



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

Comité d'examen des décès dus à la violence familiale – Rapport annuel 2012

Bureau du coroner en chef

Février 2014



Table des matières

Message du président	1
Membres du Comité	2
Résumé	3
Chapitre un : Introduction et vue d'ensemble	4
Chapitre deux : Survol statistique	6
Homicides dus à la violence familiale (2002-2010)	6
Cas examinés par le CEDVF (2003-2012)	10
Cas examinés par le CEDVF en 2012	13
Chapitre trois : Résumé des cas et recommandations - 2012	16
Chapitre quatre : Leçons à tirer d'une décennie d'examens par le CEDVF	37
Annexe A : Mandat du CEDVF	40
Annexe B : Formulaire de codage des facteurs de risques utilisé par le CEDVF	41
Annexe C : Résumé des recommandations – Cas examinés en 2012	47

Message du président



La publication du rapport annuel du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF) pour 2012 marque un jalon important, car c'est la dixième année que le Bureau du coroner en chef rend compte de ses examens et de l'incidence des homicides et homicides-suicides dus à la violence familiale en Ontario. Depuis sa création en 2003, le CEDVF a examiné 164 cas, portant sur 251 décès au total.

Aujourd'hui, nous pouvons affirmer que les choses ont évolué au cours de la dernière décennie. De nombreux changements positifs sont intervenus dans divers secteurs, dont les services policiers, les tribunaux, la protection de l'enfance, les organismes communautaires et d'aide sociale, ainsi que parmi les professionnels des soins de santé. Grâce aux améliorations apportées à l'éducation et la formation, les personnes et organismes concernés sont mieux à même de fournir le soutien et les services nécessaires pour reconnaître les risques d'agressions mortelles dans des relations instables, et d'intervenir de manière plus constructive et efficace pour limiter les conséquences graves et tragiques. En outre, les intervenants de première ligne disposent désormais de meilleurs outils pour évaluer d'une manière objective et efficace les situations afin d'en déceler les risques.

Néanmoins, même si des progrès importants ont été accomplis en matière de connaissances et de compréhension des problèmes au cours des dix dernières années, des améliorations sont encore

possibles et les approches fondées sur les « meilleures pratiques » devraient pouvoir être étendues à tous les prestataires de services qui interviennent dans des cas de violence familiale. Il faut aussi poursuivre les efforts pour sensibiliser le public aux dangers et aux coûts sociaux de la violence familiale ainsi que pour transmettre aux voisins, amis, familles et collègues de travail les connaissances et la confiance nécessaires pour intervenir et aider les victimes à prévenir de nouveaux actes de violence.

Le chapitre deux du présent rapport donne un aperçu statistique des cas examinés au cours des dix dernières années et contient une analyse du type et du nombre de facteurs de risque relevés dans le cadre d'une étude approfondie des cas examinés au cours de cette période. L'interprétation et l'analyse de ces statistiques ainsi que les tendances et les leçons qui peuvent en être tirées, sont abordées plus en détail dans le chapitre quatre.

Le troisième chapitre donne un résumé succinct des circonstances de chaque cas examiné en 2012, accompagné des recommandations découlant de cet examen. L'annexe C contient un récapitulatif de toutes les recommandations formulées en 2012.

En 2013, le CEDVF continuera à peaufiner ses méthodes de collecte des données. Dans son examen de nouveaux cas, il procédera à une analyse plus poussée des tendances qui se dessinent afin d'en tirer des leçons à des fins éducatives.

Le président du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale

William J. Lucas, MD, CCMF
Coroner en chef adjoint, enquêtes

Composition du Comité

William Lucas, M.D., CCMF

Président du comité
Coroner en chef adjoint, enquêtes

Karen Bridgman-Acker, M.S.S., TSI

Spécialiste en protection de l'enfance, Comité d'examen des décès d'enfants

Marcie Campbell, M.Ed.

Conseillère, Programme de PAR, Société John Howard de Toronto

Gail Churchill, M.D.

Coroner chargée d'investigations

Kimberley Clark, MBA

Ontario Network of Victim Services Providers

Myrna Dawson, Ph. D.

Professeure agrégée, Département de sociologie et d'anthropologie, Université de Guelph

Monica Denreyer

Sergente-détective, Police provinciale de l'Ontario, Unité de l'évaluation des menaces

Barb Forbes

Sous-directrice régionale
Bureau régional de l'Ouest - ministère des Services correctionnels et de la Sécurité communautaire

Jim Glena

Sergent, service de police de Thunder Bay

MaryEllen Hurman

Procureure de la Couronne

Peter Jaffe, Ph. D., C. Psych.

Professeur, Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, Université Western Ontario

Leslie Raymond

Sergente-détective, Police provinciale de l'Ontario, coordonnatrice de la lutte contre les mauvais traitements (Région du Centre)

Deborah Sinclair, M.S.S.

Travailleuse sociale

Lynn Stewart, Ph. D., C. Psych.

Directrice nationale,
Programmes de prévention de la violence familiale,
Service correctionnel du Canada

Mark Gauthier

Sergent-détective, Police provinciale de l'Ontario

Kathy Kerr, M.A.

Directrice de la gestion des comités,
Bureau du coroner en chef

Sommaire

Cas examinés de 2003 à 2012:

- Depuis sa création en 2003, le CEDVF a examiné 164 cas, portant sur un total de 251 décès.
- 55 % des cas examinés étaient des homicides.
- 45 % des cas examinés étaient des homicides-suicides.
- 73 % de tous les cas examinés de 2003 à 2012 mettaient en cause un couple qui avait des antécédents de violence familiale.
- 72 % des cas portaient sur un couple qui était séparé ou sur le point de l'être.
- Les autres principaux facteurs de risque principaux étaient les suivants :
 - comportement obsessionnel de l'agresseur,
 - l'agresseur était déprimé,
 - escalade de la violence,
 - antécédents de menaces ou de tentatives de suicide,
 - antécédents de menaces de mort à l'égard de la victime,
 - crainte intuitive de la victime à l'égard de l'agresseur,
 - agresseur était sans emploi.
- Dans 75 % des cas examinés, au moins 7 facteurs de risque ont été relevés.

Cas examinés en 2012:

- Le CEDVF a examiné 20 cas en 2012. De ces 20 cas, 14 étaient des homicides et six des homicides-suicides, avec un total de 32 décès (26 victimes et six agresseurs qui se sont ensuite suicidés).
- Ces examens ont donné lieu à 18 recommandations.
- Des 26 victimes dans les cas examinés, 20 (77 %) étaient de sexe féminin et 6 (23 %) de sexe masculin.
- Dans 18 (90 %) des 20 cas examinés, l'agresseur (l'auteur du crime) était un homme et dans deux cas (10 %), une femme.
- L'âge des victimes allait de 2 à 85 ans.
- L'âge moyen des victimes était de 41,2 ans.
- L'âge de l'agresseur allait de 18 à 83 ans.
- L'âge moyen des agresseurs était de 46,3 ans.
- Le nombre moyen de facteurs de risque relevés dans les cas examinés était de 9,85.
- Le nombre de facteurs de risque allait de 1 à 24.
- Treize (65 %) des cas présentaient sept facteurs de risque ou plus.

Chapitre un : Introduction et vue d'ensemble

Historique

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale (CEDVF) est un comité consultatif composé de spécialistes de différents domaines qui a été créé en 2003 pour donner suite aux recommandations formulées au terme de deux grandes enquêtes tenues sur les décès d'Arlene May et Randy Iles et de Gillian et Ralph Hardley.

Mandat

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale a pour mandat d'assister le Bureau du coroner en chef dans ses investigations et examens sur les décès attribuables à la violence familiale, dans l'objectif de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables.

Les pouvoirs et le mandat du CEDVF sont décrits à l'**annexe A**.

Composition

Le CEDVF se compose de spécialistes de la violence familiale aux horizons variés : les services policiers, la justice pénale, le secteur des soins de santé, les services sociaux ainsi que d'autres organismes du secteur de la sécurité publique.

Plusieurs membres font partie du comité depuis sa création, en 2003. La composition du CEDVF a évolué au cours des ans afin s'adapter aux questions à traiter et à l'émergence des nouveaux problèmes relevés. Dans certains cas, le comité peut faire appel à des spécialistes externes sur certaines questions particulières.

Definition of Domestic Violence

Dans le contexte des examens du CEDVF, les décès dus à la violence familiale se définissent comme « tous les homicides qui mettent en cause le décès d'une personne ou de l'un ou plusieurs de ses enfants et qui sont perpétrés par son partenaire ou un ancien partenaire avec lequel la victime avait une relation intime. »

Pour les besoins des comparaisons statistiques, il est important de noter que la définition et les critères des décès dus à la violence familiale qu'utilisent d'autres organisations et organismes, dont Statistique Canada, peuvent différer de ceux retenus par le CEDVF.

Méthode utilisée pour l'examen des cas

Le CEDVF ne procède à son examen que lorsque toutes les autres investigations, enquêtes et procédures, y compris les procès criminels et les appels, sont terminées. Par conséquent, les examens du CEDVF ont souvent lieu plusieurs années après l'incident en question.

Lorsqu'un homicide ou un homicide-suicide lié à la violence familiale se produit en Ontario, le coroner régional principal avertit la directrice de la gestion des comités, et les renseignements de base sur l'affaire sont enregistrés dans une base de données. La directrice de la gestion des comités, avec l'aide d'un agent de liaison avec la police assigné au CEDVF, vérifie périodiquement l'avancement des procédures judiciaires et autres pour déterminer si le CEDVF peut commencer son examen. Étant donné que les cas d'homicide-suicide n'entraînent généralement pas de poursuites criminelles ou autres, des efforts sont faits pour traiter et examiner ces cas dans les meilleurs délais.

Lorsqu'il a été déterminé qu'une affaire est prête pour un examen (autrement dit, que toutes les autres procédures et enquêtes sont terminées), le dossier est assigné à un ou plusieurs examinateurs. Le dossier du cas peut comprendre des dossiers de la police, de la société de l'aide à l'enfance, de professionnels des soins de santé, de professionnels en counseling, des tribunaux, des services de probation et de libération conditionnelle, etc.

Chacune des personnes qui participent à l'examen procède à une analyse en profondeur des faits et à l'étude détaillée de chaque cas, puis présente ses conclusions à l'ensemble du comité. Les renseignements qui sont pris en compte dans le cadre de cet examen sont les antécédents, les circonstances ainsi que la conduite des agresseurs, des victimes et de leurs familles respectives. Les réactions et les interventions communautaires et systémiques sont examinées afin de cerner les principaux facteurs de risque, de déterminer les stades d'intervention

possibles et de formuler des recommandations visant à prévenir des décès similaires à l'avenir. En général, le CEDVF s'efforce de déterminer les causes des homicides intrafamiliaux et de trouver des moyens de les prévenir.

Recommandations

L'un des principaux objectifs du CEDVF est de formuler des recommandations destinées à prévenir des décès dans des circonstances similaires et à réduire la violence familiale en général. Les recommandations sont transmises aux organismes concernés par l'intermédiaire du président du CEDVF.

Comme c'est le cas pour les recommandations qui découlent des enquêtes du coroner, les recommandations formulées par le CEDVF n'ont pas de force obligatoire, et les organismes ne sont pas tenus de les mettre en œuvre ou d'y donner suite. Néanmoins, les organismes sont priés de répondre à la directrice de la gestion des comités afin d'informer le CEDVF de l'avancement de la mise en œuvre des recommandations dans l'année qui suit leur transmission.

Restrictions concernant l'examen et le rapport

La collecte et l'examen de renseignements par le CEDVF, de même que la production de son rapport final, sont effectués à la seule fin des investigations et enquêtes du coroner, en vertu de l'article 15 de la Loi sur les coroners, L.R.O. 1990, chap. C.37, dans sa version modifiée. Pour cette raison, il peut y avoir certaines limites quant aux genres de dossiers auxquels le CEDVF peut accéder pour son examen, notamment lorsqu'ils portent sur des personnes qui sont encore en vie (p. ex., les agresseurs) et donc protégés en vertu d'autres dispositions législatives relatives à la protection de la vie privée.

Tous les renseignements obtenus dans le cadre des investigations du coroner et transmis au CEDVF sont assujettis aux restrictions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels 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. À moins de la tenue d'une enquête du

coroner sur un ou des décès particuliers, et jusqu'à la tenue de cette enquête, les intérêts en matière de confidentialité et de respect des renseignements personnels des défunts, de même que ceux des personnes concernées par les circonstances du décès prévaudront. Par conséquent, les rapports individuels, de même que les comptes rendus de réunion d'examen et tout autre document ou rapport produit par le CEDVF, demeurent confidentiels et protégés et ne seront pas rendus publics. Les réunions d'examen ne sont pas ouvertes au public.

Chaque membre du Comité est lié par une entente de confidentialité qui tient compte de ces intérêts et restrictions.

Les examens se limitent aux renseignements et dossiers recueillis afin de donner suite à l'investigation du coroner. Le CEDVF n'a ni l'intention ni le mandat de rouvrir les cas ou de mener une nouvelle investigation sur ceux-ci, ni de remettre en question les techniques d'investigation ou d'émettre des commentaires sur des décisions prises par des organismes judiciaires.

Rapport annuel

The terms of reference for the DVDRC direct that the committee, through the chairperson, reports annually to the Chief Coroner regarding the trends, risk factors, and patterns identified through the reviews, and makes appropriate recommendations to prevent deaths in similar circumstances.

Avis de non-responsabilité

L'avis suivant vaut pour chacune des affaires étudiées ainsi que pour le présent rapport dans son ensemble :

Le présent document a été produit par le CEDVF à la seule fin des investigations du coroner aux termes de l'article 15 de la Loi sur les coroners, L.R.O. 1990, chap. c. 37, dans sa version modifiée. Les opinions exprimées ne tiennent pas nécessairement compte de tous les faits et circonstances entourant le décès. La conclusion finale de l'investigation pourrait différer considérablement des opinions exprimées dans le présent rapport.

Chapitre deux : Survol statistique

Collecte des données

Depuis sa création en 2003, le CEDVF a recueilli un large éventail de données à partir des cas d'homicides dus à la violence familiale sur lesquels le Bureau du coroner en chef a mené une investigation. À l'instar du Comité, les processus d'examen, de collecte et d'analyse des données ont évolué au fil des ans. Le CEDVF s'efforce de fournir des renseignements et des analyses qui sont exacts, valables et utiles pour les intervenants concernés.

Types de données

Il est important de reconnaître qu'il existe deux ensembles séparés et distincts de données concernant les homicides dus à la violence familiale en Ontario :

1. Données sur le nombre réel de cas d'homicide dans lesquels il a été déterminé que la violence familiale faisait partie des facteurs contributifs

En Ontario, une déclaration d'investigation par un coroner (Formulaire 3) est préparée pour tous les cas sur lesquels un coroner mène une investigation. Le Formulaire 3 comprend des renseignements personnels sur le défunt (p. ex., la date de naissance, l'âge, l'adresse, etc.) ainsi que des renseignements qui décrivent les circonstances du décès. Il est recommandé aux coroners qui effectuent l'investigation d'indiquer les causes médicales du décès (p. ex., trauma – coupures/couteaux, mort par coups de feu, asphyxie – pendaison, etc.) ainsi que les facteurs contributifs (p. ex., mauvais traitements – violence familiale, consommation d'alcool, intervention de la Société d'aide à l'enfance, etc.). Le Formulaire 3 précise aussi la façon dont le décès s'est produit ou les moyens en cause. En Ontario, la manière dont le décès s'est produit doit être indiquée selon l'une des catégories suivantes : naturelle, accidentelle, suicide, homicide ou indéterminé. Les renseignements tirés des formulaires 3, pour toutes les investigations menées par les coroners, sont enregistrés dans le Système d'information des coroners qui est tenu à jour par le Bureau du coroner en chef.

Les statistiques produites aux fins du présent rapport annuel reflètent les cas qui se sont produits de 2002 à 2010 et qui répondaient aux critères suivants : la manière dont le décès s'est produit a été indiquée comme étant un « homicide »; « mauvais traitements – violence familiale » figurait parmi les facteurs contributifs; et le cas répondait à la définition de « décès dus à la violence familiale » utilisée par le CEDVF. La série de données inclut aussi certains cas où la manière dont le décès s'est produit était « indéterminée », mais où il y avait eu des actes de violence familiale.

Il est important de noter que certains cas d'homicide repérés avec les codes de facteurs contributifs « mauvais traitements – violence familiale » se sont produits entre 2002 et 2010, mais n'ont pas encore été examinés par le CEDVF. Dans un grand nombre de ces cas, cet examen n'a pas commencé parce que des instances juridiques ou autres sont encore en cours, ou vont l'être.

2. Données relatives aux conclusions de cas qui ont été examinés par le CEDVF.

La deuxième série de données porte sur des cas qui ont fait l'objet d'un examen par le CEDVF. Ces données incluraient les renseignements concernant les facteurs de risque, le genre et la durée de la relation entre la victime et l'agresseur ainsi que le nombre et le sexe des victimes et des agresseurs. Ces données sont recueillies dans le cadre de l'examen complet effectué par le CEDVF.

Les statistiques suivantes reflètent les conclusions des analyses provenant de ces deux sources de données.

Survol statistique : Homicides dus à la violence familiale (2002-2010)

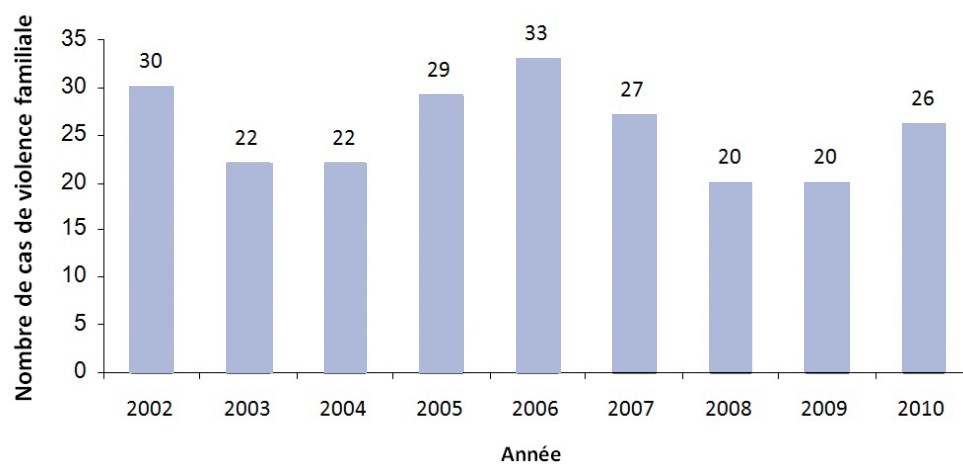
Les statistiques suivantes portent sur les homicides survenus en Ontario entre 2002 et 2010 pour lesquels la « violence familiale – mauvais traitements » figurait parmi les facteurs de cause du décès et qui répondaient à la définition de « décès dus à la violence familiale » utilisée par le CEDVF. Certains de ces cas ont déjà été examinés par le CEDVF, tandis que d'autres le seront lorsque d'autres instances (p. ex., procès criminel ou enquête du coroner) seront terminées.

Tableau 1: Décès dus à la violence familiale en Ontario (2002-2010)

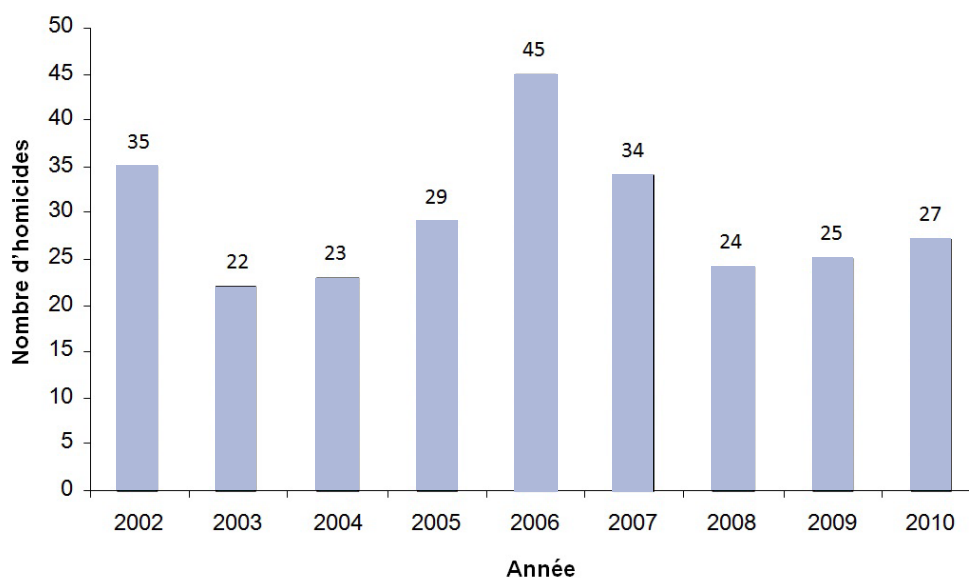
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totals
Nombre de cas	30	22	22	29	33	27	20	20	26	229
Homicides	19	18	13	21	26	17	15	15	20	164 (72%)
Homicide-Suicides	11	4	9	8	7	10	5	5	6	65 (28%)
Nombre total de décès	46	26	32	37	52	44	29	29	33	328
Nombre total de victimes d'homicide	35	22	23	29	45	34	24	25	27	264 (80%)
Sexe féminin (adulte)	26	19	21	29	28	27	20	20	22	212 (80%)
Sexe féminin (enfant)	4	1	1	0	8	1	0	3	1	19 (7%)
Sexe masculin (adulte)	4	1	1	0	3	4	4	2	4	23 (9%)
Sexe masculin (enfant)	1	1	0	0	6	2	0	0	0	10 (4%)
Âge moyen des victimes d'homicide	37,8	34,9	40	38,2	28	34,7	43,3	37,2	36,1	36,7
Nombre total de décès d'agresseurs (suicide ou autre)	11	4	9	8	7	10	5	4	6	64 (20%)
Sexe féminin (adulte)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2 (3%)
Sexe masculin (adulte)	11	4	8	8	7	9	5	4	6	62 (97%)
Âge moyen de l'agresseur décédé	42,5	45,5	42,2	45	51,1	45,2	43,8	60	44,67	46,7

* En 2009, dans un cas d'homicide-suicide, l'auteur de l'homicide s'est ensuite suicidé ailleurs qu'en Ontario. Son décès ne relevait pas des dossiers du coroner de l'Ontario et n'est donc pas compté dans les statistiques sur les agresseurs.

Graphique 1 : Nombre de cas de violence familiale selon l'année (2002-2010)



Graphique 2 : Nombre de victimes d'homicides dus à la violence familiale (2002-2010)



Résumé : Homicides dus à la violence familiale (2002-2010)

- Sur la base des cas examinés par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario où la violence familiale a été notée parmi les facteurs contributifs, il y a eu 229 cas d'homicide ou d'homicide-suicide dus à la violence familiale en Ontario de 2002 à 2010.
- 164 (72 %) des cas étaient des homicides et 65 (28 %), des homicides-suicides.
- Ces 229 cas ont entraîné 328 décès au total.
- 264 (80 %) de ces décès étaient des victimes d'homicide et 64 (20 %) correspondaient au décès de l'agresseur qui s'est suicidé ou a été tué d'une autre façon (p. ex., tué par balle tirée un policier).
- En moyenne, de 2002 à 2010, il y a eu 25,4 cas par an d'homicide ou d'homicide-suicide dus à la violence familiale.
- En moyenne, de 2002 à 2010, il y a eu 29,3 cas par an d'homicide dus à la violence familiale.
- 212 (80 %) des victimes d'homicide étaient des femmes adultes.

- 29 (11 %) des victimes d'homicide étaient des enfants.
- 23 (9 %) des victimes d'homicide étaient des hommes adultes.
- 62 (97 %) des agresseurs décédés étaient des hommes adultes.
- L'âge moyen des victimes d'homicide était 36,7 ans.
- L'âge moyen des agresseurs décédés était de 46,7 ans.

Facteurs de cause du décès

Les facteurs de cause du décès sont utilisés dans le Système d'information du coroner pour faciliter l'extraction et l'analyse des données. Ces facteurs décrivent le mécanisme sous-jacent ou la force responsable des décès non naturels (p. ex., trauma – collision de véhicule motorisé) ou le système ou la région anatomique en cause pour les causes naturelles de décès (p. ex., système cardio-vasculaire, système nerveux central). Il est demandé aux coroners d'indiquer le facteur de cause de décès le plus approprié selon les circonstances et qui a conduit aux lésions mortelles subies par la victime.

Tableau 2 : Principaux facteurs de cause des décès dus à la violence familiale (2002-2010)

Facteur de cause du décès*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	% du nombre total de décès	
Trauma – arme blanche	15	8	11	9	21	14	8	11	16	113	34%	43%
Trauma – coups, agression	5	4	4	5	6	2	0	0	3	29	9%	
Blessure par balles – arme de poing	8	5	2	4	1	9	1	3	3	36	11%	27%
Blessure par balles – carabine	2	0	3	5	5	3	3	2	6	25	8%	
Blessure par balles – fusil	7	1	2	2	2	2	1	2	6	25	8%	
Blessure par balles – arme non précisée	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1%	
Asphyxie – obstruction des voies respiratoires	0	1	1	0	0	1	0	1	1	5	2%	12%
Asphyxie – étranglement	0	3	4	5	6	4	4	0	0	26	8%	
Asphyxie – compression cervicale	0	0	0	1	2	0	2	3	0	8	2%	
Autre	9	4	4	6	9	9	9	7	3	60	18%	18%
Total	46	26	32	37	52	44	29	29	33	328		

Le **tableau 2** illustre les principaux facteurs de cause de décès cités dans tous les cas de décès dus à la violence familiale (homicides et décès de l'agresseur) relevés dans le Système d'information des coroners de 2002 à 2010.

Résumé du tableau 2 : Principaux facteurs de cause des décès dus à la violence familiale (2002-2010)

- 43 % des décès comportaient un trauma (arme blanche ou coups/agression) parmi les facteurs de décès.
- 27 % des décès comportaient des blessures par balle (arme de poing, carabine, fusil ou arme non précisée) parmi les facteurs de décès.
- 12 % des décès comportaient l'asphyxie (obstruction des voies respiratoires, étranglement et/ou compression cervicale) parmi les facteurs de décès.
- 18 % des cas comportaient d'autres facteurs de décès, notamment : trauma par véhicule motorisé, train/véhicule ou application de force; asphyxie résultant d'une pendaison, d'un environnement pauvre en oxygène ou de monoxyde de carbone; toxicité médicamenteuse; saut/chute; incendie avec inhalation de fumée ou lésions thermiques; brûlures

– thermiques; noyade; et décès dans lesquels le facteur de cause était indéterminé.

Survol statistique : Cas examinés par le CEDVF (2003-2012)

Depuis sa création en 2003, le CEDVF a examiné 164 cas portant sur un total de 251 décès. De ces décès, 90 étaient des homicides et 74 des homicides-suicides, dont certains comportaient de multiples victimes.

Les statistiques suivantes correspondent à tous les cas examinés par le CEDVF de 2003 à 2012 inclus.

Résumé du tableau 3 : Nombre de cas examinés par le CEDVF (2003-2012)

- Depuis sa création en 2003, le CEDVF a examiné 164 cas, portant sur un total de 251 décès.
- 90 (55 %) des cas examinés étaient des homicides.
- 74 (45 %) des cas examinés étaient des homicides-suicides.

Tableau 3 : Nombre de cas examinés par le CEDVF (2003-2012)

Année	Nombre de cas examinés	Nombre de décès	Type of Cas	
			Homicides	Homicide-Suicides
2003	11	24	3	8
2004	9	11	5	4
2005	14	19	5	9
2006	13	21	4	9
2007	15	25	7	8
2008	15	17	13	2
2009	16	25	6	10
2010	18	36	6	12
2011	33	41	27	6
2012	20	32	14	6*
Total	164	251	90	74
			55%	45%

* Dans un cas, l'agresseur a été abattu par la police alors qu'il commettait l'homicide. Aux fins de cet examen, ce cas est considéré comme un homicide-suicide.

Analyse des facteurs de risque : Facteurs de risque courants

À partir d'analyses poussées, le CEDVF a dressé la liste de 39 facteurs de risque qui caractérisent la possibilité d'un décès au sein de la relation examinée. La reconnaissance de la présence de plusieurs facteurs de risque au sein d'une relation permet d'améliorer l'évaluation du risque, de mieux planifier les mesures de sécurité et, possiblement, de prévenir d'autres décès dus à la violence familiale grâce à une intervention appropriée des partenaires du système de justice criminelle, dont l'identification et la gestion des cas à risque élevé. **L'Annexe B** donne la liste complète de tous les facteurs de risque analysés, accompagnés d'une définition de chacun de ces risques.

Lors de l'examen d'un cas, le CEDVF détermine lesquels des 39 facteurs de risque étaient présents dans la relation entre la victime et l'agresseur.

Le graphique 3, **Fréquence des facteurs de risque communs dans les cas examinés par le CEDVF (2003-2012)** indique les facteurs de risque les plus fréquemment observés dans

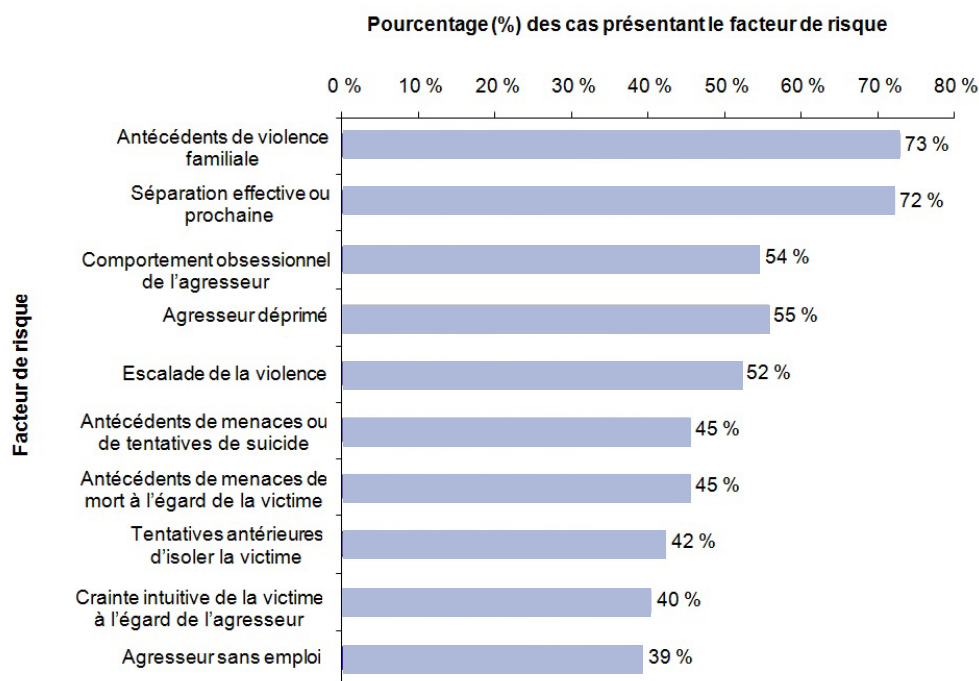
l'ensemble des cas examinés par le CEDVF de 2003 à 2012. Les facteurs de risque les plus courants sont les suivants :

- antécédents de violence familiale;
- séparation effective ou prochaine;
- comportement obsessionnel;
- agresseur déprimé;
- antécédents de menaces ou de tentatives de suicide;
- escalade de la violence;
- antécédents de menaces de mort à l'égard de la victime;
- tentatives antérieures d'isoler la victime;
- crainte intuitive de la victime à l'égard de l'agresseur;
- agresseur sans emploi.

Résumé du graphique 3 : Fréquence des facteurs de risque courants dans les cas examinés par le CEDVF (2003-2012)

- Lorsqu'il examine un cas, le CEDVF détermine lesquels des 39 facteurs de risque établis étaient présents dans la relation entre l'agresseur et la victime.

Graphique 3 : Fréquence des facteurs de risque courants dans les cas examinés par le CEDVF (2003-2012)



- 73 % de tous les cas examinés de 2003 à 2012 mettaient en cause un couple qui avait des antécédents de violence familiale.
- 72 % des cas portaient sur un couple qui était séparé ou sur le point de l'être.

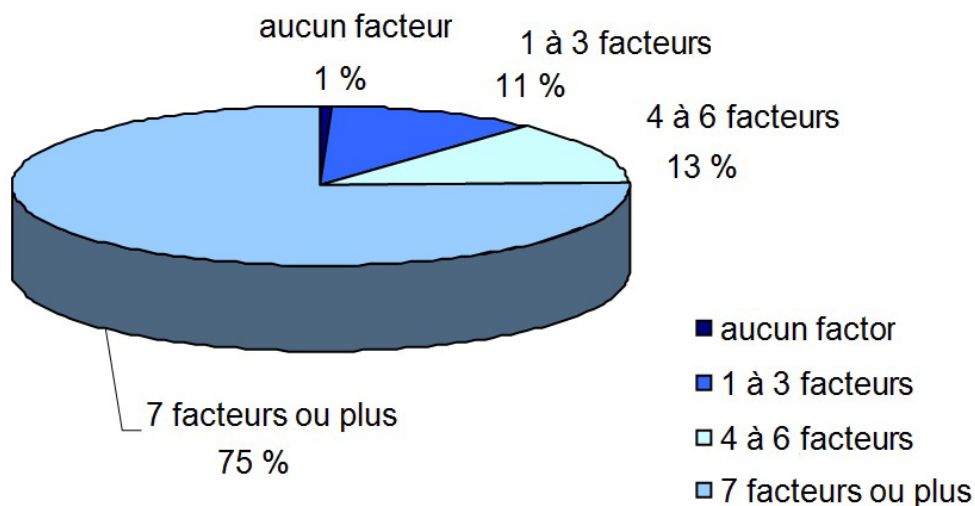
Analyse des facteurs de risque : Nombre de facteurs de risque par cas

Le tableau 4, Nombre de facteurs de risque par cas – Tous les cas examinés par le CEDVF (2003-2012), montre clairement que dans la vaste majorité des cas (75 %), sept facteurs de risque ou plus ont été relevés. Cette constatation est importante, parce qu'elle montre que de nombreux homicides familiaux étaient sans doute prévisibles et auraient pu être évités si les facteurs de risque avaient été relevés suffisamment tôt et que des mesures appropriées avaient été prises pour éviter que la situation dégénère.

Tableau 4 : Nombre de facteurs de risque par cas – Tous les cas examinés par le CEDVF (2003 2012)

Nombre de facteurs de risque par cas	Total 2003-12 (n=164)	% du Total des Cas
aucun facteur	1	1%
1 à 3 facteurs	18	11%
4 à 6 facteurs	21	13%
7 à more facteurs	124	75%

Graphique 4 : Pourcentage (%) de cas selon le nombre de facteurs de risque par cas – Tous les cas examinés par le CEDVF (2003 2012)



Résumé du tableau 4 et du graphique 4 : Nombre de facteurs de risque par cas – Tous les cas examinés par le CEDVF (2003 2012)

- Dans 75 % des cas examinés de 2003 à 2012, 7 facteurs de risque ou plus ont été relevés.
- Dans 13 % des cas examinés, de quatre à six facteurs de risque ont été relevés.
- La proportion totale de tous les cas présentant quatre facteurs de risque ou plus était de 88 %.
- Dans 11 % des cas examinés, un à trois facteurs de risque ont été relevés.
- Dans 1 % des cas examinés, aucun facteur de risque n'a été relevé.
- La reconnaissance de la présence de plusieurs facteurs de risque au sein d'une relation permet d'améliorer l'évaluation du risque, de mieux planifier les mesures de sécurité et, possiblement, de prévenir d'autres décès dus à la violence familiale.

Survivance statistique : Cas examinés par le CEDVF en 2012

Le tableau suivant est un récapitulatif de tous les cas examinés en 2012.

Tableau 5 : Résumé des cas examinés par le CEDVF en 2012

N° de dossier du CEDVF	année du décès	homicide	homicide-suicide	nombre de victimes	âge des victimes	âge de l'agresseur	sexe de la victime		sexe de l'agresseur		nombre de facteurs de risque	nombre de recom.
							F	M	F	M		
1	2006	●		1	39	46	1			1	10	0
2	2006	●		1	33	38	1			1	2	0
3	2005	●		1	63	66	1			1	15	0
4	2009	●	●	2	64 23	64	1	1		1	1	0
5	2007	●		3	47 22 4	46	1 1 1			1	11	0
6	2007	●		1	50	31		1	1		11	2
7	2011		●	1	83	77	1			1	2	0
8	2010		●	1	69	69	1			1	11	4
9	2005	●		1	48	52	1			1	4	1
10	2009	●		1	34	34	1			1	12	1
11	reporté											
12	reporté											
13	2011		●	1	85	83	1			1	2	2
14*	2007	●		1	2	20		1		1	9	0
15	2006	●		2	40 8	33	1	1		1	11	0
16	2010		●	1	36	36	1			1	10	2
17	2010 2010	●		2	46 13	18	1 1			1	24	0
18	2004	●		1	48	47	1			1	5	0
19**	2011		●	1	47	50	1			1	17	5
20	2008	●		1	23	22	1			1	15	1
21	2006	●		1	54	49		1	1		4	0
22	2008	●		2	44 46	45	1	1		1	21	0
Total or Average		14	6	26	41,2	46,3	20	6	2	18	9,86	18

*Le dossier 14 impliquait un enfant des Premières Nations.

** Dans le dossier 19, l'agresseur a été abattu par la police alors qu'il commettait l'homicide. À des fins statistiques, ce cas a été inclus dans l'analyse des homicides-suicides.

Résumé du tableau 5 : Résumé des cas examinés par le CEDVF en 2012

- Le CEDVF a examiné 20 cas en 2012. De ces 20 cas, 14 étaient des homicides et six des homicides-suicides, avec un total de 32 décès (26 victimes et 6 agresseurs qui se sont ensuite suicidés).
- Dans un cas, l'agresseur a été abattu par la police alors qu'il commettait l'homicide. À des fins statistiques, ce cas a été inclus dans l'analyse des homicides-suicides.
- Ces examens ont donné lieu à 18 recommandations.
- Des 26 victimes dans les cas examinés, 20 (77 %) étaient de sexe féminin et 6 (23 %) de sexe masculin.
- Dans 18 (90 %) des 20 cas examinés, l'agresseur (l'auteur du crime) était un homme et dans deux (10 %), une femme.
- L'âge des victimes allait de 2 à 85 ans.
- Il y avait quatre enfants parmi les victimes : deux filles (âgées respectivement de 4 et 13 ans) et deux garçons (âgés respectivement de 2 et 8 ans).
- Une victime (un enfant de 2 ans) était des Premières Nations.
- L'âge moyen des victimes était de 41,2 ans.
- L'âge de l'agresseur allait de 18 à 83 ans.
- L'âge moyen des agresseurs était de 46,3 ans.
- Le nombre moyen de facteurs de risque relevés dans les cas examinés était de 9,85.
- Le nombre de facteurs de risque allait d'un à vingt-quatre.
- Dans treize (65 %) des cas, sept facteurs de risque ou plus ont été relevés.

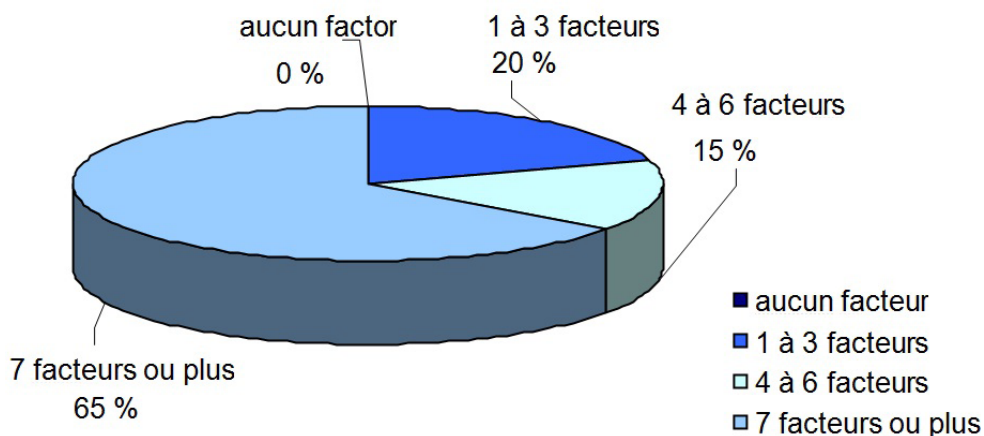
Analyse des facteurs de risque : Nombre de facteurs de risque par cas

Les données du **tableau 6, Nombre de facteurs de risque relevés dans les cas examinés (2012)**, concordent avec les conclusions de l'ensemble des cas examinés (2003-2012) qui démontrent clairement que dans la grande majorité des cas à l'origine d'un homicide ou d'un homicide-suicide lié à la violence familiale, le nombre de facteurs de risque était élevé (sept ou plus) et que ces décès auraient pu peut-être être prédits et évités. Il est important de souligner une fois de plus que la reconnaissance de la présence de facteurs de risque multiples au sein d'une relation permet d'améliorer l'évaluation du risque, de planifier des mesures de sécurité et, possiblement, de prévenir des décès dus à la violence familiale à l'avenir.

Tableau 6 : Nombre de facteurs de risque relevés dans les cas examinés (2012)

Nombre de facteurs de risque par cas	2012 (n=20)	% des cas de 2012
aucun facteur	0	0%
1 à 3 facteurs	4	20%
4 à 6 facteurs	3	15%
7 facteurs ou plus	13	65%

Graphique 5 : Pourcentage (%) de cas selon le nombre de facteurs de risque par cas – Cas examinés par le CEDVF en 2012



Résumé du tableau 6 et du graphique 5 : Nombre de facteurs de risque relevés dans les cas examinés (2012)

- 65 % des cas examinés en 2012 présentaient sept facteurs de risque ou plus
- 15 % des cas examinés présentaient de quatre à six facteurs de risque
- 20 % des cas examinés présentaient d'un à trois facteurs de risque
- Aucun ne comportait aucun facteur de risque identifié

Analyse des facteurs de cause de décès

Le tableau 7, **Facteurs de cause de décès dans les cas examinés en 2012** montre que dans la majorité des cas examinés en 2012, la victime avait subi un trauma d'une forme ou d'une autre, notamment par arme blanche, coups ou agressions, ou reçu un coup de feu.

Facteur de cause du décès	Victime	Agresseur
Trauma – arme blanche	9	
Trauma – coups, agression	1	
Trauma – chute, saut		
Blessure par balles – fusil	4	2
Blessures par balle – arme de point	2	1
Blessures par balle – carabine	1	1
Asphyxie – étranglement	2	
Asphyxie – compression cervicale	1	
Asphyxie – obstruction des voies respiratoire		1
Asphyxie – étouffement		
Noyade		
Inhalation de fumée		1
Incertain		
Other**		
Nombre total de décès :	20	6

* Les facteurs de cause de décès sont codés au sein du Système d'information des coroners, la base de données de tous les cas sur lesquels le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a mené une investigation.

Discussion et constatations importantes

Parmi les 20 cas d'homicides ou d'homicides-suicides examinés en 2012, certains s'étaient produits il y a relativement longtemps (les plus anciens datant de 2004) et d'autres aussi récemment qu'en 2011. Dans cinq des cas examinés, l'agresseur s'est suicidé après avoir commis l'homicide. Dans un cas, l'agresseur a été abattu par la police alors qu'il était en train de tuer la victime. À des fins statistiques, ce cas a été inclus dans l'analyse des homicides-suicides.

Fait intéressant, trois des cas d'homicide-suicide examinés en 2012 concernaient des couples âgés de plus de 65 ans. Dans de nombreux cas impliquant des personnes âgées, la dépression est un facteur de risque commun. Le chapitre 4 traite plus en détail des cas où les victimes et les auteurs de violence conjugale sont des personnes âgées.

Le nombre de facteurs de risque relevés dans les cas examinés en 2012 était important : 9,85 en moyenne par cas. Dans un cas, il n'y avait qu'un seul facteur de risque, et donc très peu de possibilités de prévoir qu'un décès pourrait avoir lieu. Par contre, deux autres cas présentaient respectivement 24 et 21 facteurs de risque, et il aurait donc été sans doute possible de prévoir le décès, et donc de l'éviter.

Chapitre trois : Résumé des cas et recommandations - 2012

Ce chapitre donne un résumé des 20 cas examinés par le CEDVF en 2012, accompagné dans chaque cas des recommandations formulées afin de prévenir d'autres décès dans des conditions similaires. Pour certains cas, le comité n'a formulé aucune recommandation, soit parce qu'il ne voyait aucune possibilité de faire des recommandations, soit parce que les problèmes relevés avaient déjà fait l'objet de recommandations dans le cadre d'examens de cas précédents.

Dossier du CEDVF – 2012-01

Numéro de dossier du BCCO : 2006-14767

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 39 ans par son conjoint de fait, âgé de 46 ans. La victime était atteinte d'un trouble bipolaire et l'agresseur souffrait de dépression. Des antécédents de violence conjugale ont été établis pour le couple. Les deux consommaient excessivement de l'alcool et des drogues. Ils n'ont pas eu d'enfants ensemble.

Le 28 octobre 2006, l'agresseur a rencontré une ancienne petite amie dans un bar et l'a invitée dans l'appartement qu'il partageait avec la victime. Lorsqu'ils sont arrivés dans l'appartement, ils ont trouvé la victime et un voisin dans l'appartement. Les quatre

ont commencé à consommer de grandes quantités d'alcool. La victime a ensuite reconduit l'ancienne petite amie de l'agresseur et le voisin chez eux, puis est retournée à l'appartement. Elle s'est alors disputée avec l'agresseur, qui a saisi un couteau et l'a poignardée dans la poitrine plusieurs fois. L'agresseur a ensuite composé le 911 et s'est réfugié au domicile d'amis, où il a fini par avouer qu'il avait poignardé la victime. Il s'est ensuite rendu à la police.

Dix facteurs de risque ont été relevés.

Thèmes communs : santé mentale et abus de drogues et d'alcool.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-02

Numéro de dossier du BCCO : 2006-6495

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 33 ans par son conjoint de fait, âgé de 38 ans. Ils vivaient ensemble depuis 10 ans. Ils n'avaient pas eu d'enfant ensemble, mais le fils de 14 ans de l'agresseur, issu d'une relation précédente, vivait avec eux. Le fils avait reçu un diagnostic de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, de retards du processus auditif central et de dépression légère; il semblait aussi qu'il ait des problèmes d'abandon. La victime est devenue la personne qui s'occupait le plus de l'enfant et était dépassée par la difficulté d'élever un enfant ayant des troubles du comportement. Il y avait beaucoup de conflits dans le foyer et la victime avait menacé de quitter son partenaire.

Aucun antécédent de violence conjugale n'avait été signalé pour

ce couple. Le conflit entre les partenaires a atteint son plus haut point lorsque la victime a donné à l'agresseur un ultimatum, lui enjoignant de choisir entre elle et son fils.

Le 1er juin 2006, la victime et l'agresseur se sont disputés. Au cours de la soirée, l'agresseur s'est approché d'un agent de police et lui a déclaré : « Je crois que j'ai tué ma femme et j'ai ensuite mis le feu à ma maison. »

La cause du décès de la victime était l'étranglement. L'agresseur a été accusé de meurtre au deuxième degré et d'incendie criminel mettant en danger la vie d'autrui.

Deux facteurs de risque ont été relevés.

Thème commun : difficultés parentales.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-03

Numéro de dossier du BCCO : 2005-13026

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 63 ans par son mari, âgé de 66 ans; le couple était marié depuis 45 ans. L'agresseur est décrit comme ayant été physiquement, mentalement et verbalement violent, et d'un caractère emporté. Il était aussi jaloux, dominant et possessif envers la victime. L'agresseur a démontré ces traits de caractère peu de temps après le mariage.

La victime avait indiqué qu'elle souhaitait mettre fin au mariage et avait demandé à un de ses enfants de l'aider à obtenir des renseignements sur les moyens de quitter le domicile conjugal, notamment de lui trouver des adresses de refuges. La victime avait confié à son médecin de famille, à sa fille et à des amis qu'elle avait peur de l'agresseur.

¹ La campagne Voisin-es, ami-es et familles est une campagne de sensibilisation du public aux signes avertisseurs de la violence faite aux femmes pour permettre aux proches d'un homme violent ou d'une femme qui risque d'en être victime ou, d'apporter leur aide. La campagne Voisin-es, ami-es et familles est un partenariat entre le gouvernement de l'Ontario, la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario et le Comité d'experts de la campagne Voisin-es, ami-es et familles, par le biais du Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children. Voir www.voisinsamisetfamilles.on.ca/index.cfm.

Le matin de l'homicide, l'agresseur a conduit son fils au travail, puis est retourné à la maison et a tué la victime avec un bâton de baseball. Après l'homicide, il s'est rendu en voiture au poste de police et a avoué son crime. Dans sa déclaration à la police, il a expliqué que la victime refusait d'avoir des relations sexuelles avec lui et que ce matin-là, après qu'elle a refusé une fois de plus, il a « explosé ». Il a précisé qu'il soupçonnait qu'elle entretenait une liaison. Il a également avoué qu'il l'avait battue, mais a affirmé qu'il ne l'avait pas fait depuis longtemps.

Quinze facteurs de risque ont été relevés¹.

Thèmes communs : santé mentale et campagne Voisin-es, ami-es et familles.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-04

Numéros de dossier du BCCO : 2009-1063 et 2009-1061 et 2009-1064

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 64 ans et d'un homme de 23 ans, qui étaient la femme et le fils, respectivement, de l'agresseur, âgé de 64 ans. Ce dernier s'est ensuite suicidé. Le couple était marié depuis environ 40 ans et avait trois enfants adultes (dont la victime). Tous les membres de la famille, y compris le fils assassiné qui était atteint d'un trouble obsessionnel compulsif, avaient suivi des études universitaires. Les enfants étaient considérés comme surdoués et il a été signalé qu'ils étaient souvent ostracisés dans leur communauté en raison de leur intelligence. La famille n'avait pas beaucoup d'amis.

Au moment des homicides, la femme ne travaillait pas et l'agresseur, qui avait été enseignant et chercheur, avait d'importantes dettes à cause d'une entreprise défailante. La victime était une acheteuse compulsive, ce qui causait un stress

additionnel pour l'agresseur. La victime et l'agresseur souffraient tous deux de dépression, pour laquelle ils ne recevaient pas de traitement.

Pendant les fêtes, peu avant les homicides, la femme a mentionné que ce serait une bonne idée si toute la famille se suicidait.

Deux semaines après le Nouvel An, l'agresseur a poignardé les victimes, a mis feu à leur résidence et s'est tué. Les deux autres enfants adultes se trouvaient à l'université pendant la perpétration des crimes.

Il n'y avait pas d'antécédents de violence familiale dans la famille.

Un facteur de risque a été relevé.

Thème commun : troubles de la santé mentale.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-05

Numéros de dossier du BCCO : 2007-13496, 13495, 13498

Cette affaire concerne les homicides de trois victimes : la femme de 47 ans de l'agresseur âgé de 46 ans, la fille de 4 ans du couple et la fille de 22 ans de la femme issue d'une relation précédente. La femme et sa fille aînée avaient émigré de Chine en 2002 et parlaient mal l'anglais. La fille aînée fréquentait un homme.

La femme soupçonnait que l'agresseur avait des relations sexuelles avec sa fille de 22 ans. L'agresseur niait tout comportement inapproprié et en avait assez d'entendre les accusations incessantes de sa femme. Apparemment, il n'approuvait pas la relation de sa belle-fille avec un autre homme, ce qui causait de fréquentes disputes.

La femme de l'agresseur avait déclaré qu'elle voulait le quitter et retourner en Chine avec ses deux filles. L'agresseur avait menacé de tuer sa famille. Après une recrudescence de violence au sein de la famille, plusieurs personnes ont encouragé les victimes à faire appel à la police, mais elles ne l'ont jamais fait.

Après une dispute, l'agresseur a tué par balle les victimes, puis a transporté les corps dans un endroit éloigné, dans son véhicule auquel il a mis feu.

Onze facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : sensibilisation à la violence conjugale dans le lieu de travail et au sein de la communauté asiatique.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-06

Numéro de dossier du BCCO : 2007-2340

Cette affaire concerne l'homicide d'un homme de 51 ans par sa conjointe de fait, âgée de 31 ans; le couple vivait ensemble depuis deux ans. La femme (l'agresseure) a été décrite comme une alcoolique qui était souvent « bizarre et incohérente », et instable et violente lorsqu'elle buvait. L'homme victime et la femme avaient tous deux des antécédents de violence conjugale avec des partenaires précédents. Aucun incident de violence conjugale n'avait auparavant été signalé entre eux.

L'agresseure avait l'habitude d'organiser des fêtes et devenait souvent jalouse si son partenaire interagissait avec d'autres femmes. En février 2007, elle est rentrée à la maison et a trouvé l'homme avec son ancienne petite amie. L'auteure du crime a attaqué l'ancienne petite amie et l'a chassée de la maison. Un autre ami a ramené la femme chez elle. Quand il est retourné au domicile de l'agresseure quelques minutes plus tard, il a découvert l'homme victime couché par terre, souffrant de multiples blessures causées par des coups de couteau. L'auteure du crime et l'ami ont appelé le 911. Lorsque la police est arrivée, l'agresseure semblait ivre et elle a avoué avoir poignardé l'homme en légitime défense.

Onze facteurs de risque ont été relevés.

Thèmes communs : auteurs de crime eux-mêmes victimes de violence familiale antérieure, toxicomanie et troubles de la santé mentale, et différence d'âge.

Recommandations

À l'attention du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels :

1. Comme dans les cas où les contrevenants sont de sexe masculin, les cas de probation et de libération conditionnelle concernant des femmes auteures d'un crime devraient suivre une stratégie de supervision, prévoyant notamment ce qui suit :
 - La détermination du niveau de risque pour autrui que posent les femmes ayant des antécédents de comportement antisocial;
 - La détermination des facteurs liés à ce risque;
 - La participation de la contrevenante à des interventions et des stratégies de gestion qui tiennent compte de ces facteurs de risque. Les facteurs liés à l'estime de soi de la contrevenante et au fait qu'elle a elle-même été une victime ne devraient constituer le motif d'une intervention que s'il est clairement établi qu'ils ont contribué au comportement criminel.

À l'attention de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario :

2. Les interventions ou stratégies de surveillance des contrevenantes devraient se fonder sur des recherches récentes sur des pratiques axées sur l'expérience, qui découlent de documents décrivant des services correctionnels efficaces. Les principes suivants devraient constituer le fondement de ces stratégies et programmes d'intervention planifiés :

- Risques (les interventions devraient cibler les contrevenantes présentant les risques les plus élevés pour assurer un service plus intensif);
- Besoins (les interventions devraient cibler les facteurs dynamiques (c'est-à-dire, qui peuvent être changés), associés de façon empirique à la criminalité de la personne);

- Réceptivité (les interventions devraient cibler les facteurs en utilisant des techniques comportementales bien établies qui tiennent compte des capacités de la contrevenante).

Les facteurs liés à l'estime de soi de la contrevenante et au fait qu'elle ait elle-même été une victime ne devraient constituer le motif d'une intervention que s'il est clairement établi qu'ils ont contribué au comportement criminel.

Les interventions ciblant la toxicomanie et l'alcoolisme devraient établir un lien entre l'abus de substances et le comportement criminel et violent de la contrevenante.

Dossier du CEDVF – 2012-07

Numéros de dossier du BCCO : 2011-8966 et 2011- 8965

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 83 ans et le suicide de l'agresseur, son mari âgé de 77 ans. Le couple était marié depuis environ 23 ans. Chacun avait des enfants adultes issus de relations précédentes. Ils étaient tous les deux des anciens alcooliques respectés dans leur communauté. Aux dires de tous, les conjoints s'entendaient bien et il n'y avait aucun antécédent de violence conjugale entre eux.

La victime souffrait de plusieurs états pathologiques, dont une légère dépression de longue durée et la démence qui semblait s'aggraver. Le permis de conduire de la victime avait récemment été suspendu pour des raisons médicales. Depuis, elle se sentait isolée et était plus dépendante de l'agresseur. Au fur et à mesure que la démence de la victime augmentait, l'agresseur devait de plus en plus s'occuper d'elle.

L'agresseur semblait à tout le monde en bonne santé. Il avait tenté de se suicider au début des années 1980, lors de la rupture

de son premier mariage.

À plusieurs reprises, l'agresseur avait averti sa famille que s'il devenait invalide d'une façon ou d'une autre, il ne voulait pas être maintenu en vie. Il avait également fait entendre qu'il ne souhaitait pas être séparé de la victime et que ni lui ni elle ne voulaient être placés dans une maison de soins infirmiers.

En juin 2011, la police a été envoyée à la résidence du couple après un appel au 911, placé apparemment par l'agresseur. Lorsque la police est arrivée, elle a découvert l'agresseur couché sur le sol de la cuisine, souffrant d'une blessure causée par un coup de feu à la tête qu'il s'était lui-même infligé.

Deux facteurs de risque ont été relevés. Thème commun : homicide-suicide de personnes âgées déprimées.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-08

Numéros de dossier du BCCO : 2010-16008 et 2010-16007

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 69 ans et le suicide de l'agresseur, son mari âgé de 69 ans; le couple était marié depuis plus de 50 ans et avait deux enfants adultes.

La victime n'était pas en bonne santé. Elle souffrait de problèmes de dos chroniques et de diabète. Selon les rapports, sa mobilité était limitée et elle utilisait souvent un déambulateur et un fauteuil roulant. Son fils pensait que sa mère souffrait d'un début de démence, mais aucun diagnostic n'avait été posé.

L'agresseur était également en mauvaise santé, mais aucun diagnostic particulier n'avait été posé. Selon les rapports, pendant plus de 35 ans, l'agresseur avait contrôlé de près les activités de la victime, limitant ses contacts avec les membres de sa famille et ses amis, et surveillant très rigoureusement leurs finances. La victime avait avoué à sa famille que son mari la battait, mais elle avait apparemment peur de contacter la police, de crainte de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de ses enfants sans le soutien financier de son mari.

Il y avait des conflits entre les deux fils adultes et entre les fils et leurs parents. La victime et l'agresseur étaient déprimés à cause de leurs limitations physiques de plus en plus importantes et sentaient qu'ils étaient un fardeau pour leurs fils et l'un pour l'autre. Ils avaient perdu le désir de vivre.

En août 2010, la victime est tombée dans les escaliers et s'est cassé la cheville. Elle a avoué à un travailleur social de l'hôpital que l'agresseur l'avait poussée dans les escaliers. Elle ne savait pas si elle devait rentrer chez elle vivre avec l'agresseur. Elle a reçu de l'aide psychologique et des orientations vers des services. Le travailleur social a préparé un plan de sécurité avec la victime et ses fils.

La victime est retournée au domicile de son fils et en septembre 2010, elle et son fils ont signalé l'incident d'août à la police. Le fils de la victime a déclaré que sa mère avait été poussée dans les escaliers, mais la victime a affirmé qu'elle était tombée. En raison de ces déclarations contradictoires, la police n'a pris aucune mesure.

Le 4 octobre 2010, après d'autres interrogatoires, la victime a

déclaré que l'agresseur l'avait attrapée par les cheveux ce qui avait causé sa chute dans les escaliers. Elle a expliqué qu'elle avait peur de son mari et la police a déposé contre ce dernier un chef d'accusation de voies de fait causant des lésions corporelles.

Le 13 octobre 2010, l'agresseur s'est rendu au domicile de son fils, où il a harcelé la victime jusqu'à l'arrivée de son fils. L'agresseur a été arrêté en vertu du mandat non exécuté délivré pour voies de fait. Il a été ensuite remis en liberté en vertu d'un engagement envers un agent responsable et de la promesse de comparaître. Il a été averti qu'il n'avait pas le droit de communiquer directement ou indirectement avec la victime et une date d'audience a été fixée au 22 novembre 2010.

Une semaine plus tard, une requête a été déposée au tribunal pour demander l'imposition de conditions plus rigoureuses à l'agresseur, dont la remise de ses armes à feu et de ses permis et l'interdiction de se trouver à moins de 100 mètres de l'endroit où résidait la victime. Le 22 octobre 2010, des armes à feu de l'agresseur ont été retirées de sa résidence.

La victime a été vivre avec son autre fils. Elle est devenue de plus en plus déprimée et souhaitait retourner vivre avec son mari.

Le 7 décembre 2010, la victime a avisé le travailleur des services aux victimes qu'elle vivait chez son fils avec son mari et qu'elle ne craignait plus qu'il l'agresse. Le travailleur des services aux victimes lui a répondu que cette situation violait les conditions imposées à l'agresseur et que ce dernier devrait consulter son avocat.

Il n'est pas certain que la police ait été informée de la violation des conditions imposées à l'agresseur, mais les services aux victimes ont demandé au procureur de la Couronne de modifier l'ordonnance d'interdiction de communication.

La victime a rétracté les déclarations antérieures qu'elle avait données au sujet de l'agression. Elle et l'agresseur ont déclaré qu'ils souhaitaient retourner vivre dans leur propre résidence. Le 11 décembre 2010, leur fils les a aidés à retourner chez eux.

Le lendemain, l'agresseur a appelé son fils et la police pour les avertir qu'il avait tué la victime et qu'il allait se tuer. Quand les policiers sont arrivés au domicile de l'agresseur, ils ont trouvé la victime et l'agresseur sans vie avec des traces de blessures par

balle compatibles avec un meurtre-suicide.

Onze facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : mauvais traitements envers les personnes âgées, accès à des armes à feu, vulnérabilité de la victime.

Cet homicide-suicide illustre quelques-uns des défis auxquels se heurtent les interventions communautaires face aux mauvais traitements envers des personnes âgées dans le contexte de la violence conjugale. La victime était réticente et hésitait à demander de l'aide. L'agresseur et la victime avaient tous les deux exprimé leur désespoir face à l'avenir en raison de leur santé physique déclinante et du sentiment qu'ils représentaient un fardeau pour leur famille et l'un pour l'autre.

Malgré des accusations criminelles et une ordonnance judiciaire imposant à l'agresseur de rester éloigné de la victime, le couple est retourné vivre ensemble peu de temps avant l'homicide-suicide. Au cours d'une période de cinq mois, la victime semble être passée du désir de prendre des mesures pour mettre fin à la violence conjugale à un sentiment de résignation devant le manque de solutions qu'elle estimait acceptables au sein de sa famille et de la communauté.

Recommandations:

1. Les services de police, les services aux victimes, les centres d'accès aux soins communautaires et les fournisseurs de soins de santé aux personnes âgées doivent tenir compte des ressources suivantes, qui fournissent des renseignements importants au sujet de la reconnaissance des mauvais traitements envers les personnes âgées et des interventions possibles en Ontario :

- Campagne Voisin-es, ami-es et familles pour les personnes âgées – campagne « It's Not Right! » http://www.voisinsamisetfamilles.on.ca/index.cfm?Voir=menu&Repertoire_No=2137988800&M=3355;
- Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario - <http://www.seniors.gov.on.ca/fr/elderabuse/>;
- Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ONPEA) - <http://www.onpea.org/french/index.html>.

Commentaires du Comité : La victime dans cette affaire était une femme âgée, qui était plus vulnérable en raison de problèmes de santé physique et mentale, ainsi que de sa mobilité limitée. Elle semblait avoir été victime non seulement de mauvais traitements de la part de son mari, mais également de son comportement dominateur et de conflits au sujet des finances avec ses enfants.

À l'attention du ministère du Procureur général:

2. Les travailleurs des services aux victimes devraient contacter la police dès qu'ils prennent connaissance de la violation de conditions imposées. Ils devraient également envisager d'établir ou de modifier un plan de sécurité ou des mesures de gestion des risques.

Commentaires du Comité : Le travailleur des services aux victimes savait que la victime avait eu volontairement des contacts avec l'agresseur, contrairement aux conditions d'une ordonnance de non-communication.

À l'attention du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels :

3. Il est rappelé aux services de police que les conditions de la mise en liberté devraient insister sur la nature non discrétionnaire des ordonnances de non-communication et sur le fait que les victimes doivent aussi respecter la condition de non-communication avec l'agresseur (ou l'agresseur présumé).

Commentaires du Comité : Dans cette affaire, l'agresseur avait reçu l'ordre de ne pas s'approcher de la victime, mais juste avant l'homicide-suicide, le couple a repris la vie commune. Les membres de la famille savaient que le couple vivait de nouveau ensemble et ils les ont même aidés à réintégrer leur domicile.

À l'attention des fournisseurs de soins de santé :

4. Face à des victimes possibles de violence conjugale, les fournisseurs de soins de santé doivent procéder à une évaluation formelle des risques afin d'orienter les interventions et de donner la priorité à la planification de la sécurité.

Dossier du CEDVF – 2012-09

Numéro de dossier du BCCO : 2005-6792

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 48 ans par son mari âgé de 52 ans; le couple était marié depuis 30 ans et se trouvait en instance de séparation. L'agresseur avait quitté le domicile conjugal, mais continuait à payer le loyer et les services publics. Il avait encore accès au domicile, dans lequel la victime vivait seule depuis leur séparation. L'agresseur fréquentait une autre femme.

La victime était paraplégique, paralysée depuis la taille, après avoir subi des blessures causées par la chute d'une échelle, en 1999. Elle était confinée dans un fauteuil roulant, mais était capable de se mettre au lit et de sortir du lit toute seule. La victime utilisait les services de préposées aux services de soutien à la personne, qui venaient à son domicile principalement pour l'aider avec son hygiène quotidienne.

La victime avait exprimé sa peur de l'agresseur, mais n'avait signalé aucun incident d'agression physique.

Six jours avant l'homicide, la victime a confié à la préposée aux services de soutien à la personne qui s'occupait d'elle que l'agresseur recevrait bientôt des documents judiciaires formalisant la séparation et lui réclamant un soutien financier. La victime a précisé qu'elle anticipait que l'agresseur serait en colère.

Le jour où l'agresseur a reçu les documents de la séparation, il s'est rendu au domicile de la victime et a allumé un feu à combustion lente dans le sous-sol. Il a quitté la maison et le feu et la fumée ont envahi petit à petit toute la résidence. Il semble que la victime ait tenté de sortir de la maison, malgré sa mobilité limitée.

Quatre facteurs de risque ont été relevés.

Thème commun : vulnérabilité de la victime.

Recommandation:

À l'attention des centres d'accès aux soins communautaires et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

1. Les préposés aux services de soutien à la personne devraient suivre une formation spécialisée sur la dynamique de la violence conjugale et le travail auprès de victimes vulnérables. Cette formation devrait porter notamment sur la reconnaissance des signes et symptômes, ainsi que sur les mesures à prendre en cas de mauvais traitements soupçonnés chez un client. Il est important que la formation mette l'accent sur tous les aspects de la violence conjugale, notamment les abus psychologiques, émotionnels et verbaux que vivent de nombreuses victimes.

Commentaires du Comité : Les préposés aux services de soutien à la personne servent principalement une population vulnérable, dont des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils se rendent souvent quotidiennement au domicile de leurs clients, et nouent des liens amicaux et de soutien avec ces derniers. Les préposés aux services de soutien à la personne peuvent être témoins de mauvais traitements ou leurs clients peuvent leur confier les mauvais traitements dont ils sont victimes. Il est impératif que les préposés aux services de soutien à la personne suivent la formation nécessaire pour être en mesure de faire face efficacement à ce genre de situation.

Dossier du CEDVF – 2012-10
Numéro de dossier du BCCO : 2009-7619

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 34 ans par son conjoint de fait, âgé de 34 ans. Le couple vivait ensemble depuis environ six mois. La victime et l'agresseur, décrits initialement comme des « colocataires », ont commencé une relation intime après quelques semaines de vie sous le même toit. Leur relation semblait être une source de confusion pour eux-mêmes et pour leur entourage. Le couple communiquait souvent des objectifs et messages contradictoires et flous à leurs parents et amis; l'agresseur affirmait qu'il voulait quitter la victime et cette dernière déclarait qu'elle voulait quitter l'agresseur.

Le couple se disputait constamment et la plupart des gens les décrivaient comme vivant une relation « dysfonctionnelle ». La police n'a toutefois jamais été appelée à intervenir pour des incidents de violence conjugale.

L'agresseur avait des antécédents criminels, à l'adolescence et à l'âge adulte, pour diverses infractions, dont des voies de fait, des introductions par effraction et des menaces. Il avait également des antécédents de violence conjugale avec une ancienne petite amie, mais aucune accusation criminelle n'avait été portée contre lui à ce sujet.

L'agresseur avait omis de se présenter à un grand nombre de ses rendez-vous dans le cadre de sa probation et apparemment, les services de probation avaient réagi à ce manquement en lui envoyant des lettres par la poste plutôt qu'en communiquant directement avec lui. En septembre 2008, les services de probation l'ont orienté vers des services de gestion de la colère. L'agresseur ne s'est pas présenté à certaines des séances de gestion de la colère en groupe et n'a pas continué par des séances de counseling individuel. Les services de probation n'ont pas effectué de suivi après qu'il ne s'est pas présenté aux séances de counseling.

Apparemment, l'agresseur avait essayé d'aider la victime à surmonter sa dépendance aux amphétamines. Toutefois, la victime ne voulait pas de son aide. Il semble que la victime et l'agresseur avaient des troubles mentaux et qu'ils perdaient tous les deux du poids, qu'ils étaient déprimés et qu'ils n'allaient pas bien.

Environ trois semaines avant l'homicide, la victime a emmené l'agresseur à l'hôpital après l'avoir trouvé en train d'errer dans

un cimetière. Il semblait confus et hallucinait. L'agresseur avait ingéré une grande quantité de somnifères après une altercation avec la victime.

À l'hôpital, l'agresseur démontrait des troubles psychotiques et a dû être retenu. À part les médecins du service des urgences, l'agresseur a été évalué par deux infirmières de la santé mentale. La première évaluation par une infirmière indiquait que l'agresseur posait un « risque modéré » de se faire du mal à lui-même et qu'il ne posait aucun risque de faire du mal à autrui. Une deuxième évaluation effectuée lorsque l'agresseur était lucide a révélé un « faible risque » qu'il se fasse du mal à lui-même et qu'il fasse du mal à autrui. L'infirmière de la santé mentale a demandé des renseignements accessoires auprès de gens qui connaissaient l'agresseur afin de valider son évaluation.

L'agresseur a quitté l'hôpital un jour plus tard sous les soins de la victime.

Trois semaines plus tard, la victime a été découverte sans vie dans son appartement. L'agresseur se trouvait également dans l'appartement, souffrant de coupures aux poignets qu'il s'était lui-même infligées. Il a survécu. L'autopsie effectuée sur la victime a révélé que la cause du décès était l'asphyxie, avec preuve de compression autour du cou. Les résultats toxicologiques ont démontré la présence de méthamphétamines.

Après l'homicide et après avoir quitté l'hôpital, l'agresseur a avoué qu'il n'avait « pas été lui-même » pendant plusieurs jours. Il a affirmé ne pas se souvenir des événements qui ont entouré la mort de la victime.

Douze facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : santé mentale, toxicomanie, évaluation des risques par des professionnels médicaux et suivi de la probation.

Recommandation:

À l'attention du ministère du Procureur général et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (Divisions de la sécurité publique et des Services correctionnels) :

1. Les conditions de la probation devraient inclure ce qui suit : surveillance régulière du respect des conditions, en particulier l'obligation de se présenter devant l'agent de probation et la participation à des séances de counseling. La supervision serait plus efficace si des contacts

réguliers avaient lieu avec des personnes connexes pour confirmer la situation du contrevenant et la crédibilité des renseignements fournis par celui-ci. Si le contrevenant a omis de respecter des conditions, une exécution progressive doit

être mise en œuvre proportionnellement aux risques. Si des avertissements répétés, verbaux ou écrits, n'apportent aucun changement, une accusation de défaut de se conformer devrait être déposée.

Dossier du CEDVF – 2012-11

Numéros de dossier du BCCO : 2011-5054 et 2011-5053

Affaire reportée à 2013 pour permettre l'examen de documents supplémentaires.

Dossier du CEDVF – 2012-12

Numéro de dossier du BCCO : 2011-6077

Affaire reportée à 2013 pour permettre l'examen de documents supplémentaires.

Dossier du CEDVF – 2012-13

Numéros de dossier du BCCO: 2011-6977 et 2011-6974

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 85 ans par son mari âgé de 83 ans, qui s'est ensuite suicidé; le couple était marié depuis 50 ans et avait deux enfants adultes.

La victime était en mauvaise santé et prenait plusieurs médicaments. Elle avait eu un accident vasculaire cérébral six ans avant son décès, qui l'avait laissée avec une mobilité réduite. Elle souffrait également de démence, de dégénération maculaire, de problèmes de thyroïde et de tension élevée.

L'agresseur avait divers problèmes de santé, dont de l'arthrite, des maux de tête et des problèmes d'ouïe qui s'aggravaient. Il ressort des notes des médecins et des entretiens avec la famille que l'agresseur était atteint de dépression. Il semblait aimer avoir le contrôle et était verbalement violent. En vieillissant et à cause d'une perte progressive de l'ouïe, sa personnalité avait changé.

Étant donné que la victime avait des problèmes de santé et une mobilité réduite, l'agresseur est devenu son principal soignant. Il lui préparait ses repas et lui administrait ses médicaments. Il bénéficiait de l'aide de sa fille, d'une personne qui lui faisait le ménage et d'un service de soins à domicile qui venait trois fois

par semaine. Même si l'agresseur trouvait la situation difficile, il s'occupait bien de sa femme et s'est opposé à l'idée de l'envoyer dans un foyer de soins infirmiers.

Quelques semaines avant l'homicide-suicide, plusieurs personnes en contact régulier avec le couple ont remarqué que l'agresseur semblait avoir perdu le goût de vivre.

Deux jours avant l'homicide-suicide, l'agresseur a été impliqué dans un accident automobile mineur. Il était en colère parce qu'il avait reçu une amende et devait passer un examen de conduite.

La veille de l'homicide-suicide, tout semblait relativement normal chez l'agresseur. Vers 20 h, sa fille lui a parlé au téléphone et il lui a déclaré qu'il n'avait pas de raison de vivre, qu'il se sentait seul, qu'il ne voulait plus vivre et que sa vie « était un enfer ». Sa fille lui a proposé de l'emmener chez le médecin pour ses médicaments, mais il a refusé.

Le jour de l'homicide-suicide, une nouvelle préposée aux services de soutien à la personne est arrivée au domicile du couple pour un rendez-vous avec la victime, mais personne n'a répondu à la porte. La fille du couple a tenté de contacter ses parents. Ne recevant pas de réponse, elle s'est rendue à leur domicile et a trouvé ses parents sans vie, dans leur lit.

La cause du décès de la victime n'a pas été clairement établie, bien que des indices suggèrent qu'elle a été étouffée. Il est présumé que du ruban adhésif a été appliqué sur son nez et sa bouche, puis retiré après qu'elle a cessé de respirer. La présence de sédatifs antidépresseurs dans son sang a été découverte par l'examen toxicologique. Les circonstances de sa mort ont été classifiées comme constituant un homicide.

Il a été établi que l'agresseur est décédé après avoir été étouffé par du ruban adhésif. Les circonstances de sa mort constituaient un suicide. Il n'y avait pas d'autre signe de traumatisme sur la victime ou l'agresseur.

Deux facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : couple âgé en faible santé, dépression et agresseur étant le soignant.

En 2011, le CEDVF a examiné une autre affaire concernant l'homicide-suicide d'un couple âgé. Les recommandations suivantes formulées dans cette affaire s'appliquent également à l'affaire en question :

1. Il est rappelé aux fournisseurs des soins de santé que lorsqu'ils interviennent auprès de patients âgés atteints de dépression, ils devraient les interroger pour déceler toute pensée possible d'homicide, en plus des pensées de suicide.

Commentaires du Comité : Dans l'article Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender, Bourget, Gagné et Whitehurst (2010) ont souligné que chez les personnes âgées, un homicide est fréquemment suivi du suicide de l'agresseur. Ils ont également relevé que plusieurs victimes souffraient de troubles médicaux préexistants, et que les mauvais traitements pouvaient donc avoir été commis par des personnes qui s'occupaient de leur conjoint malade. À la suite de leurs recherches, ils ont conclu que [traduction] « la plupart des agresseurs étaient atteints de troubles mentaux, généralement de troubles dépressifs, mais peu d'entre eux avaient reçu une aide psychiatrique. Les maladies mentales ont un impact sur les homicides-suicides intrafamiliaux, ce qui souligne l'importance de cerner les psychopathologies existantes ».²

2. Les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à s'entretenir séparément avec chaque conjoint, surtout en présence de troubles de la santé mentale.

Commentaires du Comité : Comme c'est souvent le cas avec les couples âgés, ces deux personnes se rendaient généralement ensemble à leurs rendez-vous médicaux. En présence de problèmes possibles de santé mentale ou autres, et lorsqu'un conjoint pourrait hésiter à parler ouvertement en présence de l'autre, il serait sans doute préférable d'interroger chacun des conjoints séparément.

Recommandations

À l'attention des fournisseurs de soins à domicile (p. ex., Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario Personal Support Worker Association, services aux personnes âgées de la Croix-Rouge canadienne) et des fournisseurs de soins de santé gériatriques (p. ex., Collège des médecins de famille et réseaux locaux d'intégration des services de santé) :

1. Les particuliers et organismes qui fournissent des services de soins de santé et des soutiens à des couples âgés dont la santé faiblit ou est mauvaise, devraient suivre une formation et recevoir des renseignements sur le risque accru d'homicide-suicide par le partenaire intime, en particulier si l'homme a assumé relativement récemment le rôle de soignant de sa partenaire ou si le couple a subi un événement de la vie marquant.

À l'attention de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario :

2. Il est recommandé que la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario intensifie les efforts de sensibilisation au risque accru d'homicide-suicide par un partenaire intime parmi les couples âgés, en particulier si l'un des membres souffre d'une mauvaise santé ou si l'homme assume le rôle de soignant de sa partenaire.

² Voir Bourget, D., P. Gagne, & L. Whitehurst. 2010. Domestic homicide and homicide-suicide: The older offender. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 38(3): 305-311; Malphurs, J.E. and D. Cohen. 2005. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. American Journal of Geriatric Psychiatry 13(3): 211-217; Eliason, S. 2009. Murder-suicide: A review of the literature. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 37(3): 371-376.

Dossier du CEDVF – 2012-14

Numéro de dossier du BCCO : 2007-11654

Cette affaire concerne l'homicide du fils de 19 mois de l'agresseur, âgé de 20 ans. L'enfant était en bonne santé et bien soigné. Il vivait avec ses parents dans une communauté des Premières Nations dans le Sud de l'Ontario. La mère de l'enfant était la conjointe de fait de l'agresseur; elle a elle-même été grièvement blessée dans l'incident qui a causé la mort de son fils. Il n'y avait pas d'antécédents de violence familiale signalés pour ce couple; aucune intervention des services sociaux ou des services de protection de l'enfance n'a été signalée.

L'agresseur a grandi avec un père violent qui avait des antécédents criminels et des problèmes de toxicomanie. Dans sa famille, il y avait des antécédents d'alcoolisme et de problèmes psychiatriques. L'agresseur avait suivi un traitement/une thérapie auprès d'un conseiller en toxicomanie et d'un psychiatre, qui lui avait diagnostiqué par la suite une dépression et lui avait prescrit des antidépresseurs.

Une semaine avant l'homicide, l'agresseur a tenté de cesser de lui-même de consommer des drogues dans l'objectif de faire plaisir à sa partenaire. Il est devenu de plus en plus déprimé et a commencé à s'isoler. À une occasion, l'agresseur était seul à la maison et sa partenaire l'a trouvé dans la salle de bains, tenant à la main une arme de poing chargée et voulant se suicider. Sa partenaire l'a convaincu d'enlever la cartouche de l'arme et de la ranger. Le lendemain, le couple a demandé à des amis de venir chercher l'arme et il a consulté un conseiller conjugal.

Trois jours avant l'homicide, l'agresseur a avalé un mélange de pilules, dont de l'OxyContin, du méthylphénidate, du THC, des stéroïdes et de l'alcool, mais il a survécu à sa tentative de surdose et s'est réveillé le lendemain. Il n'a jamais raconté à personne qu'il avait tenté de se suicider.

Il semblerait que le jour de l'homicide, l'agresseur ne pensait ni à un meurtre ni à un suicide, mais il pense que son comportement a été plutôt le résultat d'une accumulation de stress, de colère et d'échec. Sa partenaire l'avait informé de son intention de le quitter.

L'agresseur et sa partenaire se sont disputés toute la journée. À un moment donné, l'agresseur s'est approché de sa partenaire

par-derrière et a commencé à lui serrer le cou dans l'intention de la tuer. Elle s'est évanouie et est tombée par terre. Lorsqu'elle s'est réveillée, elle a essayé de raisonner avec lui pour comprendre ce qui s'était passé. L'agresseur s'est à nouveau approché d'elle pour l'étrangler. Elle a perdu connaissance. Lorsqu'elle s'est réveillée, l'agresseur se tenait au-dessus d'elle, un couteau à la main. Après une brève altercation, l'agresseur lui a fait une coupure à la gorge. Il a ensuite saisi l'enfant et a déclaré « nous devons tous mourir » et « nous allons tous au même endroit ». La partenaire est parvenue à quitter la résidence sans l'enfant et a demandé l'aide d'un voisin.

Lorsque les policiers et les services médicaux d'urgence (SMU) sont arrivés, ils ont trouvé la partenaire avec une entaille profonde au cou. Les policiers sont entrés dans la résidence et ont découvert l'enfant victime couché par terre, près de la porte, et l'agresseur près de là, armé d'un couteau. Lorsque les policiers se sont adressés à lui, l'homme est devenu agressif. Les SMU n'ont pu s'occuper de l'enfant victime qu'une fois la confrontation stabilisée et le danger passé.

La partenaire et l'enfant victime ont été tous deux transportés à l'hôpital où la mort de l'enfant a été prononcée. La cause du décès était l'asphyxie par étouffement.

Neuf facteurs de risque ont été relevés. Thème commun : toxicomanie.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-15

Numéros de dossier du BCCO : 2006-4262 et 2006-4263

Cette affaire concerne les homicides d'une femme de 40 ans et de son fils de 8 ans. L'agresseur, âgé de 33 ans, et la victime ont eu une brève relation intime. Après la rupture de leur relation, l'agresseur a commencé à harceler la victime, notamment en la suivant, en se rendant à sa résidence et en lui téléphonant de façon excessive. Malgré ce comportement harcelleur, l'agresseur et la victime ont continué de communiquer.

La femme victime avait déjà eu deux relations de fait de longue durée avec des partenaires violents et ses deux anciens partenaires avaient été accusés au criminel d'infractions contre elle.

L'agresseur passait d'un état de dépression à un état de rage, et souffrait de dépression, d'anxiété et de toxicomanie. En raison de son comportement agressif et de ses problèmes de toxicomanie, sa famille refusait qu'il vive avec elle; il était sans domicile avant l'homicide. Dans le passé, il avait été hospitalisé à plusieurs reprises pour tentatives de suicide et propos menaçants.

L'agresseur avait également des antécédents de violence conjugale dans des relations précédentes.

La nuit des homicides, l'agresseur s'est introduit par effraction dans la résidence de la victime et a enlevé la victime et son fils. Il les a conduites dans un endroit éloigné, où il les a poignardés à mort. Après les homicides, son véhicule a attiré l'attention de policiers et lorsque ces derniers ont tenté d'interpeller le véhicule, l'agresseur a pris la fuite à pied. Il a été localisé plus tard et arrêté initialement pour conduite avec facultés affaiblies. Après une enquête plus approfondie, les corps des victimes ont été découverts dans le coffre de son véhicule.

Pendant qu'il se trouvait sous la garde de la police, l'agresseur a proféré des menaces de suicide.

Onze facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : facteurs de stress extérieurs et troubles de la santé mentale.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-16

Numéros de dossier du BCCO : 2010-12292 et 2010-12291

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 36 ans par son conjoint de fait âgé de 36 ans, qui s'est ensuite suicidé; le couple vivait ensemble depuis 17 ans et avait deux enfants ensemble.

La victime avait grandi dans un foyer violent, où elle avait été témoin de violence conjugale entre ses parents. Lorsqu'elle était enfant, elle avait été sexuellement abusée par un membre de sa famille (qui a été reconnu coupable de l'infraction par la suite) et avait des problèmes d'estime de soi et de poids.

Par la suite, la victime a perdu beaucoup de poids et a repris confiance en elle. Elle voulait quitter l'agresseur depuis plus de deux ans, mais avait peur de le faire parce que l'agresseur avait menacé de se suicider. Il semble que la victime avait commencé une relation intime avec un autre homme et il est probable que

l'agresseur le savait.

L'agresseur était un chasseur et possédait au moins trois armes à feu. Un mois avant l'incident, l'agresseur avait cessé de boire et semblait passer plus de temps avec ses enfants.

Le couple a consulté un psychiatre pour une consultation conjugale, mais leur relation ne s'est pas améliorée. Ils ont donc décidé de se séparer. Le psychiatre, la famille, les professionnels médicaux et les collègues savaient que le couple allait se séparer.

L'agresseur est devenu plus déprimé et en colère contre la victime et continuait à menacer de se suicider.

Le soir précédant l'incident, un ami a aperçu la victime et l'agresseur en train de se quereller à l'extérieur de leur domicile. La victime a ensuite été retrouvée morte à l'intérieur du domicile; elle a été tuée par un coup de feu tiré par l'agresseur, qui s'est

ensuite suicidé avec sa propre arme à feu enregistrée.

Dix facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : séparation sécuritaire, intervention familiale, accès à des armes à feu.

Recommandations

À l'attention de la directrice de la condition féminine de l'Ontario:

1. Le gouvernement de l'Ontario, par le biais de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario, devrait élaborer des messages d'intérêt public qui soulignent le risque élevé que représente une séparation réelle ou imminente dans le contexte de multiples facteurs de risque, afin de sensibiliser le public et les professionnels au risque d'homicide familial et à la promotion de la planification de la sécurité et de la réduction des risques dans ces circonstances.

Commentaires du Comité : Cette affaire est l'un de nombreux cas examinés par le CEDVF où une séparation était imminente en présence de multiples facteurs de risque d'homicide familial, dont la plupart étaient connus des amis, membres de la famille, collègues et professionnels de l'entourage du couple (p. ex., médecins, thérapeutes, avocats, etc.). Les facteurs de risque sont notamment l'accessibilité d'un agresseur déprimé/suicidaire à des armes à feu et une séparation difficile imminente dans une relation instable.

Le CEDVF reconnaît que de nombreuses relations intimes prennent fin sans voies de fait graves ou homicide. L'éducation publique doit mettre l'accent sur les risques élevés que présente la séparation dans des relations présentant de multiples facteurs de risque, dont des antécédents de violence familiale.

2. Il est recommandé que le gouvernement de l'Ontario, par le biais de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario, élabore un sondage d'opinion publique uniformisé portant sur les attitudes générales face à la violence familiale, ainsi que sur les connaissances et les aptitudes à intervenir, etc. Ce sondage pourrait être mené tous les quatre ou cinq ans pour contrôler l'efficacité des initiatives de sensibilisation du public concernant la violence familiale à l'échelle de la province.

Commentaires du Comité : Il existe une grande quantité de documents confirmant l'effort croissant de sensibilisation du public à la gravité de la violence familiale et le fait que le public, les professionnels et les organismes gouvernementaux ont démontré leur écoute et leur désir d'intervenir face à ce problème.

Toutefois, il existe moins de preuves indiquant la reconnaissance des facteurs de risque liés aux homicides familiaux, ainsi que la volonté d'intervenir en contactant les organismes pertinents en vue de promouvoir la planification de la sécurité pour les victimes et d'élaborer des stratégies de gestion des risques pour les auteurs d'actes de violence.

Des sondages d'opinion publique pourraient être préparés afin de surveiller les changements d'attitude, les connaissances et les aptitudes d'intervention chez les professionnels des secteurs des soins de santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation. Les sondages auprès des professionnels permettraient d'évaluer l'impact des multiples initiatives de formation et ressources existant dans l'ensemble de la province. Les résultats des sondages auprès des professionnels et des membres du public pourraient être pris en compte lors de la préparation de futures annonces d'intérêt public et cours de formation professionnelle.

Le sondage pourrait s'inspirer de sondages existants, comme celui de la campagne White Ribbon (www.whiteribbon.ca).

Dossier du CEDVF – 2012-17

Numéros de dossier du BCCO : 2010-2977 et 2010-2978

Cette affaire concerne des voies de fait contre la victime visée présumée, une jeune femme de 18 ans, et les homicides de sa mère de 46 ans (la victime no 1) et de sa sœur de 13 ans (la victime no 2). La victime visée était l'ancienne petite amie de l'agresseur âgé de 18 ans.

La victime no 1 était employée et mariée, alors que la victime no 2 était étudiante. La victime visée était étudiante dans un collège communautaire.

L'agresseur vivait en alternance entre son domicile, avec sa mère, son père et ses demi-frères, et le domicile de la victime visée. Ses trois demi-frères, plus âgés, avaient des antécédents d'actes criminels violents. Selon les rapports, ils auraient intimidé et maltraité l'agresseur quand il était plus jeune.

L'agresseur avait des problèmes de comportement agressif et avait reçu un diagnostic de troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention et de trouble oppositionnel avec provocation limite. Il avait suivi des séances de counseling aux Services de santé mentale pour enfants, mais ses problèmes ont continué. Il était extrêmement jaloux et violent, et avait des difficultés à se maîtriser.

L'agresseur a eu de multiples contacts avec la police, notamment des incidents où il a été soit arrêté soit mis en garde. Il avait également plusieurs condamnations criminelles, notamment pour voies de fait, résistance à une arrestation, méfait, harcèlement et profération de menaces.

L'agresseur a avoué qu'il consommait des drogues illégales, comme de la marijuana, de l'oxycodone, de la cocaïne et du crack cocaïne, et qu'il avait une dépendance extrême à l'alcool. L'agresseur avait tenté de se suicider deux fois.

L'agresseur a fréquenté la victime visée, âgée de 18 ans, pendant cinq ans. Il avait mis fin à cette relation environ cinq semaines avant les homicides, afin de courtiser une autre femme, mais avait rapidement changé d'avis et aurait supplié la victime visée de se réconcilier avec lui, ce qu'elle a refusé.

Un soir, en mars 2010, l'agresseur buvait avec son frère et des amis. Il a tenté de contacter la victime visée à plusieurs reprises sur son téléphone cellulaire, mais celle-ci n'a pas répondu.

Lorsque l'agresseur a fini par la rejoindre, il lui a dit qu'il avait besoin de la voir. Elle a refusé et lui a dit de ne pas venir à son domicile, sinon elle appellerait la police.

L'agresseur a demandé à son père de le conduire à la résidence des victimes. La victime visée, sa mère (victime no 1), sa jeune sœur (victime no 2) et une amie de la jeune sœur se trouvaient dans la résidence lorsqu'il est arrivé. Le mari et père des victimes se trouvaient au travail ce soir-là.

La victime visée et sa mère ont déclaré à l'agresseur qu'il n'était pas le bienvenu. En raison de son état apparemment agité, elles lui ont permis de rester chez elles jusqu'au lendemain matin, et la victime no 1 a indiqué qu'elle le ramènerait chez lui à ce moment-là.

La victime visée et la victime no 1 sont retournées au lit, après avoir dit à l'agresseur d'aller dormir au sous-sol. Il était très agité et bouleversé par la récente rupture avec la victime visée et a commencé à déambuler dans la résidence, réveillant la victime visée et sa mère.

Il a alors été décidé que la victime no 1 conduirait l'agresseur chez lui immédiatement. Pendant le trajet, il semblerait que l'agresseur soit sorti du véhicule et qu'il se soit mis à marcher. La victime no 1 est retournée chez elle.

L'agresseur est revenu à pied à la résidence des victimes. Il a rencontré la victime no 1, qu'il a sexuellement agressée et battue. Il a plus tard expliqué que les contacts sexuels avec la victime no 1 étaient consensuels, mais qu'il s'était ensuite mis en colère et l'avait frappée, car elle lui avait expliqué que sa fille ne se réconcilierait pas avec lui.

La victime no 1 a réveillé la victime visée et lui a raconté ce qui s'était passé. La victime visée était sur le point d'appeler le 911, lorsque l'agresseur est entré dans la cuisine muni d'un fusil de chasse de calibre 12 appartenant au mari de la victime no 1. Il avait trouvé le fusil dans un endroit non verrouillé du garage. L'agresseur connaissait l'existence du fusil, car il était allé à la chasse avec le mari de la victime no 1 dans le passé.

L'agresseur a tiré sur la victime visée en l'atteignant au visage et au cou. Elle est tombée par terre, mais n'a pas été tuée. La victime no 2 s'est réveillée et est entrée dans la cuisine, où l'agresseur l'a abattue d'une balle au visage. Entendant les coups de feu, la victime no 1 s'est approchée de la cuisine, avant de rebrousser

chemin pour essayer de se réfugier dans le sous-sol; elle a reçu une balle dans le dos pendant qu'elle descendait les escaliers. L'amie de la victime no 2, qui passait la nuit dans la résidence, a entendu les coups de feu. Elle s'est cachée dans une armoire à l'étage. Elle n'a pas été blessée et a utilisé un téléphone cellulaire pour appeler sa mère, qui a averti la police.

Les policiers sont arrivés sur les lieux et ont trouvé les victimes sans vie et la victime visée grièvement blessée.

L'agresseur avait quitté les lieux et a été appréhendé plus tard.

Vingt-quatre facteurs de risque ont été relevés.

Thèmes communs : séparation sécuritaire, santé mentale, accès à des armes à feu.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-18

Numéro de dossier du BCCO : 2004-9598

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 48 ans par son mari âgé de 47 ans. Le couple était marié depuis environ 25 ans et avait deux enfants.

Plusieurs collègues et amis de la victime savaient que celle-ci envisageait de quitter son mari et que celui-ci l'avait agressée dans le passé. Selon les rapports, la victime avait mentionné qu'elle craignait pour sa sécurité, mais qu'elle ne pouvait pas quitter son conjoint pour des raisons financières. Les amis savaient que l'agresseur la contrôlait, qu'il était verbalement violent, qu'il la rabaissait et qu'il buvait excessivement. Plusieurs amis ont essayé d'aider la victime en lui remettant un cahier de planification de la sécurité et en lui proposant de garder des affaires à elle et de la loger au besoin.

Le couple avait des problèmes financiers et plusieurs voisins ont signalé avoir entendu des disputes verbales entre les conjoints.

Environ trois mois avant l'homicide, la victime a rencontré une amie sur Internet. Au début, les deux femmes parlaient de leurs difficultés conjugales respectives. L'amie a ensuite commencé à passer une grande partie des nuits à la résidence de la victime et de l'agresseur, et entretenait des relations intimes avec les deux. L'amie a vu de ses propres yeux l'agresseur battre la victime lorsqu'il était ivre. L'amie se préoccupait de la sécurité de la victime et savait que celle-ci avait peur et souhaitait quitter l'agresseur.

Le jour de l'homicide, la victime a déclaré à l'agresseur qu'elle le quittait. Les conjoints ont ensuite avisé leur fils de leur séparation

imminente et l'ont envoyé jouer chez un ami. L'agresseur voulait aussi que l'amie de la victime s'en aille, mais la victime lui a demandé de rester. L'amie est sortie brièvement, pendant que la victime se rendait à sa chambre à coucher. Peu de temps après, l'amie a entendu la victime hurler. Lorsqu'elle est rentrée dans la maison, elle a vu l'agresseur brandissant un couteau et se tenant au-dessus de la victime, qui hurlait. L'amie a tenté d'intervenir, mais l'agresseur l'a également poignardée.

La victime a succombé à des blessures par objet coupant et son amie blessée a survécu.

Cinq facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : séparation sécuritaire, abus de substances, intervention par des membres de la famille ou des amis, facteurs de stress financier.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-19

Numéros de dossier du BCCO : 2011-9191 et 2011-9190

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 47 ans par son ex-mari, âgé de 50 ans, dont elle était récemment divorcée. L'agresseur avait des problèmes psychiatriques connus, mais l'évaluation des risques qu'il posait à l'égard de son ex-conjointe et de ses enfants n'avait pas décelé de risques importants. Des facteurs de stress culturels ont été relevés comme jouant un rôle important dans la relation entre l'agresseur et sa femme et ses enfants. En outre, l'agresseur avait été aux prises avec le système de justice criminelle dans le passé et il avait été remis en liberté sous caution sous certaines conditions.

La fille aînée du couple (âgée de 16 ans) est née en Iran, tandis que la plus jeune (âgée de 10 ans) est née au Canada. L'agresseur ne s'entendait pas avec sa fille aînée et se disputait souvent avec elle, lui reprochant d'être la cause de sa rupture de son mariage avec la victime. Il était très malheureux du fait que sa fille aînée n'adhérait plus aux valeurs culturelles traditionnelles et qu'elle insistait pour avoir davantage de liberté pour suivre les pratiques sociales occidentales.

Le 1er août 2011, la victime s'est rendue à l'ancien domicile familial du couple pour informer l'agresseur qu'il devait quitter les lieux. Il avait auparavant accepté de quitter la résidence à cette date, mais ne l'avait pas encore fait.

Lorsque la fille aînée a appris que sa mère était partie, elle a essayé en vain de l'appeler sur son téléphone cellulaire. La fille s'est rendue à la résidence et a regardé par la fenêtre. Elle a aperçu un couteau plein de sang et du sang sur le sol de la cuisine. Entendant son père appeler son nom, elle a composé le 911.

En entrant dans la résidence, les policiers ont découvert la victime couchée sur le sol de la cuisine, inconsciente, avec de multiples coups de couteau sur son corps. Les policiers n'ont pas pu déterminer initialement si la victime était encore vivante, mais ils ont décidé qu'elle avait besoin de soins médicaux urgents. L'agresseur était couché à côté de la victime et se donnait des coups de couteau dans l'abdomen en agitant son couteau d'une façon menaçante en direction des policiers lorsqu'ils essayaient de l'approcher.

L'agresseur n'a pas pu être désarmé et les policiers ont dû le tuer par balle par la suite. L'autopsie a révélé qu'il avait de nombreuses

blessures de couteau dans l'estomac, le cou et les poignets qu'il s'était lui-même infligées, en plus de la blessure par balle.

Malgré les tentatives en vue de la ressusciter, la victime a succombé aux multiples coups de couteau qu'elle a reçus.

Dix-sept facteurs de risque pour homicide de conjoint intime ont été relevés. Thèmes communs : évaluation des risques, maladie mentale, différences culturelles et facteurs de stress culturels, séparation sécuritaire et intervention familiale ou publique.

Recommandations

À l'attention de la Société d'aide à l'enfance qui est intervenue dans cette affaire :

1. La Société d'aide à l'enfance qui est intervenue auprès de cette famille devrait mener un examen interne de son évaluation des risques et des services à cette famille avant l'homicide.

Commentaires du Comité : Dans les 12 mois qui ont précédé les décès, la SAE a répondu à deux renvois, motivés par des inquiétudes relatives à la violence du père, son instabilité mentale et la violence familiale. Un examen interne serait l'occasion pour la SAE de se pencher rétrospectivement sur l'approche qu'elle a suivie et les services qu'elle a fournis à cette famille, dans l'objectif de déterminer des points d'intervention possibles, de passer en revue les stratégies d'amélioration de la planification de la sécurité, à la fois pour ceux qui fournissent les soins et pour les enfants, et d'envisager des recommandations destinées à prévenir des décès semblables dus à la violence familiale.

À l'attention du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse:

2. Le ministère devrait vivement encourager toutes les sociétés d'aide à l'enfance à procéder à un examen interne chaque fois qu'un décès lié à la violence familiale s'est produit dans une famille qui recevait des services de la société d'aide à l'enfance au cours des 12 mois précédant le décès et dans les cas où des incidents de violence familiale ont été établis.

Commentaires du Comité : Un examen interne serait l'occasion pour les sociétés d'aide à l'enfance de déterminer des points d'intervention possibles, notamment la planification de la sécurité pour les fournisseurs de soins et pour les enfants à

risque, pendant la période de service. Les résultats de l'examen pourraient servir à élaborer une stratégie de prévention des décès dans des circonstances semblables en améliorant la formation, les politiques et les procédures. Le Comité ne pense pas qu'un examen de ce genre n'ait jamais été entrepris dans le passé et est convaincu qu'il serait très utile.

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse soutient que dans les situations où il est présumé ou confirmé qu'il existe une menace grave et immédiate pour la sécurité d'un enfant, parce qu'un adulte, le père ou la mère ou le gardien ou la gardienne de l'enfant a été tué ou grièvement blessé par un acte de violence conjugale, les sociétés d'aide à l'enfance sont tenues de mener une enquête sur la protection de l'enfant conformément aux Normes de protection de l'enfance de l'Ontario de 2007. Selon les résultats de l'enquête sur la protection de l'enfant, les SAE déterminent si d'autres mesures ou services de protection sont nécessaires pour les enfants et si un examen interne s'impose. Il semblerait que les Normes de protection de l'enfance mettent l'accent sur les risques actuels ou futurs pour les familles concernées, plutôt que sur la possibilité de tirer les leçons du passé en vue d'améliorer les pratiques à l'avenir.

Dans l'affaire en question, comme dans d'autres cas examinés par le Comité, la Société d'aide à l'enfance avait fourni des services à la famille au cours des 12 mois précédant le décès en raison d'incidents de violence familiale qui lui avaient été signalés.

À l'attention du ministère du Procureur général :

3. Il est recommandé de procéder à un examen à l'échelle de la province, de la façon dont sont traités, lors des enquêtes sur le cautionnement, les cas réputés constituer un risque de violence familiale. En particulier, les juges de paix devraient recevoir une formation améliorée sur l'évaluation des risques et la gestion des risques liés à la violence familiale, surtout dans les cas où l'accusé a démontré une instabilité mentale ou des idées suicidaires et où il existe des antécédents de violence familiale, dont des menaces de mort.
4. Il est recommandé d'examiner le protocole suivi pour désigner les psychiatres médocolégaux chargés d'effectuer des évaluations de la santé mentale ordonnées par le tribunal, en particulier pour les accusés qui ont des antécédents d'instabilité mentale, de tentatives de suicide

et de menaces de suicide ou de tuerie. En outre, il faudrait également examiner le processus suivi pour exécuter les évaluations en matière de santé mentale, afin de déterminer si ces évaluations tiennent compte de renseignements collatéraux, qui viendraient compléter les déclarations de l'agresseur. Les sources de renseignements collatéraux devraient inclure, au moins, les déclarations de la victime sur le comportement violent et abusif de l'accusé, étant donné que les nombreuses recherches effectuées sur le sujet ont démontré que les accusés minimisent souvent leur violence ou la nient.

Commentaires du Comité : L'agresseur avait des antécédents démontrés d'instabilité mentale, d'idées suicidaires et de violence familiale, y compris des menaces de tuer sa famille. Ces faits étaient connus lors de l'enquête sur le cautionnement et son dossier mentionnait des risques élevés. L'agresseur a été remis en liberté sous caution avec des conditions, notamment une évaluation de sa santé mentale ordonnée par le tribunal. L'évaluation a conclu que l'agresseur souffrait d'un « conflit conjugal » et de « difficultés d'adaptation », mais qu'il n'avait pas de trouble psychiatrique majeur ou de problème de gestion de la colère, et qu'il ne posait aucun risque de se faire du mal ou de faire du mal à sa famille. Cette évaluation se fondait uniquement sur les renseignements fournis par l'accusé, et il ne semble pas que des renseignements de sources collatérales aient été recueillis pour confirmer les déclarations de l'accusé.

À l'attention des doyens des facultés de médecine et des titulaires de chaires des départements de psychiatrie des universités de l'Ontario :

5. Il est recommandé que toutes les facultés de médecine et leurs départements de psychiatrie en Ontario s'assurent que la violence familiale, ainsi que l'évaluation des risques, la planification de la sécurité et la gestion des risques, soient des matières obligatoires du programme de formation et des processus d'agrément.

Commentaires du Comité : De nombreux cas examinés par le CEDVF démontrent un manque apparent de compréhension de la dynamique et des conséquences des divers facteurs de risque associés à la violence familiale. Un examen des programmes actuels, dans l'optique d'améliorer la formation dans les domaines recommandés, permettrait de produire des professionnels mieux informés et des services d'évaluation plus efficaces pour les tribunaux et le système de justice criminelle.

Dossier du CEDVF – 2012-20

Numéro de dossier du BCCO : 2008-10360

Cette affaire concerne l'homicide d'une femme de 23 ans, que l'agresseur avait initialement fait passer pour un suicide. L'agresseur était son mari, âgé de 22 ans, avec qui elle avait été mariée depuis un peu plus d'une année. Le couple avait un enfant, né 11 jours avant l'homicide.

La victime et l'agresseur se sont rencontrés au Bangladesh par l'intermédiaire d'une marieuse professionnelle et se sont mariés environ un mois plus tard. L'agresseur est retourné au Canada et la victime est arrivée quelques mois plus tard. Le couple vivait avec la famille de l'agresseur.

Environ deux mois après son arrivée au Canada, la victime est tombée enceinte de son premier enfant.

L'agresseur soutient que la victime, lorsqu'elle était enceinte d'environ cinq mois, a tenté de se suicider en utilisant du tissu de sa robe traditionnelle pour se pendre à la barre d'un rideau de douche.

Quelques mois plus tard, l'agresseur a été accusé de méfait et de voies de fait, à la suite d'un incident concernant une de ses sœurs et sa femme. L'agresseur rentrait à la maison d'une fête où il avait bu. La sœur a indiqué que l'agresseur était très en colère, jaloux et paranoïaque, parce qu'il était persuadé que sa femme lui était infidèle, car elle n'était pas à la maison.

Après que la police a déposé des accusations, la famille de l'agresseur a commencé à faire pression sur la victime pour qu'elle retire les accusations en minimisant la gravité de l'incident. Les membres de la famille se sont mis à surveiller les activités de la victime, dont ses conversations téléphoniques, et en rendaient compte à l'agresseur. Ce dernier parlait en termes dénigrants de la victime devant les autres. Il a commencé à la surveiller de près et à contrôler ses activités, dont ses tentatives de communiquer avec autrui.

Même si l'agresseur s'était vu imposer des conditions lui interdisant de s'approcher du domicile familial et d'avoir des contacts avec la victime, il a continué d'être en contact avec elle et avec sa famille, avec qui elle vivait encore.

Les agressions contre la victime par l'agresseur étaient probablement plus fréquentes et graves que ce qui avait été déclaré à l'origine. Il obligeait notamment la victime à avoir des relations sexuelles avec lui et il l'avait étouffée et lui avait donné des coups de pied dans le ventre lorsqu'elle était enceinte. L'agresseur l'accusait souvent de le tromper et une fois, il l'a menacée avec un couteau. Il semble que l'agresseur craignait que la victime le quitte.

Il semble aussi que l'agresseur souffrait de troubles de la santé mentale, pour lesquels il refusait de consulter un médecin. Il y a eu deux incidents mettant en jeu l'agresseur où la police est intervenue : un incident de « personne émotionnellement perturbée », où l'agresseur soutenait que quelqu'un essayait de le tuer (aucune autre mesure n'a été prise par la police) et un incident de « personne d'intérêt », où l'agresseur a affirmé que son beau-frère était venu chez lui avec une arme à feu (aucune autre mesure n'a été prise par la police).

En août 2008, la victime a donné naissance à un garçon en bonne santé. L'agresseur n'a pas assisté à la naissance et selon certains membres de la famille, il n'a jamais revu la victime.

En raison de sa connaissance limitée de la langue anglaise, la victime n'avait aucun soutien externe, à part quelques membres de sa famille. Selon les rapports, elle avait eu des contacts réguliers avec sa famille et des amis et plus d'un membre de sa famille a affirmé qu'elle était très heureuse d'être mère, mais malheureuse de vivre avec la famille de l'agresseur. Il est soupçonné que la victime voulait quitter l'agresseur et s'installer à Montréal ou retourner au Bangladesh. Plusieurs personnes ont soutenu que la victime n'aurait jamais mis fin à ses jours.

Tôt le matin, un jour d'août 2008, la mère de l'agresseur a trouvé la victime dans la baignoire avec un foulard autour de son cou et elle a demandé à d'autres membres de la famille d'appeler le 911. Les tentatives de réanimation sont restées vaines.

La famille de l'agresseur a affirmé aux autorités que la victime avait tenté de se suicider par le passé de la même façon. Initialement, le décès a été considéré comme un suicide possible, mais les informations fournies par la famille semblaient douteuses. Après une enquête plus approfondie, les circonstances du décès sont devenues plus suspectes.

L'autopsie a établi que la cause du décès était une compression du cou par ligature et que le décès était le résultat d'un homicide.

Des accusations ont été portées contre l'agresseur et il a été reconnu coupable d'homicide.

Quinze facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : isolement culturel, besoin d'une séparation sécuritaire et stratégies d'intervention adéquates.

Recommandations

À l'attention des services de police en Ontario :

1. Il est recommandé que tous les services de police mettent en œuvre une directive visant à activer les services d'aide

aux victimes et les SOAIV comme point d'entrée pour les victimes au moment de la perpétration de l'infraction, qu'il s'agisse d'un incident de violence conjugale verbale ou que des accusations au criminel aient été déposées. Cette mesure permettrait à la victime d'avoir accès à des mécanismes de soutien indispensables et adaptés à la culture de la victime.

Commentaires du Comité : La victime dans cette affaire, bien qu'instruite et intelligente, était isolée pour des raisons linguistiques et culturelles. Au moment de l'agression, en juin 2008, il semble qu'elle n'ait reçu aucune ressource autre que sa famille immédiate qui l'aurait aidée. Les services d'aide aux victimes/SOAIV sont en mesure d'offrir des soutiens que les policiers qui interviennent ne connaissent pas.

Dossier du CEDVF – 2012-21

Numéro de dossier du BCCO : 2006-4000

Cette affaire concernait l'homicide d'un homme de 54 ans par sa femme âgée de 49 ans; le couple était marié depuis environ 12 ans et avait un garçon de neuf ans.

À la suite d'un accident, l'homme (la victime) recevait des prestations d'invalidité permanente. La famille vivait de l'argent gagné par sa femme (l'agresseure), mais c'était la victime qui contrôlait les finances. Plusieurs amis et membres de la famille ont décrit l'homme comme étant belligérant et bruyant, surtout lorsqu'il buvait. Même s'il n'avait pas d'antécédents criminels, l'homme avait été mêlé à deux incidents où il avait menacé des personnes avec une hache et une arme à feu. Il buvait et fumait beaucoup, et consommait de la marijuana.

La femme a grandi dans une famille pauvre en Malaisie et a quitté l'école pour travailler comme ouvrière dans une usine pendant plusieurs années. Elle n'avait aucun antécédent de toxicomanie ou d'alcoolisme ni de casier judiciaire.

Lorsque la femme avait environ 30 ans et qu'elle vivait en Malaisie,

elle a commencé à correspondre avec l'homme en réponse à une annonce qu'il avait fait paraître dans un journal. Elle est venue plusieurs fois au Canada pour visiter l'homme et celui-ci a fini par la parrainer à des fins d'immigration et l'a épousée en 1994.

Après la naissance de son fils en 1996, la femme a ressenti des symptômes de dépression post-partum, puis est devenue dépressive en raison de facteurs de stress au travail et au sein de son mariage. Elle a fini par quitter son emploi, qui lui plaisait auparavant, et a occupé divers postes d'ouvrière qui ne lui plaisaient pas.

Sa dépression l'a conduite à une tentative de suicide en mars 2005. Elle a été détenue contre sa volonté sous le régime de la Loi sur la santé mentale et a passé trois semaines dans un hôpital psychiatrique.

Selon les rapports, elle avait le sentiment qu'elle n'était pas une bonne mère et qu'elle était une « mauvaise personne ». Elle n'a pas été évaluée comme posant un risque pour autrui. Elle a décidé qu'elle voulait quitter son mari et retourner vivre en Malaisie avec sa famille, mais elle avait de la difficulté à laisser son fils. Son mari l'a avertie qu'elle n'obtiendrait jamais la garde du garçon. Bien qu'elle ait quitté son mari à plusieurs reprises,

elle est toujours retournée en disant que son mari et son fils lui manquaient. Sa famille n'était pas favorable à un divorce.

L'agresseuse souffrait de dépression, d'insomnie et de graves symptômes liés à la ménopause. Elle n'avait pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits pour ses maladies et avait très peu de soutiens sociaux. L'agresseuse a décrit l'homme comme étant psychologiquement violent envers elle et a laissé entendre que son fils la traitait comme une servante.

L'agresseuse a déclaré à ses amis et aux médecins que son mari la maltraitait psychologiquement depuis le début de leur relation. Elle a affirmé toutefois qu'il n'avait jamais été physiquement violent envers elle ou son fils. Elle s'est plainte qu'il la critiquait et qu'il contrôlait les finances du couple. Elle est restée avec lui parce qu'elle pensait qu'il était un bon père, que ses valeurs culturelles s'opposaient au concept du divorce et qu'elle était convaincue qu'elle ne saurait pas s'occuper seule de son fils. Son mari l'avait avertie qu'elle ne pourrait pas obtenir la garde de l'enfant si elle s'en allait.

La nuit de l'homicide, l'homme avait beaucoup bu. Il s'était endormi sur le canapé et lorsque l'agresseuse a tenté de l'aider pour qu'il se rende à la salle de bains et au lit, il l'a poussée. Sachant que son mari serait en colère à son réveil et se sentant épuisée par ses conditions de vie, l'agresseuse a appuyé un coussin sur le visage de son mari pendant que celui-ci dormait. Elle l'a ensuite poignardé trois fois dans la poitrine avec un couteau de cuisine. Elle a couru chez le voisin d'à côté et lui a déclaré qu'elle avait poignardé son mari parce qu'elle ne supportait plus sa vie.

Quatre facteurs de risque ont été relevés.

Thèmes communs : facteurs de stress financiers, vulnérabilité des immigrants et conjoints psychologiquement abusifs.

Aucune nouvelle recommandation.

Dossier du CEDVF – 2012-22

Numéros de dossier du BCCO : 2008-7163 et 2008-5717

Cette affaire concerne les homicides d'une femme de 44 ans et d'un homme de 46 ans qui se fréquentaient. L'agresseur, âgé de 45 ans, s'était récemment séparé de la femme victime.

La femme victime avait été impliquée dans un accident automobile qui l'avait laissée invalide en raison de douleurs chroniques. Elle prenait des médicaments, dont des stupéfiants pour ses douleurs chroniques.

L'homme victime avait récemment commencé des relations intimes avec la femme victime. L'agresseur ressentait de la rancœur et de la haine envers l'homme victime, car il le considérait comme la cause de l'échec de son mariage et la raison pour laquelle sa femme l'avait quitté.

Il était connu que l'agresseur consommait de la cocaïne et qu'il avait des antécédents criminels de conduite avec facultés affaiblies, possession de marijuana et entrave à la justice. Il a été décrit comme un homme qui contrôlait et rabaisait

constamment sa femme. Selon les rapports, il la violait et avait des relations sexuelles violentes avec elle, persuadé que c'était son droit. Plusieurs incidents de mauvais traitements verbaux, mentaux et physiques ont été signalés, dont des incidents où il a poussé la victime en bas des escaliers, l'a tirée par les cheveux, lui a donné un coup de poing dans l'œil et lui a fait des marques sur les bras. Il avait menacé de lui couper la tête. Il a été signalé que l'agresseur avait eu de nombreuses relations extra-conjugales et qu'il avait une petite amie.

Au cours des huit mois qui ont précédé les homicides, le mariage est devenu assez instable et le couple s'est séparé plusieurs fois. La police a dû intervenir quelques fois, après avoir reçu des appels pour querelles de ménage entre les conjoints. Les policiers ont conseillé à l'agresseur de « bien se comporter » et d'obtenir des conseils juridiques au sujet du partage des biens. Aucune autre mesure n'a été prise.

La femme victime a demandé le divorce et la garde de sa fille de 16 ans, ainsi que des pensions alimentaires pour conjoint et pour l'enfant, des biens financiers et le domicile familial.

L'agresseur était très bouleversé du fait que la victime avait

refusé de réexaminer sa demande de réconciliation trois semaines avant les homicides. Le suicide de son père l'avait également beaucoup stressé. Au moment de son suicide, le père de l'agresseur avait aussi tenté de tuer la mère de l'agresseur. Ce dernier aurait averti la femme victime qu'il avait l'intention de faire comme son père, sous-entendant ainsi un homicide-suicide.

Un grand nombre de personnes, dont des membres de la famille, des amis et des professionnels, étaient au courant des relations abusives entre la victime et l'agresseur. La victime avait reçu le conseil de préparer un plan de sécurité et avait exprimé publiquement sa crainte auprès de gens. Elle disait qu'elle craignait que son mari ne la tue et que la situation s'aggravait. De nombreuses personnes savaient que l'agresseur avait accès à

des armes à feu et que sa consommation d'alcool et de cocaïne avait augmenté.

En mai 2008, les victimes se trouvaient dans un chalet éloigné, qui appartenait à la famille de la victime. Sachant que les victimes se trouvaient au chalet, l'agresseur s'y est rendu et les a tuées par balle dans leur lit.

Vingt-et-un facteurs de risque ont été relevés. Thèmes communs : séparation sécuritaire, accès à des armes à feu, intervention par le public ou la famille, inquiétudes en matière de santé.

Aucune nouvelle recommandation.

Chapitre quatre : Leçons à tirer d'une décennie d'examen par le CEDVF

Le présent rapport est le dixième rapport annuel du CEDVF. Beaucoup de leçons ont pu être tirées de l'examen des 164 cas (90 homicides et 74 homicides-suicides) qui ont abouti à 251 décès tragiques dus à la violence familiale. Des tendances ont émergé au cours des dix dernières années dans les facteurs de risque ainsi que dans la nature ou le thème des recommandations.

Facteurs de risque

Il est important de noter que les facteurs de risque relevés dans l'examen des cas sont des facteurs de risque de létalité et qu'ils ne sont pas seulement des facteurs de prévisibilité d'incidents répétitifs de violence familiale de nature non létale. Le graphique 3 et le tableau 4 montrent les tendances dans les facteurs de risque relevés à partir des cas examinés de 2003 à 2012. Dans 73 % des cas examinés au cours des dix dernières années, le couple avait des antécédents de violence conjugale. Dans 72 % des cas, le couple s'était séparé ou était sur le point de le faire. Les autres facteurs de risque les plus courants étaient les suivants : comportement obsessionnel de l'agresseur, agresseur dépressif (diagnostic posé par un médecin ou état dépressif observé par des tiers), escalade de la violence, antécédents de menaces ou de tentatives de suicide, antécédents de menaces de mort à l'égard de la victime, crainte intuitive de la victime à l'égard de l'agresseur et agresseur sans travail.

Quelle est l'importance de multiples facteurs de risque?

Dans 75 % des cas examinés de 2003 à 2012, au moins sept facteurs de risque ont été relevés dans la relation entre la ou les victimes et l'agresseur.

La présence de multiples facteurs de risque dans une relation peut être interprétée comme un « signal d'alarme » qui exige une interprétation et une intervention appropriées. La reconnaissance de multiples facteurs de risque peut permettre de mieux évaluer le risque de létalité et d'établir ainsi s'il y a lieu de faire intervenir des partenaires du secteur de la justice criminelle et des services sociaux (par exemple, des organismes de services sociaux et communautaires), notamment pour

la planification de mesures de sécurité et la gestion des cas à risques élevés, dans le but de prévenir des incidents de violence et même, possiblement, des décès.

Que signifient les tendances dans les facteurs de risque?

Les facteurs de risque que l'on retrouve fréquemment dans nos examens de cas peuvent démontrer l'existence de lacunes persistantes dans un certain nombre de domaines, dont la sensibilisation, l'éducation et la formation. Il n'est pas rare que la famille, les amis et les collègues de travail savaient que le couple avait une relation « difficile », mais ne semblaient pas savoir comment réagir de manière constructive afin d'éviter que la situation s'envenime. De même, il arrive fréquemment que la police, les services sociaux et d'autres organismes de soutien aient des occasions d'intervenir à un stade précoce, mais ces occasions sont souvent manquées. Les conseillers juridiques, la famille et les tribunaux pénaux ratent également des occasions d'intervenir de façon proactive afin d'assurer la sécurité des victimes potentielles et d'offrir aux auteurs de violence familiale des services de counseling et de soutien pourtant bien nécessaires.

Nature des recommandations

Services policiers

Dans les premières années du CEDVF, de nombreuses recommandations portaient sur des questions relatives à l'intervention de la police en cas de violence familiale. En réponse à ces recommandations, les services de police ont pris des mesures importantes en vue de sensibiliser leurs agents sur la dynamique de la violence familiale et de mettre en œuvre des politiques et des procédures rigoureuses concernant l'intervention dans les cas de relations familiales conflictuelles. La création d'équipes multidisciplinaires ou d'intervention en cas de risque élevé témoigne de l'importance de la collaboration au sein des communautés, des professionnels et des secteurs, et entre eux pour résoudre le problème de la violence familiale. De nombreux services de police ont accompli des progrès très importants en matière de formation et d'intervention; néanmoins, ce genre d'approches doit encore être élargi dans certains territoires de compétence.

Secteur des soins de santé et de la justice pénale

Même si le CEDVF continue à formuler des recommandations visant une meilleure évaluation des risques par les professionnels des soins de santé et de la justice, l'accent est désormais davantage sur l'amélioration de la formation de ces professionnels au moment de leur certification, de leur formation continue ou tout au long de leur carrière. L'éventail des professionnels concernés du secteur des soins de santé et de la justice s'est élargi pour inclure non seulement des médecins, du personnel infirmier, des magistrats et du personnel du système judiciaire, mais aussi des thérapeutes, des préposés aux services de soutien à la personne, des conseillers, des avocats de la famille et des juges de paix.

Services d'aide aux victimes et refuges

La prestation de services d'aide aux victimes, notamment des refuges et d'autres ressources, a été considérablement améliorée au cours de la dernière décennie. L'intégration, la coopération et la liaison avec les secteurs judiciaire et de l'application de la loi ont été renforcées. Là encore, grâce à cette approche collaborative pour aborder les questions de violence familiale, le CEDVF a relevé de moins en moins de problèmes dans ces domaines, et donc formulé moins de recommandations adressées aux services d'aide aux victimes et aux refuges.

Politiques publiques

À la suite de recommandations émises par le CEDVF et par des jurys d'enquêtes du coroner, d'importants changements ont été apportés aux politiques publiques, notamment dans le lien entre la violence familiale et la violence en milieu de travail. Des progrès ont été accomplis dans la reconnaissance des répercussions sociales de la violence familiale, notamment sur le lieu de travail.

En 2010, le projet de loi 168 (Loi modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail en ce qui concerne la violence et le harcèlement au travail et d'autres questions) mentionnait expressément la question de la violence familiale qui peut s'étendre au lieu de travail. Le projet de loi 168 stipule que, « L'employeur qui prend connaissance, ou devrait raisonnablement avoir connaissance, du fait qu'il peut se produire, dans le lieu de travail, de la violence

familiale susceptible d'exposer un travailleur à un préjudice corporel prend toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour le protéger. »

Par la suite, le ministère du Travail a publié une nouvelle ligne directrice pour aider les employeurs à comprendre les modifications législatives découlant du projet de loi 168. Le Conseil de la santé et la sécurité au travail de l'Ontario (CSSTO) a également mis au point un ensemble de ressources intitulé *Élaboration de politiques et de programmes concernant la violence et le harcèlement au travail* : Ce que les employeurs doivent savoir et *Trousse à outils*. Divers autres organismes de santé et de sécurité ont également élaborés du matériel de formation et d'information publique sur la violence et le harcèlement au travail.

Éducation du public et des communautés ciblées

Tout au long de ses dix années d'examens, le CEDVF a continué de formuler des recommandations soulignant la nécessité d'améliorer la formation et la sensibilisation du public sur la dynamique de la violence familiale. Une sensibilisation accrue devrait se traduire par une moindre tolérance du public à l'égard de la violence familiale, par des interventions plus efficaces et opportunes et, au bout du compte, par une diminution des incidents de violence conjugale. Bien qu'il existe plusieurs initiatives innovantes de grande envergure pour l'éducation du public visant à prévenir la violence familiale, dans la plupart des cas examinés par le CEDVF, les personnes faisant partie de l'entourage élargi de la relation intime (par exemple la famille, les amis, les voisins et les collègues de travail) ne sont pas intervenues ou n'étaient pas en mesure de le faire, ou leur intervention a été vaine. Beaucoup de membres du grand public semblent encore réticents à intervenir en cas de violence familiale connue ou suspectée, ou peuvent considérer que ça ne les concerne pas.

Les examens de cas ont également montré que certaines communautés spécifiques ou ciblées, peuvent nécessiter des efforts plus approfondis de sensibilisation à l'importance de régler le problème de la violence conjugale compte tenu de leurs environnements ou situations uniques. C'est notamment le cas de la population gériatrique, y compris les couples âgés (en particulier en présence d'une relation de donneur/receveur de soins et de dépression), ainsi que de certaines communautés

ethniques ou religieuses où l'inégalité entre les sexes dans les relations est ancrée dans les valeurs culturelles traditionnelles. Malgré les efforts importants déjà déployés pour lutter contre la violence familiale au sein de ces communautés, les examens du CEDVF continuent de relever des incohérences dans les ressources, les interventions et les services communautaires.

Enfants victimes

Dans plusieurs cas examinés au cours de la dernière décennie, les dangers pour les victimes adultes étaient connus, mais pas ceux pour les enfants. Dans de nombreux cas d'homicide d'enfants, les enfants n'avaient pas été maltraités auparavant, mais ont été tués par un parent agissant dans un esprit de vengeance, généralement contre la mère pour avoir décidé de quitter une relation violente. Se fondant en grande partie sur les recommandations du CEDVF et des jurys d'enquêtes du coroner, le système de protection de l'enfance en Ontario a reconnu le lien entre la violence à l'égard des femmes et la protection de l'enfance et le fait que, pour assurer la sécurité des femmes et des enfants qui ont été victimes ou témoins de violence, il est nécessaire d'améliorer les stratégies d'évaluation, d'intervention et de collaboration. Au cours des dix dernières années, des améliorations ont été apportées aux politiques, aux programmes et à la formation afin de mieux comprendre, enquêter et évaluer les cas de violence familiale et d'offrir des services appropriés aux familles concernées. Des ententes de collaboration ont été conclues avec le secteur de la lutte contre la violence à l'égard des femmes, et un programme de formation commun a été élaboré. Ce programme est mis en œuvre régulièrement dans toute la province. Tous les renvois vers des sociétés d'aide à l'enfance sont examinés de près pour déceler les cas de violence familiale. Certaines agences ont des travailleurs ou des équipes spécialisés en violence familiale, et de nombreux organismes participent à des équipes communautaires chargées des cas à risque élevé de violence familiale. Il existe un besoin urgent et permanent de détecter les cas à haut risque portés devant les tribunaux de droit criminel et de droit de la famille, de façon à ce que les professionnels puissent agir de façon concertée afin de s'assurer que dans ces circonstances, le plan de sécurité pour un parent couvre aussi les enfants.

CEDVF : L'avenir – la prochaine décennie

À mesure que le CEDVF continuera de recueillir, d'analyser et d'interpréter les données issues des examens d'homicides dus à la violence familiale, on comprendra mieux le problème grâce à la validation qualitative et quantitative des tendances et des thèmes. En outre, les conclusions du CEDVF devraient pouvoir servir de base à de nouvelles recherches universitaires. On devrait ainsi parvenir à un niveau de connaissance et de sensibilisation plus étendu et plus complet qui encouragera et promouvra des mesures supplémentaires visant à prévenir la violence familiale dans notre province.

Nous avons à peine commencé à nous attaquer aux nombreuses implications sociales, juridiques et culturelles de la violence familiale en Ontario. Le CEDVF poursuivra ses efforts en vue de réduire les cas d'homicides intrafamiliaux et la violence domestique en général, par l'examen détaillé et approfondi des cas ainsi que par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données recueillies. Les 10 premières années d'activités du CEDVF ont démontré que des changements positifs sont possibles et que par un effort de collaboration multidisciplinaire, nous pouvons continuer à tirer des leçons du passé afin de faire de l'Ontario un endroit encore plus sain et plus sûr.

Annexe A Comité d'examen des décès dus à la violence familiale — Mandat

Mandat

Le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale a pour mandat d'assister le Bureau du coroner en chef dans ses investigations et examens sur les décès attribuables à la violence familiale, dans l'objectif de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances semblables.

Définition des décès dus à la violence familiale

Tous les homicides qui mettent en cause le décès d'une personne ou de l'un ou plusieurs de ses enfants et qui sont perpétrés par son partenaire ou un ancien partenaire avec lequel elle avait une relation intime.

Objectifs

1. Effectuer et coordonner un examen confidentiel et multidisciplinaire des décès dus à la violence familiale en vertu du paragraphe 15 (4) de la Loi sur les coroners, L.R.O. 1990, chap. C. 37, dans sa version modifiée;
2. Offrir une opinion d'expert au coroner en chef sur les circonstances du ou des événements qui ont mené au décès dans les cas individuels étudiés;
3. Créer et entretenir une base de données détaillée sur les victimes et les agresseurs responsables des décès dus à la violence familiale et sur les circonstances de ces décès;
4. Aider à déterminer la présence ou l'absence de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné, afin de faciliter la formulation de recommandations appropriées de prévention;
5. Aider à cerner les tendances, les facteurs de risque et les profils qui se dégagent des cas étudiés dans le but de formuler des recommandations pour des stratégies d'intervention et de prévention efficaces.
6. Faire de la recherche et encourager la recherche, s'il y a lieu.
7. Stimuler les activités éducatives en mettant en évidence les questions ou problèmes systémiques et/ou en dirigeant les questions vers les organismes pertinents afin de prendre des mesures, en contribuant, s'il y a lieu, à l'élaboration de protocoles axés sur la prévention et en diffusant des renseignements, selon le cas.
8. Remettre au coroner en chef un rapport annuel sur les tendances, les facteurs de risque et les profils relevés dans le cadre des examens et formuler des recommandations, en s'appuyant sur les données globales recueillies à partir des examens des décès dus à la violence familiale.

Remarque : Tous les objectifs et les activités des comités participants sont assujettis aux limites imposées par le paragraphe 18 (2) de la Loi sur les coroners de l'Ontario et par la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Annexe B: Formulaire de codage des facteurs de risques utilisé par le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale de l'Ontario

A = Les éléments de preuve donnent à penser que le facteur de risque n'était pas présent

P = Les éléments de preuve donnent à penser que le facteur de risque était présent

inc.= Inconnu

Facteur de risque	Code (P, A, inc.)
1. Antécédents de violence à l'extérieur de la famille de l'agresseur	
2. Antécédents de violence familiale	
3. Antécédents de menaces de mort à l'égard de la victime	
4. Antécédents de menaces armées	
5. Antécédents d'agressions armées	
6. Antécédents de menaces de suicide de l'agresseur	
7. Antécédents de tentatives de suicide de l'agresseur* (si la sélection de l'option 6 et/ou 7 compte pour un seul facteur)	
8. Tentatives antérieures d'isoler la victime	
9. Contrôle de la plupart ou de la totalité des activités quotidiennes de la victime	
10. Prise d'otage ou séquestration antérieure	
11. Antécédents d'actes sexuels forcés ou d'agressions lors des relations sexuelles	
12. Litiges portant sur la garde ou le droit de visite des enfants	
13. Antécédents de destruction ou de dépossession de biens de la victime	
14. Antécédents de violence contre les animaux de compagnie de la victime	
15. Antécédents d'agressions sur la victime pendant qu'elle était enceinte	
16. Étranglement antérieur de la victime	
17. Mauvais traitements subis et/ou violence familiale observée par l'agresseur dans son enfance	
18. Escalade de la violence	
19. Comportement obsessionnel de l'agresseur	
20. Agresseur sans travail	
21. Union de fait de la victime et de l'agresseur	
22. Présence des enfants de la conjointe ou du conjoint à la maison	
23. Minimisation ou négation complète par l'agresseur de ses antécédents de violence conjugale	

Facteur de risque	Code (P, A, inc.)
24. Séparation effective ou prochaine	
25. Consommation excessive d'alcool et/ou de drogue par l'agresseur	
26. Dépression chez l'agresseur de l'avis de parents, d'amis ou de connaissances	
27. Dépression chez l'agresseur diagnostiquée par un professionnel (si la sélection de l'option 25 et/ou 27 compte pour un seul facteur)	
28. Autres problèmes psychiatriques ou de santé mentale chez l'agresseur	
29. Possession d'armes à feu ou accès à ces armes	
30. Nouveau partenaire dans la vie de la victime	
31. Défaut de l'agresseur de se conformer à l'autorité	
32. Agresseur exposé à des comportements suicidaires ou témoins de tels comportements dans sa famille d'origine	
33. Accès de l'agresseur à la victime après l'évaluation des risques	
34. Jeune couple	
35. Jalousie sexuelle de l'agresseur	
36. Attitudes misogynes de l'agresseur	
37. Différence d'âge des partenaires	
38. Crainte intuitive de la victime à l'égard de l'agresseur	
39. Menaces proférées ou torts causés aux enfants par l'agresseur	
Y avait-il d'autres facteurs qui augmentaient le risque dans ce cas-ci? Veuillez préciser :	

Descriptions des facteurs de risque

Agresseur = la personne qui est le principal auteur de violence dans la relation

Victime = la principale cible des actes de violence ou des mauvais traitements infligés par l'agresseur

1. Toute agression réelle ou tentative d'agression visant une personne qui n'est pas, ou qui n'a pas été, dans une relation intime avec l'agresseur. Cela pourrait inclure des amis, des connaissances ou des étrangers. Cet incident n'a pas nécessairement donné lieu au dépôt d'accusations ou à une condamnation et peut être vérifié dans un dossier (rapports de police, dossiers médicaux, etc.) ou auprès de témoins (parents, amis, voisins, collègues, thérapeutes, personnel médical, etc.).
2. Tout acte ou toute tentative ou menace de violence ou de mauvais traitements (physiques, émotifs, psychologiques, financiers, sexuels, etc.) envers une personne qui a été, ou qui est, dans une relation intime avec l'agresseur. Cet incident n'a pas nécessairement donné lieu au dépôt d'accusations ou à une condamnation et peut être vérifié dans un dossier (rapports de police, dossiers médicaux, etc.) ou auprès de témoins (parents, amis, voisins, collègues, thérapeutes, personnel médical, etc.). Cela pourrait être simplement le voisin qui a entendu l'agresseur crier après la victime ou un collègue de travail qui a remarqué que la victime avait des ecchymoses semblables à des marques de violence physique.
3. Tout commentaire adressé à la victime, ou à d'autres, dans l'intention de faire craindre pour la vie de la victime. Ces commentaires pourraient avoir été formulés verbalement, sous forme d'une lettre, ou laissés sur un répondeur. Les menaces peuvent être explicites à différents degrés, 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 « Je te revaudrai ça ».
4. Tout incident où l'agresseur a menacé de se servir d'une arme (fusil, couteau, etc.) ou d'un autre objet dont il avait l'intention d'utiliser comme une arme (bâton, branche, outil de jardinage, véhicule, etc.) dans le but de faire peur à la victime. Cette menace pourrait 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 : Ce facteur est différent des menaces proférées avec une partie du corps (lever le poing, etc.).
5. Toute agression réelle ou tentative d'agression de la victime où une arme (fusil, couteau, etc.) ou un autre objet utilisé comme une arme (bâton, branche, outil de jardinage, véhicule, etc.) a été employé. Remarque : Ce facteur est différent de la violence infligée avec des parties du corps (poings, pieds, coudes, tête, etc.).
6. Tout acte commis ou commentaire émis récemment (au cours des 6 derniers mois) par l'agresseur, qui suggérerait que celui-ci avait l'idée ou l'intention de mettre fin à ses jours, même si l'acte ou le commentaire n'a pas été pris au sérieux. Ces commentaires pourraient avoir été formulés verbalement, ou sous forme de lettre, ou laissés sur un répondeur. Ces commentaires peuvent être explicites à différents degrés (p. ex., « Si tu décidais un jour de me quitter, je me tuerais » ou « Je ne peux pas vivre sans toi », ou implicites (p. ex., « Le monde se porterait mieux sans moi »). Un acte implicite serait, par exemple, le fait de se débarrasser de choses auxquelles il tient beaucoup.
7. Tout comportement suicidaire (avaloir des comprimés, se mettre un couteau sous la gorge, etc.) récent (au cours des 6 derniers mois), même si le comportement n'a pas été pris au sérieux ou n'a pas nécessité d'arrestation, de soins médicaux ou d'internement psychiatrique. Le comportement peut avoir divers degrés de gravité, allant de coupures superficielles aux poignets, à se tirer une balle dans la poitrine ou se pendre.

8. Tout comportement non physique, avec ou sans résultats, qui était destiné à empêcher la victime de s'associer à d'autres personnes. L'agresseur pourrait avoir utilisé différentes tactiques psychologiques (p. ex., sentiment de culpabilité) afin de décourager la victime de voir des parents, des amis ou d'autres connaissances dans la collectivité (p. ex., « Si tu t'en vas, ne pense même pas à revenir » ou « Je n'aime jamais ça quand tes parents viennent nous voir » ou « Je vais te quitter si tu invites tes amis ici »).
9. Tout comportement réel ou tentative de comportement de la part de l'agresseur, avec ou sans résultats, destiné à dominer complètement la victime. Par exemple, lorsque la victime était autorisée à sortir en public, l'agresseur l'obligeait à préciser tous les endroits et toutes les personnes qu'elle avait fréquentés. Un autre exemple pourrait consister à empêcher la victime d'exercer toute compétence en matière de finances (lui donner une allocation, lui interdire de travailler, etc.).
10. Tout comportement réel ou tentative de comportement, avec ou sans résultats, où l'agresseur a essayé physiquement de limiter la mobilité de la victime. Par exemple, tout incident de séquestration (p. ex., enfermer la victime dans une pièce) ou toute interdiction de se servir du téléphone (p. ex., débrancher l'appareil lorsque la victime tente de l'utiliser). Les tentatives d'empêcher l'accès aux transports devraient aussi être incluses (p. ex., s'emparer des clés de l'auto ou les dissimuler). L'agresseur peut avoir usé de violence (empoigner, frapper, etc.) afin de se faire obéir ou être demeuré passif (p. ex., se tenir devant une sortie pour la bloquer).
11. Tout comportement réel ou menace de comportement, avec ou sans résultats, destiné à inciter la victime à commettre des actes sexuels, de quelque nature que ce soit, contre son gré. Inclut également toute agression contre la victime, de quelque nature que ce soit (morsures, égratignures, coups de poing, suffocation, etc.).
12. Tout différend concernant la garde, le contact, les soins primaires ou la prise en charge des enfants, y compris les procédures judiciaires officielles ou toute tierce personne qui a connaissance de ces différends.
13. Tout incident où l'agresseur avait l'intention d'endommager toute forme de biens qui appartenaient en totalité ou en partie à la victime ou qui appartenaient auparavant à l'agresseur. Cela pourrait consister à tailler les pneus de la voiture utilisée par la victime, ou encore, à casser des fenêtres ou à lancer des objets au domicile de la victime. Veuillez englober tout incident de cette nature, que des accusations aient été déposées ou non ou et des condamnations prononcées ou non.
14. Tout geste dirigé contre un animal de compagnie de la victime, ou un ancien animal de compagnie de l'agresseur, dans le but de faire souffrir la victime ou de lui faire peur. Cela pourrait aller du meurtre à l'enlèvement ou à la torture. Ne pas confondre ce facteur avec la réprimande d'un animal en raison de son comportement indésirable.
15. Toute forme de violence réelle ou tentative de violence, allant d'une bousculade ou d'une gifle au visage à des coups de poing et des coups de pied dans le ventre de la victime. La principale caractéristique de ce facteur est que la victime était enceinte au moment de l'agression et que l'agresseur était au courant.
16. Toute tentative (distincte de l'incident ayant entraîné la mort) d'étranglement de la victime. L'agresseur peut s'être servi de différentes choses pour arriver à ses fins (mains, bras, corde, etc.). Remarque : Ne pas inclure les tentatives d'étouffement de la victime (p. ex., suffocation à l'aide d'un oreiller).
17. Dans son enfance ou à l'adolescence, l'agresseur a été la victime ou le témoin d'actes, de tentatives ou de menaces de violence familiale, d'abus ou de mauvais traitements.
18. La violence ou la maltraitance (physique, psychologique, émotive, sexuelle, etc.) infligée à la victime par l'agresseur était de plus en plus fréquente ou grave. Par exemple, cela peut se traduire par des visites plus fréquentes pour obtenir

- des soins médicaux, par des plaintes plus nombreuses auprès de parents, d'amis et d'autres connaissances ou par ceux-ci.
19. Tout acte ou tout comportement de l'agresseur qui indique une préoccupation intense à l'égard de la victime. Par exemple, du harcèlement, comme suivre ou épier la victime, l'appeler constamment ou la combler de cadeaux, etc.
 20. Avoir un travail signifie avoir un emploi à temps plein ou presque (y compris un emploi à son compte). Être sans travail signifie changer fréquemment d'emploi ou ne pas avoir de source de revenus pendant des périodes prolongées. Veuillez considérer le recours à des programmes gouvernementaux d'aide au revenu (POSPH, indemnisation des accidents de travail, assurance-emploi, etc.) comme une absence de travail.
 21. La cohabitation de la victime et de l'agresseur.
 22. Tout enfant qui n'est pas biologiquement lié à l'agresseur.
 23. À un moment donné, l'agresseur a été confronté soit par la victime, soit par un parent, un ami ou une autre connaissance, et a refusé de mettre fin à son comportement violent ou de suivre toute forme de traitement (p. ex., programmes d'intervention auprès des partenaires violents). Ou encore, l'agresseur a nié plusieurs agressions ou toutes les agressions antérieures, a nié être personnellement responsable des agressions (p. ex., en blâmant la victime) ou a nié les conséquences graves de l'agression (p. ex., « elle n'était pas vraiment blessée »).
 24. Le ou la partenaire voulait mettre fin à la relation. Ou l'agresseur était séparé de la victime, mais voulait renouer avec elle. Ou il y a eu une séparation soudaine ou récente. Ou la victime avait contacté un avocat et cherchait à se séparer ou à divorcer.
 25. L'année précédente avait été marquée par la consommation abusive de stupéfiants par l'agresseur, peu importe qu'il ait suivi ou non un traitement, qui dénotait une dépendance possible. Une augmentation dans les habitudes de consommation ou un changement dans le caractère ou le comportement directement lié à la consommation d'alcool ou de drogues peut indiquer une consommation excessive de la part de l'agresseur. Par exemple, les gens décrivaient l'agresseur comme quelqu'un qui était toujours ivre ou, au contraire, affirmaient ne l'avoir jamais vu avec un verre à la main. Cette dépendance à une substance particulière peut avoir détérioré la santé ou le fonctionnement social de l'agresseur (surdose, perte d'emploi, arrestation, etc.). Veuillez inclure les commentaires de parents, d'amis et de connaissances qui indiquent un mécontentement ou une inquiétude par rapport au problème d'alcool ou de drogue ainsi que toutes tentatives pour convaincre l'agresseur de cesser d'en consommer.
 26. De l'avis de parents, d'amis ou de connaissances, l'agresseur montrait des signes de dépression, qu'il ait suivi ou non un traitement.
 27. Un diagnostic de dépression posé par un professionnel de la santé mentale (médecin de famille, psychiatre, psychologue, infirmière praticienne, etc.) avec des symptômes reconnus par le DSM-IV, que l'agresseur ait suivi ou non un traitement.
 28. Par exemple : psychose; schizophrénie; trouble bipolaire; manie; trouble obsessionnel-compulsif, etc.
 29. L'agresseur conservait des armes à feu à son domicile, à son travail ou à un autre endroit situé à proximité (p. ex., domicile d'un ami, stand de tir). Veuillez inclure l'achat, par l'agresseur, de toute arme à feu au cours de l'année précédente, quel qu'en soit le motif.
 30. Il y avait un nouveau partenaire intime dans la vie de la victime ou bien l'agresseur considérait qu'il y en avait un.

31. L'agresseur a enfreint une ordonnance d'un tribunal civil, criminel ou de la famille, une libération conditionnelle, une ordonnance de surveillance dans la collectivité ou une ordonnance de non-communication, etc. Cela comprend les cautionnements, les libérations conditionnelles, les probationes, les ordonnances de non-communication, etc.
32. Dans son enfance ou à l'adolescence, l'agresseur a subi ou été témoin de comportements suicidaires réels ou de tentatives ou de menaces de suicides dans sa famille d'origine. Ou encore, un proche de l'agresseur (p. ex., une gardienne) a tenté de se suicider ou a mis fin à ses jours.
33. Après la tenue d'une évaluation des risques officielle (p. ex., réalisée par un professionnel de la santé mentale médico-légale devant un tribunal) ou officieuse (effectuée par un intervenant auprès des victimes dans une maison d'hébergement), l'agresseur avait encore accès à la victime.
34. La victime et l'agresseur étaient âgés de 15 à 24 ans.
35. L'agresseur accusait constamment la victime d'infidélité, la questionnait sans arrêt, cherchait des preuves, mettait la fidélité de la victime en doute et la harcelait parfois en la suivant.
36. L'agresseur détestait les femmes ou avait de forts préjugés contre elles. Cette attitude peut s'exprimer ouvertement par des propos haineux ou plus subtilement par des convictions selon lesquelles les femmes sont faites pour les travaux ménagers ou toutes les femmes sont des « putains ».
37. Les femmes qui sont dans une relation intime avec un partenaire beaucoup plus âgé ou plus jeune qu'elles. La différence d'âge est généralement de neuf ans ou plus.
38. La victime est celle qui connaît le mieux l'agresseur et qui peut estimer, sans se tromper, le niveau de risque. Si elle tient des propos comme « Je crains pour ma vie », « Je pense qu'il va me faire du mal », « Je dois protéger mes enfants », c'est définitivement signe que le risque est grave.
39. Tout acte ou toute tentative ou menace de violence ou de mauvais traitements (physiques, émotionnels, psychologiques, financiers, sexuels, etc.) envers les enfants dans la famille. Cet incident n'a pas nécessairement donné lieu au dépôt d'accusations ou à une condamnation et peut être vérifié dans un dossier (p. ex., rapports de police, dossiers médicaux) ou auprès de témoins (parents, amis, voisins, collègues, thérapeutes, personnel médical, etc.).

Annexe C : Sommaire des recommandations – Cas examinés en 2013

Année-N° de cas	Recommandation
2012-01	Aucune nouvelle recommandation.
2012-02	Aucune nouvelle recommandation.
2012-03	Aucune nouvelle recommandation.
2012-04	Aucune nouvelle recommandation.
2012-05	Aucune nouvelle recommandation.
2012-06	<p>1. Comme dans les cas où les contrevenants sont de sexe masculin, les cas de probation et de libération conditionnelle concernant des femmes auteures d'un crime devraient suivre une stratégie de supervision, prévoyant notamment ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La détermination du niveau de risque pour autrui que posent les femmes ayant des antécédents de comportement antisocial; • La détermination des facteurs liés à ce risque; • La participation de la contrevenante à des interventions et des stratégies de gestion qui tiennent compte de ces facteurs de risque. Les facteurs liés à l'estime de soi de la contrevenante et au fait qu'elle a elle-même été une victime ne devraient constituer le motif d'une intervention que s'il est clairement établi qu'ils ont contribué au comportement criminel. <p>2. Les interventions ou stratégies de surveillance des contrevenantes devraient se fonder sur des recherches récentes sur des pratiques axées sur l'expérience, qui découlent de documents décrivant des services correctionnels efficaces. Les principes suivants devraient constituer le fondement de ces stratégies et programmes d'intervention planifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risques (les interventions devraient cibler les contrevenantes présentant les risques les plus élevés pour assurer un service plus intensif); • Besoins (les interventions devraient cibler les facteurs dynamiques (c'est-à-dire, qui peuvent être changés), associés de façon empirique à la criminalité de la personne); • Réceptivité (les interventions devraient cibler les facteurs en utilisant des techniques comportementales bien établies qui tiennent compte des capacités de la contrevenante). <p>Les facteurs liés à l'estime de soi de la contrevenante et au fait qu'elle ait elle-même été une victime ne devraient constituer le motif d'une intervention que s'il est clairement établi qu'ils ont contribué au comportement criminel.</p> <p>Les interventions ciblant la toxicomanie et l'alcoolisme devraient établir un lien entre l'abus de substances et le comportement criminel et violent de la contrevenante.</p>
2012-07	Aucune nouvelle recommandation.

Année-N° de cas	Recommandation
2012-08	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les services de police, les services aux victimes, les centres d'accès aux soins communautaires et les fournisseurs de soins de santé aux personnes âgées doivent tenir compte des ressources suivantes, qui fournissent des renseignements importants au sujet de la reconnaissance des mauvais traitements envers les personnes âgées et des interventions possibles en Ontario : <ul style="list-style-type: none"> • Campagne Voisin-es, ami-es et familles pour les personnes âgées – campagne « It's Not Right! » www.neighboursfriendsandfamilies.ca • Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario — - www.seniors.gov.on.ca/en/elderabuse • Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse - www.onpea.org 2. Les travailleurs des services aux victimes devraient contacter la police dès qu'ils prennent connaissance de la violation de conditions imposées. Ils devraient également envisager d'établir ou de modifier un plan de sécurité ou des mesures de gestion des risques. 3. Il est rappelé aux services de police que les conditions de la mise en liberté devraient insister sur la nature non discrétionnaire des ordonnances de non-communication et sur le fait que les victimes doivent aussi respecter la condition de non-communication avec l'agresseur (ou l'agresseur présumé). 4. Face à des victimes possibles de violence conjugale, les fournisseurs de soins de santé doivent procéder à une évaluation formelle des risques afin d'orienter les interventions et de donner la priorité à la planification de la sécurité.
2012-09	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les préposés aux services de soutien à la personne devraient suivre une formation spécialisée sur la dynamique de la violence conjugale et le travail auprès de victimes vulnérables. Cette formation devrait porter notamment sur la reconnaissance des signes et symptômes, ainsi que sur les mesures à prendre en cas de mauvais traitements soupçonnés chez un client. Il est important que la formation mette l'accent sur tous les aspects de la violence conjugale, notamment les abus psychologiques, émotionnels et verbaux que vivent de nombreuses victimes.
2012-10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les conditions de la probation devraient inclure ce qui suit : surveillance régulière du respect des conditions, en particulier l'obligation de se présenter devant l'agent de probation et la participation à des séances de counseling. La supervision serait plus efficace si des contacts réguliers avaient lieu avec des personnes connexes pour confirmer la situation du contrevenant et la crédibilité des renseignements fournis par celui-ci. Si le contrevenant a omis de respecter des conditions, une exécution progressive doit être mise en œuvre proportionnellement aux risques. Si des avertissements répétés, verbaux ou écrits, n'apportent aucun changement, une accusation de défaut de se conformer devrait être déposée.

Année-N° de cas	Recommandation
2012-11	Affaire reportée à 2013
2012-12	Affaire reportée à 2013
2012-13	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les particuliers et organismes qui fournissent des services de soins de santé et des soutiens à des couples âgés dont la santé faiblit ou est mauvaise, devraient suivre une formation et recevoir des renseignements sur le risque accru d'homicide-suicide par le partenaire intime, en particulier si l'homme a assumé relativement récemment le rôle de soignant de sa partenaire ou si le couple a subi un événement de la vie marquant.³ 2. Il est recommandé que la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario intensifie les efforts de sensibilisation au risque accru d'homicide-suicide par un partenaire intime parmi les couples âgés, en particulier si l'un des membres souffre d'une mauvaise santé ou si l'homme assume le rôle de soignant de sa partenaire.
2012-14	Aucune nouvelle recommandation.
2012-15	Aucune nouvelle recommandation.
2012-16	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le gouvernement de l'Ontario, par le biais de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario, devrait élaborer des messages d'intérêt public qui soulignent le risque élevé que représente une séparation réelle ou imminente dans le contexte de multiples facteurs de risque, afin de sensibiliser le public et les professionnels au risque d'homicide familial et à la promotion de la planification de la sécurité et de la réduction des risques dans ces circonstances. 2. Il est recommandé que le gouvernement de l'Ontario, par le biais de la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario, élabore un sondage d'opinion publique uniformisé portant sur les attitudes générales face à la violence familiale, ainsi que sur les connaissances et les aptitudes à intervenir, etc. Ce sondage pourrait être mené tous les quatre ou cinq ans pour contrôler l'efficacité des initiatives de sensibilisation du public concernant la violence familiale à l'échelle de la province.
2012-17	Aucune nouvelle recommandation.
2012-18	Aucune nouvelle recommandation.

³ Voir Bourget, D., P. Gagne, & L. Whitehurst. 2010. Domestic homicide and homicide-suicide: The older offender. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 38(3): 305-311; Malphurs, J.E. and D. Cohen. 2005. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13(3): 211-217; Eliason, S. 2009. Murder-suicide: A review of the literature. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 37(3): 371-376.

Année-N° de cas	Recommandation
2012-19	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Société d'aide à l'enfance qui est intervenue auprès de cette famille devrait mener un examen interne de son évaluation des risques et des services fournis à cette famille avant l'homicide. 2. Le ministère devrait vivement encourager toutes les sociétés d'aide à l'enfance à procéder à un examen interne chaque fois qu'un décès lié à la violence familiale s'est produit dans une famille qui recevait des services de la société d'aide à l'enfance au cours des 12 mois précédant le décès et dans les cas où des incidents de violence familiale ont été établis. 3. Il est recommandé de procéder à un examen à l'échelle de la province, de la façon dont sont traités, lors des enquêtes sur le cautionnement, les cas réputés constituer un risque de violence familiale. En particulier, les juges de paix devraient recevoir une formation améliorée sur l'évaluation des risques et la gestion des risques liés à la violence familiale, surtout dans les cas où l'accusé a démontré une instabilité mentale ou des idées suicidaires et où il existe des antécédents de violence familiale, dont des menaces de mort. 4. Il est recommandé d'examiner le protocole suivi pour désigner les psychiatres médicolégaux chargés d'effectuer des évaluations de la santé mentale ordonnées par le tribunal, en particulier pour les accusés qui ont des antécédents d'instabilité mentale, de tentatives de suicide et de menaces de suicide ou de tuerie. En outre, il faudrait également examiner le processus suivi pour exécuter les évaluations en matière de santé mentale, afin de déterminer si ces évaluations tiennent compte de renseignements collatéraux, qui viendraient compléter les déclarations de l'agresseur. Les sources de renseignements collatéraux devraient inclure, au moins, les déclarations de la victime sur le comportement violent et abusif de l'accusé, étant donné que les nombreuses recherches effectuées sur le sujet ont démontré que les accusés minimisent souvent leur violence ou la nient. 5. Il est recommandé que toutes les facultés de médecine et leurs départements de psychiatrie en Ontario s'assurent que la violence familiale, ainsi que l'évaluation des risques, la planification de la sécurité et la gestion des risques, soient des matières obligatoires du programme de formation et des processus d'agrément.
2012-20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il est recommandé que tous les services de police mettent en œuvre une directive visant à activer les services d'aide aux victimes et les SOAIV comme point d'entrée pour les victimes au moment de la perpétration de l'infraction, qu'il s'agisse d'un incident de violence conjugale verbale ou que des accusations au criminel aient été déposées. Cette mesure permettrait à la victime d'avoir accès à des mécanismes de soutien indispensables et adaptés à la culture de la victime.
2012-21	Aucune nouvelle recommandation.
2012-22	Aucune nouvelle recommandation.



Pour de plus amples renseignements:

Comité d'examen des décès dus à la violence familiale
Bureau du coroner en chef
25, avenue Morton Shulman
Toronto, (Ontario)
M3M 0B1