont plus susceptibles de prédire le risque de létalité que d'autres de gravité ou aux répercussions moindres.

Qu'indique la présence de plusieurs facteurs de risque dans un cas?

La présence de plusieurs facteurs de risque dans une relation peut constituer un « signal d'alarme » indiquant la nécessité d'une analyse et d'une intervention. La capacité à cerner plusieurs facteurs de risque peut permettre d'effectuer une meilleure évaluation du risque de létalité afin de déterminer s'il y a lieu de faire intervenir la justice pénale et les services sociaux (p. ex. des organismes de services sociaux et communautaires), notamment pour préparer un plan de sécurité et encadrer les situations à risque élevé, afin de prévenir d'autres actes de violence et possiblement des décès. Des recherches ont été menées à partir des données du CEDVF, qui montrent l'importance d'examiner à la fois les facteurs de risque individuels et les facteurs de risque multiples.

Quelle est l'importance des tendances en matière de facteurs de risque?

La récurrence de certains facteurs de risque dans les cas examinés peut révéler l'existence de lacunes persistantes, notamment dans la formation, l'éducation et la sensibilisation. Souvent, la famille, les amis et les collègues savent que le couple vit des difficultés, mais ne semblent pas savoir quels gestes constructifs poser pour éviter que la situation ne persiste. De même, dans bien des cas, la police, les services sociaux et d'autres organismes de soutien pourraient intervenir à un stade précoce, mais ces occasions leur échappent. Les conseillers juridiques et les tribunaux pénaux et familiaux manquent également des occasions d'interventions proactives qui offrent des possibilités de sécurité aux victimes, ainsi que du counseling et un soutien indispensables à la personne ayant causé le ou les décès.

Qu'est-ce qui ressort des cas où le nombre de facteurs de risque était minime?

L'absence (ou le petit nombre) de facteurs de risque peut avoir une incidence sur la capacité à prédire ou à prévoir la létalité de la relation et, par conséquent, des mesures de prévention ou d'atténuation peuvent ne pas avoir été reconnues comme justifiées ou jugées nécessaires. Dans la plupart des cas d'homicides-suicides mettant en cause des personnes âgées, on a relevé très peu de facteurs de risque. Toutefois, il existe des tendances qui sont propres aux renseignements détenus par les professionnels de la santé et qui sont liées au déclin de la santé physique et mentale de la victime et de la personne ayant causé le ou les décès. Ces questions ont été plus récemment mises en évidence par l'enquête Ryan et Ryan en septembre 2023 ([verdicts et recommandations formulés à la suite des enquêtes du coroner de 2023 | ontario.ca](#)) ainsi que par la recherche dans ce domaine. Lorsque le nombre de ces facteurs est minime, l'issue tragique des événements est difficile à prédire, donc à prévenir.

Recommandations

Comment les recommandations sont-elles formulées et communiquées?

Si le CEDVF estime qu'il est possible de relever des lacunes, de sensibiliser ou d'encourager des changements dans des domaines spécifiques relevés au cours de l'examen des circonstances entourant les décès liés à la VPI, des recommandations seront formulées.

L'un des principaux objectifs du CEDVF est de formuler des recommandations pour prévenir les décès et réduire la VPI en général. Ces recommandations sont transmises par la présidence du CEDVF aux organismes concernés. La mention « pas de nouvelle recommandation » indique qu'aucun problème justifiant des recommandations n'a été relevé durant l'examen, ou encore

que le problème ou la problématique a déjà fait l'objet d'une ou de plusieurs recommandations dans le passé. Lorsque des recommandations antérieures peuvent s'appliquer, le CEDVF les ajoute à titre informatif.

Les recommandations ont-elles force exécutoire?

À l'instar des recommandations découlant des enquêtes des coroners, les recommandations du CEDVF n'ont pas force exécutoire : les organismes ne sont pas tenus de les mettre en œuvre. Toutefois, les organisations et les organismes sont invités à répondre au CEDVF sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations dans un délai de six mois.

Même si elles ne sont pas contraignantes, les recommandations visent à favoriser le dialogue et à trouver des façons de prévenir les décès dus à la violence familiale dans la province.

Observe-t-on des constantes dans les recommandations au fil des ans?

Voici les grandes problématiques qui ressortent des examens réalisés par le CEDVF depuis sa création en 2003 :

- Il faut mieux **sensibiliser** le public et certains professionnels (p. ex. médecins, conseillers, avocats et policiers) à la nécessité d'évaluer et d'encadrer les risques liés à la VPI.
- Il faut continuer à **sensibiliser le public**, notamment les voisins, les amis et les familles des victimes réelles ou potentielles.
- Les examens de cas ont montré que certaines **communautés spécifiques ou ciblées** pourraient devoir faire l'objet d'une attention particulière afin de mettre en évidence et d'attirer l'attention sur les problèmes de VPI dans leur environnement ou leur situation spécifique. Il s'agit notamment de la population gériatrique et des communautés ethniques ou religieuses où les valeurs culturelles traditionnelles ont ancré l'inégalité entre les sexes dans leurs relations. [Remarque : Bien qu'un travail important ait déjà été réalisé pour aborder la question de la VPI au sein de ces communautés particulières, les examens du CEDVF continuent d'observer des lacunes dans les ressources, les services et les interventions axées sur la communauté].
- Les **politiques publiques** relatives à la violence en milieu de travail, à l'intimidation et au harcèlement (notamment au cyberharcèlement) continuent d'évoluer.
- La **santé mentale** et son incidence sur la VPI.
- La reconnaissance et l'évaluation des **facteurs de risque** (en particulier les plus courants, comme les antécédents de VPI, un couple séparé ou en instance de séparation et un état dépressif) lors des interactions avec les victimes (ou les victimes potentielles) et la mise en place de plans de sécurité.

- Les problèmes **financiers** et autres facteurs de stress (p. ex. problèmes de santé).
- **Consommation de substances** par les victimes ou la personne ayant causé le ou les décès.
- Le **temps parental, les responsabilités décisionnelles, les contacts avec les enfants**, les décisions du tribunal de la famille et les préoccupations en matière de protection de l'enfance, ainsi que leurs implications en ce qui concerne la VPI.

Les recommandations font-elles l'objet d'un suivi?

Les organismes sont invités à informer le Bureau du coroner en chef de l'avancement de la mise en œuvre des recommandations dans les six mois suivant leur transmission. Comme pour les recommandations découlant des enquêtes des coroners, ils sont encouragés à faire une « autoévaluation » de cette mise en œuvre. Le Bureau du coroner en chef ne conteste ni ne remet en question les réponses reçues.

Lors de l'enquête de 2022 sur les décès de Carool Culleton, Anatasia Kuzyk et Nathalie Warmerdam, le jury a recommandé la création d'un comité provincial de mise en œuvre chargé de suivre les recommandations formulées sur les décès dus à des homicides familiaux : (<https://www.ontario.ca/fr/page/verdicts-et-recommandations-formules-la-suite-des-enquetes-du-coroner-de-2022#section-4>)

Rapports du CEDVF et réponses aux recommandations

Les rapports du CEDVF et les réponses aux recommandations sont-ils accessibles au public?

Les versions caviardées des rapports finaux et des réponses aux recommandations peuvent être fournies sur demande; il suffit d'écrire au Bureau du coroner en chef, à l'adresse suivante : occ.deathreviewcommittees@ontario.ca.

Le rapport annuel le plus récent du CEDVF peut également être consulté sur le site Web Ontario.ca. Une copie du rapport annuel 2019-2020 du CEDVF est disponible [ici](#).

Annexe A

Description des facteurs de risque

Personne ayant causé le ou les décès = L'agresseur principal dans la relation

Victime = Principale cible des actes de violence ou des mauvais traitements infligés par la personne ayant causé le ou les décès.

		Définition/considérations
Antécédents de la personne ayant causé le ou les décès		
1	La personne ayant causé le ou les décès a été victime de mauvais traitements ou témoin de violence familiale durant l'enfance	Dans son enfance ou à l'adolescence, la personne ayant causé le ou les décès a été victime ou témoin d'actes, de tentatives ou de menaces de violence familiale ou de mauvais traitements.
2	La personne ayant causé le ou les décès a été témoin de comportements suicidaires dans sa famille	Durant son enfance ou son adolescence, la personne ayant causé le ou les décès a été témoin d'un suicide ou de tentatives ou de menaces de suicide dans sa famille ou de la part d'un proche (p. ex. un parent-substitut).
Statut familial et économique		
3	Jeune âge des personnes en couple	La victime de l'homicide et la personne ayant causé le ou les décès étaient âgées de 15 à 24 ans.
4	Différence d'âge des partenaires	La femme était en couple avec un partenaire beaucoup plus âgé ou plus jeune qu'elle, généralement de neuf ans ou plus.
5	Union de fait entre la victime et la personne ayant causé le ou les décès	La victime et la personne ayant causé le ou les décès vivaient ensemble.
6	Séparation effective ou imminente	La victime souhaitait mettre fin à la relation, ou la personne ayant causé le ou les décès était séparée de la victime, mais voulait renouer avec elle, ou le couple s'était séparé soudainement ou récemment, ou la victime avait fait appel à un avocat et voulait se séparer ou divorcer de la personne ayant causé le ou les décès, ou la personne ayant causé le ou les décès croyait que la victime de l'homicide allait mettre fin à la relation.

7	Nouveau partenaire de la victime	Un nouveau partenaire intime est apparu dans la vie de la victime ou la personne ayant causé le ou les décès croyait que la victime avait un nouveau partenaire.
8	Litiges en droit de la famille concernant les enfants	Tout litige relatif aux arrangements parentaux pour les enfants, y compris les procédures judiciaires formelles ou toute tierce partie ayant connaissance de telles disputes.
9	Présence de beaux-enfants à la maison	Il y avait un ou plusieurs enfants non biologiquement liés à la personne ayant causé le décès.
10	Personne ayant causé le ou les décès sans emploi	Avoir un emploi signifie travailler à temps plein ou presque (y compris à son compte) à l'extérieur du domicile. Être sans emploi signifie changer fréquemment de travail ou passer de longues périodes sans source de revenus. Le recours à un programme gouvernemental d'aide au revenu (POSPH, indemnisation des accidents du travail, assurance-emploi, etc.) est considéré comme une absence d'emploi.
Santé mentale de la personne ayant causé le ou les décès		
11	Consommation excessive d'alcool ou de drogues	Au cours de l'année précédant les faits, et indépendamment du fait que la personne ayant causé le ou les décès ait ou non reçu un traitement, une consommation de substances qui semble être caractéristique de la dépendance ou de l'accoutumance à l'égard de la substance en question a été observée. Une augmentation de la consommation ou un changement dans l'humeur ou le comportement directement lié à cette consommation peuvent être le signe d'une consommation excessive. Par exemple, des personnes ont décrit la personne ayant causé le ou les décès comme étant fréquemment en état d'ébriété ou ont affirmé qu'elles ne la voyaient jamais sans une bière à la main. Cette dépendance à l'égard d'une substance particulière peut avoir nui à la santé ou au fonctionnement social (surdose, perte d'emploi, arrestation, etc.) de la personne ayant causé le décès. Les commentaires de la famille, des amis et des connaissances qui indiquent une gêne ou une préoccupation à l'égard d'un problème d'alcool ou de drogue et toute tentative de convaincre la personne ayant causé le décès de mettre fin à sa consommation de substances peuvent être pris en considération.
12	Dépression – selon la famille, les amis ou les connaissances*	Selon la famille, les amis ou les connaissances, et indépendamment du fait que la personne ayant causé le ou les décès ait reçu ou non un traitement, la personne ayant

		causé le ou les décès présentait des symptômes caractéristiques de la dépression.
13	Dépression – diagnostic d'un professionnel* (compte pour un)	Un diagnostic de dépression avait été posé par un professionnel de la santé mentale (médecin de famille, psychiatre, psychologue, infirmier praticien, etc.), à partir de symptômes figurant dans le DSM-IV, que la personne ayant causé le ou les décès ait suivi ou non un traitement.
14	Autre problème psychiatrique ou de santé mentale	Par exemple : psychose, schizophrénie, trouble bipolaire, manie, trouble obsessionnel-compulsif, etc.
15	Antécédents de menaces de suicide	Dans les six mois précédant les faits, la personne ayant causé le ou les décès avait posé des actes ou tenu des propos pour signifier qu'elle avait l'idée ou l'intention de se suicider, même si ces actes ou propos n'ont pas été pris au sérieux. Ces propos peuvent avoir été tenus verbalement, faits par écrit ou laissés sur un répondeur, soit de façon explicite (p. ex. « si tu me quittes, je me tue » ou « je ne peux pas vivre sans toi ») ou implicite (p. ex. « le monde se porterait mieux sans moi »). Un acte serait, par exemple, le fait pour une personne de se débarrasser de choses auxquelles elle tient beaucoup.
16	Antécédents de tentatives de suicide	Dans les six mois précédant les faits, un comportement suicidaire a été observé (p. ex. avaler des pilules ou se mettre un couteau sous la gorge), même si ce comportement n'a pas été pris au sérieux ou n'a pas nécessité d'arrestation, de soins médicaux ou d'internement psychiatrique. Le degré de gravité peut varier, allant de coupures superficielles aux poignets à une blessure par balle ou à une pendaison.
Attitude ou comportement harcelant ou violent de la personne ayant causé le ou les décès		
17	Comportement obsessionnel	La personne ayant causé le ou les décès avait posé un acte ou affichait un comportement indiquant une préoccupation intense à l'égard de la victime. Par exemple, des comportements de harcèlement, tels que suivre la victime, l'espionner ou lui passer des coups de téléphone répétés, ou lui offrir des cadeaux de façon excessive, etc.
18	Violation d'une ordonnance émise par une autorité	La personne ayant causé le ou les décès avait enfreint une ordonnance d'un tribunal civil, criminel ou de la famille, ses conditions de libération conditionnelle, une ordonnance de surveillance dans la collectivité, une ordonnance de non-communication, etc., alors qu'elle se trouvait sous

		caution, en probation, sous le coup d'une ordonnance restrictive, etc.
19	Jalousie sexuelle	La personne ayant causé le ou les décès accusait constamment la victime d'infidélité, la questionnait sans arrêt, cherchait des preuves, mettait la fidélité de la victime à l'épreuve et la traquait parfois.
20	Attitude misogyne	La personne détestait les femmes ou avait de forts préjugés contre elles. Cette attitude peut s'exprimer ouvertement par des propos haineux ou plus subtilement par la conviction que les femmes ne sont faites que pour les travaux ménagers ou sont toutes des « putains ».
21	Antécédents de destruction des biens de la victime ou de privation de la victime de ses biens	La personne ayant causé le ou les décès avait posé un acte témoignant de son intention d'endommager un bien appartenant, en totalité ou en partie, à la victime ou ayant appartenu à la personne ayant causé le ou les décès (p. ex. crever les pneus de la voiture de la victime, casser ses fenêtres ou lancer des objets sur sa résidence). Tous les incidents de cette nature peuvent être pris en compte, qu'il y ait eu ou non accusation ou déclaration de culpabilité.
22	Antécédents de violence extrafamiliale	La personne ayant causé le ou les décès avait commis ou tenté de commettre des voies de fait à l'endroit d'une personne qui n'était pas ou n'avait jamais été dans une relation intime avec elle (amis, connaissances ou étrangers). Il n'est pas nécessaire que l'incident ait donné lieu à des accusations ou à une déclaration de culpabilité; il peut avoir été attesté par un document écrit (rapport de police, dossier médical, etc.) ou des témoins (famille, amis, voisins, collègues, conseillers, personnel médical, etc.).
23	Antécédents de violence familiale – ex -partenaires	La personne ayant causé le ou les décès avait infligé ou tenté ou menacé d'infliger des mauvais traitements (physiques, émotionnels, psychologiques, financiers, sexuels, etc.) à une personne avec qui elle avait déjà entretenu une relation intime. Il n'est pas nécessaire que l'incident ait donné lieu à des accusations ou à une déclaration de culpabilité; il peut avoir été attesté par un document écrit (rapport de police, dossier médical, etc.) ou des témoins (famille, amis, voisins, collègues, conseillers, personnel médical, etc.). Il peut s'agir simplement d'un voisin qui entend la personne ayant causé le ou les décès crier après une ancienne victime ou d'un collègue qui remarque des ecchymoses correspondant à des violences

		physiques sur une précédente victime alors qu'il est au travail.
24	Antécédents de violence familiale – partenaire actuel (victime)	La personne ayant causé le ou les décès avait infligé ou tenté ou menacé d'infliger des mauvais traitements (physiques, émotionnels, psychologiques, financiers, sexuels, etc.) à une personne avec qui elle entretient une relation intime. Il n'est pas nécessaire que l'incident ait donné lieu à des accusations ou à une déclaration de culpabilité; il peut avoir été attesté par un document écrit (rapport de police, dossier médical, etc.) ou des témoins (famille, amis, voisins, collègues, conseillers, personnel médical, etc.). Il peut s'agir simplement d'un voisin qui entend la personne ayant causé le ou les décès crier après la victime ou d'un collègue qui remarque des ecchymoses correspondant à des violences physiques sur la victime alors qu'il est au travail.
25	Antécédents de menace de mort à l'égard de la victime	La personne ayant causé le ou les décès avait adressé à la victime ou à une autre personne des propos visant à faire craindre pour la vie de la victime. Ces propos peuvent avoir été tenus verbalement, faits par écrit ou laissés sur un répondeur, de façon plus ou moins explicite, allant de « je vais te tuer » à « tu vas payer pour ce que tu as fait », en passant par « si je ne peux pas t'avoir, personne ne t'aura » ou « tu me le revaudras ».
26	Antécédents de menaces armées	La personne ayant causé le ou les décès avait menacé la victime de se servir d'une arme (arme à feu, couteau, etc.) ou d'un autre objet comme arme (bâton, branche, outil de jardinage, véhicule, etc.) dans le but de lui faire peur. Cette menace peut avoir été explicite (p. ex. « je vais t'enfoncer une balle » ou « je vais te passer sur le corps avec mon auto ») ou implicite (brandir un couteau ou mentionner « j'ai acheté un pistolet aujourd'hui »). Remarque : Ne sont pas incluses ici les menaces proférées gestuellement (p. ex. lever le poing).
27	Antécédents d'agressions armées	La personne ayant causé le ou les décès avait agressé ou tenté d'agresser la victime avec une arme (arme à feu, couteau, etc.) ou un autre objet utilisé comme arme (bâton, branche, outil de jardinage, véhicule, etc.). Remarque : Est exclue la violence infligée avec des parties du corps (poing, pied, coude, tête, etc.).

28	Antécédents de tentatives d'isoler la victime	La personne ayant causé le ou les décès avait un comportement sans contact physique – efficace ou non – visant à empêcher la victime d'entrer en contact avec d'autres personnes, à savoir différentes tactiques psychologiques (p. ex. culpabilisation) pour la dissuader de voir sa famille, ses amis ou d'autres connaissances (p. ex. « si tu pars, ne pense même pas à revenir », « je n'aime pas que tes parents viennent nous voir » ou « si tu invites tes amis ici, je te quitte »).
29	Contrôle de la plupart ou de la totalité des activités quotidiennes de la victime	La personne ayant causé le ou les décès avait posé ou tenté de poser des actes – efficaces ou non – visant à dominer complètement la victime. Par exemple, lorsque la victime était autorisée à se rendre en public, la personne ayant causé le ou les décès l'obligeait à lui dire tous les endroits et toutes les personnes qu'elle avait fréquentés, ou l'empêchait de gérer ses finances (p. ex. en lui donnant une allocation ou en l'empêchant de trouver un emploi).
30	Antécédents de prise d'otage ou de séquestration	La personne ayant causé le ou les décès avait posé ou tenté de poser des actes – efficaces ou non – visant à limiter physiquement les déplacements de la victime, par exemple, en la séquestrant (enfermer la victime dans une pièce, etc.) ou en lui interdisant de se servir du téléphone (débrancher l'appareil lorsque la victime tente de l'utiliser, etc.). Les tentatives d'empêcher l'accès aux transports devraient aussi être incluses (p. ex. s'emparer des clés de l'auto ou les cacher). La personne ayant causé le ou les décès peut avoir usé de violence active (empoigner ou frapper la victime, etc.) ou passive (se tenir devant une sortie pour la bloquer, etc.) pour que la victime lui obéisse.
31	Antécédents d'actes sexuels forcés ou d'agression lors d'une relation sexuelle	La personne ayant causé le ou les décès avait posé ou tenté ou menacé de poser des actes – efficaces ou non – visant à forcer la victime à avoir un rapport sexuel (de quelque nature que ce soit) avec elle. Sont aussi incluses les agressions contre la victime, de quelque nature que ce soit (morsure, égratignure, coup de poing, strangulation, etc.), durant un rapport sexuel.
32	Antécédents de strangulation de la victime	La personne ayant causé le ou les décès avait déjà tenté d'étrangler la victime (avant l'incident ayant entraîné la mort). La personne ayant causé le ou les décès a pu utiliser différentes choses pour arriver à ses fins (p. ex. mains, bras ou corde). Cela n'inclut pas les tentatives antérieures d'étouffement de la victime (p. ex. étouffement avec un oreiller).

33	Antécédents de violence contre un animal de compagnie de la famille	La personne ayant causé le ou les décès avait posé des gestes contre un animal de compagnie de la victime, ou un ancien animal de compagnie de la personne ayant causé le ou les décès, dans le but de faire souffrir la victime ou de lui faire peur. Il peut s'agir d'enlever, de torturer ou de tuer l'animal. À ne pas confondre avec une correction infligée à l'animal pour un problème de comportement.
34	Antécédents d'agression de la victime pendant qu'elle était enceinte	La personne ayant causé le ou les décès avait posé ou tenté de poser des actes de violence physique contre la victime, allant d'une bousculade ou d'une gifle au visage à des coups de poing ou de pied au ventre, alors que celle-ci était enceinte au su de la personne ayant causé le ou les décès.
35	Escalade de la violence	La personne ayant causé le ou les décès infligeait à la victime des mauvais traitements (physiques, psychologiques, émotionnels, sexuels, etc.) qui augmentaient en fréquence ou en gravité. Comme preuve, des visites plus fréquentes chez le médecin ou la multiplication des plaintes auprès ou en provenance de la famille, d'amis ou de connaissances.
36	Menaces ou préjudices à l'endroit d'enfants	La personne ayant causé le ou les décès avait infligé ou tenté ou menacé d'infliger des mauvais traitements (physiques, émotionnels, psychologiques, financiers, sexuels, etc.) à des enfants de la famille. Il n'est pas nécessaire que l'incident ait donné lieu à des accusations ou à une déclaration de culpabilité; il peut avoir été attesté par un document écrit (rapport de police, dossier médical, etc.) ou des témoins (famille, amis, voisins, collègues, conseillers, personnel médical, etc.).
37	Forte minimisation ou négation complète des antécédents de violence conjugale	La victime, un parent, un ami ou une connaissance avait mis la personne ayant causé le ou les décès face à ses comportements, mais cette dernière avait refusé d'y mettre fin ou de suivre un traitement (p. ex. programme d'aide aux hommes agresseurs), ou la personne ayant causé le ou les décès avait nié avoir commis des voies de fait (en totalité ou en partie), avait nié sa responsabilité dans celles-ci (p. ex. en jetant le blâme sur la victime) ou avait nié leur gravité (p. ex. « elle n'a pas vraiment été blessée »).

Accès

38	Possession d'armes à feu ou accès à des armes	La personne ayant causé le ou les décès conservait des armes à feu à son domicile, son lieu de travail ou à un autre endroit à proximité (p. ex. domicile d'un ami ou stand de tir). Est inclus l'achat d'une arme à feu dans l'année précédant les faits, quel qu'en soit le motif.
39	Contact avec la victime après l'évaluation des risques	Malgré la détection de risques lors d'une évaluation officielle (p. ex. par un professionnel de la santé mentale devant un tribunal) ou non officielle (p. ex. par un intervenant des services d'aide aux victimes d'une maison d'hébergement), la personne ayant causé le ou les décès était restée en contact avec la victime.
État d'esprit de la victime		
40	Crainte intuitive de la victime à l'égard de la personne ayant causé le ou les décès	La victime, grâce à son excellente connaissance de la personne ayant causé le ou les décès, peut estimer le niveau de risque avec précision. Si la victime révèle à quiconque sa crainte que la personne ayant causé le décès lui fasse du mal ou fasse du mal à ses enfants, par exemple en déclarant : « je crains pour ma vie », « je pense qu'elle va me faire du mal » ou « je dois protéger mes enfants », cela indique clairement un risque grave.
41	Vulnérabilité de la victime	Une victime peut être jugée vulnérable si des problèmes et circonstances complexifient la demande d'aide. Il peut s'agir de problèmes de santé mentale ou de dépendance, d'un handicap, d'obstacles linguistiques ou culturels (p. ex. nouvel arrivant ou communauté culturelle isolée), de dépendance économique, et du fait de vivre en région rurale ou éloignée. La vulnérabilité peut aussi découler de choix de vie qui mettent la victime en situation de risque (p. ex. travailleuse du sexe ou escorte). La vulnérabilité ne découle pas de facteurs communs, comme des problèmes d'estime de soi, un jeune âge, la pauvreté ou l'appartenance à un groupe culturel (p. ex. Autochtones).

Annexe B

Résumé détaillé des cas examinés en 2021

Cas	Année du décès	Homicide	Homicide-suicide	Nombre de victimes	Âge de la victime	Victime : femme	Victime : homme	Victime : enfant	Âge de la PACD ²	PACD (homme ¹)	PACD (femme ¹)	Nombre de facteurs de risque	Nombre de recommandations
1	2018	1		2	66 77	1	1		56	1		7	1
2	2019		1	1	11			1	41	1		10	2
3	2012	1		1	41	1			40	1		4	0
4	2018	1		1	61	1			62	1		11	6
5	2017	1		1	92		1		64		1	10	3
6	2013	1		1	72	1			82	1		3	1
7	2016	1		1	68	1			73	1		1	0
8	2019		1	1	68	1			73	1		14	1
9	2018		1	1	30	1			46	1		5	2
10	2018		1	1	27	1			30	1		5	3
11	2019		1	1	41	1			47	1		19	4
12	2018		1	3	34 14 16	1		2	37	1		5	0
13	2018	1		1	61	1			61	1		13	2
14	2018	1		1	27	1			29	1		4	0
15	2017	1		1	73	1			78	1		3	0
16	2017		1	1	78	1			76	1		3	1
17	2017	1		1	30	1			34	1		11	11
18	2016	1		1	65	1			66	1		19	4
19	2018		1	1	62	1			57	1		1	0
20	2019		1	1	30	1			39	1		7	2
21	2017	1		1	46	1			51	1		5	2
22	2017	1		1	64	1			67	1		13	2
23	2015	1		1	29	1			39	1		11	1
24	2016	1		1	73	1			78	1		3	2
25	2018	1		1	70	1			74	1		9	1
26	2019	1		1	57	1			57	1		8	2
27	2020		1	1	33	1			44	1		13	0
28	2019		1	1	63	1			69	1		3	2

² PACD = Personne ayant causé le ou les décès

Annexe C

Résumé des examens des cas de 2021

Cas	Résumé
2021-01	Homicide d'une femme de 66 ans et de son mari de 77 ans. Les personnes décédées étaient les parents de la victime visée, une femme de 41 ans qui était en train de mettre fin à son union de fait avec son partenaire de 56 ans. La personne ayant causé les décès a agressé sexuellement la victime visée et a tué ses parents. Dans cette affaire, sept facteurs ³ de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-02	Homicide d'une jeune fille de 11 ans par son père, âgé de 41 ans, qui s'est ensuite suicidé. La mère de la victime était la victime visée et était l'ancienne partenaire intime de la personne ayant causé le décès. Une alerte AMBER avait été lancée plusieurs heures après que la victime ne soit pas revenue d'une visite prévue avec son père. Dans cette affaire, dix facteurs ³ de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-03	Homicide d'une femme de 41 ans par son ancien partenaire de 40 ans. La victime et son ancien partenaire entretenaient une relation depuis environ quatre ans. Ils se sont rencontrés lorsqu'ils travaillaient dans la même usine. L'ancien partenaire vivait dans un appartement au sous-sol, mais a déménagé lorsque leur relation a pris fin. La victime aurait continué à voir son ancien partenaire alors qu'elle était engagée dans une nouvelle relation. Dans cette affaire, quatre facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-04	Homicide d'une femme de 61 ans par son conjoint de fait âgé de 62 ans. Le couple était en relation depuis 13 ans. Le partenaire masculin était alcoolique et il y avait des antécédents de VPI perpétrée par les deux individus. Dans cette affaire, onze facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-05	Homicide d'un homme de 92 ans par sa conjointe de fait de 64 ans. Tous deux avaient déjà vécu le décès de leur conjoint respectif. Ils étaient en couple depuis environ cinq ans et la conjointe de fait était financièrement dépendante du défunt. Il a été rapporté qu'elle avait des antécédents d'aggravation de ses problèmes de santé mentale. Dans cette affaire, dix facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.

³ Les facteurs de risque sont basés sur la relation entre la victime visée et la personne qui a causé le décès.
Rapport annuel 2021 du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Cas	Résumé
2021-06	Homicide d'une femme de 72 ans qui a été poignardée par son mari de 82 ans. Le mari vivait dans un foyer de soins de longue durée, mais il rendait visite à sa femme et à d'autres membres de sa famille à l'extérieur de l'établissement lorsque l'homicide a eu lieu. Le mari était atteint de démence et avait des antécédents de délire paranoïaque. L'homme a été jugé inapte à subir son procès. Dans cette affaire, trois facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-07	Homicide d'une femme de 68 ans par son mari de 73 ans. Le couple était marié depuis 46 ans et se disputait depuis plusieurs mois avant l'homicide. Dans cette affaire, un facteur de risque d'homicide entre partenaires intimes a été relevé.
2021-08	Homicide d'une femme de 68 ans par son mari de 73 ans, ce dernier s'est ensuite suicidé. Des antécédents de violence familiale n'ont pas été signalés jusqu'à ce que, juste avant l'homicide-suicide, le couple ait eu des interactions avec la police. Dans cette affaire, quatorze facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-09	Homicide d'une femme de 30 ans par son petit ami de 46 ans, qui s'est ensuite suicidé. Le couple est sorti ensemble pendant environ cinq mois et vivait ensemble depuis deux semaines. Le petit ami était recherché en vertu d'un mandat d'immigration. Dans cette affaire, cinq facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-10	Homicide d'une femme de 27 ans par son petit ami de 30 ans, qui s'est ensuite suicidé. Il avait été accusé d'agression sexuelle sur une autre femme dans une autre province. Environ deux semaines avant sa comparution devant le tribunal pour agression sexuelle, il a tué sa petite amie, puis s'est suicidé. Dans cette affaire, cinq facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-11	Homicide d'une femme de 41 ans par son mari de 47 ans, qui s'est ensuite suicidé. Il y avait des antécédents de violence familiale et la victime et son mari avaient des antécédents médicaux de problèmes de santé mentale. Les deux enfants du couple ont été témoins de l'homicide. Dans cette affaire, dix-neuf facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-12	Homicide d'une femme de 34 ans (victime n° 1), de sa fille de 14 ans (victime n° 2) et de son fils de 16 ans (victime n° 3). La personne ayant causé les décès est le mari et le père des deux enfants. Dans cette affaire, cinq facteurs ⁴ de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.

⁴ Les facteurs de risque sont fondés sur la relation entre la victime n° 1 et l'individu qui est soupçonné d'avoir causé le décès.
 Rapport annuel 2021 du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

Cas	Résumé
2021-13	Homicide d'une femme de 61 ans par son mari de 61 ans. Ce dernier souffrait depuis longtemps de problèmes de santé mentale et était soumis à un stress important en raison de difficultés financières. Dans cette affaire, treize facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-14	Homicide d'une femme de 27 ans par son conjoint de fait de 29 ans. Le couple avait l'intention de se marier et il n'y avait pas d'antécédents de violence conjugale. On pense qu'il consommait des drogues récréatives et la victime a menacé de mettre fin à la relation si la consommation de drogues se poursuivait. Dans cette affaire, quatre facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-15	Homicide d'une femme de 73 ans par son conjoint de fait âgé de 78 ans. La victime a été tuée au cours d'une dispute entre les partenaires. Aucun antécédent de violence entre partenaires intimes n'a été signalé dans la relation du couple. Le conjoint de fait est ensuite décédé à la suite d'une altercation alors qu'il était en garde à vue. Dans cette affaire, trois facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-16	Homicide d'une femme de 78 ans par son mari de 76 ans, qui s'est ensuite suicidé. Il n'y avait pas d'antécédents de problèmes conjugaux ou de violence conjugale dans leur mariage. Selon le fils de la victime, le mobile était la santé déclinante de la femme et l'incapacité du mari à s'occuper d'elle. Dans cette affaire, trois facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-17	Homicide d'une femme de 30 ans par son petit ami de 34 ans. Le couple vivait dans une communauté isolée des Premières Nations. La victime et son petit ami vivaient une relation relativement nouvelle, marquée par la toxicomanie et la violence. La victime avait exprimé son désir de mettre fin à la relation, mais craignait d'être tuée avant. Dans cette affaire, onze facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-18	Homicide d'une femme de 65 ans par son petit ami de 66 ans. Les deux personnes se fréquentaient depuis environ un an. Le partenaire avait de longs antécédents de violence conjugale à l'égard de partenaires antérieurs. Dans cette affaire, dix-neuf facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-19	Homicide d'une femme de 62 ans par son mari de 57 ans, qui s'est ensuite suicidé. Il n'y avait pas d'antécédents connus de disputes ou de mauvais traitements et le couple était considéré comme sociable et amical. La victime et son mari croyaient tous deux aux théories du complot et affichaient souvent un

Cas	Résumé
	comportement paranoïaque. Dans cette affaire, un facteur de risque d'homicide entre partenaires intimes a été relevé.
2021-20	Homicide d'une femme de 30 ans a été tuée par son petit ami de 39 ans. Le couple était en couple depuis peu de temps et était tous deux immigrants. Il a poignardé la victime, puis s'est suicidé. Dans cette affaire, sept facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-21	Homicide d'une femme de 46 ans a été tuée par son mari de 51 ans. La victime était une personne récemment immigrée, qui ne parlait pas bien l'anglais et dont le réseau social était limité. Le mari était également immigré et vivait au Canada depuis plusieurs années. Le couple a connu des difficultés financières après avoir tenté en vain d'exploiter, puis de vendre, un restaurant. La victime était sur le point de mettre fin à la relation et de retourner dans son pays d'origine. Dans cette affaire, cinq facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-22	Homicide d'une femme de 64 ans par son mari de 67 ans. La victime a subi des violences verbales, psychologiques et physiques tout au long de leurs 50 ans de mariage. La famille et les amis étaient au courant de ces violences et s'en inquiétaient. Le mari a engagé une dispute verbale avec la victime qui a dégénéré et l'a abattue dans l'entrée de cour du domicile alors qu'elle tentait de partir. Dans cette affaire, treize facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-23	Homicide d'une femme de 29 ans par son conjoint de fait de 39 ans. Le couple était en train de se séparer et la victime avait entamé une nouvelle relation. Les amis et la famille savaient que le conjoint de fait était bouleversé par la séparation. Dans cette affaire, onze facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-24	Homicide d'une femme de 73 ans par son mari de 78 ans. Ce dernier avait accès à des armes à feu, sa santé déclinait et il avait des pensées paranoïaques. Il a été déclaré non pénalement responsable de l'homicide de sa femme. Dans cette affaire, trois facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-25	Homicide d'une femme de 70 ans par son mari de 74 ans. Le couple était marié depuis 55 ans et la victime envisageait de mettre fin à leur relation. Le mari souffrait d'une dépression grandissante et d'autres facteurs de stress, et avait accès à des armes à feu. Dans cette affaire, neuf facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.

Cas	Résumé
2021-26	Homicide d'une femme de 57 ans par son mari de 57 ans. Il y avait des antécédents de violence familiale, la victime et la personne ayant causé le décès souffraient de troubles liés à la consommation d'alcool et la victime souffrait de problèmes de santé mentale. L'homicide a été précédé de disputes, d'agressions physiques et de la présence d'armes à feu. La victime a été tuée par balle et retrouvée dans l'arrière-cour de sa résidence. Dans cette affaire, huit facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-27	Homicide d'une femme de 33 ans par son petit ami de 44 ans, qui s'est ensuite suicidé. Il avait des antécédents de comportement jaloux avec des partenaires intimes antérieures et avait accès à des armes à feu. Dans cette affaire, treize facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.
2021-28	Homicide d'une femme de 63 ans par son mari de 69 ans, qui s'est ensuite suicidé. La victime et son mari étaient en mauvaise santé, avaient des difficultés financières importantes et étaient sur le point d'être expulsés de leur maison. Dans cette affaire, trois facteurs de risque d'homicide entre partenaires intimes ont été relevés.

Annexe D

Recommandations relatives à l'examen des cas de 2021

Numéro de cas du CEDVF	Recommandations
2021-01	<ol style="list-style-type: none">1. Il est recommandé que les différentes campagnes portant sur le rôle des voisins, des amis et des familles dans la prévention des homicides familiaux incluent des renseignements sur les signes avant-coureurs liés aux menaces possibles proférées sur les médias sociaux, ainsi que sur les indicateurs de traque et de harcèlement.<ul style="list-style-type: none">• Ces renseignements devraient encourager les victimes à communiquer avec la police pour discuter des risques et de la planification de la sécurité. De nombreuses victimes et le public pensent qu'ils ne peuvent appeler la police qu'en cas d'incident violent ou de risque imminent de préjudice et ne savent pas que les services de police disposent de coordonnateurs en matière de violence familiale et de VPI qui peuvent offrir des conseils et orienter les victimes vers d'autres organismes.
2021-02	<ol style="list-style-type: none">1. Dans les cas de menaces explicites d'atteinte à l'intégrité physique d'un enfant ou d'antécédents documentés de maltraitance ou de violence familiale, une alerte AMBER doit être déclenchée dès que la police est informée de la situation.2. Les campagnes de sensibilisation du public et des professionnels sur la violence familiale et les homicides familiaux devraient être élargies pour inclure les risques encourus par les enfants dans les cas de garde conflictuelle dans le contexte d'antécédents de violence familiale.
2021-03	Pas de nouvelle recommandation.
2021-04	<ol style="list-style-type: none">1. Il est recommandé que la Gendarmerie royale du Canada mette au point un système qui l'alerte lorsque des personnes titulaires d'un permis de possession et d'acquisition (PPA) sont connues d'un service de police pour leur consommation d'alcool, leur manque de jugement ou leurs problèmes de santé mentale, d'impulsivité ou de tendances suicidaires, et qu'une enquête soit menée en vue de la révocation éventuelle du PPA. Il est recommandé que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ne soient pas autorisées à obtenir un PPA.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Compte tenu de la forte cooccurrence entre la toxicomanie et la VPI, il est recommandé de renforcer la sensibilisation et la formation des conseillers qui travaillent avec des clients ayant des problèmes de toxicomanie et susceptibles de signaler des cas de VPI. 3. Il est recommandé de procéder à un dépistage systématique dans tous les cas où il existe des indicateurs de VPI. Ce dépistage comprendrait une évaluation approfondie du risque et de la gestion du risque. 4. Lorsqu'un conseiller n'est pas formé à l'évaluation des risques ou n'a pas le temps de procéder à une évaluation approfondie des risques en raison d'une charge de travail élevée ou d'un manque de ressources, il doit orienter le client vers des organismes spécialisés dans l'évaluation et la gestion des risques de VPI (p. ex. les services d'aide aux victimes). 5. Les conseillers sont encouragés à s'entretenir séparément avec les couples pour évaluer le risque de VPI avant de les voir ensemble pour une thérapie de couple. Cela permet de procéder à une évaluation appropriée et approfondie des risques dans un contexte où les personnes peuvent être honnêtes et ouvertes et où la sécurité est une priorité. 6. Il est recommandé que l'Office de la condition féminine mette en place une campagne de sensibilisation des professionnels dans tous les ministères participant aux services de première ligne en matière de VPI afin d'attirer l'attention sur l'oppression historique des peuples autochtones et sur la manière dont elle affecte la recherche d'aide aux victimes. Lors de l'élaboration de cette campagne de sensibilisation, il convient de se référer au rapport 2019 de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.
<p>2021-05</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les centres d'appel d'alerte médicale doivent utiliser des outils d'évaluation de la sécurité lorsqu'ils avertissent les personnes identifiées comme personnes à contacter en cas d'urgence pour les clients des services d'alerte médicale. Lorsque les appels impliquent une violence possible ou des conditions qui pourraient être dangereuses, le centre d'appel doit immédiatement avertir le service de police concerné. Les personnes qui prennent les appels ne doivent pas demander aux personnes à contacter en cas d'urgence de prendre des nouvelles d'un client du service d'alerte médicale s'il existe une quelconque possibilité que la situation soit dangereuse. 2. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont encouragés à adopter un système de « navigateurs de santé » pour les patients souffrant de troubles mentaux aigus afin de promouvoir la continuité des

	<p>soins et la collaboration des services et des traitements entre les fournisseurs de soins de santé.</p> <p>3. Les services de police sont encouragés à utiliser les services d'aide aux victimes pour les témoins et les autres personnes touchées par la violence.</p>
2021-06	<p>1. Les membres de la famille ou les mandataires spéciaux de résidents de foyers de soins de longue durée souffrant de troubles du comportement doivent recevoir régulièrement des comptes rendus, y compris des renseignements et des conseils sur la manière de gérer les réactions comportementales et émotionnelles du résident, y compris le risque de violence, qui peuvent survenir lors des visites dans le foyer de soins de longue durée et à l'extérieur de l'établissement.</p>
2021-07	<p>Pas de nouvelle recommandation.</p>
2021-08	<p>1. Le ministère du Solliciteur général et le ministère du Procureur général devraient revoir, mettre à jour et étendre les politiques, pratiques et formations existantes pour les agents de police et les procureurs de la Couronne afin de reconnaître les problèmes uniques auxquels sont confrontés les couples plus âgés impliqués dans des affaires de VPI.</p>
2021-09	<p>1. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires devrait élaborer une campagne de sensibilisation des professionnels dans l'ensemble des ministères participant aux services de première ligne en matière de violence familiale et de VPI, afin de faire connaître l'oppression historique des femmes de descendance noire ou africaine et des personnes diversifiées sur le plan du genre, et la façon dont cette oppression affecte les victimes de violence conjugale et de violence sexuelle qui cherchent de l'aide.</p> <p>2. L'Agence des services frontaliers du Canada devrait procéder à un examen interne des conclusions et des enseignements tirés de cette affaire, et le soumettre au CEDVF.</p>
2021-10	<p>1. Le ministère du Procureur général et le ministère du Solliciteur général doivent faciliter la collaboration entre les procureurs de la Couronne et les autorités de police après qu'une caution a été versée et qu'une personne soupçonnée d'avoir causé la mort a été arrêtée ou accusée d'un délit lié à la violence à caractère sexiste. Dans le cadre de la prise de déposition, la police doit s'enquérir des relations actuelles et passées des partenaires intimes des personnes accusées, y compris celles qui vivent sur un autre</p>

	<p>territoire. Les partenaires ou ex-partenaires doivent être informés des conditions d'arrestation ou de détention.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Le ministère du Procureur général devrait développer un programme de counseling visant à soutenir les personnes accusées, en particulier celles qui sont en liberté sous caution, alors qu'elles naviguent dans le système juridique pénal. Un tel programme comprendrait des ressources et des références à des soutiens culturellement pertinents dans la communauté, où les accusés pourraient obtenir des renseignements sur ce que le processus implique, ainsi que des stratégies pour gérer l'anxiété, la peur, le stress, etc. 3. Le Bureau du coroner en chef devrait partager ce rapport avec le comité d'examen des décès dus à la violence entre partenaires intimes de l'Alberta ou un organisme similaire.
<p>2021-11</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les procureurs de la Couronne devraient examiner attentivement les implications des engagements de ne pas troubler l'ordre public pour résoudre les cas de violence familiale. En particulier, la sécurité des victimes et des enfants après la séparation doit être au centre des politiques et des pratiques de résolution de ces affaires. Un examen approfondi de chaque demande d'engagement de ne pas troubler l'ordre public ou de résolution d'accusations criminelles par l'entremise d'un engagement de ne pas troubler l'ordre public doit être guidé par une évaluation des risques de l'affaire pour les victimes adultes et leurs enfants. Un engagement de ne pas troubler l'ordre public qui ordonne aux personnes soupçonnées d'avoir causé le décès de ne pas s'approcher de la victime doit comprendre une disposition relative à l'accès aux enfants qui ne dépend pas du contact entre la victime et les personnes soupçonnées d'avoir causé le décès. De tels engagements de ne pas troubler l'ordre public sont contradictoires dans leur orientation et peuvent mettre en danger les victimes et promouvoir un harcèlement continu. 2. Le financement des programmes d'intervention auprès des partenaires violents devrait être augmenté pour les personnes à haut risque dont on pense qu'elles sont à l'origine des décès et qui sont confrontées à de multiples difficultés (p. ex. emploi, logement, soutien financier, santé mentale et toxicomanie). Ce financement devrait inclure des programmes de groupe améliorés, passant des 12 semaines actuelles à 24 semaines, ainsi que l'accès à un soutien en cas de crise en tout temps et à des conseils individuels complémentaires s'ils ne sont pas disponibles ailleurs dans la communauté.

	<p>3. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires devrait veiller à ce que les politiques des services de protection de l'enfance prévoient l'obligation de rester en contact avec les enfants dans les cas de violence domestique à haut risque afin de surveiller leur sécurité jusqu'à ce qu'une ordonnance du tribunal de la famille précise les modalités d'exercice des responsabilités parentales qui permettent de faire face aux risques persistants.</p> <p>4. Le service de police concerné devrait procéder à un examen des enseignements tirés des circonstances entourant cet homicide-suicide en vue d'élaborer des politiques et des services intégrés et coordonnés pour les cas de VPI à haut risque.</p>
2021-12	Pas de nouvelle recommandation.
2021-13	<p>1. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) [également appelés « Services de soutien à domicile et en milieu communautaire »] devraient créer des navigateurs en santé de soins aigus qui collaboreraient avec les patients ayant des besoins aigus en matière de soins de santé mentale ou physique et avec les fournisseurs de soins primaires afin d'assurer un cercle de soins, notamment en élaborant des plans de soins dans les cas où plusieurs praticiens interviennent.</p> <p>2. L'hôpital concerné doit procéder à un examen des enseignements tirés des circonstances entourant les soins prodigués aux personnes soupçonnées d'avoir causé le décès avant et immédiatement avant l'homicide de la victime. L'examen doit comprendre une analyse des protocoles, des procédures et des processus d'atténuation des risques, en particulier en ce qui concerne la planification de la sortie des personnes potentiellement à haut risque.</p>
2021-14	Pas de nouvelle recommandation.
2021-15	Pas de nouvelle recommandation.
2021-16	<p>1. Il est recommandé que le ministère de la Santé, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Association des psychiatres du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • veillent à ce que tous les médecins de famille et les psychiatres soient conscients des dangers d'homicide familial pour les partenaires conjugaux âgés dont la santé physique et mentale décline, en particulier lorsque l'un des partenaires est atteint de démence;

	<ul style="list-style-type: none"> • veillent à ce que tous les médecins et psychiatres soient en mesure de comprendre, de reconnaître et de traiter le stress, l'anxiété et l'accablement d'un partenaire conjugal âgé qui s'occupe exclusivement d'un partenaire conjugal âgé dont l'état de santé se détériore; • veillent à ce que tous les médecins de famille et psychiatres s'informent sur les armes à feu au domicile des patients âgés souffrant de dépression et qui s'occupent exclusivement d'un partenaire âgé dont l'état de santé se détériore.
<p>2021-17</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il est recommandé que le ministère du Procureur général cherche à étendre et à rendre accessibles les processus de justice dirigés par la communauté (justice réparatrice autochtone, services aux victimes spécifiques aux Autochtones, programme autochtone de libération sous caution et de supervision de la vérification, etc.). 2. Reconnaissant que toutes les Premières Nations sont uniques et que les approches de prestation de services de justice doivent refléter ce caractère unique, le ministère du Procureur général devrait s'assurer que le financement est disponible pour soutenir les services intégrés tels que la justice, les soins de santé, le logement, etc. Par exemple, dans les grandes communautés, cela peut prendre la forme d'un « centre », tandis que les petites communautés peuvent être mieux servies par un travailleur de crise spécifique qui dispose de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des membres de la communauté. Les Premières Nations devraient être soutenues dans la mise en œuvre d'un modèle de prestation de services de santé mentale et d'intervention qui est à l'image de leurs modes de connaissance et répond aux besoins de leurs communautés individuelles. 3. Le ministère devrait fournir un soutien adéquat et durable à la communauté pour mettre en œuvre et gérer les processus de justice menés par les Autochtones. 4. Le ministère du Procureur général devrait inculper les individus de manière appropriée, en particulier lorsqu'ils ont un long passé de comportement violent.

5. Les communautés des Premières Nations devraient recevoir le soutien et les ressources nécessaires pour renforcer leurs capacités afin qu'elles puissent s'engager et mettre en œuvre leurs propres solutions pour traiter les problèmes de santé mentale, tels que la consommation de substances psychoactives dans la communauté. Le ministère de la Santé et le ministère du Procureur général devraient s'engager avec le chef et le conseil pour savoir quels soutiens à la capacité seraient nécessaires pour que cela se produise et s'engager à mettre en œuvre les apprentissages avec un mécanisme de compte-rendu également établi.

6. Il est recommandé que les organismes autochtones des services de bien-être pour les enfants et les familles soient soutenus par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires pour :

fournir des services holistiques en mettant l'accent sur les soutiens communautaires qui englobent l'ensemble de la famille et pas seulement l'individu. Les enfants et les jeunes se situent dans un contexte familial et communautaire et le ministère devrait chercher des moyens de soutenir cette approche de prestation de services.

7. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires devrait soutenir l'élaboration de programmes et de services par et pour les Premières Nations et la nécessité de s'attaquer aux facteurs sous-jacents qui contribuent aux défis actuels auxquels sont confrontés les individus, les familles et les communautés, y compris les traumatismes historiques, continus et intergénérationnels.
 - Soutenir la Première Nation dans la conception d'approches holistiques de la guérison et du bien-être familial qui sont ancrées dans les pratiques culturelles et spirituelles de la communauté.
 - Soutenir la Première Nation dans la mise en œuvre de la guérison liée à la terre en tant qu'intervention pour la guérison de toute la famille.

8. Il est recommandé que les bureaux de probation et de libération conditionnelle du ministère du Solliciteur général (Services correctionnels) examinent l'exécution des ordonnances judiciaires et les moyens d'atténuer ce problème.

	<p>9. Les agents de probation et de libération conditionnelle doivent évaluer les clients en temps utile et veiller à ce que des rapports soient régulièrement présentés à la communauté pour s'assurer que les risques et les besoins sont recensés et pris en compte. Il est essentiel que le financement des modèles de prestation de services permette de financer les services de justice dans la communauté plutôt que d'accepter le statu quo selon lequel les services ne seront pas accessibles en raison de l'éloignement de la communauté. L'orientation vers des programmes de réadaptation qui répondent aux besoins spécifiques des clients autochtones est essentielle pour atténuer les risques encourus par les victimes.</p> <p>10. Les agents de probation et de libération conditionnelle doivent s'adresser à des personnes-ressources collatérales pour confirmer ou vérifier les renseignements fournis par le client. Cela permettra d'informer la supervision et de mieux comprendre les risques et les besoins de l'auteur de l'infraction et de la victime.</p> <p>11. Il est recommandé que le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale du Bureau du coroner en chef ajoute les « antécédents de maltraitance animale » aux facteurs de risque relevés lors de l'examen des cas.</p>
<p>2021-18</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le service municipal du logement, le service de police et les autres ressources communautaires concernées devraient procéder à un examen des circonstances entourant ce décès afin d'en tirer des enseignements. L'évaluation doit permettre de déterminer les éventuelles occasions manquées d'intervenir avant l'homicide, ainsi que les politiques et pratiques existantes et potentielles qui pourraient contribuer à éviter des décès similaires dans l'avenir. 2. Le service municipal du logement concerné doit vérifier les antécédents criminels des locataires potentiels avant de les admettre dans un foyer pour personnes âgées. Les locataires potentiels considérés comme présentant un risque élevé doivent se voir refuser le logement ou la police et les autres résidents doivent en être informés. 3. Le service de police concerné doit examiner les circonstances de l'affaire à des fins d'assurance qualité afin de déterminer s'il existe des preuves suffisantes pour justifier des accusations de harcèlement criminel ou autres. 4. Le ministère du Procureur général doit achever une étude sur la violence familiale chronique pour ceux dont on pense qu'ils ont causé la mort en

	<p>vue d'élaborer une politique visant à repérer les auteurs de violence familiale répétée - ceux dont on pense qu'ils ont causé la mort - qui causent des dommages psychologiques et physiques importants à une ou plusieurs victimes. Cette politique devrait prendre en compte les considérations particulières relatives à la désignation de délinquant dangereux ou de délinquant à long terme pour les auteurs de violences familiales dont on pense qu'ils ont causé la mort et qui sont des délinquants chroniques ayant fait de multiples victimes.</p>
2021-19	Pas de nouvelle recommandation.
2021-20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsque la victime ne souhaite pas engager de poursuites, le service de police concerné doit l'orienter vers des services d'aide aux victimes. Ce renvoi doit être obligatoire afin de garantir que la victime bénéficie du soutien nécessaire. 2. Il est recommandé que le service de police concerné examine la note de service à l'intention de tous les chefs publiée par le Bureau du coroner en chef (2009), qui comprend un guide d'enquête sur les homicides et les homicides-suicides dus à la violence familiale. Cette recommandation sert de rappel concernant ces orientations en matière d'enquête.
2021-21	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il est recommandé que l'Agence de la consommation en matière financière du Canada encourage les banques et les sociétés de prêt à fournir aux familles, en particulier aux familles d'immigrants, de réfugiés et de nouveaux arrivants, des renseignements sur la création d'une nouvelle entreprise dans la province. Les dossiers d'information devraient inclure les étapes à prendre en compte avant de démarrer ou d'exploiter une entreprise, comme l'enregistrement de l'entreprise auprès du gouvernement, les permis et les licences, le soutien et le financement, mais aussi les facteurs de stress potentiels et leur incidence sur une famille, les taux de réussite, et où aller pour obtenir des conseils et du soutien si l'entreprise est en difficulté. Des programmes de mentorat devraient également être mis en place pour apprendre des propriétaires d'entreprises prospères et établies. 2. Les nouveaux arrivants devraient se voir proposer des ressources (p. ex. la Campagne Voisin-es, ami-es et familles), des programmes et des séances d'information sur la VPI et les ressources et soutiens disponibles pour les familles. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada peut également fournir des ressources aux nouveaux arrivants qui souhaitent créer une entreprise au Canada. Ces ressources devraient inclure les étapes à suivre

	<p>lors de la création d'une entreprise et les facteurs de stress liés à la gestion d'une entreprise prospère sur les familles et les relations, les taux de réussite et les programmes qui offrent aux familles un soutien financier et des services d'alphabétisation.</p>
2021-22	<ol style="list-style-type: none"> 1. En raison de la nécessité permanente de sensibiliser les membres de la famille, les amis et les collègues qui rencontrent des victimes et des auteurs de VPI sur les facteurs de risque et les signes avant-coureurs de la VPI, la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario devrait élaborer des ressources appropriées à diffuser au public. Les documents de sensibilisation du public pourraient porter sur la planification de la sécurité et la gestion des risques, les obligations de la communauté et des témoins, et les plans d'action pour les personnes qui rencontrent des personnes impliquées dans la violence familiale. En particulier, le contenu pédagogique devrait traiter du risque accru associé à une séparation ou à l'imminence d'une séparation. Ces ressources éducatives devraient également comprendre un guide permettant de déterminer les facteurs de risque de létalité potentielle et les mesures spécifiques à prendre lorsque des facteurs de risque de létalité sont repérés. 2. La police locale et les organisations de services aux victimes devraient mettre en place des ressources d'information publique pour aider les individus, les amis, les familles et les voisins des victimes ou des victimes potentielles à accéder à l'information lorsqu'ils observent des signes avant-coureurs de VPI dans une relation. Ces ressources pourraient inclure des renseignements sur la manière de communiquer confidentiellement avec la police, les services d'aide aux victimes ou les intervenants en cas de crise, ainsi que des conseils et un soutien pour les personnes victimes de VPI ou d'autres formes de maltraitance. Ces ressources peuvent prendre la forme de renseignements en ligne, de brochures, d'affiches, de panneaux dans les toilettes publiques ou de présentations publiques.
2021-23	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (Office de la condition féminine) devrait intensifier ses efforts pour sensibiliser le public à la VPI et aux facteurs de risque qui y sont associés. Cette recommandation est un processus en deux étapes visant à examiner l'ampleur de l'accès et de la compréhension de ces questions par le public, puis, à la lumière de cette étude, à développer les efforts actuels de sensibilisation du public.

<p>2021-24</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Bureau du contrôleur des armes à feu et le Service d'éducation sur la sécurité des armes à feu de l'Ontario devraient collaborer à l'élaboration d'une campagne de sensibilisation du public expliquant comment le public peut signaler des problèmes de sécurité publique liés à des personnes ayant de graves problèmes de santé mentale ou des antécédents de VPI, qui ont accès à des armes à feu. 2. Le ministère de la Santé devrait élaborer du matériel de sensibilisation du public pour aider les familles des personnes atteintes de démence à se préparer à d'éventuels problèmes comportementaux et émotionnels. Ce matériel devrait comprendre des conseils sur l'identification des risques potentiels (tels que l'accès aux armes à feu) et sur les mesures de sécurité à prendre pour atténuer ces risques.
<p>2021-25</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Bureau du contrôleur des armes à feu et le Service d'éducation sur la sécurité des armes à feu de l'Ontario devraient collaborer à l'élaboration d'une campagne de sensibilisation du public expliquant comment le public peut signaler des problèmes de sécurité publique liés à des personnes ayant de graves problèmes de santé mentale ou des antécédents de violence conjugale, qui ont accès à des armes à feu.
<p>2021-26</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le ministère de la Santé et la Police provinciale de l'Ontario devraient envoyer un avis de rappel à tous les employeurs des agents de répartition d'ambulances (également appelés « preneurs d'appels 9-1-1 » et « personnel de répartition ») pour encourager tout le personnel à demander de l'aide s'il souffre de symptômes de stress post-traumatique ou d'autres problèmes de santé mentale; les cadres supérieurs devraient surveiller attentivement tous les agents de répartition d'ambulances pour détecter les symptômes de traumatisme indirect, compte tenu de la nature de leur travail. 2. Les services de police devraient veiller à ce que tous les agents de police, lorsqu'ils répondent à un appel concernant des violences familiales, élaborent un plan de sécurité avec la victime et l'orientent vers des services d'aide aux victimes. Par ailleurs, les agents devraient veiller à laisser une brochure ou d'autres renseignements à l'intention de l'auteur des violences afin de lui proposer des ressources de soutien préventif.
<p>2021-27</p>	<p>Pas de nouvelle recommandation.</p>

2021-28	<ol style="list-style-type: none">1. Les politiques et pratiques gouvernementales concernant la reprise de possession d'une maison (et l'expulsion des locataires) par des shérifs ou des représentants d'institutions financières devraient être révisées afin de s'assurer que des mesures de protection sont en place et qu'elles reconnaissent la vulnérabilité des propriétaires et locataires en raison de leur état de santé mentale ou physique.2. L'Ontario College of Family Physicians devrait promouvoir la formation continue sur les liens entre le vieillissement, le déclin de la santé physique et mentale, l'accès aux armes à feu et les homicides entre partenaires intimes.
----------------	---

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

**Bureau du coroner en chef
Comité d'examen des décès dus à la violence familiale**

25, avenue Morton Shulman

Toronto (Ontario)

M3M OB1

occ.deathreviewcommittees@ontario.ca