
Recueil des recommandations

L'ensemble des recommandations apparaît ci-dessous. La référence des pages entre crochets indique où se trouvent les recommandations dans le volume 3.

Chapitre 11 Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale

- 1 La province de l'Ontario doit modifier sa *Loi sur les coroners* afin de :
 - a) créer le Service ontarien de médecine légale qui fournira l'ensemble des services de médecine légale de la province;
 - b) reconnaître et définir les principales fonctions et responsabilités du médecin légiste en chef;
 - c) reconnaître un ou plusieurs médecins légistes en chef adjoints.
 - d) exiger que l'ensemble des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner le soient par un « pathologiste », un terme qui devra être défini dans la *Loi sur les coroners*;
 - e) créer un conseil de direction qui supervisera les fonctions et les responsabilités du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. [Voir page 316.]

- 2 Aussi rapidement que possible, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devrait :
 - a) approuver l'accréditation de programmes de formation en médecine légale de un an offerts par les écoles de médecine du Canada aux candidats détenant un certificat du Collège royal en anatomopathologie ou en pathologie générale;

- b) accréditer les médecins légistes qui réussissent un programme de formation accrédité et l'examen du Collège royal en médecine légale;
 - c) parachever le processus permettant aux pathologistes qui exercent présentement la médecine légale en Ontario d'obtenir l'accréditation du Collège royal. [Voir page 324.]
- 3 Le service ontarien de médecine légale et le médecin légiste en chef devraient activement encourager :
- a) les facultés de médecine à promouvoir l'intérêt envers la médecine légale en permettant aux étudiants d'en faire l'expérience au début de leur programme;
 - b) les médecins légistes à collaborer avec les facultés de médecine afin de renseigner les étudiants au sujet de la médecine légale. [Voir page 325.]
- 4 Le conseil de direction et le médecin légiste en chef devraient s'assurer que le Service ontarien de médecine légale repose sur les trois piliers essentiels et interdépendants que sont le service, l'enseignement et la recherche. [Voir page 327.]
- 5 La province de l'Ontario, le conseil de direction et le médecin légiste en chef devraient collaborer avec l'Université de Toronto afin de mettre sur pied un centre de médecine légale et de criminalistique qui :
- a) offrirait un enseignement aux praticiens et aux étudiants dans différentes disciplines médicales liées à la criminalistique;
 - b) serait affilié directement à l'Unité provinciale de médecine légale et à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique. [Voir page 329.]
- 6 Toutes les personnes et institutions qui assurent ou supervisent l'enseignement de la médecine aux étudiants en Ontario devraient mettre l'accent sur l'importance cruciale d'inclure le système de justice pénale dans l'enseignement de la médecine légale. Plus particulièrement, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devrait s'assurer que les programmes accrédités de bourses de recherche en médecine légale offrent un enseignement sur les témoignages d'expert, le système de justice et les aspects pertinents du droit de la preuve et de la procédure pénale. [Voir page 330.]
- 7 Toutes les personnes et institutions qui assurent ou supervisent les services de médecine légale en Ontario devraient mettre l'accent sur l'importance cruciale de la formation continue et, plus particulièrement :

- a) le médecin légiste en chef ou son remplaçant désigné devrait assumer la responsabilité principale de favoriser la formation continue et interdisciplinaire sur le rôle du médecin légiste dans le système de justice;
 - b) la province de l'Ontario devrait financer adéquatement la formation continue destinée aux médecins légistes concernant les récents progrès de la médecine légale et le rôle du médecin légiste dans le système de justice. [Voir page 331.]
- 8 La province de l'Ontario fournir les ressources nécessaires afin de remédier au manque important de médecins légistes en Ontario. La province de l'Ontario devrait tout particulièrement :
- a) financer de façon adéquate et durable des bourses de recherche en médecine légale dans chacune des unités régionales de médecine légale de la province;
 - b) financer des postes à temps plein dans cette profession qui appuieront les trois piliers, soit le service, l'enseignement et la recherche, y compris, sans toutefois s'y limiter, les postes de médecin légiste en chef adjoint, de directeurs au sein des unités régionales de médecine légale et de médecins légistes à l'interne;
 - c) fournir des ressources suffisantes pour faire en sorte que la charge de travail des médecins légistes ne dépasse pas les normes recommandées;
 - d) inclure les pathologistes du Service ontarien de médecine légale dans le Laboratory Medicine Funding Framework Agreement afin de s'assurer que tous les pathologistes sont rémunérés équitablement, qu'ils travaillent dans les hôpitaux ou à l'Unité provinciale de médecine légale, ou prendre les mesures nécessaires pour arriver au même résultat et le maintenir;
 - e) augmenter le nombre de postes équivalents temps plein dans les unités régionales de médecine légale de l'Ontario;
 - f) s'assurer que toutes les unités où sont pratiquées des autopsies en vertu de mandats du coroner sont entièrement équipées, bénéficient des ressources appropriées et ne sont pas désuètes;
 - g) financer la construction de nouvelles installations modernes pour héberger le Bureau du coroner en chef de l'Ontario ainsi que les services de criminalistique connexes. [Voir page 335.]
- 9 Le Service ontarien de médecine légale devrait immédiatement recruter, à l'étranger, des médecins légistes dûment accrédités afin de remédier à la pénurie qui existe dans la province. [Voir page 337.]

- 10 La province de l'Ontario devrait fournir des ressources suffisantes pour permettre le recrutement de médecins légistes dûment accrédités dans d'autres pays. [Voir page 337.]
- 11 La province de l'Ontario devrait s'engager à offrir un financement suffisant pour soutenir les changements qui s'avèrent nécessaires pour le rétablissement de la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale. [Voir page 338.]

Chapitre 12

Réorganisation de la médecine pédiatrique légale

- 12 Il faudrait modifier la *Loi sur les coroners* afin de créer et de définir le Service ontarien de médecine légale comme suit :

« Service ontarien de médecine légale » s'entend de la direction du Bureau du coroner en chef de l'Ontario qui, sous la direction du médecin légiste en chef, fournit tous les services de médecine légale offerts en vertu d'un mandat du coroner ou en relation avec un tel mandat¹. [Voir page 340.]
- 13 La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin d'inclure les définitions suivantes de « pathologiste » et de « médecin légiste accrédité » :
 - a) « pathologiste » s'entend d'un médecin légalement compétent accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou son équivalent, à titre de spécialiste en anatomie pathologique ou en pathologie générale;
 - b) « médecin légiste accrédité » s'entend d'un pathologiste accrédité par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou son équivalent, à titre de spécialiste en médecine légale. [Voir page 341.]
- 14 La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin de prévoir que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme un médecin légiste accrédité au poste de médecin légiste en chef de l'Ontario pour :

¹ La formulation de cette proposition de modification à la *Loi sur les coroners* et des autres propositions de modification à cette loi n'est donnée qu'à titre de recommandation.

- a) diriger le Service ontarien de médecine légale et être responsable des services qu'il offre;
 - b) surveiller, diriger et superviser le travail de tous les pathologistes ontariens effectué en vertu d'un mandat du coroner ou en relation avec un tel mandat;
 - c) offrir des programmes de formation aux pathologistes sur leurs fonctions;
 - d) rédiger, publier et distribuer un code de déontologie pour servir de guide aux pathologistes;
 - e) administrer un registre des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner;
 - f) accomplir toute autre tâche qui lui est confiée par cette loi ou une autre loi ou en vertu de celles-ci, par les règlements pris en application de ces lois ou par le lieutenant-gouverneur en conseil. [Voir page 342.]
- 15 Le conseil de direction devrait créer un document énonçant les fonctions et les responsabilités supplémentaires du médecin légiste en chef, notamment les suivantes :
- a) s'assurer que le Service ontarien de médecine légale (SOML) offre des services de haute qualité;
 - b) assurer la supervision efficace des travaux exécutés dans l'ensemble du SOML;
 - c) assumer la responsabilité de la mission du SOML en ce qui a trait au service, à l'enseignement et à la recherche;
 - d) favoriser une culture de la qualité axée sur la collaboration au sein du SOML;
 - e) assumer la responsabilité de la préparation et de l'administration du budget annuel du SOML;
 - f) assumer la responsabilité de désigner le pathologiste qui pratiquera chaque autopsie effectuée en vertu d'un mandat du coroner en Ontario. [Voir page 342.]
- 16 Le coroner en chef de l'Ontario devrait enjoindre aux coroners-enquêteurs régionaux d'adresser tous les mandats demandant une autopsie au médecin légiste en chef ou à son représentant. [Voir page 343.]
- 17 La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin de prévoir que le lieutenant-gouverneur en conseil puisse nommer au moins un médecin légiste à titre de médecin légiste en chef adjoint en Ontario, qui peut agir au nom du médecin légiste en chef et exercer tous ses pouvoirs en l'absence de ce dernier ou lorsqu'il n'est pas en mesure d'agir. [Voir page 343.]

- 18 Le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du médecin légiste en chef, devrait nommer un directeur régional à la tête de chaque unité régionale de médecine légale, en lui confiant les responsabilités suivantes :
- a) superviser le travail de son unité régionale et en être responsable;
 - b) être membre du Comité consultatif de la médecine légale;
 - c) aider le médecin légiste en chef ainsi que le ou les médecins légistes en chef adjoints à mettre en place des processus d'assurance de la qualité et d'examen par les pairs ainsi que d'autres mécanismes d'examen. [Voir page 345.]
- 19 Afin d'assurer la qualité des services à l'échelle de la province, le Service ontarien de médecine légale devrait recourir aux unités régionales de médecine légale et miser sur celles-ci. [Voir page 346.]
- 20 La province de l'Ontario devrait financer les coûts réels des unités régionales de médecine légale. [Voir page 346.]
- 21 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait conclure des ententes de services concernant chaque unité régionale de médecine légale. Ces ententes devraient au moins prévoir ce qui suit :
- a) l'unité assumera la responsabilité d'une zone géographique désignée du Service ontarien de médecine légale;
 - b) chaque directeur régional sera responsable devant le médecin légiste en chef du travail de son unité et de la supervision, de la rapidité et du contrôle de la qualité de toutes les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner à l'intérieur de la zone désignée de l'unité;
 - c) le médecin légiste en chef sera responsable de la supervision générale des unités, de définir l'orientation et de fournir des directives concernant les normes acceptables d'exercice de la médecine légale au sein des unités et d'assurer la mise en place de mesures de contrôle de la qualité appropriées;
 - d) les médecins légistes effectuant des travaux pour le Service ontarien de médecine légale doivent être inscrits au registre des pathologistes et relèveront principalement de leur directeur régional;
 - e) chaque directeur régional occupera un poste à traitement annuel au sein de l'unité régionale, bien que ce poste puisse être à temps plein ou à temps partiel, selon les circonstances locales. [Voir page 350.]

- 22 Les hôpitaux de l'Ontario devraient élaborer des politiques les obligeant à signaler au médecin légiste en chef tout doute sérieux concernant le travail de tout pathologiste en milieu hospitalier pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner, que ce doute soit lié ou non à un travail effectué en vertu de tels mandats. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait également élaborer des politiques l'obligeant à signaler tout doute sérieux concernant le travail d'un médecin légiste à l'hôpital où pratique le pathologiste. [Voir page 351.]
- 23 Le Service ontarien de médecine légale devrait s'assurer qu'en tant qu'exigence d'inscription au registre, les pathologistes autorisent les hôpitaux à signaler tout doute sérieux au médecin légiste en chef et le médecin légiste en chef à signaler tout doute sérieux aux hôpitaux. [Voir page 351.]
- 24 Avec le soutien du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le Service ontarien de médecine légale et chaque hôpital auquel une unité régionale est associée devraient élaborer des protocoles visant à définir clairement les domaines de responsabilité de l'hôpital et les limites de cette responsabilité, afin d'éviter qu'il y ait confusion à l'égard du rôle de supervision du médecin légiste en chef et de l'hôpital. [Voir page 351.]
- 25 Le Service ontarien de médecine légale devrait augmenter le nombre de postes équivalent temps plein dans toutes les unités, ainsi que le pourcentage d'autopsies judiciaires pratiquées au sein de ces unités. [Voir page 352.]
- 26 La province de l'Ontario devrait financer la création d'un portail de télémédecine à l'Unité provinciale de médecine légale et dans chacune des unités régionales de médecine légale, si elles ne font pas déjà partie d'un réseau hospitalier particulier. [Voir page 353.]
- 27 L'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique devrait continuer à fonctionner comme unité régionale de médecine légale au SickKids. Son directeur doit être un médecin légiste accrédité. [Voir page 355.]
- 28 Concernant les cas de morts d'enfants qui doivent être pris en charge à Toronto, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait ordonner ce qui suit :

- a) en ce qui a trait aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspects, l'autopsie devrait normalement être pratiquée à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique;
 - b) en ce qui a trait aux cas de morts suspects d'enfants, l'autopsie devrait être pratiquée par un pathologiste compétent à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique ou à l'Unité provinciale de médecine légale, selon ce que décide le médecin légiste en chef ou son représentant;
 - c) les pathologistes de chaque unité devraient tirer profit de l'expertise disponible dans l'autre unité, particulièrement dans les cas difficiles. [Voir page 357.]
- 29 Concernant les morts d'enfants hors de la région géographique généralement desservie par l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait ordonner ce qui suit :
- a) en ce qui a trait aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspects survenues dans la région géographique des unités régionales désignées, l'autopsie devrait être pratiquée par l'unité régionale de médecine légale compétente ou par la D^{re} Susan Phillips ou un autre médecin légiste agréé de Winnipeg;
 - b) en ce qui a trait aux cas de morts suspects d'enfants, l'autopsie devrait être pratiquée par le pathologiste, et à l'unité choisie par le médecin légiste en chef ou son représentant. [Voir page 358.]
- 30 Jusqu'à la création du registre des pathologistes, les dispositions des directives de 2007 intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* devraient être suivies dans tous les cas de morts suspects d'enfants. [Voir page 359.]
- 31 Une fois le registre créé, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspects d'enfants, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste pédiatrique autorisé. [Voir page 359.]
- 32 Dès que le nombre le permettra, le médecin légiste en chef devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspects d'enfants, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste accrédité ayant de l'expérience en médecine pédiatrique légale. [Voir page 359.]

- 33 Concernant tous les cas de médecine légale, mais particulièrement les cas de morts suspectes d'enfants, le Service ontarien de médecine légale devrait renforcer une politique qui encourage la collaboration entre le médecin légiste et d'autres professionnels compétents². [Voir page 360.]
- 34 Le Service ontarien de médecine légale devrait établir un protocole relatif aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes au début, mais qui le deviennent au cours de l'autopsie. Le pathologiste doit appliquer le protocole dès que des soupçons sont soulevés et le protocole devrait prévoir l'accès immédiat à un médecin légiste et, finalement, au médecin légiste en chef. [Voir page 362.]
- 35 Jusqu'à ce que le registre des pathologistes soit créé, les dispositions des lignes directrices de 2007 intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* devraient être suivies dans tous les cas de morts suspectes d'enfants. [Voir page 362.]
- 36 Une fois le registre créé, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'adultes, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste autorisé. [Voir page 362.]
- 37 Dès que le nombre le permettra, le médecin légiste en chef devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'adultes, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste accrédité. [Voir page 363.]

Chapitre 13

Amélioration de la supervision et de la responsabilisation

- 38 La province de l'Ontario, après avoir créé le conseil de direction aux termes de la loi, devrait modifier la *Loi sur les coroners* afin d'y inclure les pouvoirs et les responsabilités du conseil de direction, qui devraient comprendre :

² Dans mes recommandations, je n'ai pas toujours fait la distinction entre les politiques, les protocoles, les lignes directrices et les pratiques, bien que d'autres font parfois des distinctions en invoquant que certains de ces documents se veulent obligatoires et d'autres, discrétionnaires. Selon moi, tous ces documents fournissent des directives qui doivent être suivies.

- a) la supervision de l'orientation et de la planification stratégiques du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, y compris le service des coroners et le Service ontarien de médecine légale;
 - b) l'approbation du budget;
 - c) les décisions concernant les cadres supérieurs;
 - d) l'administration du processus de traitement des plaintes du public. [Voir page 372.]
- 39 Le coroner en chef devrait rendre des comptes au conseil de direction en ce qui concerne le fonctionnement et la gestion du service des coroners. Le médecin légiste en chef devrait rendre des comptes au conseil de direction en ce qui concerne le fonctionnement et la gestion du Service ontarien de médecine légale. [Voir page 373.]
- 40 Le conseil de direction devrait remettre chaque année un rapport au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Son rapport annuel devrait être mis à la disposition du public. [Voir page 373.]
- 41 La province de l'Ontario devrait déterminer la composition du conseil de direction en vertu d'un règlement pris en application de la *Loi sur les coroners*. Le lieutenant-gouverneur en conseil devrait nommer les membres suivants pour un mandat d'une durée fixe :
- un représentant du juge en chef de l'Ontario, qui pourrait assumer le rôle de président du conseil, sinon le président, pourrait être désigné par le ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels;
 - le coroner en chef de l'Ontario;
 - le médecin légiste en chef de l'Ontario;
 - le doyen d'une faculté de médecine ontarienne ou son délégué;
 - un représentant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée;
 - un représentant du procureur général de l'Ontario;
 - un représentant du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels;
 - le directeur du Centre des sciences judiciaires ou son délégué;
 - trois autres membres nommés par le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, dont l'un devrait être un médecin légiste accrédité de l'extérieur de l'Ontario. [Voir page 373.]

- 42 Le conseil de direction devrait orienter l'élaboration des mécanismes d'assurance de la qualité, de supervision et de responsabilisation en ce qui a trait au travail du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, à la fois pour le Service ontarien de médecine légale et le service des coroners. [Voir page 375.]
- 43 Le service ontarien de médecine légale devrait créer un registre, accessible au public, des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner. [Voir page 378.]
- 44 L'administration du registre devrait incomber au médecin légiste en chef. [Voir page 378.]
- 45 Le médecin légiste en chef devrait, avec l'approbation du conseil de direction, définir les détails du registre, y compris des procédures justes et transparentes d'inscription, de renouvellement et de retrait. Toutefois, le registre devrait comporter des catégories distinctes pour les médecins légistes autorisés à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes, ceux autorisés à le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants et ceux autorisés à pratiquer seulement des autopsies courantes pour les coroners. [Voir page 378.]
- 46 À mesure que le Service ontarien de médecine légale se développera sur les plans de la taille et des compétences, les critères d'inscription au registre devraient devenir plus rigoureux. Dès que possible, seuls les médecins légistes accrédités devraient être autorisés à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes et seuls ceux qui ont une grande expérience en médecine pédiatrique légale devraient pouvoir le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants. [Voir page 378.]
- 47 Le conseil de direction devrait nommer un directeur général responsable de l'administration à la fois du service des coroners et du Service ontarien de médecine légale. [Voir page 380.]
- 48 Les postes de coroner en chef et de médecin légiste en chef devraient être des emplois à temps plein. [Voir page 381.]
- 49 Un comité consultatif de la médecine légale devrait être constitué pour conseiller le médecin légiste en chef dans l'établissement des objectifs, des politiques, des protocoles et des lignes directrices relatifs à la prestation des

services de médecine légale. Il devrait se composer des directeurs régionaux. [Voir page 382.]

- 50 Le service ontarien de médecine légale devrait affecter du personnel à l'assurance de la qualité, dont un directeur à temps plein, pour suivre les mécanismes d'assurance de la qualité. [Voir page 384.]
- 51 De façon à accroître l'assurance de la qualité du travail des pathologistes, le Service ontarien de médecine légale devrait :
 - a) continuer d'exiger, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, que le médecin légiste en chef soit informé directement des résultats préliminaires de l'autopsie dans tous les cas de morts suspectes;
 - b) continuer d'exiger, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, que tous les rapports d'autopsies pratiqués dans des cas de morts suspectes fassent l'objet d'un examen complet par les pairs, soit par un directeur régional, un pathologiste à l'interne de l'Unité provinciale de médecine légale, le médecin légiste en chef ou son délégué;
 - c) élaborer un système d'examen des rapports d'autopsie par les pairs dans les cas de morts non suspectes lorsque l'autopsie a été pratiquée dans une unité régionale de médecine légale ou à l'Unité provinciale de médecine légale. Le système d'examen pourrait être moins approfondi que celui qui est utilisé dans les cas de morts suspectes;
 - d) élaborer un système d'examen par les pairs des opinions supplémentaires demandées après le rapport d'autopsie dans les cas de morts suspectes;
 - e) élaborer un système d'examen des opinions de consultation par les pairs dans les cas de morts suspectes;
 - f) élaborer des pratiques exemplaires relatives aux visites matinales quotidiennes dans les unités régionales de médecine légale. Les directeurs régionaux devraient faire rapport au médecin légiste en chef de la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires. [Voir page 388.]
- 52 Le médecin légiste en chef devrait instaurer un programme d'examens annuels du rendement. Chaque année, il devrait examiner le rendement des directeurs régionaux. Ces derniers devraient effectuer des examens annuels du rendement des médecins légistes qui travaillent dans leur unité. [Voir page 390.]

- 53 Le médecin légiste en chef et les hauts dirigeants du Service ontarien de médecine légale devraient diriger la mise en place d'une culture qui favorise la critique constructive du travail d'un médecin légiste sans tenir compte de son poste et de sa réputation. [Voir page 391.]
- 54 Afin d'assurer la supervision appropriée du travail du médecin légiste en chef, au-delà de celle prévue par les lignes directrices de 2007 relatives aux autopsies, on devrait faire appel de façon aléatoire à des experts de l'extérieur de la province pour évaluer son travail. [Voir page 391.]
- 55 Le Comité d'examen des décès d'enfants, le Comité consultatif des services judiciaires et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans devraient être maintenus. [Voir page 392.]
- 56 Le bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait mettre en place un système de suivi central pour, au moins, les dossiers des coroners comportant des autopsies. La province de l'Ontario devrait fournir les ressources nécessaires à la création, à la mise en œuvre et à l'administration du système de suivi central. [Voir page 393.]
- 57 De façon à accroître l'assurance de la qualité du travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles, le Service ontarien de médecine légale devrait élaborer :
- a) un système d'examen par les pairs des témoignages des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles;
 - b) un programme permettant d'obtenir les commentaires des avocats de la défense et de la Couronne concernant le travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles. [Voir page 395.]
- 58 Lorsqu'ils sont portés à sa connaissance, le médecin légiste en chef devrait examiner tous les commentaires défavorables des juges à propos du travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles et prendre les mesures qui s'imposent en l'occurrence. [Voir page 395.]
- 59 Afin d'assurer la qualité à l'aide de mécanismes d'examen impartiaux, le Service ontarien de médecine légale devrait :
- a) élaborer un système de vérifications externes aléatoires d'exemples de rapports d'autopsie des unités régionales et de l'Unité provinciale de médecine légale;

- b) s'efforcer de se rendre justiciable devant des organismes externes qui évaluent ces services. [Voir page 396.]
- 60 Le Service ontarien de médecine légale devrait s'efforcer d'accroître la formation continue des médecins légistes inscrits au registre. [Voir page 397.]

Chapitre 14

Amélioration du processus de traitement des plaintes

- 61 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait établir un processus public de traitement des plaintes qui :
- a) est transparent, adapté, et opportun;
 - b) englobe tous les médecins et spécialistes qui participent au processus d'enquête sur les morts, y compris les coroners et les médecins légistes. [Voir page 401.]
- 62 Le processus de traitement des plaintes que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario établira devrait être distinct de celui de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et devrait être axé sur l'exercice des fonctions des médecins légistes et leur conformité avec les exigences du Service ontarien de médecine légale. [Voir page 403.]
- 63 L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devrait continuer d'enquêter sur les plaintes concernant les médecins légistes qui travaillent en vertu de mandats du coroner. [Voir page 403.]
- 64 Avec l'approbation du conseil de direction, le coroner en chef de l'Ontario et le médecin légiste en chef devraient définir les procédures précises du processus de traitement des plaintes de manière à :
- a) tenir compte des principes de transparence, d'adaptation, d'à-propos et d'équité;
 - b) accorder une importance particulière aux mesures correctives et à la réadaptation, plutôt qu'aux mesures punitives, sauf si l'intérêt public est mis en péril;
 - c) prévoir la possibilité pour le plaignant ou le médecin d'en appeler devant le comité des plaintes du conseil de direction lorsqu'ils ne sont pas satis-

faits du règlement initial de la plainte par le coroner en chef, le médecin légiste en chef ou leurs représentants. [Voir page 404.]

- 65 Le comité des plaintes du conseil de direction devrait traiter les plaintes concernant le travail des hauts dirigeants du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, sous réserve d'un examen supplémentaire par le sous-ministre, au besoin. [Voir page 405.]
- 66 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devraient être prêts à informer l'autre :
- a) du fait qu'ils s'inquiètent sérieusement du travail ou de la conduite d'un médecin légiste ou d'un coroner;
 - b) de l'information pertinente qu'ils ont recueillie pendant le processus d'enquête;
 - c) du résultat de leur enquête. [Voir page 406.]
- 67 Le médecin légiste en chef devrait s'assurer que tous les médecins légistes sont tenus, comme condition de leur inscription au registre, de consentir au partage de renseignements entre le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario relativement aux sérieuses inquiétudes éprouvées à propos de leur travail ou de leur conduite. [Voir page 407.]

Chapitre 15

Pratiques exemplaires

- 68 Le Service ontarien de médecine légale devrait adopter sans ambiguïté un ensemble de principes fondamentaux englobant ceux qui sont énoncés dans le présent chapitre et qui devraient servir de base aux lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires en matière d'autopsie. [Voir page 410.]
- 69 a) La médecine légale fondée sur des éléments de preuve est incompatible avec la « pensée fondée sur la méfiance ». Au contraire, elle incite à garder un esprit réceptif à tout l'éventail de possibilités auxquelles les preuves peuvent mener, sans idées préconçues ni présomption d'agression, et à recueillir des preuves qui confirment ou infirment toutes les hypothèses.

- b) La « pensée fondée sur des éléments de preuve », orientation que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a désormais adoptée, décrit précisément la bonne façon d'aborder la médecine légale et contribue à promouvoir une culture fondée sur des éléments probants. [Voir page 413.]
- 70 a) Le Service ontarien de médecine légale devrait encourager les médecins légistes partout dans la province à se présenter plus fréquemment sur les lieux de la mort.
- b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait préparer des lignes directrices sur la présence des médecins légistes sur les lieux partout dans la province. Il pourrait s'inspirer de la note de service de Toronto et de l'expérience des médecins légistes de l'Unité provinciale de médecine légale et de l'Unité de médecine légale de Hamilton en matière de présence sur les lieux. Ces lignes directrices devraient :
- i) reconnaître les avantages et les limites de la présence sur les lieux;
 - ii) déterminer les circonstances dans lesquelles la présence du médecin légiste sur les lieux serait utile;
 - iii) mettre en évidence la nécessité des communications entre les coroners-enquêteurs, la police et les médecins légistes pour déterminer quand ces derniers doivent se rendre sur place;
 - iv) ébaucher un protocole à suivre sur les lieux lorsque les médecins légistes sont présents. [Voir page 416.]
- 71 Lorsque le pathologiste ne peut pas être présent sur les lieux de la mort, le Service ontarien de médecine légale (SOML) devrait instaurer et encourager les communications améliorées « en temps réel », y compris la transmission de photos numériques et même l'usage de la vidéo et de la télémédecine pour que le médecin légiste puisse voir les lieux, lorsque cela s'avère utile, avant que le corps ne soit déplacé. Le SOML devrait obtenir les ressources nécessaires pour ce faire. [Voir page 417.]
- 72 La rémunération des médecins légistes devrait tenir compte du travail supplémentaire que représente leur présence sur les lieux de la mort. [Voir page 417.]
- 73 a) Le contenu des mandats d'autopsie devrait se conformer aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario.
- b) Conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en

chef de l'Ontario, le coroner-enquêteur devrait s'efforcer de fournir des renseignements complets et précis au médecin légiste. En particulier, tous les dossiers hospitaliers et médicaux pertinents devraient, autant que possible, être remis au médecin légiste avant qu'il entreprenne l'autopsie.

- c) Le coroner devrait s'abstenir de tirer des conclusions d'ordre médical dans toute première communication avec le médecin légiste. Bien que le coroner ait le dernier mot sur les causes et les circonstances de la mort, il a aussi intérêt à attendre les opinions réfléchies du médecin légiste avant de tirer ces conclusions.
 - d) Conformément à la politique actuelle du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, il devrait y avoir des communications directes, par téléphone ou en personne, entre le coroner et le médecin légiste, avant l'autopsie, dans tous les cas de mort suspecte et pour toutes les autopsies d'enfants de moins de cinq ans.
 - e) Des protocoles destinés aux agents de police de toute la province devraient être élaborés pour déterminer les types de renseignements qui devraient et ne devraient pas être remis au médecin légiste. Ces protocoles devraient aussi établir comment la police et les coroners peuvent coordonner les renseignements à remettre au médecin légiste et déterminer qui le fera. [Voir page 421.]
- 74
- a) On devrait encourager la police et les coroners à fournir l'information initiale au médecin légiste par écrit.
 - b) Les renseignements supplémentaires transmis au médecin légiste en tout temps devraient lui être remis par écrit ou, s'ils sont verbaux, ils devraient être consignés autant par la personne qui les transmet que par celle qui les reçoit.
 - c) La police et les coroners devraient utiliser des questionnaires d'enquête pour fournir de l'information aux médecins légistes dans tous les cas de mort subite d'un nourrisson. Le questionnaire dûment rempli devrait parvenir au médecin légiste avant que l'autopsie commence. [Voir page 424.]
- 75
- a) En règle générale, la police et les coroners ne devraient pas « filtrer » l'information pertinente qui doit parvenir au médecin légiste. Ce dernier est le mieux placé pour savoir ce qui est utile à son travail.
 - b) Cela étant dit, la police et les coroners ne devraient généralement pas transmettre d'information manifestement non pertinente, insinuante ou purement spéculative. Les coroners et les agents de police jouissent aussi

d'un pouvoir discrétionnaire quant à la façon de transmettre l'information pertinente au médecin légiste. Cela pourrait signifier, par exemple, que l'information est transmise par des moyens susceptibles d'en réduire l'utilisation abusive éventuelle ou la possibilité qu'elle influence indûment le médecin légiste.

- c) Le médecin légiste devrait demeurer vigilant quant aux risques de partialité ou à l'influence de considérations superflues. Le meilleur moyen d'y parvenir est de rehausser le professionnalisme et la formation, d'accroître la sensibilisation au risque de partialité, de promouvoir une culture fondée sur des éléments de preuve, d'assurer une transparence totale autant en ce qui a trait au contenu de la communication qu'aux éléments sur lesquels le pathologiste se fonde et d'adopter une attitude prudente en ce qui concerne l'utilisation de renseignements circonstanciels ou qui ne relèvent pas de la pathologie. [Voir page 428.]

76 Toute information que le coroner ou la police remet au médecin légiste devrait être consignée soigneusement autant par la personne qui transmet l'information que par celle qui la reçoit. [Voir page 429.]

77 a) Les autopsies ne devraient normalement pas faire l'objet d'enregistrements visuels ou sonores. Cependant, ce qui se passe au cours de l'autopsie devrait être parfaitement transparent et susceptible d'être soumis à un examen indépendant. Par conséquent, on devrait consigner avec soin qui fait quoi au cours de l'autopsie. Cette documentation comprend un ensemble rigoureux de photographies et de notes prises au fur et à mesure par le personnel de soutien et le médecin légiste.

b) Les pratiques exemplaires exigent aussi la conservation appropriée, le rangement et la transmission des organes, des tissus, des échantillons et des pièces à conviction conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario en matière d'autopsie et aux politiques en vigueur dans les hôpitaux où l'on pratique des autopsies.

c) Conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, les éléments conservés pour analyse et destinés à un examen indépendant devraient être méticuleusement documentés. [Voir page 430.]

78 a) Conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à encourager les médecins légistes à faire preuve de prudence au sujet des

opinions préliminaires. En particulier, aucune opinion préliminaire sur la cause de la mort ou d'autres questions de nature médico-légale, comme le moment où les blessures ont été infligées ou la manière dont elles l'ont été, ne devrait être donnée s'il existe une probabilité raisonnable que les examens secondaires modifient cette opinion préliminaire. Dans ces circonstances, la cause de la mort devrait être indiquée comme étant « en attente d'autres examens ».

- b) Que les médecins légistes expriment une opinion préliminaire ou qu'ils indiquent que la cause de la mort est « à venir », ils devraient s'assurer que cela est parfaitement compris, ainsi que toute nuance ou restriction applicable à cette opinion préliminaire. [Voir page 434.]
- 79 a) Lorsqu'un médecin légiste fournit une opinion préliminaire à la fin de l'autopsie, il devrait le faire par écrit. Le pathologiste devrait remettre son opinion par écrit à la police et en garder une copie pour ses dossiers, sinon l'agent de police présent devrait noter avec soin l'opinion dans son carnet. Dans la deuxième hypothèse, le médecin légiste devrait vérifier la précision de ce que la police a noté et indiquer par écrit que les notes sont conformes à son opinion, y compris les restrictions qui s'y appliquent. Le médecin légiste devrait aussi garder une copie des indications pertinentes.
- b) Si le formulaire d'avis du Bureau du coroner en chef de l'Ontario est utilisé pour noter l'opinion préliminaire du médecin légiste, il devrait être remis à la police et au coroner et le pathologiste devrait s'en garder une copie. [Voir page 436.]
- 80 a) À partir des suggestions énoncées dans le présent rapport, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et le futur Service ontarien de médecine légale (SOML) devraient s'attaquer à l'important défi de la production en temps opportun des rapports de médecine légale dont le système de justice pénale a besoin.
- b) La solution à ce problème difficile devrait comprendre les éléments suivants :
- i) Il devrait y avoir des délais réalistes et bien compris pour remettre les rapports d'autopsie. Ceux que le BCCO a proposés dans sa note de service de juillet 2004 sembleraient appropriés.
 - ii) Le BCCO devrait mettre sur pied un système de suivi central qui donnerait une meilleure idée du problème de la production en retard des rapports et qui permettrait par conséquent de mieux le gérer.

- iii) Le développement de la profession de médecin légiste sera d'un grand secours.
 - iv) Le BCCO devrait bénéficier de ressources suffisantes pour s'assurer qu'aucun obstacle administratif ne vient retarder la production des rapports.
 - v) La mise en place de meilleures lignes de communication entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, par le biais de leurs ententes de service, contribuera à minimiser la pression qu'exerce le travail de pathologie clinique en tant qu'obstacle à la remise des rapports médico-légaux en temps opportun.
 - vi) Surtout dans les cas difficiles de morts suspectes, le BCCO devrait préparer des lignes directrices afin de prioriser les rapports dont le système de justice pénale a un besoin urgent.
 - vii) Il doit y avoir des sanctions. Les personnes qui occupent des postes de responsabilité, à commencer par le directeur régional, devraient tirer parti de leurs compétences de gestionnaires pour régler le problème. En bout de piste, le médecin légiste en chef peut brandir la menace du retrait possible du registre. Associée à la rémunération accrue des médecins légistes payés à l'acte pour les rapports qu'ils déposent, cette menace devrait suffire. Dans les cas extrêmes, la radiation du registre pourrait en effet s'avérer nécessaire pour préserver l'intégrité du SOML. [Voir page 439.]
- 81
- a) En vue de raccourcir les délais de production des rapports d'autopsie, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à enjoindre aux médecins légistes de soumettre leurs échantillons aux fins d'analyse toxicologique aussitôt que possible.
 - b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires devraient rapidement concevoir ensemble des lignes directrices qui priorisent et accélèrent les analyses toxicologiques dans des types d'affaires clairement définis, comme les cas de morts suspectes.
 - c) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires devraient continuer leurs pourparlers en toute priorité afin d'améliorer les délais de réalisation des rapports de toxicologie dont les médecins légistes ont besoin pour terminer leur rapport. [Voir page 441.]
- 82
- Les médecins légistes devraient travailler en équipe lorsqu'ils pratiquent des autopsies. Le Service ontarien de médecine légale devrait être chargé de créer une culture où l'on s'attend à cela. [Voir page 443.]

- 83 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à élaborer des lignes directrices pour aider les médecins légistes à adopter les pratiques exemplaires entourant les autopsies. Ces lignes directrices devraient reprendre, lorsque cela s'avère approprié, les recommandations particulières sur les pratiques exemplaires énoncées dans le présent rapport. De telles lignes directrices devraient venir compléter le code de pratique et de normes de rendement qui a été proposé à l'intention des médecins légistes. [Voir page 444.]

Chapitre 16

Communication efficace avec le système de justice pénale

- 84 Plusieurs principes généraux devraient guider la façon dont les opinions des pathologistes sont communiquées :
- a) Les opinions des pathologistes sont souvent tributaires de connaissances et d'expertise techniques difficilement compréhensibles pour des profanes. Dans les cas de médecine pédiatrique légale en particulier, les opinions peuvent contenir plusieurs nuances. Toutefois, le système de justice pénale dans lequel ces opinions sont requises demande certitude et simplicité. Ces cultures différentes posent un sérieux risque de malentendu entre les deux domaines professionnels, risque qui est amplifié par un processus de confrontation conçu pour pousser ces opinions dans diverses directions. Afin de réduire le risque de malentendu, les parties les plus importantes de l'opinion d'un médecin légiste devraient être mises par écrit dès que possible.
 - b) La capacité des différents destinataires de l'opinion d'un médecin légiste, y compris les pairs qui en font l'examen, les coroners, les intervenants du système de justice pénale ou les instances de protection de la jeunesse, à comprendre, à évaluer et potentiellement à mettre en doute cette opinion exige que cette dernière soit tout à fait transparente. Le rapport devrait également mentionner, en plus de l'opinion, les faits sur lesquels celle-ci repose, le raisonnement qui a permis d'y arriver, ses limites et la certitude ou le degré de confiance du pathologiste à l'égard de l'opinion exprimée.
 - c) Bien que certaines des personnes auxquelles s'adresse l'opinion du médecin légiste soient des experts, comme les pairs chargés de l'examen, nombre d'entre elles sont des profanes qui comprennent peu ou pas du tout le langage technique. Il est essentiel que l'opinion du pathologiste

soit comprise par toutes les personnes concernées. Elle doit donc être communiquée dans un langage qui est non seulement précis, mais également clair, simple et dénué d'ambiguïté.

- d) Lorsqu'ils expriment leur opinion, les médecins légistes devraient adopter une démarche fondée sur des éléments de preuve. Pour ce faire, ils doivent mettre l'accent sur les preuves empiriques ainsi que sur leur portée et leurs limites, telles qu'elles sont largement définies dans les ouvrages médicaux revus par les pairs et d'autres sources fiables. Cette démarche insiste moins sur les déclarations péremptoires fondées sur l'expérience personnelle, qui peut rarement être quantifiée ou validée de façon indépendante. [Voir page 447.]
- 85 a) Le terme « asphyxie » ne devrait pas être employé pour préciser la cause de la mort. Si on doit l'utiliser pour décrire le mécanisme ayant causé la mort, il devrait être explicité afin d'éviter toute confusion.
- b) Les médecins légistes de l'Ontario devraient être sensibilisés aux dangers associés au terme « asphyxie » et, sous les auspices du médecin légiste en chef, en venir à un consensus sur les cas où il est approprié ou non de l'utiliser.
- c) De façon plus générale, les médecins légistes devraient prendre soin d'exprimer leurs opinions en des termes qui ne sont pas porteurs de plusieurs sens et qui permettent d'élucider les questions sur lesquelles porte l'opinion. [Voir page 450.]
- 86 a) Les médecins légistes devraient évaluer le niveau de confiance qu'ils ont à l'égard de leurs opinions et exprimer cette évaluation aussi clairement que possible. Dans l'attente de la définition d'un langage commun à cette fin, les pathologistes devraient exprimer le plus clairement possible, en leurs propres mots, leur niveau de confiance.
- b) Sous les auspices du médecin légiste en chef, des travaux pluridisciplinaires devraient être entrepris pour définir, dans la mesure du possible, un langage commun permettant aux médecins légistes de décrire ce qu'ils ont à dire. Ce cadre pluridisciplinaire devrait comprendre des chefs de file, tant praticiens que théoriciens, du domaine de la médecine légale et de la profession juridique.
- c) L'un des objectifs devrait être d'établir un consensus sur la façon d'exprimer les niveaux de confiance.
- d) Les fruits de ce travail devraient se retrouver dans un Code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes. [Voir page 453.]

- 87 a) La preuve au-delà de tout doute raisonnable est une norme juridique qui s'applique à l'ensemble des preuves et qui n'a aucune corrélation avec la science ou la médecine. Les médecins légistes devraient être sensibilisés et formés à ne pas penser en termes de « preuve hors de tout doute raisonnable » et ils ne devraient pas formuler ou exprimer leurs opinions en fonction de cette norme juridique.
- b) De la même façon, les intervenants du système de justice devraient être sensibilisés de façon à éviter de pousser les médecins légistes à exprimer leurs opinions selon cette norme juridique. [Voir page 454.]
- 88 Les médecins légistes devraient également être sensibilisés et formés de façon que leur niveau de confiance ou de certitude à l'égard de leurs opinions demeure essentiellement le même, indépendamment du forum où celles-ci sont exprimées. [Voir page 454.]
- 89 a) Les médecins légistes ne devraient pas établir de « diagnostics par défaut ». L'absence d'une explication plausible ne peut remplacer des preuves médico-légales suffisantes pour soutenir la présence de violence ou de blessures non accidentelles. Plus particulièrement, une formulation comme « en l'absence d'une explication plausible, les résultats de l'autopsie indiquent qu'il s'agit d'une blessure non accidentelle » ne devrait pas être employée.
- b) Si la preuve est insuffisante pour soutenir une hypothèse sur la cause de la mort, la cause devrait être qualifiée d'« indéterminée ». [Voir page 457.]
- 90 a) Les médecins légistes devraient faire état dans leurs rapports d'autopsie ou de consultation des autres diagnostics possibles dans l'affaire. Ils devraient également évaluer les autres explications qui sont soulevées par l'examen pathologique ou par le contexte entourant la mort du défunt. Ils devraient décrire avec précision les autres explications qui ont été prises en compte et les raisons pour lesquelles elles peuvent être retenues ou non. Les mêmes principes devraient s'appliquer à toutes les communications des médecins légistes, y compris à leurs témoignages.
- b) De façon générale, les opinions des médecins légistes, écrites ou orales, devraient répondre aux besoins du système de justice. Elles devraient se pencher sur les questions pertinentes et exprimer de façon transparente leur opinion sur ces questions ainsi que le raisonnement qui la sous-tend. [Voir page 457.]

- 91 a) Les médecins légistes devraient indiquer clairement, le cas échéant, les éléments de controverse pouvant avoir rapport avec leurs opinions et situer ces dernières dans ce contexte.
- b) Ils devraient également indiquer clairement, le cas échéant, les limites de la science relatives aux opinions particulières qu'ils expriment.
- c) Ils devraient être conscients des limites et des controverses de la médecine légale lorsqu'ils se font une opinion et qu'ils analysent le niveau de confiance qu'ils ont à l'égard de celle-ci.
- d) Ces obligations s'appliquent également au contenu des rapports d'autopsie ou de consultation, aux communications verbales et aux témoignages. [Voir page 459.]
- 92 Les médecins légistes ont l'obligation absolue de reconnaître et de déterminer pour les autres les limites de leur expertise. Ils devraient éviter d'exprimer des opinions qui sortent de leur champ d'expertise. Lorsqu'ils sont invités à fournir de telles opinions, les médecins légistes devraient établir clairement les limites de leur expertise et refuser de s'exprimer. [Voir page 461.]
- 93 a) Les médecins légistes ne devraient jamais recourir aux preuves circonstancielles ou de nature non pathologique pour soutenir entièrement une opinion.
- b) Lors de l'utilisation de tels renseignements ou preuves, la prudence devrait être particulièrement de mise si la preuve circonstancielle risque de ne pas être fiable ou si elle se rapproche de la question que la cour doit ultimement trancher.
- c) Les opinions des médecins légistes doivent en fin de compte demeurer dans le cadre de leur domaine particulier d'expertise. Ils ne devraient pas se fonder sur des preuves circonstancielles à un point où l'opinion ne répond plus à cette exigence.
- d) Les médecins légistes ont une liberté limitée quant à l'utilisation appropriée des preuves circonstancielles ou de nature non pathologique lorsqu'ils se font une opinion. Ils n'ont pas à mettre complètement de côté ce genre de preuve. Toutefois, l'utilisation ou la prise en compte des preuves circonstancielles devrait toujours être transparente : ils devraient toujours indiquer jusqu'à quel point ils ont fait usage de telles preuves ou dans quelle mesure ils se sont fondés sur elles, ainsi que les répercussions qu'ont eues ces preuves sur leur raisonnement et leur opinion.

- e) Les médecins légistes peuvent se pencher sur des questions hypothétiques faisant appel à des preuves circonstancielles lorsqu'ils tentent de déterminer si une hypothèse rapportée peut être soutenue ou exclue par les résultats de l'examen pathologique, ou jusqu'à quel point elle peut l'être. [Voir page 463.]
- 94 a) Lorsque les médecins légistes fondent leurs opinions, en tout ou en partie, sur la consultation d'autres experts, ils devraient identifier ces experts et indiquer le contenu des opinions que ces experts ont exprimées.
- b) Lorsque des consultations officieuses « de couloir » influencent une opinion officielle, les mêmes procédures d'identification et de citation devraient être suivies. De plus, les experts consultés devraient décrire par écrit, si possible, toutes les conclusions ou opinions qu'ils ont fournies. [Voir page 464.]
- 95 a) Le fait de formuler de façon entièrement transparente les éléments sur lesquels se fonde l'opinion du médecin légiste est la pierre angulaire de la pathologie fondée sur des éléments de preuve.
- b) Les opinions médico-légales, qu'elles soient exprimées par écrit ou oralement, devraient à la fois décrire les preuves médico-légales et le raisonnement ayant mené à l'opinion exprimée. [Voir page 468.]
- 96 Pour communiquer leurs opinions dans un langage simple à comprendre pour les profanes, les médecins légistes devraient songer à inclure dans leurs rapports d'autopsie ou de consultation un glossaire de termes médicaux et, dans certains cas, de la documentation pertinente. [Voir page 468.]
- 97 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait préparer un code de pratique et de normes de rendement pour les médecins légistes de l'Ontario qui décrit, entre autres, les principes qui devraient les guider au moment de la rédaction de leurs rapports et les renseignements que ceux-ci devraient contenir. Il devrait s'inspirer des sources existantes, dont le *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* de l'Angleterre et du pays de Galles. Il devrait comprendre au moins ce qui suit :
- a) les principes énoncés dans la recommandation 84;
- b) des directives sur ce que devraient contenir leurs rapports d'autopsie et de consultation (particulièrement dans les cas où ils risquent d'être utilisés par le système de justice) incluant :

- i) les éléments obligatoires du *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* d'Angleterre et du pays de Galles;
 - ii) les détails sur les études et les qualifications professionnelles de l'expert, son expérience et ses accréditations en lien avec les opinions exprimées dans le rapport, ainsi que la portée et l'étendue de son expertise et toute restriction qui s'applique à celle-ci;
 - iii) le niveau de confiance ou de certitude à l'égard des opinions exprimées;
 - iv) toutes les autres explications soulevées par l'examen pathologique ou le contexte entourant la mort, ainsi qu'une analyse expliquant pourquoi ces autres explications peuvent ou non être exclues;
 - v) ce que le pathologiste a à dire relativement aux questions pertinentes de l'affaire et les raisons;
 - vi) toute controverse pouvant avoir un lien avec les opinions et une mise en contexte de celles-ci;
 - vii) toute limite scientifique se rapportant à un avis particulier;
 - viii) la mesure dans laquelle on a utilisé des renseignements circonstanciels ou de nature non pathologique et celle dans laquelle on s'y est fié et comment cela a influencé le raisonnement et les opinions;
 - ix) toute autre opinion d'expert sur laquelle les opinions reposent;
 - x) les preuves pathologiques trouvées et le raisonnement emprunté pour arriver aux opinions exprimées;
 - xi) un glossaire des termes médicaux, si cela s'avère utile, pour aider à communiquer les opinions dans un langage simple pour tous les profanes;
- c) des directives concernant :
- i) le langage à utiliser ou à éviter et les dangers associés à l'utilisation de certains termes;
 - ii) la meilleure façon de réfléchir au niveau de certitude ou de confiance, puis de l'exprimer;
 - iii) le besoin d'éviter de formuler ou de présenter les opinions en termes de preuve au-delà de tout doute raisonnable;
 - iv) le besoin d'éviter les diagnostics par défaut;
 - v) l'importance de reconnaître et d'établir pour les autres les limites de leur propre expertise et d'éviter d'exprimer des opinions qui sortent de ce cadre;
 - vi) les précautions qui devraient être prises concernant l'utilisation de preuves circonstancielle ou de nature non pathologique. [Voir page 470.]

- 98 Le code de pratique et des normes de rendement des médecins légistes de l'Ontario devrait aussi se pencher sur les témoignages, en s'inspirant là encore des sources existantes en matière de contenu, particulièrement du *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* élaboré en Angleterre et au pays de Galles. Il devrait également inclure des directives particulières à l'endroit des médecins légistes concernant la façon de réagir aux questions hypothétiques et aux opinions différentes de leurs collègues. [Voir page 474.]
- 99 a) Les médecins légistes devraient éviter d'utiliser un langage potentiellement trompeur, comme l'expression « compatible avec », et opter pour un langage neutre qui détermine clairement les limites de l'opinion exprimée.
 b) Des travaux devraient être entrepris dans un contexte multidisciplinaire pour établir un consensus sur les mots et les expressions que les médecins légistes devraient utiliser ou éviter pour n'induire personne en erreur. Les résultats de ces travaux devraient se retrouver dans le code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes. [Voir page 477.]
- 100 Il faut rappeler régulièrement aux médecins légistes les dangers que le système de justice pénale interprète mal ou ne comprenne pas bien leurs propos. C'est pourquoi ceux qui exercent la médecine légale devraient suivre régulièrement des séances de formation continue afin de communiquer plus efficacement avec le système de justice pénale. [Voir page 478.]

Chapitre 17

Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense

- 101 Le coroner et le médecin légiste devraient travailler en étroite collaboration dans les cas où il y a autopsie. Ce faisant, le coroner devrait respecter l'expertise du médecin légiste et son jugement professionnel indépendant. [Voir page 480.]
- 102 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer d'encourager la tenue rapide de conférences préparatoires régulières, particulièrement dans les cas d'enquêtes sur les morts suspectes d'enfants. De telles conférences préparatoires favorisent l'échange de renseignements pertinents entre les participants, une enquête objective et éclairée et des opinions médicolégales précises qui tiennent compte des enjeux réels de l'affaire. [Voir page 485.]

- 103 Des notes devraient être prises durant les conférences préparatoires et faire partie des documents divulgués dans les affaires criminelles. [Voir page 485.]
- 104 Les conférences préparatoires constituent d'excellentes occasions pour les membres de l'équipe d'enquête sur les morts de communiquer entre eux. Elles ne constituent toutefois pas la seule occasion de communication. Les membres de l'équipe d'enquête sur les morts devraient communiquer régulièrement, particulièrement lorsque l'enquête révèle de nouveaux éléments de preuve. Ces éléments devraient être transmis aux médecins légistes pour leur permettre de revoir leur opinion à la lumière des nouveaux renseignements. Ces communications devraient être documentées par les parties en cause. [Voir page 485.]
- 105 Les participants aux conférences préparatoires devraient comprendre les rôles respectifs des coroners et des médecins légistes et la façon dont ces rôles influencent la portée et la nature des opinions qu'ils peuvent exprimer. Une bonne compréhension de ces rôles peut permettre d'éviter que des pressions soient exercées sur les médecins légistes pour qu'ils modifient leurs opinions afin qu'elles soient conformes à la cause et aux circonstances de la mort établies par le coroner. Elle peut également aider à éviter que la police et l'avocat de la Couronne ne s'en remettent de façon injustifiée à des opinions de profane exprimées par le coroner à d'autres fins que celles du système de justice pénale. [Voir page 486.]
- 106 Les coroners devraient éviter, dans le cadre des instances judiciaires, d'exprimer des opinions qui ne relèvent pas de leur champ d'expertise. Le danger n'est pas seulement que les opinions puissent être erronées, mais aussi qu'on y accorde un poids injustifié puisqu'elles émanent du bureau du coroner. [Voir page 487.]
- 107 Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, les écoles de police et le Service ontarien de médecine légale devraient collaborer afin de fournir à certains agents une formation spécialisée sur les enquêtes relevant de la médecine pédiatrique légale et une formation moins approfondie pour les autres agents sur la médecine légale et les enjeux relevés au cours des travaux de la présente Commission. [Voir page 490.]
- 108 Les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants devraient être menées, dans la mesure du possible, par des agents qui ont une formation et une expertise spécialisées en la matière. [Voir page 490.]

- 109 a) Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devrait créer et mettre à jour une liste des agents ayant une formation et une expertise spécialisées dans les enquêtes sur les morts d'enfants.
- b) Ces agents devraient être disponibles, au besoin, pour fournir des conseils à tout service de police ontarien concernant les enquêtes de cette nature.
- c) Cette liste ainsi que les coordonnées des officiers sur appel 24 heures sur 24 devraient être distribuées à tous les services de police de l'Ontario. [Voir page 490.]
- 110 Les policiers doivent être formés de façon à se méfier du raisonnement partial dans le cadre des enquêtes en général et des enquêtes sur les morts d'enfants en particulier. Cette formation est optimisée par un professionnalisme accru, une meilleure sensibilisation aux risques du raisonnement partial, la promotion d'une culture fondée sur des éléments de preuve et la transparence absolue des communications entre le médecin légiste et la police. [Voir page 491.]
- 111 Le ministère du procureur général (Division du droit criminel) devrait mettre en œuvre ses initiatives relatives aux poursuites judiciaires dans les cas d'homicides d'enfants et devrait avoir recours aux services de l'Équipe des homicides d'enfants le plus tôt possible. [Voir page 494.]
- 112 Les membres de l'Équipe des homicides d'enfants devraient avoir de l'expérience en matière de poursuites dans les cas d'homicide et connaître les méthodes scientifiques en général et la médecine pédiatrique légale en particulier. Ils devraient suivre une formation continue. [Voir page 494.]
- 113 L'avocat de la défense devrait avoir le droit de communiquer avec l'Équipe des homicides d'enfants lorsque des différends importants surgissent entre l'avocat de la défense et le procureur dans les cas d'homicides d'enfants. Ce droit devrait être officiellement consigné dans le manuel des politiques du ministère et divulgué aux procureurs de la Couronne et aux avocats de la défense. [Voir page 494.]
- 114 Un des aspects importants du rôle de l'Équipe des homicides d'enfants est d'examiner les affaires dans lesquelles une négociation au sujet du plaider a été offerte à la défense. L'Équipe devrait assumer ce rôle soit dans le cadre de l'obligation de consultation de la Couronne à chaque étape des procédures judiciaires, soit à la demande de la défense. [Voir page 496.]

- 115 a) Conformément aux initiatives du ministère du Procureur général, l'avocat de la Couronne devrait signaler à son superviseur et au chef de division des cas d'homicides d'enfants les commentaires négatifs de la magistrature ou ses propres inquiétudes au sujet de la participation d'un témoin expert en médecine pédiatrique légale au système de justice pénale.
- b) Afin d'améliorer la supervision et la responsabilisation de ces témoins, le chef de division des cas d'homicides d'enfants devrait signaler ces commentaires ou ces inquiétudes au médecin légiste en chef. [Voir page 498.]
- 116 Aux fins des initiatives ministérielles, le ministère devrait élaborer, en collaboration avec d'autres instances, des lignes directrices ou des protocoles s'inspirant des protocoles qui ont été adoptés entre la Couronne et le Centre des sciences judiciaires à la suite de la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin. Ces lignes directrices ou protocoles détermineraient :
- a) les commentaires négatifs de la magistrature ou les autres inquiétudes au sujet des témoins experts en matière de médecine pédiatrique légale qui devraient être signalés;
- b) la façon dont ces commentaires ou ces inquiétudes devraient être signalés;
- c) les transcriptions devraient être obtenues, s'il y a lieu, et auprès de qui;
- d) les circonstances dans lesquelles cette information peut-être divulguée et les catégories de cas à l'égard desquelles elle devrait l'être. [Voir page 499.]
- 117 Les procureurs de la Couronne devraient bien préparer les médecins légistes à livrer leur témoignage. Cette préparation nécessite entre autres une rencontre avec le pathologiste avant la tenue du procès. De telles rencontres aideront la Couronne à comprendre les limites de l'expertise et des opinions de l'expert. La préparation de l'expert devrait également se concentrer sur la présentation de la preuve de façon qu'elle soit claire, non équivoque, compréhensible et fondée sur l'expertise du témoin. [Voir page 501.]
- 118 Les principes qui suivent devraient guider la démarche des deux parties à l'égard du témoignage des médecins légistes :
- a) Les deux parties devraient s'assurer de comprendre l'étendue et les limites de l'expertise et des opinions des médecins légistes. Elles ne devraient pas poser de questions qui incitent les médecins légistes à émettre des hypothèses ou à s'aventurer hors de leur champ d'expertise ou des limites de la science.

- b) Les deux parties devraient faire attention de ne pas introduire, par le biais de leurs questions, une terminologie qui invite aux malentendus ou à une mauvaise interprétation.
- c) À la discrétion de la cour, les avocats de la Couronne et de la défense devraient également accorder aux médecins légistes une période suffisante pour réfléchir à la réponse qu'ils vont donner aux nouveaux renseignements qui pourraient avoir rapport avec leurs opinions ou les limites de celles-ci. [Voir page 501.]

119 Conformément à la responsabilité éthique d'un avocat quant à sa compétence, aucun avocat ne devrait défendre une affaire criminelle d'homicide d'enfant ou une affaire semblable qui outrepassse ses compétences ou ses aptitudes. [Voir page 504.]

120 La province de l'Ontario, de concert avec Aide juridique Ontario, devrait veiller à ce que les affaires criminelles graves faisant appel à la médecine pédiatrique légale soient défendues par des avocats qui possèdent les aptitudes et l'expérience nécessaires. Cela signifie, entre autres, que la rémunération des avocats défendant ces affaires devrait être considérablement augmentée et que les critères d'admissibilité à défendre ces affaires devraient être définis de façon appropriée.

Voici des moyens d'atteindre ces objectifs :

- a) La liste des avocats acceptant les affaires criminelles extrêmement graves devrait englober toutes les affaires criminelles d'homicides d'enfants, y compris les cas d'homicide involontaire et de négligence criminelle ayant causé la mort, ainsi que les cas semblables qui comprennent des preuves médico-légales ou d'autres preuves médicales complexes nécessitant une évaluation méticuleuse et pouvant être remises en question.
- b) Au moins pour les cas d'homicides d'enfants ou les affaires semblables, les critères d'admissibilité à défendre des affaires criminelles extrêmement graves devraient être resserrés afin de faire en sorte que ces cas soient défendus par des avocats hautement compétents. Bien que l'expérience et les aptitudes de certains avocats soient suffisantes pour satisfaire à des critères élevés d'admissibilité même s'ils n'ont pas fait d'études ou reçu de formation en médecine pédiatrique légale, ces études ou cette formation devraient également faire partie des critères d'admissibilité.
- c) Aide juridique Ontario devrait considérer la spécialisation en droit pénal accordée par le Barreau du Haut-Canada comme étant un facteur servant à déterminer si l'avocat satisfait aux critères élevés d'admissibilité.

- d) Aide juridique Ontario devrait autoriser régulièrement les avocats adjoints ou en second à s'occuper de ces affaires en augmentant aussi leur rémunération de façon correspondante. Ces avocats ne devraient pas être tenus de satisfaire à tous les critères d'admissibilité auxquels sont soumis les avocats principaux. [Voir page 505.]
- 121 Pour les cas criminels d'homicides d'enfants et les affaires de nature semblable, Aide juridique Ontario devrait normalement, lorsque la demande est formulée, accorder des fonds pour que les médecins légistes de la défense soient présents en cour lorsque les pathologistes de la Couronne ou d'autres experts éminents en médecine légale livrent leur témoignage dans le cadre de l'affaire. [Voir page 507.]
- 122 Les taux horaires offerts par Aide juridique Ontario pour les médecins légistes et autres experts du genre devraient être majorés afin de permettre à la défense d'avoir accès à leur expertise et ce taux devrait être relativement équivalent aux honoraires payés par la Couronne. De même, lorsqu'il faut déterminer le nombre d'heures autorisées, s'il convient d'autoriser la venue d'un médecin légiste de l'extérieur de la province ou d'autoriser plus d'un médecin légiste ou expert, Aide juridique Ontario devrait s'inspirer des leçons qu'a tirées la Commission d'enquête – y compris la complexité des cas criminels d'homicides d'enfants et les possibilités d'erreurs judiciaires en présence de preuves médico-légales qui ne peuvent être évaluées avec exactitude et, au besoin, mises en doute. [Voir page 507.]
- 123 Le financement total dont dispose Aide juridique Ontario devrait être suffisant pour permettre la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent Chapitre. [Voir page 508.]
- 124 Les témoins experts convoqués par la poursuite devraient être disponibles pour rencontrer l'avocat de la défense avant la tenue du procès afin d'expliquer leurs opinions et les limites de celles-ci. Au cours de la préparation du procès, l'avocat de la défense devrait envisager sérieusement de rencontrer ces experts. Cela est particulièrement indiqué dans les affaires de nature médico-légale. [Voir page 509.]
- 125 La défense bénéficie souvent (tout comme le témoignage des médecins légistes présenté au système de justice pénale) de la divulgation hâtive et volontaire du témoignage anticipé de son expert en médecine légale. Il fau-

drait encourager la défense, dans son propre intérêt, à procéder à une telle divulgation hâtive. Il ne faudrait cependant pas l’y obliger. [Voir page 512.]

- 126 Un programme de surveillance des tribunaux devrait être instauré pour les médecins légistes par le Bureau du coroner en chef de l’Ontario, de concert avec le ministère du Procureur général et la Criminal Lawyers Association. [Voir page 513.]
- 127 a) Le ministère du Procureur général et le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devraient financer régulièrement des cours conjoints pour les avocats de la défense et de la Couronne portant sur la médecine légale en général et la médecine pédiatrique légale en particulier.
- b) Cette formation devrait aider les avocats à acquérir les connaissances spécialisées nécessaires pour agir à titre d’avocat dans les cas de médecine pédiatrique légale. Les programmes d’enseignement pourraient être offerts en classe ou en ligne, mais il devrait aussi y avoir du matériel accessible en ligne afin que les avocats plaidant des causes de médecine pédiatrique légale puissent s’en servir comme ressource quand le cours n’est pas offert. [Voir page 514.]
- 128 On devrait encourager les écoles de droit à offrir des cours permettant d’acquérir des connaissances scientifiques de base et traitant de l’interaction entre la science et le droit. [Voir page 514.]

Chapitre 18

Le rôle de la cour

- 129 Lorsqu’un témoin est appelé à présenter une preuve scientifique d’expert, le tribunal devrait définir clairement son domaine d’expertise et limiter vigoureusement son témoignage à ce domaine. [Voir page 521.]
- 130 Doubter de la fiabilité d’une preuve est un élément fondamental du droit de la preuve. Le seuil de fiabilité joue un rôle de premier plan au moment de déterminer si une preuve d’expert proposée est admissible en vertu des critères décrits dans l’arrêt *Mohan*. La fiabilité peut constituer un facteur important au moment de déterminer si une preuve d’expert est pertinente et nécessaire, si cette preuve doit être rejetée en vertu d’une règle d’exclusion, notamment

la règle exigeant qu'une preuve soit rejetée si son effet préjudiciable surpasse sa valeur probante, et si l'expert est suffisamment qualifié. Les juges de première instance devraient être vigilants au moment d'exercer leur rôle de protecteur en ce qui a trait à l'admissibilité d'une telle preuve. Ils devraient en particulier s'assurer que la preuve scientifique d'expert qui ne satisfait pas aux normes de fiabilité est exclue, que la science soit classée ou non comme nouvelle. [Voir page 535.]

- 131 Au moment de déterminer le seuil de fiabilité d'une preuve scientifique d'expert, le juge de première instance devrait évaluer la fiabilité du témoin proposé, le domaine scientifique et l'opinion présentée dans une cause particulière. Ce faisant, le juge devrait tenir compte des questions et des outils qui se rapportent le mieux à sa tâche dans cette cause. [Voir page 545.]
- 132 La fonction de protecteur du juge de première instance peut être facilitée, dans certains cas, par des descriptions écrites, dans les rapports d'expert, de la nature de la discipline en question et de la façon dont celle-ci tient compte des critères de fiabilité. En médecine légale, ces descriptions pourraient inclure une énumération des domaines de controverse pertinents se rapportant au cas et une liste de documents scientifiques sur le sujet. [Voir page 548.]
- 133 Les juges devraient évaluer si des parties de la preuve d'expert proposée sont suffisamment fiables pour être admises et si d'autres qui ne le sont pas doivent être modifiées pour être admises. [Voir page 549.]
- 134 L'Institut national de la magistrature devrait envisager l'élaboration de programmes supplémentaires destinés aux juges concernant le seuil de fiabilité et la méthode scientifique dans le contexte de la détermination de l'admissibilité d'une preuve scientifique d'expert. [Voir page 552.]
- 135 Il serait utile que le Conseil canadien de la magistrature, en collaboration avec l'Institut national de la magistrature, évalue la faisabilité de la préparation d'un équivalent canadien du *Reference Manual on Scientific Evidence* préparé par le Federal Judicial Center aux États-Unis. [Voir page 552.]
- 136 a) Il faudrait créer un code d'éthique s'appliquant aux experts témoignant dans des instances criminelles.

- b) Ce code devrait être intégré au système de justice pénale. Cela peut être fait par l'introduction de directives en matière de pratique et de modifications aux formulaires relatifs aux conférences préalables.
- c) Le code devrait prévoir que les experts ont l'obligation d'aider le tribunal en ce qui a trait à des questions relevant de leur domaine d'expertise et que cette obligation l'emporte sur toute obligation envers la personne qui leur a fourni des directives ou versé un paiement.
- d) Les experts devraient être obligés d'attester dans leurs rapports qu'ils comprennent cette obligation et, avant de témoigner, d'accepter d'être liés par les obligations prévues dans le code d'éthique. [Voir page 556.]

137 Il n'est pas recommandé de recourir à des experts nommés par le tribunal ou conjointement par les parties dans les cas de médecine pédiatrique légale. En revanche, l'utilisation efficace du système adversatif, qui permet à chaque partie de présenter sa propre preuve et de contre-interroger les témoins de la partie adverse, est particulièrement appropriée dans des domaines de controverse ou de différend relatifs à ces cas. [Voir page 557.]

- 138 a) Les juges de première instance peuvent jouer un rôle important relativement à la promotion du respect des dispositions existantes du *Code criminel* concernant la divulgation d'un témoignage d'expert prévu et à l'adoption de mesures, même si le respect a été total, afin de faire en sorte que toutes les parties soient pleinement préparées et renseignées et, par conséquent, qu'elles puissent interroger efficacement le témoin expert présenté.
- b) Les juges de la conférence préparatoire jouent un rôle tout aussi important dans les cas où une preuve d'expert en médecine pédiatrique légale ou dans un autre domaine complexe peut occuper une place importante. Ils peuvent faciliter la délimitation des questions en litige entre les parties et la présentation d'autres renseignements sur l'opinion de l'expert proposé ou les fondements sur lesquels elle s'appuie. Enfin, ils peuvent envisager, avec la défense, la divulgation rapide et volontaire du rapport par son témoin proposé ou d'un résumé de l'opinion prévue de ce témoin, et déterminer quand et comment cela peut se faire. [Voir page 560.]

139 Les rencontres préparatoires entre les témoins experts visant à discuter de leurs désaccords et à les clarifier serviront souvent les intérêts de toutes les parties concernées. Dans les cas où cela s'impose, les juges, particulièrement les juges de la conférence préparatoire, peuvent favoriser et faciliter de telles rencontres

entre les experts disposés à y participer, sans exiger qu'elles aient lieu. [Voir page 562.]

- 140 a) Dans les cas où la preuve d'expert est importante, les juges de première instance devraient utiliser la formulation des directives prévue dans les directives du Conseil canadien de la magistrature.
- b) Les juges devraient rappeler aux jurés qu'ils doivent faire preuve de bon sens au moment d'évaluer le témoignage d'un expert et qu'il leur revient de décider d'accepter ou non l'opinion de l'expert, en totalité ou en partie.
- c) De plus, les juges devraient, dans les cas où cela s'impose, fournir des questions structurées en vue d'aider le jury à déterminer la fiabilité définitive de l'opinion de l'expert. Ces questions peuvent ressembler à celles dont les juges disposent pour évaluer le seuil de fiabilité, telles qu'elles sont abordées dans le présent rapport. [Voir page 564.]

Chapitre 19

Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée

141 Dans les cas où l'on cherche à faire annuler des condamnations en se fondant sur des erreurs relevées dans le travail du D^r Charles Smith grâce à la vérification du coroner en chef, le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait favoriser l'accès de la personne condamnée à la Cour d'appel et la définition des enjeux vraiment importants relativement à ces cas, sans contraintes de procédure inutiles. Une telle aide pourrait comprendre les éléments suivants :

- accepter les demandes de la défense en ce qui a trait au prolongement des délais accordés pour interjeter appel;
- chercher à conclure une entente avec la défense à l'égard de protocoles relatifs à la procédure ou à la preuve concernant des demandes de prolongement du délai accordé pour interjeter appel, présenter un nouvel élément de preuve en appel ou respecter l'appel en tant que tel;
- permettre l'utilisation de transcriptions de témoignages présentées lors d'enquêtes (comme celle-ci) par des experts en médecine légale ou d'autres;
- réduire le nombre de questions devant être résolues par la Cour. [Voir page 568.]

- 142 L'examen en cours des cas d'homicide sur lesquels a travaillé le D^r Smith au cours de la période allant de 1981 à 1991 devrait être complété. Les résultats devraient être rendus publics d'une manière tenant compte du respect de la vie privée des personnes touchées et qui n'entravera aucune instance judiciaire future. [Voir page 581.]
- 143 L'évolution importante des connaissances en médecine pédiatrique légale concernant le syndrome du bébé secoué et les traumatismes crâniens chez les enfants invite à un examen de certains cas passés en raison du doute à l'effet que certaines condamnations devraient aujourd'hui être considérées comme des erreurs judiciaires.
- a) L'objectif de cet examen devrait consister à relever les cas ayant donné lieu à une condamnation et où l'opinion du médecin légiste, si elle est maintenant jugée déraisonnable, a suffi à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée.
 - b) Guidé par l'exemple lié à la vérification du coroner en chef, l'examen devrait recourir à un petit sous-comité de volontaires du Comité consultatif des services judiciaires représentant la Couronne, la défense, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Bureau du médecin légiste en chef.
 - c) Le ministère du Procureur général devrait fournir les ressources humaines et financières nécessaires pour soutenir les travaux du sous-comité, et non le BCCO, étant donné que l'objectif de l'examen est lié à l'administration de la justice. De plus, le ministère devrait avoir la responsabilité d'indemniser tout examinateur externe retenu en relation avec cet examen.
 - d) L'examen devrait tenir compte des condamnations découlant d'un plaidoyer de culpabilité et d'un procès.
 - e) L'examen ne devrait pas se limiter aux cas où la personne condamnée est toujours en détention.
 - f) L'examen devrait être effectué seulement dans les cas où la personne condamnée y consent.
 - g) Même si le choix de la procédure utilisée devrait revenir au sous-comité, la démarche recommandée ci-après devrait être considérée :
 - i) le sous-comité devrait commencer par les 142 cas identifiés par le D^r Pollanen;
 - ii) le sous-comité devrait examiner les cas avec l'aide des dossiers du BCCO afin d'éliminer ceux où les renseignements, qu'ils soient de

- nature pathologique ou non, rendent évident qu'il n'y a aucun doute important quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée;
- iii) le sous-comité devrait donc recueillir les renseignements nécessaires afin de relever les cas ayant donné lieu à une condamnation et éliminer les cas restants;
 - iv) le sous-comité devrait donc obtenir les dossiers requis (comme les dossiers de la police) concernant les cas relevés et utiliser ces renseignements supplémentaires afin d'éliminer d'autres cas en se fondant sur le critère décrit au paragraphe (ii) ci-dessus;
 - v) le sous-comité devrait donner suite aux cas qui restent seulement s'il obtient le consentement de la personne condamnée;
 - vi) le sous-comité devrait obtenir les transcriptions d'instances judiciaires précédentes pertinentes, dans la mesure du possible, si la personne condamnée consent à l'examen;
 - vii) Le sous-comité devrait renvoyer les cas qui restent pour examen externe par des médecins légistes lorsque le sous-comité est d'avis que les éléments pathologiques étaient suffisamment importants pour que, s'ils ne sont pas valables sur le plan de la procédure ou du fond compte tenu de l'état actuel des connaissances, il y a un doute important quant à la possibilité de condamnation injustifiée. L'examen externe ne peut avoir une incidence négative sur la capacité du Service ontarien de médecine légale à accomplir ses tâches régulières;
 - viii) les examinateurs externes devraient présenter un rapport sur le caractère raisonnable des opinions fondées sur la preuve médico-légale exprimées relativement à ces cas, compte tenu de l'état actuel des connaissances. Ils devraient notamment déterminer si la cour était au courant de l'importance de la controverse liée au syndrome du bébé secoué ou aux traumatismes crâniens chez les enfants, comme on la comprend aujourd'hui;
 - ix) les personnes condamnées devraient être informées des résultats de l'examen externe afin de pouvoir choisir de participer ou non aux processus offerts visant à régler les cas individuels pouvant avoir fait l'objet d'une condamnation injustifiée.
- h) Le public devrait être informé des résultats de l'examen d'une manière tenant compte du respect de la vie privée des personnes touchées et qui n'entravera aucune instance judiciaire future. [Voir page 589.]

- 144 Le Comité consultatif des services judiciaires, par l'entremise d'un sous-comité, devrait être en mesure d'examiner d'autres cas où l'on soutient qu'un processus vicié de médecine pédiatrique légale peut avoir entraîné des condamnations injustifiées et de recommander au Bureau du coroner en chef de l'Ontario les mesures supplémentaires qui devraient être prises, le cas échéant.
- a) En fonction de la charge de travail créée par de tels renvois, le sous-comité devrait être soit un comité consultatif soit un comité formé au besoin.
 - b) Le ministère du Procureur général devrait fournir au sous-comité les ressources humaines et financières appropriées en vue d'accomplir ses travaux. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait également ne pas avoir à rémunérer les examinateurs externes engagés pour effectuer ses travaux.
 - c) Si le sous-comité a renvoyé un cas aux fins d'examen externe, et si cet examen permet de conclure que l'opinion fondée sur la preuve médico-légale exprimée par le passé était déraisonnable et suffisait à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée, le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait favoriser l'accès de la personne condamnée à la Cour d'appel et la définition des enjeux vraiment importants relativement à ces cas, et ce, sans contraintes de procédure inutiles. Une telle aide devrait être semblable à celle offerte dans les cas où la vérification du coroner en chef a relevé des erreurs dans le travail du D^r Charles Smith.
 - d) Le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait également offrir ce type d'aide, dans la mesure où cela est possible, à une personne condamnée présentant une demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1 du *Code criminel*, s'il s'agit du forum approprié pour traiter de la question d'une possible condamnation injustifiée. [Voir page 591.]
- 145 La province de l'Ontario devrait attirer l'attention du gouvernement fédéral sur les deux avantages que j'ai décrits relativement au modèle de la Criminal Cases Review Commission (CCRC) – une structure qui peut faire en sorte qu'il est plus facile de trouver l'expertise nécessaire, et une indépendance qui peut entraîner un niveau plus élevé de confiance du public à l'égard de ses décisions – pour les cas de médecine pédiatrique légale. Ces éléments devraient contribuer à toute discussion future concernant l'adoption d'un modèle inspiré de la CCRC au Canada. [Voir page 597.]

146 La province de l'Ontario devrait également tenir compte des difficultés auxquelles doivent faire face ceux qui désirent accéder au processus de demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1 du *Code criminel*, fondée sur un processus vicié de médecine pédiatrique légale, comme suit :

- a) en s'assurant, conjointement avec Aide juridique Ontario, que ces personnes peuvent compter sur du financement de l'aide juridique pour obtenir l'expertise médico-légale nécessaire en vue d'appuyer leurs demandes. Aide juridique Ontario devrait financer adéquatement les demandes de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1. De plus, il faudrait envisager qu'Aide juridique Ontario finance, dans les circonstances appropriées, le recours à des médecins légistes par la défense en vue de déterminer si le bien-fondé d'une demande auprès du ministre de la Justice est suffisant pour que cette demande soit acceptée;
- b) en demandant au gouvernement fédéral d'accroître le rôle d'enquêteur du Groupe de la révision des condamnations criminelles (GRCC) du ministère de la Justice afin d'examiner les allégations selon lesquelles une erreur médico-légale a contribué à des condamnations injustifiées. Cela pourrait comprendre une utilisation accrue d'experts en médecine légale engagés par le GRCC afin d'enquêter sur une demande d'aide ministérielle et d'évaluer celle-ci. [Voir page 598.]

147 La province de l'Ontario, de concert avec Aide juridique Ontario, devrait envisager de permettre le financement par l'aide juridique, dans les circonstances appropriées, le recours à des médecins légistes par la défense avant de déterminer si le bien-fondé de l'appel est suffisant pour faire l'objet d'un financement et si un appel reposant sur une nouvelle preuve peut être entendu. [Voir page 599.]

148 La province de l'Ontario devrait relever les défis posés afin de déterminer s'il est possible de mettre en place un processus d'indemnisation viable. L'objectif consiste à offrir une réparation rapide et juste aux personnes ayant subi un préjudice à la suite de ces erreurs dans le processus de médecine pédiatrique légale, alors qu'elles n'ont commis elles-mêmes aucune faute, ce qui aiderait à regagner pleinement la confiance du public. [Voir page 602.]

Chapitre 20

Premières nations et collectivités éloignées

- 149 a) Le Nord de l'Ontario devrait être divisé en deux régions desservies par les coroners – la région du Nord-Ouest, administrée à partir de Thunder Bay et la région du Nord-Est, administrée depuis Sudbury.
- b) Chacune de ces deux régions devrait être dirigée par son propre coroner régional et dotée des ressources adéquates pour remplir ses responsabilités stipulées dans la *Loi sur les coroners*.
- c) Plus généralement, la province de l'Ontario devrait fournir les ressources adéquates pour la prestation de services de coroners et de médecine légale dans le Nord de la province qui soient raisonnablement équivalents à ceux dispensés ailleurs en Ontario, même si les coûts associés à ces services seront plus élevés dans le Nord. [Voir page 607.]
- 150 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait conclure une entente de services avec l'hôpital universitaire Winnipeg Health Sciences Centre pour faire en sorte que des protocoles et des procédures équivalents à ceux recommandés dans le présent rapport concernant la révision par les pairs, la responsabilisation et l'assurance de la qualité soient en place à Winnipeg pour les autopsies de cas provenant de l'Ontario. [Voir page 608.]
- 151 L'Unité de médecine légale du Nord-Est devrait devenir une unité officielle, avoir un directeur et recevoir un financement pour les paiements de transfert. À ce titre, elle pourrait effectuer des autopsies liées à des cas de morts d'enfants tel que précisé par le médecin légiste en chef. [Voir page 610.]
- 152 Des mesures devraient être prises pour augmenter la probabilité que les coroners-enquêteurs se présentent sur les lieux de la mort conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. La présence des coroners améliore la qualité d'un grand nombre d'enquêtes et permet à ces derniers de communiquer avec les familles touchées et d'établir des relations avec les collectivités. [Voir page 612.]
- 153 Un suivi des présences et des absences des coroners sur les lieux de la mort devrait être effectué dans le cadre du processus d'assurance de la qualité du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO). De même, on devrait effectuer

un suivi de la conformité à la ligne directrice du BCCO indiquant que les coroners doivent documenter les raisons pour lesquelles ils ne se rendent pas sur les lieux et en discuter avec le coroner régional. [Voir page 613.]

154 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait, en collaboration avec les collectivités éloignées et les Premières nations, envisager d'élaborer des lignes directrices particulières qui exposeraient plus précisément les circonstances dans lesquelles les coroners doivent se rendre sur les lieux de la mort situés dans les collectivités éloignées. [Voir page 613.]

155 La profession médicale et les écoles de médecine, comme l'École de médecine du Nord de l'Ontario, de concert avec la province de l'Ontario, la nation Nishnawbe-Aski, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, et d'autres intervenants devraient travailler en partenariat pour accroître le nombre de médecins qui travaillent dans les régions éloignées. Un aspect qui se rapporte encore plus au mandat de cette Commission : les honoraires versés aux coroners lorsqu'ils se présentent sur les lieux de la mort, particulièrement dans les collectivités éloignées, devraient être augmentés de sorte que ces déplacements ne constituent pas un facteur dissuasif. [Voir page 613.]

156 a) Lorsqu'il n'est pas possible pour les coroners-enquêteurs de se rendre sur les lieux de la mort, toute la technologie disponible, comme la photographie numérique, devrait être mise à profit pour fournir en temps opportun les renseignements aux coroners et ainsi leur permettre d'aider ou de transmettre des directives à la police ou au médecin légiste, au besoin.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait élaborer, en partenariat avec les collectivités éloignées et les Premières nations, une technologie optimisée conçue pour transmettre des renseignements au coroner et au médecin légiste en « temps réel », comme la téléconférence. Des ressources devraient être consacrées pour permettre l'élaboration et l'utilisation de cette technologie. [Voir page 614.]

157 a) Des agents de police qui agissent en tant que substituts aux coroners ne sont là que dans les situations d'urgence seulement. Cela ne devrait pas constituer la norme ou la solution par défaut pour l'ensemble des morts qui surviennent sur le territoire d'un coroner.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait amorcer un processus de consultation avec les collectivités les plus touchées pour évaluer les divers modèles visant à déléguer les pouvoirs d'investigation du coroner à d'autres

intervenants, y compris à des professionnels de la santé ou à des personnes vivant dans les collectivités qui auraient reçu une formation spécialisée. [Voir page 618.]

- 158 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait consulter les dirigeants autochtones lors de l'élaboration des politiques visant à accommoder, dans la mesure du possible, les diverses pratiques autochtones concernant la manipulation du corps d'un défunt. [Voir page 620.]
- 159 Les coroners devraient recevoir une formation sur les problèmes culturels, particulièrement ceux qui entourent la mort, pour faciliter l'exercice de leurs responsabilités. [Voir page 620.]
- 160 Les coroners jouent un rôle important en communiquant avec les familles touchées par l'enquête sur la mort. Une telle communication devrait inclure les renseignements suivants : l'endroit où le corps sera amené; si une autopsie sera réalisée et pourquoi; ce que l'autopsie implique; quand on prévoit la pratiquer; les questions, le cas échéant, soulevées par rapport au prélèvement d'organes ou de tissus; quand le corps, les organes ou d'autres parties du corps seront rapportés; et, si une demande a été faite à cet égard, les résultats de l'autopsie ou les éléments que d'autres examens pertinents ont révélés. En l'absence de raisons convaincantes servant l'intérêt public, il est inacceptable qu'une famille qui souffre de la perte d'un enfant ne reçoive pas de tels renseignements concernant l'enquête sur la mort. [Voir page 622.]
- 161 Dans les collectivités éloignées, les chefs jouent un rôle de première importance dans le soutien apporté aux familles et aux membres de la collectivité touchés par le deuil, surtout par la mort d'un enfant. Ils peuvent aussi aider à déterminer les questions d'ordre systémique qui se posent à l'occasion d'une mort isolée, y compris relativement au travail de médecine légale associé à ces cas. Les chefs des collectivités peuvent collaborer avec le BCCO et, s'il y a lieu, avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations pour favoriser les changements nécessaires. En conséquence, il est important que les coroners régionaux et les coroners-enquêteurs rencontrent les dirigeants des collectivités pour établir des relations et favoriser des partenariats. [Voir page 623.]
- 162 a) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait travailler en partenariat avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières

nations pour élaborer des protocoles de communication. La priorité devrait d'abord être accordée à l'établissement de tels protocoles pour la région du Nord, où le besoin est particulièrement criant.

- b) Peu importe le modèle élaboré pour améliorer les communications, celui-ci devrait engager des personnes travaillant dans le système du coroner qui comprennent et connaissent les cultures, les langues ainsi que les croyances et les pratiques spirituelles ou religieuses des collectivités autochtones concernées. [Voir page 625.]

Chapitre 21

La médecine pédiatrique légale et les familles

163 a) La province de l'Ontario, avec l'aide de l'Association ontarienne des sociétés d'aide à l'enfance et d'autres intervenants, devrait élaborer des normes provinciales sur le partage d'information lors d'enquêtes sur des morts suspectes d'enfants menées par la police et les sociétés d'aide à l'enfance, afin de compléter celles qui existent déjà.

- b) Les normes provinciales devraient :
- Porter précisément sur les attentes entourant le partage d'information relative aux enquêtes conjointes ou parallèles menées dans les cas de morts d'enfants où d'autres enfants pourraient se trouver en situation de risque.
 - Insister sur l'importance du fait que les renseignements soient communiqués en temps opportun et de façon précise et qu'ils soient mis à jour au fur et à mesure que les circonstances évoluent, surtout ceux transmis par la police aux préposés à la protection de l'enfance pour s'assurer que les décisions concernant les enfants survivants sont adéquates.
 - Éliminer toute interprétation erronée faisant obstacle à un partage d'information approprié et renforcer le point soulevé à l'effet que, même s'il est important de protéger l'intégrité d'une enquête criminelle en cours, on ne doit pas surestimer la nécessité de ne pas divulguer les renseignements aux représentants de la protection de l'enfance. On ne doit pas sous-estimer l'importance des décisions relatives à la protection de l'enfant ni la manière dont le partage d'information peut favoriser une meilleure recherche des faits.

- Préciser les rôles que doivent assumer les coroners, les médecins légistes et les procureurs de la Couronne dans le partage des renseignements au cours des enquêtes portant sur la mort suspecte d'enfants.
- c) Des protocoles locaux devraient être créés partout dans la province afin de permettre aux différents territoires de compétence de mettre en œuvre les normes provinciales en vue de répondre le mieux possible aux besoins de leurs collectivités.
- d) L'élaboration en temps opportun de ces protocoles locaux devrait être facilitée par la création d'un modèle qui accompagnerait les normes provinciales.
- e) Les sociétés d'aide à l'enfance locales, la police, les coroners, les médecins légistes et les avocats de la Couronne devraient recevoir une formation conjointe sur les normes provinciales et leur mise en œuvre à l'échelle locale afin d'assurer une compréhension et une interprétation communes des normes et des protocoles ainsi que de leur mise en application, par toutes les parties en cause. [Voir page 638.]

164 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) devrait élaborer un service de liaison pour communiquer avec les familles, particulièrement celles qui ont perdu un enfant. Ce service doit favoriser une communication efficace et attentionnée en temps opportun avec les familles touchées. La province de l'Ontario devrait fournir un financement additionnel au BCCO pour l'élaboration de ce service. [Voir page 640.]

- 165** a) La divulgation des résultats de l'autopsie doit se faire de vive voix et par écrit, en temps opportun et en faisant preuve de sensibilité à l'égard de la perte et du deuil que vivent les parents.
- b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait rencontrer des représentants de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et des principaux services de police pour élaborer une politique relative à la divulgation en temps opportun des renseignements sur l'autopsie lorsqu'une enquête criminelle a lieu. [Voir page 641.]

166 La politique actuelle du Bureau du coroner en chef de l'Ontario en matière de prélèvement et de disposition d'organes et de tissus doit continuer d'être appliquée. On devrait encourager les coroners à communiquer avec les familles au sujet de la nécessité de prélever des organes et des tissus en temps opportun, tout en respectant leurs croyances culturelles et religieuses. [Voir page 643.]

- 167 La province de l'Ontario devrait financer le counselling pour les personnes dont la famille a été touchée par un processus vicié de médecine pédiatrique légale pendant trois années additionnelles, donc pour une durée totale de cinq ans depuis le commencement, si les personnes concernées et les conseillers croient qu'un tel prolongement serait bénéfique. [Voir page 644.]
- 168 Dans l'exécution de son mandat, le directeur du Registre des mauvais traitements infligés aux enfants de l'Ontario devrait être encouragé à approuver les demandes de retrait déposées par les personnes inscrites à tort au Registre à la suite d'examen de médecine pédiatrique légale erronés s'il n'existe plus de preuves crédibles de violence. [Voir page 645.]
- 169 a) Aide juridique Ontario devrait collaborer avec la profession des avocats en droit familial pour s'assurer que les membres reçoivent une rémunération adéquate dans les instances de protection de l'enfance où la médecine légale pédiatrique occupe une place importante. Le tarif pour les avocats qui défendent ces causes doit être augmenté afin d'encourager les avocats expérimentés et spécialisés à accepter les cas pris en charge par l'aide juridique et de tenir compte de leur expertise. Aide juridique Ontario devrait financer un nombre d'heures suffisant pour permettre aux avocats d'assumer adéquatement leurs responsabilités.
- b) Dans les cas où cela est approprié, Aide juridique Ontario devrait autoriser le financement des services d'un ou de plusieurs médecins légistes et, si nécessaire, de pathologistes provenant d'une autre région, y compris leurs frais de déplacement.
- c) Aide juridique Ontario devrait augmenter le taux horaire des médecins légistes qui témoignent à titre d'experts pour qu'il corresponde à celui des experts de la Couronne. Cela est nécessaire pour s'assurer que des experts possédant des compétences comparables à celles des experts de la Couronne soient disposés à aider les avocats en droit de la famille. On devrait procéder rapidement à l'augmentation du taux relatif aux cas de médecine pédiatrique légale.
- d) Aide juridique Ontario devrait augmenter le nombre d'heures financées et accordées aux médecins légistes. [Voir page 649.]

