

4

Enquête sur les morts suspectes d'enfants

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) enquête sur quelque 250 morts d'enfants chaque année, dont la grande majorité est de cause naturelle. Environ 35 à 40 de ces morts seront classées comme ayant une cause indéterminée. Chaque année, près de 25 morts d'enfants semblent d'origine criminelle, mais entre cinq et 15 d'entre elles seulement s'avèreront en fin de compte être des homicides ou des morts suspectes d'origine criminelle. Ainsi, une mort qui semblait être au départ d'origine criminelle peut, au cours de l'enquête, se révéler ne pas l'être. L'inverse est également possible : un cas qui ne soulevait, dans un premier temps, aucune interrogation peut se révéler être d'origine criminelle après la découverte de nouveaux éléments pendant l'enquête sur cette mort.

En Ontario, plusieurs organismes et professionnels interviennent dans une enquête sur la mort suspecte d'un enfant. Des coroners, des agents de police, des pathologistes, le procureur de la Couronne et les autorités locales de protection de l'enfance peuvent tous enquêter sur des aspects différents de la mort. Ces professionnels travaillent ensemble dans ce que l'on pourrait appeler communément le système d'enquête sur les morts en Ontario.

L'objectif du système d'enquête sur les morts est de s'assurer que l'on trouve la cause de chacune et qu'aucune n'est oubliée, cachée ou ignorée. Il est également d'une importance capitale pour l'administration de la justice. C'est, en premier lieu, le coroner (qui peut être assisté par un pathologiste et d'autres experts médicaux) qui a la responsabilité de répondre aux questions suivantes : comment, où, quand et dans quelles circonstances une personne est décédée. Le coroner déterminera si la cause de la mort est naturelle, accidentelle, s'il s'agit d'un suicide ou d'un homicide (tel qu'il est défini dans les politiques du BCCO et non dans le *Code criminel*, L.R.C., 1985, chap. C-46) ou si la cause de la mort est indéterminée.

La police est chargée de réunir des preuves et de déposer des accusations criminelles lorsque les preuves, y compris les opinions d'experts concernant la cause

de la mort, appuient ces accusations. Les autorités locales de protection de l'enfance peuvent intervenir auprès de la famille, lorsque les circonstances le justifient, s'il reste des frères et sœurs qui pourraient avoir besoin de protection.

Si des accusations criminelles sont déposées, le procureur de la Couronne déterminera s'il existe une possibilité raisonnable de condamnation et, le cas échéant, poursuivra l'accusé en justice.

ENQUÊTE HYPOTHÉTIQUE SUR UNE MORT : TORONTO, 1997

Je vais décrire « qui fait quoi » dans le cadre d'une enquête hypothétique, mais typique, sur la mort d'un enfant. Cette enquête concerne la mort d'un enfant de huit mois à son domicile à Toronto en 1997. La mort, qui semblait suspecte, a en fin de compte entraîné le dépôt d'accusations criminelles. De façon générale, les procédures et les pratiques sont celles qui étaient utilisées à l'époque sur les lieux de l'enquête. Il s'agit d'un point important parce que les rôles des divers intervenants du système d'enquête ont évolué aussi bien au fil des ans que selon les endroits. J'ai choisi 1997 parce que cet exemple tient compte des multiples initiatives importantes instaurées par le BCCO en 1995.

Comme je l'expliquerai dans d'autres parties de mon rapport, les collectivités éloignées des Premières nations et les autres collectivités du Nord de l'Ontario n'ont pas bénéficié, en règle générale, des mêmes services d'enquête que ceux qui sont décrits dans cet exemple. Ainsi, dans la plupart des cas, le coroner ne se rend pas sur les lieux de la mort dans ces collectivités éloignées et les échanges entre le coroner et la famille peuvent s'avérer moins fréquents que dans le cas ci-dessous. À mon avis, il faut éliminer cette disparité; je fais des recommandations à cet égard plus loin dans mon rapport.

L'enquête policière préliminaire

Notre exemple hypothétique commence par une mère affolée qui appelle le 911 en disant avoir trouvé sa fille de huit mois morte dans son berceau. Sur ce, l'opérateur du 911 envoie la police, les ambulanciers et les pompiers au domicile de cette femme.

Les agents de police doivent faire preuve de tact et de compassion dans des cas de mort d'enfants. Ils doivent réunir toutes les preuves pertinentes et mener une enquête approfondie afin de déterminer ce qui s'est passé. Ils doivent, en même temps, veiller à ne pas augmenter inutilement le profond sentiment de perte, de culpabilité et de dépression des parents endeuillés.

Dans notre exemple, les ambulanciers avaient constaté la mort de l'enfant avant que la police n'arrive sur les lieux. En vertu de la *Loi sur les coroners*, L.R.O 1990, chap. C-37, la police a le devoir d'informer le coroner de la mort lorsqu'un agent a des raisons de croire qu'elle est survenue de façon soudaine et inattendue ou à la suite de violence, de négligence ou d'une faute professionnelle. La mort de ce bébé auparavant en bonne santé correspondait parfaitement à la définition d'une mort soudaine et inattendue. Que les agents de police relèvent quelque chose de suspect ou non, ils ont l'obligation de mener une enquête et de signaler cette mort soudaine et inattendue.

Afin de faciliter ce processus, le BCCO a publié des lignes directrices que la police peut utiliser pour réunir les preuves dans des cas de mort soudaine et inattendue d'enfants de moins de deux ans. Il recommande aux agents présents sur les lieux de faire un rapport sur les circonstances de la mort de l'enfant, d'identifier le corps, de l'étiqueter et de le faire transporter à la morgue, puis d'approfondir l'enquête en cas de circonstances suspectes. De plus, la police doit chercher toute preuve de lésion infligée à l'enfant.

Si les agents de police ont l'impression que l'enfant décédé a été maltraité et qu'un frère ou une sœur survivant demeure encore dans la maison, ils doivent faire part de leurs soupçons à la Société d'aide à l'enfance (SAE) locale, qui mène alors sa propre enquête sur la situation de la famille. (En 1997, à l'époque de notre exemple, le partage de renseignements entre la police, le coroner et la SAE variait d'une collectivité à une autre.) Si la SAE détermine qu'un enfant survivant court des risques, elle entame des procédures pour retirer l'agresseur présumé du domicile ou retirer l'enfant de sa famille et le placer sous sa protection. Ces procédures se déroulent parallèlement à toute enquête criminelle et aboutissent, dans bien des cas, longtemps avant la conclusion du procès. Les procédures entamées par la protection de l'enfance peuvent ou non utiliser les preuves du pathologiste.

Le rôle initial du coroner

L'enfant étant morte à Toronto, les agents de police ont informé le coroner en appelant le service de répartition des coroners. Le répartiteur a alors appelé le coroner de service à ce moment-là. Il n'a pas tenté d'assortir le type ou la complexité de la situation aux compétences ou à l'expérience du coroner auquel l'affaire a été attribuée.

En Ontario, tous les coroners sont des médecins membres en règle de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. La plupart d'entre eux sont des médecins de famille en exercice qui travaillent également, à temps partiel, comme coroners rémunérés à l'acte. Très peu sont coroners à plein temps.

La *Loi sur les coroners* définit les cas dans lesquels les coroners peuvent et doivent enquêter, décrit l'objet de leur enquête, prévoit les pouvoirs dont ils disposent pour la mener à bien, précise à qui ils sont autorisés à révéler des renseignements découlant d'une enquête et contient des dispositions régissant ces enquêtes. En vertu de la Loi, le coroner devait enquêter sur le décès de cette fillette parce que tout portait à croire qu'elle était morte de façon subite et inattendue, ce qui est une raison suffisante, selon la Loi, pour déclencher une enquête. Comme l'exige la *Loi sur les coroners*, le coroner a émis un mandat pour prendre possession du corps de l'enfant, ce qui a déclenché son enquête sur cette mort.

Les coroners enquêtent sur les morts afin de répondre à cinq questions : Qui est mort? Comment, où et quand la personne est-elle morte? De quelle façon la mort est-elle survenue? Les coroners ne s'attachent pas simplement à déterminer la cause physique de la mort. Les éléments médicaux qui l'ont provoquée représentent seulement quelques-uns des nombreux facteurs dont ils tiennent compte. Les éléments non médicaux sont, très souvent, tout aussi importants. Un coroner enquête sur une mort afin notamment de réduire les risques que cela se reproduise dans les mêmes circonstances.

Dans notre exemple, le coroner s'est rendu sur les lieux pour voir le corps qui était resté au domicile. Sur place, il a rencontré les membres de la famille afin de leur expliquer son rôle, de savoir s'ils avaient des inquiétudes particulières, de leur indiquer les prochaines étapes de l'enquête et de répondre à leurs questions. En vertu de la *Loi sur les coroners*, ces derniers ont le droit de réunir des renseignements. Dans le cadre de l'enquête citée en exemple, le coroner a examiné les dossiers médicaux de l'enfant et en a fait des copies. Il incombe au coroner de s'assurer que le pathologiste qui fera l'autopsie reçoit une copie de tous les dossiers médicaux ou hospitaliers pertinents.

Les coroners ne peuvent pas utiliser les pouvoirs que leur confère la *Loi sur les coroners* pour faire avancer une enquête policière. En réalité, ils doivent faire très attention de ne pas compromettre de futures poursuites au criminel en utilisant leurs pouvoirs de façon inappropriée pour tenter de faire progresser une telle enquête. Si les services de police souhaitent obtenir des preuves dans le cadre d'une instance pénale, ils doivent se conformer aux exigences du *Code criminel* et de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Dans de nombreux cas, le coroner décide au cas par cas s'il faut ou non pratiquer une autopsie. En 1995, le BCCO a publié la note de service 631 à laquelle était joint le « Protocole d'enquête sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de deux ans » qui exigeait qu'une autopsie soit toujours pratiquée dans ces cas. Dans notre exemple hypothétique, le coroner a donc émis un mandat, comme l'exige la *Loi sur les coroners*, autorisant l'autopsie du corps. Le coroner

devait, dans le mandat, indiquer le nom du défunt, celui du pathologiste qui allait pratiquer l'autopsie, une description complète des circonstances ou des antécédents médicaux indiquant pourquoi l'autopsie était requise ainsi que tout rapport toxicologique ou radiographique ou autre examen pouvant aider le coroner.

L'ordre de procéder à une autopsie est une source importante de renseignements pertinents pour le pathologiste qui la pratique. Il est largement reconnu que les pathologistes auront plus de facilité à concentrer leur attention là où il le faut au cours de l'autopsie si des renseignements pertinents leur sont communiqués à propos de la mort. C'est pour ces raisons que le coroner doit y inclure le plus de renseignements possible. Toutefois, à l'époque du cas qui nous intéresse, les mandats étaient souvent sibyllins et contenaient peu de renseignements.

Après l'émission du mandat autorisant l'autopsie, le coroner a téléphoné au pathologiste pour lui fournir des renseignements supplémentaires avant l'examen. Le coroner et le pathologiste prennent ou non des notes détaillées sur l'information partagée durant cette conversation téléphonique en fonction de leurs méthodes de travail respectives.

Rôle du pathologiste et des services de police durant l'autopsie

En 1997, les pathologistes réalisaient presque toutes les autopsies pratiquées en vertu d'un mandat du coroner. Les pathologistes sont des médecins spécialisés dans l'examen des corps et de leurs tissus, aussi bien de visu qu'au microscope. Certains pathologistes ont une formation ou une accréditation complémentaire concernant les jeunes personnes (pathologistes pédiatriques) ou relative aux enquêtes sur les morts qui soulèvent des questions d'ordre à la fois médical et juridique (médecins légistes). En 1997, comme aujourd'hui, aucun pathologiste ontarien ne possédait de formation ou d'expertise accréditée à la fois en pathologie pédiatrique et en médecine légale.

L'enfant de huit mois étant morte à Toronto, la police a escorté le corps à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) à l'Hospital for Sick Children de Toronto (SickKids). En 1991, le ministère du Solliciteur général a signé un contrat avec SickKids visant à mettre en place l'UOMLP dans le but de pratiquer les autopsies requises par mandat du coroner pour la plupart des bébés et des enfants morts à Toronto et dans sa périphérie. Les pathologistes de l'UOMLP étaient des pathologistes pédiatriques qui pratiquaient ces autopsies contre une rémunération à l'acte. En 1997, l'UOMLP ne comptait aucun pathologiste ayant une formation ou une expertise accréditée en médecine légale.

La police, dans ce cas l'agente d'identité judiciaire, a accompagné le corps de l'enfant à l'UOMLP. Un agent de police suit cette procédure pour au moins trois

raisons : identifier le corps auprès du pathologiste, maintenir la continuité de la preuve au cas où les services de police déposeraient des accusations par la suite relativement à la mort et fournir au pathologiste les renseignements rassemblés depuis le début de l'enquête. En 1997, il aurait été très inhabituel qu'un pathologiste se déplace pour examiner les lieux de la mort.

L'agente de police a rencontré le pathologiste dans la salle de réunion et lui a confié ce qu'elle avait appris. Comme à l'habitude, l'agente n'a omis aucune information potentiellement sans importance ou préjudiciable et n'a pas non plus remis les renseignements au pathologiste par écrit. De plus, ni l'agente de police ni le pathologiste n'ont pris de notes détaillées de leur conversation.

Ensuite, l'agente de police a accompagné le pathologiste à la salle d'autopsie où elle a pris des notes sur l'autopsie. Le pathologiste a pratiqué l'autopsie conformément au protocole. Un assistant en anatomopathologie, c'est-à-dire un laborantin compétent qui n'était pas médecin, a aidé le pathologiste à préparer et à examiner les tissus. Le pathologiste a noté tout ce qu'il a constaté au cours de l'autopsie, mais n'a pas dressé la liste de tous les examens effectués. En 1997, certains pathologistes dictaient leurs notes au fur et à mesure de l'autopsie, certains prenaient des notes, tandis que d'autres tapaient leurs notes directement à l'ordinateur. Il aurait été inhabituel, à cette époque, qu'un pathologiste note les renseignements communiqués par un agent de police au cours d'une autopsie.

La première étape d'une autopsie est l'examen externe du corps. Cet examen comprend des radiographies, un examen visuel, la collecte de preuves physiques (s'il y a lieu) et des mesures. Dans notre exemple, des radiographies de l'intégralité du corps de l'enfant ont été réalisées ainsi que des clichés supplémentaires des côtes, des genoux, des épaules et du crâne. Ensuite, un radiologue compétent a examiné les radiographies avant l'autopsie à la recherche de fractures osseuses en faisant particulièrement attention au crâne, aux côtes et aux os longs. La présence de fractures récentes, en phase de reconstruction ou anciennes est d'une importance capitale et, dans notre cas, le rapport du radiologue a signalé au pathologiste des blessures osseuses qui ne pouvaient pas être détectées à l'œil nu.

Le pathologiste a ensuite examiné le corps et pris note des signes de blessures externes. Il a plus particulièrement représenté par des schémas et noté la taille, la forme, la couleur, l'emplacement et l'aspect des hématomes, des égratignures, des coupures et des blessures profondes. Comme dans la plupart des cas, les services de police et un photographe de l'hôpital ont pris des photos de tout le corps et de toute blessure à différentes étapes de l'autopsie selon les instructions du pathologiste.

Le pathologiste a également recherché des preuves physiques (fibres, cheveux et taches de fluides par exemple) qui pouvaient être prélevées pour examen au

Centre des sciences judiciaires (CSJ). Bien que ce ne fût pas le cas ici, dans certaines situations, le pathologiste prélève des échantillons sur les parties génitales, l'anus ou d'éventuelles traces de morsure. Le pathologiste a aussi pris une série de mesures standard, incluant le poids, la longueur et la circonférence de la tête, de la poitrine et de l'abdomen.

La seconde étape de l'autopsie est l'examen interne. Le pathologiste a ouvert le corps pour examiner, prélever et peser les principaux organes internes. Il a examiné avec attention la cage thoracique à la recherche de fractures récentes ou en phase de reconstruction. Le cou a été examiné à l'aide de techniques de dissection particulières afin de vérifier si la mort avait été provoquée par une asphyxie due à la compression du cou. Le pathologiste a également examiné la colonne vertébrale et le cerveau à la recherche, entre autres, d'une hémorragie sous-durale, fréquente dans les cas de blessures à la tête.

Le pathologiste a prélevé des échantillons de tissus que les techniciens de l'Hospital for Sick Children ont préparés en vue d'un examen au microscope, un processus qui peut prendre de quelques jours à quelques semaines. La liste des tissus prélevés varie d'un cas à l'autre, mais inclut le cerveau, le cervelet, le tronc cérébral et la moelle épinière, le cœur, les poumons droit et gauche, le thymus, le foie, la rate, le pancréas et les reins. Un pathologiste peut examiner en général de 30 à 35 lames porte-objets ou plus dans les cas où il est nécessaire de prélever des échantillons spéciaux.

Le pathologiste a demandé l'avis de tout expert qu'il jugeait bon de consulter. Dans notre exemple, il a demandé à un neuropathologiste pédiatrique d'examiner des échantillons du cerveau de l'enfant décédé. Le pathologiste a effectué une prise de sang pour analyse toxicologique, à la recherche d'alcool et de drogues, examen effectué au CSJ. Selon les circonstances, le pathologiste aurait pu demander que soient réalisés d'autres examens microbiologiques, biochimiques ou autres. En 1997, il n'aurait pas été inhabituel que le pathologiste ne note pas ou ne consigne pas ces consultations – souvent décrites comme étant officieuses.

À la fin de l'autopsie, le pathologiste a donné à l'agent de police et au coroner une opinion préliminaire sur la cause de la mort. Cet avis n'était habituellement pas remis par écrit ni étayé par les résultats de l'analyse toxicologique ou de l'examen microscopique des tissus. En 1997, la seule trace de cette opinion se retrouvait généralement dans les notes que l'agent de police avait prises pendant sa conversation avec le pathologiste. L'agent de police a intégré l'opinion préliminaire du pathologiste sur la cause de la mort aux autres éléments de l'enquête.

Au cours des semaines suivantes, le pathologiste a examiné les échantillons de tissus à l'aide d'un microscope et passé en revue les résultats des examens secondaires tels que ceux de toxicologie, de microbiologie et le rapport neuropathologique.

Le pathologiste a rassemblé tous ces renseignements et rédigé le rapport officiel d'autopsie – Formulaire 14 en vertu de la *Loi sur les coroners*. Le pathologiste a pu terminer son rapport uniquement après que tous les professionnels qui avaient réalisé les examens secondaires eurent apporté leurs conclusions et, plus particulièrement, ceux de toxicologie.

Le rapport se décomposait en six parties : identification (le nom de la personne qui avait identifié le corps et de celles présentes pendant l'autopsie), les observations liées à l'examen externe, les observations liées à l'examen interne, les résultats des analyses microscopiques et de laboratoire, les résultats des radiographies et un résumé des résultats anormaux. Enfin, une partie du rapport était réservée au pathologiste afin qu'il y inscrive son opinion sur la cause de la mort.

Le pathologiste, comme la plupart de ses confrères ontariens en 1997, n'a pas inclus l'historique du dossier, de commentaires ou de liste de preuves dans son rapport – le formulaire 14 ne lui enjoignait pas de le faire. Les rapports préparés à cette époque n'incluaient pas, en général, d'historique de l'affaire ni de preuve circonstancielle, même lorsque le pathologiste s'appuyait sur ces éléments pour déterminer la cause de la mort. Ils ne comprenaient pratiquement pas de discussion, commentaire ou interprétation. Ainsi, le rapport faisait très peu état du raisonnement que le pathologiste avait suivi pour aboutir aux conclusions de son rapport.

Rôle des services de police, du BCCO et du pathologiste : de la rédaction du rapport au procès

Après que le pathologiste eut terminé son rapport d'autopsie, il l'a envoyé au coroner régional qui, à son tour, l'a fait suivre au médecin légiste en chef. Ce dernier l'a examiné afin de s'assurer que les conclusions étaient raisonnables et de repérer tout problème important de médecine légale qu'il faudrait régler avant que le pathologiste ne remette son rapport à la Couronne. Le médecin légiste en chef devait s'assurer que les blessures étaient bien décrites, que le rapport ne contenait aucune incohérence, que le résumé des résultats anormaux était précis et que les éléments trouvés corroboraient bien la cause de la mort. Le médecin légiste en chef n'examinait ni les photographies ni les échantillons à moins qu'il n'ait repéré un problème potentiel. Dès qu'il avait examiné le rapport, celui-ci était remis au procureur de la Couronne.

Une fois le rapport approuvé par le médecin légiste en chef, le coroner a pu remplir le rapport d'enquête du coroner. Ce document est le dossier d'enquête officiel de la mort : il regroupe les conclusions du coroner quant à sa cause et ses circonstances ainsi que les raisons pour lesquelles le coroner a mené une enquête

et ordonné une autopsie. Dans notre exemple, les services de police ont déposé des accusations. Le coroner n'a donc pas rédigé de rapport d'enquête avant que les instances criminelles ne soient terminées.

En 1997, il arrivait parfois que les services de police déposent des accusations contre quelqu'un en se fondant, en partie, sur l'opinion préliminaire du pathologiste quant à la cause de la mort. Les contacts entre les services de police et le pathologiste variaient énormément d'une affaire à l'autre. Souvent, le pathologiste cessait brusquement de communiquer avec les services de police après l'autopsie, même lorsque ces derniers déposaient des accusations contre quelqu'un. Il arrivait fréquemment que la Couronne ou la police ne communique avec le pathologiste que très peu de temps avant l'enquête préliminaire ou le procès. Si un pathologiste recevait de l'information supplémentaire de la police ou du procureur de la Couronne qui modifiait son opinion sur la cause de la mort, il était probable qu'il prépare un rapport supplémentaire. De même, si un pathologiste changeait d'opinion pour une raison ou une autre après avoir remis son rapport, il est probable qu'il rédige un rapport supplémentaire.

Dans notre exemple, le procureur de la Couronne a demandé au pathologiste de témoigner pendant l'enquête préliminaire et le procès. Ce témoignage avait pour objet d'amener le pathologiste à communiquer à la cour ce qu'il avait découvert. Comme tous les témoins experts auxquels on demande leur avis, le pathologiste prenait part au procès dans le but d'aider la cour et non la partie qui l'avait appelé à la barre. Les témoins experts doivent servir les intérêts de la justice avant ceux des parties. En 1997 comme aujourd'hui, les experts doivent être indépendants et doivent toujours garder à l'esprit qu'ils ne sont pas là pour obtenir une condamnation ou un acquittement. La participation au système de justice pénale, qui, bien entendu, n'est pas systématique dans tous les cas où une autopsie est réalisée, est la dernière tâche qu'effectue le pathologiste dans une enquête sur une mort.