

**CONFIDENTIEL**

**RAPPORT PRÉSENTÉ AU :**

**COMITÉ DES PLAINTES DE LA COMMISSION DE SERVICE DE POLICE D'OTTAWA**

**LE 31 MARS 2026**

**PAR LE DIRECTEUR EXÉCUTIF DE LA COMMISSION DE SERVICE DE  
POLICE D'OTTAWA**

**PERSONNE-RESSOURCE :**

**HABIB SAYAH, DIRECTEUR EXÉCUTIF, COMMISSION DE SERVICE DE  
POLICE D'OTTAWA**

***HABIB.SAYAH@OTTAWA.CA***

**OBJET : EXAMEN DE LA PLAINTÉ INV-25-183**

**RECOMMANDATIONS**

**Que le Comité des plaintes de la Commission de service de police d'Ottawa  
(la Commission) :**

- 1. examine la plainte n° INV-25-183 concernant des politiques et des procédures qui a été déposée conformément au paragraphe 107(7) de la *Loi de 2019 sur la sécurité communautaire et les services policiers*;**
- 2. recommande que le Comité des politiques et de la gouvernance de la Commission examine la politique sur les décès soudains et les restes humains retrouvés (LE-037) afin d'exiger explicitement que le chef établisse des procédures pour attribuer à un poste en particulier la responsabilité de la notification du coroner lors d'interventions sur les lieux d'un décès inattendu;**
- 3. recommande que le chef de police tienne compte des conclusions du présent examen dans le cadre de la révision en cours de la Procédure 11.25;**
- 4. autorise le directeur général à communiquer les conclusions du Comité à l'inspecteur général, au solliciteur général et au plaignant;**
- 5. autorise le directeur général à publier le présent rapport (sans les documents à l'appui) sur le site Web de la Commission afin d'informer le**

**public des conclusions de la Commission et des mesures recommandées en réponse à la plainte.**

**CONTEXTE**

Les plaintes concernant des politiques et des procédures sont transmises par l'inspecteur général des services policiers à la Commission de service de police d'Ottawa (la Commission) en vertu du paragraphe 107(6) de la *Loi de 2019 sur la sécurité communautaire et les services policiers* (LSCSP). Aux termes du paragraphe 107(1) de cette loi, il incombe à l'inspecteur général de recevoir et de traiter les plaintes qui visent des services policiers, y compris celles concernant des politiques, des règlements, des règles ou des procédures d'une commission de service de police ou des procédures établies par un chef de police. Lorsque l'inspecteur général juge qu'il convient de traiter une telle plainte au niveau de la gouvernance, le paragraphe 107(6) l'oblige à transmettre la plainte à la commission de service de police concernée et à informer le plaignant de sa décision.

Conformément au paragraphe 107(7) de la LSCSP, la Commission est tenue, dès la réception de la plainte, de l'examiner en ce qu'elle se rapporte aux politiques de la Commission et aux procédures du chef de police. Elle doit ensuite faire rapport à l'inspecteur général et au solliciteur général des mesures prises. L'inspecteur général prescrit généralement un délai de 90 jours pour mener à bien cet examen.

La politique sur les plaintes concernant des politiques et des procédures (CR-32) de la Commission établit le cadre de gestion de ces examens. Selon les termes de cette politique, le directeur exécutif est tenu, dès la réception de la plainte, d'en aviser le chef de police, de rassembler les procédures pertinentes du chef de police et les renseignements contextuels pertinents, d'examiner les politiques applicables de la Commission et de rédiger un rapport exhaustif qui aborde la plainte en ce qu'elle se rapporte aux politiques de la Commission et aux procédures du chef de police. Le directeur exécutif doit ensuite soumettre ce rapport au Comité des plaintes.

Le rôle du Comité des plaintes consiste à effectuer un examen pragmatique de la plainte et à relever les possibles mesures de correction ou d'amélioration. Grâce aux pouvoirs qui lui sont délégués, le Comité peut demander des renseignements supplémentaires, approuver la réponse de la Commission à l'inspecteur général, appuyer ou modifier les recommandations formulées dans le rapport et soulever des questions de gouvernance ou de politique plus vastes à l'intention de la Commission ou de ses comités. Cet examen ne porte aucunement sur la conduite de membres du Service de police d'Ottawa (SPO).

Après l'examen du Comité, le directeur exécutif communique les conclusions à l'inspecteur général, au solliciteur général et au plaignant en respectant les limitations ou des conditions établies par le Comité, le cas échéant.

## **ANALYSE**

### **Résumé de la plainte**

La plainte découle du décès inattendu du père du plaignant qui est survenu dans une maison de retraite d'Ottawa le 31 mars 2025. Le plaignant allègue que des agents du SPO se sont rendus sur les lieux, mais qu'ils n'ont pas avisé le coroner comme requis. Il allègue aussi que le corps de son père serait resté dans sa chambre pendant plus de douze heures avant l'arrivée du coroner et que les politiques, la formation et les mécanismes de surveillance du SPO pourraient ne pas suffire pour garantir le respect des exigences concernant la notification du coroner lors de décès inattendus.

### **Mesures prises en réponse à la plainte**

Dès la réception de la plainte par l'inspecteur général le 5 décembre 2025, la Commission a entamé son examen en mettant l'accent strictement sur les politiques de la Commission et les procédures établies par le chef de police. Cet examen n'analyse pas les faits de l'incident outre les renseignements fournis par l'inspecteur général et n'évalue pas la conduite de membres du SPO. L'examen vise seulement à déterminer s'il est nécessaire de clarifier ou de mettre à jour des politiques ou des procédures.

Pour orienter l'examen, le bureau de la Commission a sollicité l'aide de l'Unité des normes professionnelles du SPO. Cette unité a fourni la Procédure 11.25 (décès soudain / restes humains retrouvés) du chef de police en vigueur depuis le 23 janvier 2017 et le registre du système de répartition assistée par ordinateur du SPO concernant l'appel lié à l'incident décrit dans la plainte. Ces documents ont été examinés parallèlement au dossier de plainte joint à la transmission de l'inspecteur général et aux dispositions pertinentes de la *Loi sur les coroners*.

### **Examen de la plainte en ce qu'elle se rapporte aux politiques de la Commission ou aux procédures du chef**

Voici la séquence des événements selon le registre du système de répartition. Le SPO a reçu l'appel à 8 h 25 et les agents sont arrivés sur les lieux environ cinq minutes plus tard. Les notes initiales indiquent qu'il y avait une ordonnance de non-réanimation au dossier du défunt. L'agent responsable a confirmé le décès, conclu qu'il n'était pas suspect et a quitté les lieux à 9 h 38 après avoir indiqué la mention « COORDONNÉES DU CORONER FOURNIES À LA MAISON DE RETRAITE ». À 17 h 12, soit près de neuf heures après l'arrivée des agents, la maison de retraite a rappelé le SPO pour

signaler que le coroner ne s'était toujours pas présenté. Une seconde unité de police a été dépêchée. La note finale, saisie à 17 h 31, se lit comme suit : « SELON LE CENTRE DES COMMUNICATIONS DU 911, LE PERSONNEL DE LA RÉSIDENCE AVAIT OUBLIÉ COMMENT APPELER LE CORONER, L'INFORMATION AVAIT ÉTÉ TRANSMISE À LA RÉSIDENCE, INTERVENTION DU SPO NON REQUISE ».

Le cadre juridique applicable est énoncé dans la *Loi de 1990 sur les coroners*. Le paragraphe 10(1) de cette loi établit une chaîne de notification obligatoire : quiconque a des raisons de croire qu'un décès est survenu dans des circonstances pouvant exiger une enquête doit en aviser immédiatement un coroner ou un agent de police. Lorsqu'un agent de police est ainsi avisé, il est tenu, à son tour, d'en aviser immédiatement le coroner. L'obligation de signaler le décès au coroner est transférée à l'agent dès qu'il en est informé. Ce devoir légal de l'agent ne peut pas être délégué. Cette loi ne permet pas à un agent de s'en acquitter en fournissant simplement les coordonnées du coroner à un tiers.

L'examen a aussi porté sur l'application séparée du paragraphe 10(2.1) de la *Loi sur les coroners*. Cette disposition impose une obligation de notification directe et indépendante à la personne responsable d'un foyer de soins de longue durée régi par la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. Le dossier indique toutefois que le décès est survenu dans une maison de retraite régie par la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* et assujettie à la surveillance de l'Office de réglementation des maisons de retraite, et non dans un foyer de soins de longue durée au sens de la *Loi sur le redressement des soins de longue durée*. Par conséquent, le paragraphe 10(2.1) ne s'applique pas au présent incident.

L'examen a également porté sur les exceptions énoncées au paragraphe 10(2), qui attribuent l'obligation de notification à la personne responsable d'un hôpital, d'un établissement ou d'un foyer pour résidents. Aucune de ces exceptions ne s'applique au décès d'un résident d'une maison de retraite.

Le personnel de la maison de retraite n'était en conséquence pas assujetti à une obligation légale indépendante d'aviser le coroner. Après l'arrivée du SPO et la confirmation du décès, l'obligation prévue au paragraphe 10(1) incombait exclusivement au service de police.

La Procédure 11.25 (décès soudain / restes humains retrouvés) du chef de police met en œuvre ce cadre législatif. L'article 4 de la section des procédures générales stipule sans condition que le SPO doit contacter le coroner pour **tout** décès (gras ajouté). Cette obligation est catégorique et va même au-delà des exigences de la *Loi sur les*

*coroners* qui, comme nous l'avons mentionné, prévoit des exceptions au devoir de l'agent de police d'aviser le coroner.

La Procédure 11.25 définit de manière restrictive un décès attendu, c'est-à-dire le décès d'un patient qui reçoit des soins palliatifs actifs en raison d'une maladie en phase terminale et qui fait l'objet d'une surveillance médicale constante par une agence de soins infirmiers reconnue. Elle précise expressément que le simple fait qu'une personne soit malade ou âgée ne signifie pas que son décès est attendu. Bien que la procédure exige que le SPO avise le coroner de tout décès – ce qui est interprété comme incluant les décès attendus – l'existence de cette définition restrictive, conjuguée aux dispositions de la *Loi sur les coroners*, ne devrait laisser subsister aucun doute quant au fait que l'obligation de signaler le décès dans ces circonstances incombe à l'agent de police et non au responsable de l'établissement.

Une ordonnance de non-réanimation constitue une directive de réanimation à l'intention des services paramédicaux; elle ne limite ni ne remplace pas l'obligation d'aviser le coroner prévue à l'article 4 de la procédure.

L'examen de la version intégrale de la Procédure 11.25 par la Commission a toutefois révélé une lacune potentielle. En stipulant que le SPO doit communiquer avec le coroner pour tout décès, la procédure établit une obligation institutionnelle; pourtant, la procédure elle-même, y compris la section sur les rôles et les responsabilités, n'attribue pas clairement cette obligation de notification à un rôle en particulier lors d'une intervention sur le terrain en raison d'un décès inattendu. La section prévue pour les agents de police énumère les obligations de l'agent responsable (soumettre un rapport, protéger les lieux, aviser le plus proche parent), mais elle ne mentionne pas de communication avec le coroner. La section sur le superviseur de première ligne sur les lieux est tout aussi muette à cet égard. Quant à celle sur le centre de communications, elle prévoit un rôle de notification du coroner seulement si la police ne se déplace *pas* (article A.1b). Dès que des policiers sont dépêchés sur place, le centre de communications n'a plus aucun rôle de notification. Dans l'ensemble de la procédure, le seul rôle explicitement chargé de contacter le coroner est celui de superviseur du bloc cellulaire dans le contexte bien précis d'un décès en milieu carcéral.

Le fait que la procédure n'attribue pas de responsabilité individuelle pour la notification est atténué par le fait que la *Loi sur les coroners* ne laisse planer aucun doute sur l'identité de la personne chargée de cette obligation. En effet, le paragraphe 10(1) de cette loi stipule que si « ces faits et circonstances sont d'abord communiqués à un agent de police, ce dernier doit les communiquer immédiatement au coroner ». L'obligation d'aviser le coroner incomberait donc bel et bien à l'agent responsable

qui a recueilli le récit des faits et des circonstances du décès auprès de la personne responsable.

La note de clôture de l'agent (COORDONNÉES DU CORONER FOURNIES À LA MAISON DE RETRAITE) semble indiquer que l'obligation de notification a été traitée comme pouvant être déléguée au personnel de l'établissement. En vertu de l'article 10 de la *Loi sur les coroners*, toutefois, cette obligation incombe au SPO. De plus, selon l'article 4 de la Procédure 11.25, le SPO devait communiquer avec le coroner. Aucune de ces obligations ne semble avoir été respectée. Le personnel de la maison de retraite n'était assujéti à aucune obligation légale indépendante en vertu des paragraphes 10(2) ou 10(2.1) qui aurait pu s'y substituer. Par ailleurs, la lacune dans la section portant sur les rôles et les responsabilités de la procédure a pu faire en sorte qu'aucun agent n'a reçu la directive explicite de faire l'appel. Cette situation a entraîné, comme l'indique le registre du système de répartition, un délai de neuf heures entre l'arrivée initiale du SPO sur les lieux et la notification finale du coroner.

Le présent rapport ne contient aucune conclusion quant au respect, par les agents concernés, de leurs obligations légales en vertu de la *Loi sur les coroners* ou de toute autre loi. Une telle évaluation dépasse le cadre du présent examen. Les conclusions se limitent à la procédure elle-même. Bien que l'obligation institutionnelle soit claire, sa mise en œuvre opérationnelle au niveau des fonctions pourrait avoir manqué de précision. Cette lacune peut être corrigée lors de la révision de la Procédure 11.25 qui est en cours.

L'examen a également pris en considération la politique sur les décès soudains et les restes humains retrouvés (LE-037). Cette politique enjoint au chef de police d'élaborer et de tenir à jour des procédures concernant les enquêtes sur les décès soudains ou inexplicés, mais elle ne traite pas spécifiquement des obligations de notification du coroner et ne fait pas mention de la *Loi sur les coroners*. Il est donc recommandé de modifier cette politique afin d'y définir clairement les rôles et les responsabilités en ce qui concerne la notification du coroner en cas de décès inattendu.

## **CONSULTATION**

S. O.

## **REPERCUSSIONS FINANCIERES**

S. O.

**DOCUMENTATION À L'APPUI**

Document 1 : Lettre de transmission de l'inspecteur général au président Fakirani, INV-25-183 (5 décembre 2025)

Document 2 : Lettre de l'inspecteur général au plaignant, INV-25-183 (5 décembre 2025)

Document 3 : Lettre de transmission de l'Agence des plaintes contre les forces de l'ordre à l'inspecteur général (4 novembre 2025)

Document 4 : Formulaire de plainte (CO-0012675)

Document 5 : Procédure 11.25 (décès soudain / restes humains retrouvés) du chef de police (entrée en vigueur le 23 janvier 2017; en révision)

Document 6 : Registre du système de répartition assistée par ordinateur du SPO, appel 25-80361 (31 mars 2025)

**CONCLUSION**

L'expérience décrite dans cette plainte mérite d'être soulignée. La perte d'un parent compte parmi les épreuves les plus difficiles à vivre. Lorsque les circonstances de la perte soulèvent des questions quant au respect des obligations légales, le deuil est exacerbé par l'incertitude et, dans le cas présent, une attente prolongée qui n'aurait pas dû avoir lieu. La décision du plaignant de porter cette affaire à notre attention a servi un objectif constructif : elle a mis en lumière une lacune procédurale qui, une fois corrigée, réduira les risques qu'une autre famille vive une expérience semblable.