

7

Organisation de la médecine pédiatrique légale

Mon évaluation détaillée de l'exercice et de la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001 doit débuter par une description de la façon dont celle-ci et la médecine légale, dont elle fait partie, étaient organisées durant ces décennies.

Il est important de décrire les mesures institutionnelles générales qui étaient en place au début de cette période et leur évolution au cours des deux décennies suivantes. Ce compte rendu fournira un aperçu d'un certain nombre de pratiques fautives auxquelles avaient recours les pathologistes de l'époque, ainsi que des mécanismes limités de supervision et de responsabilisation qui y étaient associés. Il constitue également une toile de fond essentielle pour comprendre les événements relatés dans plusieurs des chapitres qui suivent : comment ces pratiques ont pu échouer si lamentablement et comment ces mécanismes de supervision et de responsabilisation ont pu s'avérer si inadéquats. Ces échecs systémiques sont au cœur de l'examen que l'on m'a chargé de mener. Il s'agit de la triste histoire de pratiques fautives et d'un manque de supervision.

L'ÈRE DU D^r JOHN HILLSDON SMITH, MÉDECIN LÉGISTE PROVINCIAL

Rôle et mandat de la Direction de la médecine légale

De 1975 à 1994, le D^r John Hillsdon Smith a occupé le poste de médecin légiste provincial de l'Ontario. Il avait reçu sa formation en Angleterre et était médecin légiste accrédité. Il a dirigé le Bureau du médecin légiste provincial, aussi connu sous le nom de la Direction de la médecine légale, qui fournissait des services médicolégaux aux coroners de l'Ontario. Cette direction était chargée de pratiquer les autopsies les plus complexes dans la province lorsque l'expertise requise

n'était pas disponible localement. Elle pratiquait aussi la plupart des autopsies d'adultes dans la région de Toronto.

Le mandat de la Direction de la médecine légale, défini en 1991, était de prodiguer des conseils aux pathologistes des hôpitaux, aux coroners et aux policiers, de pratiquer les autopsies médico-légales dans les cas complexes, de mettre sur pied des programmes d'enseignement, d'effectuer des tests connexes tels que des comparaisons entre la blessure et l'arme, des examens photographiques et radiographiques spécialisés, des tests d'identification et des tests pour déterminer s'il y a eu noyade et enfin de pratiquer les autopsies relatives aux décès survenus dans la communauté urbaine de Toronto.

Relation entre le médecin légiste provincial et le BCCO

Au cours du mandat du D^r Hillsdon Smith, la Direction de la médecine légale était une entité indépendante du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO). Le médecin légiste provincial ne relevait pas du coroner en chef. Les deux bureaux relevaient du sous-ministre adjoint du ministère du Solliciteur général et tous deux étaient situés dans l'Édifice du coroner sur la rue Grenville à Toronto. Le fondement juridique de pratiquement tous les travaux de la Direction de la médecine légale émanait des mandats des coroners ordonnant les autopsies.

Le personnel de la Direction de la médecine légale était constitué à l'origine du médecin légiste provincial ainsi que du médecin légiste provincial adjoint. Les autres pathologistes qui pratiquaient des autopsies dans l'Édifice du coroner étaient rémunérés à l'acte pour leurs services. De plus, la Direction de la médecine légale comptait du personnel administratif et technique à temps plein.

Durant son témoignage devant la Commission, le D^r James Cairns, coroner en chef adjoint de l'Ontario de 1991 à 2008, a déclaré que, lorsqu'il est arrivé au BCCO en 1991, les pathologistes travaillaient au sous-sol et les coroners au deuxième étage, et qu'il n'y avait aucune interaction entre les deux groupes. La salle d'autopsie était située au premier étage. L'ancien coroner en chef de l'Ontario, le D^r James Young, qui a travaillé au BCCO dans les années 1980, a lui aussi indiqué que les pathologistes et les coroners n'entretenaient aucun lien au cours de cette période. Le D^r Cairns a cru comprendre que le D^r Hillsdon Smith et le D^r Beatty Cotnam, qui a été coroner en chef de 1962 à 1982, s'étaient brouillés peu après que le D^r Hillsdon Smith fut nommé médecin légiste provincial. Au départ, les deux hommes avaient l'intention d'installer leurs bureaux au deuxième étage de l'Édifice du coroner, mais, à cause de l'animosité qui existait entre eux, le D^r Hillsdon Smith a déménagé son bureau au sous-sol. Le

D^r Hillsdon Smith n'avait pas de bien meilleures relations avec le D^r Ross Bennett, qui a succédé au D^r Cotnam, ni avec le D^r Young, qui est devenu coroner en chef en 1990.

Il n'a pas été possible durant l'enquête d'obtenir des détails sur les relations qui existaient entre les services directement de la bouche de ceux qui y occupaient les fonctions de médecin légiste provincial et de coroner en chef dans les années 1980 parce qu'ils sont tous morts. Toutefois, selon les déclarations des témoins qui ont travaillé au sein du système des coroners, je suis persuadé que les relations ont souffert d'un manque de communication et de collaboration, ce qui a contribué à créer une situation malsaine où les pathologistes et les coroners travaillaient en vase clos.

Formation et expérience des pathologistes pratiquant des autopsies sur des enfants en vertu de mandats du coroner

Dans les années 1980 et au début des années 1990, presque toutes les autopsies pratiquées en Ontario en vertu de mandats du coroner l'étaient par des pathologistes rémunérés à l'acte qui n'avaient ni formation ni accréditation en médecine légale. Nombre d'entre eux travaillaient dans des hôpitaux communautaires. Dans un petit nombre de cas, des médecins sans spécialisation en pathologie pratiquaient des autopsies pour le BCCO.

Les cas mettant en cause des enfants n'étaient pas confiés à des hôpitaux ou à des pathologistes particuliers. De nombreux pathologistes des hôpitaux locaux, qui n'avaient aucune expérience des cas pédiatriques ni aucune formation en médecine légale, pratiquaient des autopsies sur des enfants. Ce qui déterminait si un pathologiste avait les compétences nécessaires pour pratiquer une autopsie donnée dépendait largement de son expérience personnelle de travail. Le médecin légiste provincial n'avait pas de processus lui permettant de déterminer si un pathologiste avait l'expertise appropriée ni de directives lui indiquant où les autopsies sur des enfants devaient être pratiquées.

Certains pathologistes qui étaient rémunérés à l'acte par la Direction de la médecine légale dans l'Édifice du coroner étaient considérés comme plus expérimentés que les autres et étaient appelés au besoin. Toutefois, outre le D^r Hillsdon Smith, aucun d'eux n'avait de formation officielle en médecine légale. Au début des années 1990, le D^r Hillsdon Smith pratiquait lui-même très peu d'autopsies; il préférait agir à titre de conseiller dans les cas qui l'intéressaient.

Dans les années 1980, la plupart des autopsies pratiquées sur des enfants dans la région de Toronto étaient menées à l'Hospital for Sick Children (SickKids), bien que certains cas de mort suspecte d'enfants fussent traités à la Direction de la

médecine légale. La plupart des pathologistes à l'interne du SickKids pratiquaient des autopsies en vertu de mandats du coroner en étant rémunérés à l'acte comme l'exigeaient leurs fonctions au sein du Service de pathologie. Les neuf pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner au SickKids dans les années 1980 avaient divers niveaux de formation ou d'expérience de travail en médecine légale. Aucun d'entre eux n'était officiellement accrédité en médecine légale ni n'avait effectué de recherche dans cette discipline. Seulement de cinq à dix autopsies sur des enfants morts de façon suspecte étaient pratiquées au SickKids chaque année; les résidents en pathologie qui y recevaient leur formation avaient donc peu de chances de travailler sur de tels dossiers. De plus, certains des pathologistes du SickKids ne se sentaient pas à l'aise ou qualifiés pour pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner, particulièrement dans les cas de mort suspecte. À l'occasion, ils refusaient de s'occuper des cas qui, à leur avis, dépassaient leur expertise. Le cas échéant, les dossiers étaient alors confiés à un collègue qui pouvait avoir plus d'expérience en médecine légale ou renvoyés à la Direction de la médecine légale.

Bref, au cours du mandat du D^r Hillsdon Smith en tant que médecin légiste provincial, les pathologistes pratiquant des autopsies pour le BCCO n'avaient pas l'expertise médico-légale voulue. Jusqu'en 1991, il n'y avait pas de processus officiel pour diriger les cas, notamment ceux qui portaient sur des morts d'enfants ou des morts suspectes, aux pathologistes qui possédaient une formation ou de l'expérience en médecine légale. Il n'y avait pas de service de médecine légale cohérent. Certains pathologistes admettaient qu'ils n'avaient pas l'expertise nécessaire pour procéder à certaines autopsies et refusaient de les pratiquer, mais d'autres non.

Supervision assurée par le médecin légiste provincial

De 1981 jusque vers 1990, le D^r Hillsdon Smith a tenté quelque peu de mettre sur pied des cours en médecine légale pour les pathologistes et les agents de police. Toutefois, à cette exception près, les mécanismes de supervision, de responsabilisation et d'assurance de la qualité en place à cette époque étaient en règle générale totalement inadéquats. En fait, pratiquement aucun mécanisme du genre n'était en place.

Programmes de formation

Dans les années 1980, le D^r Hillsdon Smith organisait chaque année des cours pour les agents de police supérieurs et les pathologistes. Ces cours étaient souvent donnés par des médecins légistes nord-américains de premier plan sur des

questions comme les blessures par balle. Mais en 1990, ces cours ont cessé d'être offerts.

Les résidents en pathologie étaient également envoyés à la Direction de la médecine légale pour observer des autopsies, ce qui leur inculquait certaines notions de médecine légale. Toutefois, comme ils ne recevaient pas de formation interne sur la manière de réaliser des autopsies, cette occasion n'avait qu'une faible valeur pratique.

Absence de politiques et de directives concernant les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner

Il semble que le D^r Hillsdon Smith n'ait pas publié de politiques ni de directives pour aider les pathologistes à pratiquer les autopsies en vertu de mandats du coroner. Dans les années 1980, le D^r Bennett a rédigé quelques notes de service à l'intention des coroners et des pathologistes concernant certaines procédures d'autopsie, mais il s'agissait là de la seule source officielle de directives.

Supervision et contrôle de la qualité des dossiers traités pour le compte du coroner

De plus, au cours du mandat du D^r Hillsdon Smith, il n'y avait que peu ou pas de supervision individuelle du travail des pathologistes rémunérés à l'acte qui pratiquaient les autopsies pour le BCCO. Il n'y avait essentiellement rien qui pouvait faire figure d'assurance de la qualité du travail médico-légal dans la province. À cette époque, le concept n'avait pas encore été mis au point ni appliqué à la médecine légale.

Il était très rare que quelqu'un d'autre que le coroner local passe en revue les rapports d'autopsie. Le D^r Hillsdon Smith ne croyait pas qu'il était de son devoir de passer en revue les rapports d'autopsie ou même de superviser le travail des pathologistes pratiquant les autopsies en vertu de mandats du coroner à travers la province. En outre, au cours des dernières années de son mandat, il n'a que très peu supervisé le travail des pathologistes au sein même de la Direction de la médecine légale. En effet, au début des années 1990, il avait délégué la plupart de ses tâches administratives quotidiennes à Barry Blenkinsop, un assistant en anatomopathologie de longue date, et à Jack Press, un ancien agent de police qui était alors devenu son adjoint de direction. Il ne préparait même plus le calendrier des autopsies qui devaient être pratiquées à la Direction de la médecine légale. C'était plutôt le BCCO qui s'en chargeait.

Après la création des unités régionales de médecine légale au SickKids et à Ottawa et Hamilton – qui, comme nous le verrons, a eu lieu en 1991 et 1992 – il n'y avait pas d'interaction officielle entre la Direction de la médecine légale et ces

unités régionales, même si ces dernières pratiquaient un nombre important d'autopsies dans des cas de mort suspecte. Le D^r Hillsdon Smith n'entretenait tout simplement aucune relation avec les unités régionales de médecine légale créées au cours de son mandat et il ne passait pas en revue ni ne supervisait le travail de ces unités.

Le D^r Hillsdon Smith n'a pas publié de directives, de recommandations ni de critères pour assurer la qualité des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner par les pathologistes rémunérés à l'acte dans les différents hôpitaux. En effet, dans les années 1980 et au début des années 1990, très peu de mesures de contrôle de la qualité des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner étaient en vigueur dans les hôpitaux. Le SickKids, par exemple, croyait que la responsabilité exclusive de superviser les autopsies dans les cas de mort suspecte incombait au BCCO. L'hôpital croyait qu'il n'avait aucun rôle à jouer dans la supervision ou la révision des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner. En partie parce qu'ils craignaient que cela ait une incidence sur les enquêtes criminelles en cours, les pathologistes du SickKids ne discutaient pas des cas de mort suspecte soumis par le coroner lorsqu'ils faisaient leurs rondes, ni même lors de conversations officieuses. À l'occasion, les pathologistes du SickKids se consultaient entre eux au sujet des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner dans les cas de mort non suspecte; ces cas étaient parfois présentés durant les rondes – du moins lorsque le coroner leur en donnait la permission. Toutefois, le SickKids ne vérifiait pas ni ne passait en revue les rapports d'autopsie dans les cas de mort suspecte d'enfants. Il ne croyait pas que l'évaluation par les pairs était appropriée puisqu'il était d'avis que ces affaires ne concernaient que le pathologiste et le coroner requérant. Par conséquent, les pathologistes des institutions comme le SickKids ne tiraient pas pleinement avantage de l'avis et de l'expérience de leurs collègues dans les dossiers du coroner, particulièrement dans ces cas difficiles de nature potentiellement criminelle.

L'ÈRE DU D^r DAVID CHIASSON, MÉDECIN LÉGISTE EN CHEF

En 1994, lorsque le D^r Hillsdon Smith a pris sa retraite, le D^r David Chiasson a été nommé au poste de médecin légiste en chef. Vers la même époque, la province a intégré le Bureau du médecin légiste provincial au BCCO. Le D^r Young a orchestré cette intégration. Il avait conclu à juste raison que la Direction de la médecine légale n'était pas administrée convenablement. Elle était isolée des travaux du BCCO et manquait de leadership, et il voulait intégrer davantage l'expertise des pathologistes au BCCO. Le titre de « médecin légiste provincial » a été remplacé par celui de « médecin légiste en chef » et le D^r Chiasson en a assumé les fonctions.

Responsabilités du coroner en chef et du médecin légiste en chef et relations entre les deux fonctions

Après l'intégration, le médecin légiste en chef relevait du coroner en chef. Seul le coroner en chef continuait de relever directement du ministère du Solliciteur général. Le médecin légiste en chef n'avait plus de comptes à rendre directement au ministère.

En plus de ce changement de structure organisationnelle, les ressources humaines et l'administration du Bureau du médecin légiste en chef ont été combinées avec celles du BCCO. Le D^r Chiasson se réjouissait du fait que le D^r Young se charge des aspects administratifs de haut niveau du travail parce qu'il considérait le D^r Young comme un excellent administrateur qui réussissait en outre à obtenir du financement. De plus, le D^r Chiasson voulait se concentrer sur le travail quotidien de pathologie de l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) – nom que portait dorénavant l'unité qui pratiquait les autopsies au sein du BCCO.

Selon le BCCO, le médecin légiste en chef était toujours responsable d'assurer la qualité du travail des pathologistes sur une base quotidienne. La description de tâches du médecin légiste en chef, rédigée à la fin de 1993, précisait qu'il travaillait sous la direction administrative du coroner en chef, mais qu'en matière de « questions professionnelles », il représentait l'autorité principale au sein du ministère. Le médecin légiste en chef était chargé de diriger et de contrôler l'exercice de la médecine légale au BCCO, notamment en prodiguant des conseils professionnels et en fournissant des directives aux pathologistes qui pratiquaient des autopsies en vertu de mandats du coroner, en plus d'évaluer les qualités et les compétences de ces pathologistes.

La preuve présentée devant la Commission a démontré que la décision d'intégrer le Bureau du médecin légiste provincial au BCCO partait de bonnes intentions. L'objectif du changement de structure était d'éliminer la division entre les pathologistes et les coroners et de favoriser l'adoption d'une démarche fondée sur le travail d'équipe relativement aux enquêtes sur les morts. Toutefois, à la suite de ce changement, le médecin légiste en chef n'était plus directement responsable de la prestation des services de médecine légale devant le ministère du Solliciteur général. De plus, il n'y avait dans la loi, la réglementation ou une quelconque politique officielle du BCCO aucun processus défini en vertu duquel le médecin légiste en chef devait exercer un rôle permanent de supervision.

Le changement de structure ne définissait pas convenablement les rôles respectifs du coroner en chef et du médecin légiste en chef. Il était difficile de dire qui, en définitive, était responsable de la supervision des pathologistes qui pratiquaient des autopsies en vertu de mandats du coroner. Par exemple, il était pratiquement

impossible de savoir clairement qui du médecin légiste en chef ou du coroner en chef devait superviser directement le D^r Charles Smith. En conséquence, puisque le médecin légiste en chef était maintenant son subordonné dans la structure organisationnelle, le coroner en chef, qui n'était pas pathologiste, était responsable devant le ministère de la prestation des services de pathologie hautement spécialisés. Puisque le médecin légiste en chef ne relevait plus directement du ministère, le seul mécanisme direct de reddition de comptes à l'égard des services de médecine légale dans la province était éliminé et la responsabilité ultime de ces services incombait désormais au coroner en chef.

L'amalgamation n'a pas amélioré la responsabilisation relativement aux services de médecine légale en Ontario. Au contraire, le fait de ne pas avoir délimité adéquatement les rôles respectifs du coroner en chef et du médecin légiste en chef et de ne pas avoir fait en sorte que ce dernier soit clairement responsable de la supervision des pathologistes ont pavé la voie à une série d'échecs en matière de supervision.

Dotation en personnel de l'Unité provinciale de médecine légale

Après l'intégration en 1994, le D^r Chiasson était le seul pathologiste salarié à temps plein de l'UPML. Les autres pathologistes étaient rémunérés à l'acte. Outre le D^r Chiasson, aucun d'eux n'avait de formation officielle en médecine légale.

La priorité absolue du D^r Chiasson était d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'unité en embauchant des médecins légistes accrédités à temps plein. Il avait fait part de ses inquiétudes au D^r Young au cours de ses entrevues préalables à l'embauche et avait même exigé que des médecins légistes accrédités soient engagés à temps plein sans quoi il n'acceptait pas le poste de médecin légiste en chef. Le D^r Young a appuyé une mesure en ce sens.

Le principal obstacle au recrutement de médecins légistes compétents à temps plein était la rareté de ces professionnels. En 1994 et 1995, seuls quelques pathologistes de l'Ontario avaient suivi une formation officielle et obtenu une accréditation en médecine légale et ils occupaient tous des postes à temps plein dans des hôpitaux et touchaient des salaires que l'UPML ne pouvait leur offrir. À l'extérieur de l'Ontario, la situation n'était guère plus reluisante. Toutefois, le D^r Chiasson a surmonté ces obstacles et, au cours des cinq années suivantes, il a embauché plusieurs médecins légistes accrédités à temps plein. Au départ, il s'attendait à ce que tout médecin légiste travaillant à temps plein au sein de l'unité soit accrédité en médecine légale.

Son plan s'amorçait bien, mais, au printemps et à l'été de 1999, deux de ses

médecins légistes accrédités à temps plein, le D^r Martin Bullock et le D^r Martin Queen, ont démissionné de leur poste à l'UPML. Après leur départ, l'UPML s'est vue dans l'obligation de se tourner de nouveau vers les pathologistes à temps partiel rémunérés à l'acte pour pratiquer les autopsies.

Création de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique

Avant 1991, il n'y avait pas d'entente officielle entre le BCCO et le SickKids, même si les pathologistes de l'hôpital pratiquaient des autopsies en vertu de mandats du coroner. Chaque coroner, en collaboration avec le BCCO, établissait les besoins en services médicolégaux, y compris ceux qui pouvaient être fournis par le SickKids dans les cas de morts d'enfants. Aucune entente de rémunération n'existait entre le BCCO et le SickKids autre que les frais d'utilisation des locaux que le SickKids facturait au BCCO conformément à la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C37.

À la fin des années 1980, le D^r James M. Phillips, pathologiste en chef au SickKids, voulait qu'il y ait davantage de formation et de recherche universitaires sur les autopsies qui étaient pratiquées en vertu de mandats du coroner au SickKids et a demandé que les travaux effectués pour le coroner soient menés au sein d'une unité organisationnelle plus cohérente à l'hôpital. Il craignait également que les frais payés par le BCCO ne couvrent pas les coûts associés aux autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner. Par conséquent, à la fin des années 1980 ou en 1990, le D^r Phillips est entré en contact avec le D^r Bennett, alors coroner en chef, pour lui proposer de créer une unité spécialisée au SickKids. En élaborant sa proposition, le D^r Phillips a consulté le D^r Smith.

Le BCCO avait en tête trois objectifs précis pour l'unité spécialisée qui s'occupait des cas de médecine pédiatrique légale : produire des rapports d'autopsie de qualité, former les résidents et effectuer des recherches. Le D^r Young a reconnu à juste titre que les services de médecine pédiatrique légale exigés par le BCCO nécessitaient une expertise spéciale et plus de ressources. Pour atteindre ces trois objectifs, le BCCO devait avoir accès aux laboratoires du SickKids et à son matériel d'essai, y compris l'équipement spécialisé de radiographie dont le BCCO ne disposait pas. Il avait en outre besoin de l'expertise du SickKids en matière de radiologie, de neuropathologie et autres domaines. De plus, le SickKids bénéficiait du programme de l'équipe SCAN (équipe responsable des enfants présumés victimes de violence et de négligence), une équipe multidisciplinaire œuvrant à l'hôpital qui pouvait aider les pathologistes à évaluer les lésions. Le D^r Young était d'avis que l'unité spécialisée devait également aider le BCCO à établir de meilleures relations avec le SickKids et l'Université de Toronto. Pour atteindre

l'objectif d'enseignement, l'unité offrirait des cours aux résidents, aux pathologistes, aux coroners, aux agents de police et aux avocats de la Couronne et, pour atteindre l'objectif de recherche, elle appuierait les activités menées en matière de médecine pédiatrique légale.

Le 23 septembre 1991, le SickKids et le ministre du Solliciteur général ont conclu une entente (l'Entente de 1991) pour créer l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP). L'UOMLP était la première unité régionale de médecine légale à être créée dans la province, alors que d'autres l'ont été dans les quelques années qui ont suivi. Elle effectuait les autopsies sur la plupart des nourrissons et des enfants qui mouraient à Toronto et dans les environs, ainsi que dans les cas d'enfants morts ailleurs dans la province, au besoin. L'UOMLP était une entité créée par contrat et composée de pathologistes du SickKids qui travaillaient pour le BCCO. Il ne s'agissait pas d'une unité en soi ni d'une entité distincte au sein du Service de pathologie de l'hôpital.

L'Entente de 1991 est demeurée en vigueur jusqu'en 2004, au moment où un nouveau contrat a été signé. L'annexe A de l'Entente de 1991 établissait le cadre de référence limité de l'unité, en stipulant entre autres les types de cas sur lesquels elle devait se pencher principalement et les objectifs qu'elle devait continuer de poursuivre, soit l'enseignement, la recherche et la participation au Comité d'examen des décès d'enfants du BCCO, étant donné les préoccupations croissantes à l'égard de la violence faite aux enfants (que nous aborderons plus loin dans ce chapitre). Elle prévoyait que les fonds avancés seraient utilisés pour couvrir en partie les frais des services professionnels d'autopsie – assistants en anatomopathologie, technologues en histopathologie, personnel de secrétariat, services photographiques, fournitures, dépenses liées à la formation et achat de biens d'équipement.

Conformément à l'Entente de 1991, le ministre du Solliciteur général a accordé au SickKids une subvention de 200 000 \$ par année. Cette subvention avait pour but de couvrir certains des coûts associés aux autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner au SickKids. Le SickKids soumettait annuellement une demande de financement au ministre. Le financement annuel octroyé par le ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et le ministre qui l'a précédé n'a pas augmenté depuis 1991. Le SickKids a informé la Commission que le financement de 200 000 \$ ne couvre pas actuellement, et ne couvrait pas en 1991, les coûts réels des autopsies effectuées à l'hôpital. Le Service de pathologie du SickKids a donc absorbé les coûts additionnels.

Dans les faits, le SickKids allouait environ 125 000 \$ à même la subvention au salaire du directeur de l'UOMLP. Toutefois, l'Entente de 1991 n'a pas modifié la rémunération des pathologistes du SickKids qui pratiquaient des autopsies en

vertu de mandats du coroner. Ils étaient toujours rémunérés à l'acte par le BCCO conformément à la *Loi sur les coroners*.

Nomination du D^r Smith au poste de directeur de l'UOMLP

L'Entente de 1991 ne précisait pas qu'il devait y avoir un directeur à la tête l'UOMLP et donc quelles seraient ses fonctions et ses responsabilités. Au départ, le D^r Phillips assumait la direction de l'unité. En 1992, le BCCO et le SickKids ont convenu de nommer le D^r Smith au poste de premier directeur officiel de l'UOMLP.

Le BCCO n'a pas choisi le D^r Smith en raison de sa formation ou de son expertise en médecine légale, pas plus d'ailleurs que le D^r Phillips, qui était lui-même un pathologiste clinicien renommé, mais pas médecin légiste. En effet, en 1992, le D^r Smith n'avait aucune formation en médecine légale et, à cette époque, il ne s'était occupé que de 10 à 15 cas de mort suspecte. En fait, le D^r Smith était le seul pathologiste du SickKids qui avait l'intérêt et la volonté d'assumer ce rôle. En 1990, le D^r Smith consacrait une bonne partie de son temps aux dossiers du coroner et avait été nommé pathologiste chargé des services d'autopsie au SickKids en raison de sa contribution active aux travaux du coroner. Il acceptait de combler un vide que personne d'autre ne voulait remplir.

Lorsque le D^r Smith est devenu directeur de l'UOMLP, certains pathologistes plus expérimentés du SickKids ne se sentaient pas à l'aise de relever d'un collègue qui l'était moins au sujet du travail qu'ils effectuaient pour le BCCO. De plus, certains des pathologistes du SickKids s'inquiétaient à juste titre du fait que le D^r Smith n'avait pas la formation nécessaire pour assumer ce rôle.

Lorsque le D^r Smith a été nommé directeur de l'UOMLP, il n'était pas qualifié pour diriger une unité spécialisée en médecine pédiatrique légale. Certains des cas dont l'unité devait s'occuper comptaient parmi les plus difficiles que la médecine pédiatrique légale et le système de justice criminelle aient rencontrés. Toutefois, le D^r Young a déclaré qu'il n'était pas raisonnable d'exiger que le directeur de l'UOMLP soit un médecin légiste accrédité ayant reçu une formation dans ce domaine. Dans les années 1990, a-t-il affirmé, de tels spécialistes étaient peu nombreux, voire inexistantes. Même s'il est vrai que le nombre de médecins légistes compétents était limité à l'époque, il ne semble pas que le D^r Young ait tenté sérieusement de trouver d'autres candidats plus qualifiés ou plus expérimentés ou d'accroître les compétences du D^r Smith en matière de médecine légale après avoir recommandé sa nomination. On n'était tout simplement pas conscient du besoin d'expertise en médecine légale et il était commode de nommer le D^r Smith.

Supervision et responsabilisation de l'UOMLP

L'Entente de 1991 ne faisait pratiquement aucune référence à la supervision de l'UOMLP et ne traitait que très peu de la structure organisationnelle. Elle se concentrait plutôt sur l'octroi de subventions à l'unité. L'Entente exigeait que l'UOMLP remette un rapport trimestriel au BCCO sur sa charge de travail et ses activités; pourtant, il semblerait que l'UOMLP ne l'ait jamais fait. Les activités de l'unité n'étaient que brièvement décrites dans les demandes annuelles que le SickKids envoyait au ministère relativement à la subvention de 200 000 \$ pour l'UOMLP.

Au cours des négociations qui ont mené à l'Entente de 1991, le SickKids a ajouté une section qui, prévoyait-il, allait « clarifier les rapports hiérarchiques et [...] souligner le fait que chaque pathologiste continuait de répondre de son travail devant le coroner (et non le directeur de l'Unité). » Voici ce que cette section stipulait : « Cette entente ne modifie en rien les relations entre les coroners et chacun des pathologistes membres de l'unité... » Il semble en effet qu'aucune des parties à l'Entente de 1991 n'avait l'intention de créer de nouvelles relations de supervision. La motivation de l'hôpital était claire : dans certaines des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner, les pathologistes pouvaient avoir à déterminer si une mort était attribuable à une erreur médicale commise par un collègue du SickKids. Dans ces circonstances, l'hôpital souhaitait maintenir un système où le pathologiste ne rendait des comptes qu'au coroner requérant. Pour les pathologistes du SickKids, l'Entente de 1991 venait confirmer et perpétuer l'accord officieux qui était en vigueur avant la création de l'UOMLP, selon lequel, dans chaque cas, leur relation de travail se limitait à celle qui les liait au coroner qui faisait appel à leurs services.

Durant l'enquête, il est devenu évident que, bien que cela n'ait pas été formulé à l'époque, il y avait divergence d'opinions au sujet des responsabilités générales de supervision de l'UOMLP. Le D^r Young pensait que le médecin légiste en chef était en définitive responsable d'assurer chaque jour la qualité du travail de l'UOMLP et de ses pathologistes. Toutefois, si le médecin légiste en chef devait superviser l'UOMLP, cette responsabilité n'a jamais été énoncée dans l'entente concernant l'UOMLP ni nulle part ailleurs. De plus, le D^r Smith a déclaré qu'il avait l'impression de relever du D^r Young et du D^r Cairns et non du médecin légiste en chef. De surcroît, le D^r Chiasson a dit que, bien qu'il ait été responsable en quelque sorte de la supervision des autopsies en tant qu'« agent de liaison » entre le BCCO et l'UOMLP, il n'était pas responsable de la supervision de l'UOMLP. À son sens, la responsabilité de l'UOMLP et des unités régionales de médecine légale qui sont nées plus tard revenait au coroner en chef et non au

médecin légiste en chef. Toutefois, tous s'entendaient sur le fait que le SickKids n'était pas responsable de la supervision et du contrôle de la qualité de l'UOMLP.

Cette ambiguïté posait un énorme problème. La supervision efficace exige une délimitation claire des responsabilités, sans aucune ambiguïté quant à ce que chacun doit faire. Le manque de précision quant au responsable ultime de l'UOMLP constituait une faiblesse organisationnelle majeure qui a contribué considérablement à l'échec de la supervision et de la responsabilisation. Comme je le décris plus loin, le médecin légiste en chef, qui devrait posséder l'expertise requise, doit jouer un rôle central en matière de supervision. Ce poste ne peut être marginalisé au profit des coroners qui, sans formation en médecine légale, ne peuvent assumer la responsabilité première de superviser les pathologistes.

Les responsabilités du directeur de l'UOMLP ont également fait l'objet d'une grande confusion dans les témoignages présentés devant la Commission. Le D^r Young a déclaré durant son témoignage avoir compris que le rôle du directeur était strictement de nature administrative. Il croyait que le directeur administrait le budget et s'assurait que le travail administratif comme le calendrier des quarts de travail était préparé comme il se doit, mais qu'il n'était pas responsable de l'assurance de la qualité. Toutefois, les documents relatifs à la nomination du directeur de l'UOMLP laissent supposer que le D^r Young envisageait, du moins au départ, que le directeur joue un rôle important de supervision. Dans une lettre au D^r Phillips, datée du 10 mars 1992, le D^r Young a déclaré qu'il pourrait être approprié d'envisager que le directeur supervise l'UOMLP « et [soit] responsable de ses activités ». Le 29 mai 1992, dans la lettre au D^r Smith le nommant au poste de directeur, le D^r Phillips a noté que le poste de directeur « comprend la responsabilité de toutes les activités quotidiennes de l'unité ».

De plus, en 1993, le D^r Young a demandé au D^r Smith d'approuver tous les rapports d'autopsie avant qu'ils soient envoyés de l'unité au BCCO ou au coroner régional. Cette approbation avait pour objet de faire en sorte que la « formulation de la conclusion corresponde le plus possible au cadre médico-légal » et respecte les politiques du BCCO. La preuve présentée à la Commission indiquait que, de temps à autre, le D^r Smith avait des questions et des préoccupations au sujet de l'opinion du pathologiste sur la cause de la mort. Dans ces cas, il s'adressait au pathologiste et il discutait avec lui de ses suggestions et de ses observations, même s'il laissait le pathologiste décider s'il devait modifier le rapport ou non. L'examen des rapports des pathologistes par le D^r Smith au sein de l'UOMLP constituait alors une forme de contrôle de la qualité. Elle prenait non seulement en compte le respect des politiques du BCCO, mais aussi l'exactitude de l'opinion relative à la cause de la mort.

Chaque coroner a continué d'attribuer aux pathologistes de l'UOMLP les

autopsies pratiquées en vertu de mandats. En tant que directeur de l'unité, le D^r Smith avait son mot à dire lorsque venait le temps de déterminer qui à l'UOMLP allait pratiquer quelle autopsie.

Selon le D^r Chiasson, les directeurs de toutes les unités régionales de médecine légale, incluant l'UOMLP, étaient chargés d'assurer la qualité du travail effectué à l'intérieur de leur unité. En fait, au cours de ses premières années à titre de médecin légiste en chef, il a tenté du mieux qu'il pouvait de s'assurer que les directeurs s'acquittent de leur responsabilité d'assurance de la qualité.

Le D^r Phillips croyait également que le D^r Smith avait une certaine responsabilité en matière d'assurance de la qualité du travail effectué à l'UOMLP, y compris les rapports d'autopsie. Il croyait que le D^r Smith avait la responsabilité de passer en revue les rapports de ses collègues et de vérifier les délais de préparation de ces rapports. Il pensait que le BCCO n'acceptait aucun rapport provenant du SickKids à moins que le D^r Smith ne l'ait approuvé. Par contre, les rapports du D^r Smith n'étaient passés en revue par personne au SickKids avant d'être envoyés au BCCO.

Lorsque l'UOMLP a été mise sur pied, aucune mesure n'a été prise pour assurer la supervision du travail de son directeur. Un tel mécanisme n'a jamais été mis en place. Cette omission constituait un défaut majeur du processus d'assurance de la qualité. C'est l'une des raisons pour lesquelles les faiblesses du D^r Smith n'ont pas été remarquées ni corrigées durant des années.

L'Entente de 1991 sur l'UOMLP n'a donc pas attribué clairement de responsabilité en matière de supervision. La hiérarchie des responsabilités et de la supervision était si floue que les principaux témoins ont tous décrit de façon différente leur vision des rôles et des obligations respectifs du coroner en chef, du médecin légiste en chef et du directeur de l'UOMLP. Ce manque de limpidité, combiné au fait que personne ne s'est levé pour prendre la responsabilité de la supervision, s'est traduit par un vide où personne n'était tenu responsable du travail de l'UOMLP. L'idée d'une unité régionale spécialisée était louable, mais elle n'a ni réussi à changer considérablement la relation de longue date entre le pathologiste rémunéré à l'acte et le coroner ni à créer de nouveau mécanisme de supervision ou de contrôle de la qualité. C'est une occasion dont on n'a pas réussi à tirer profit.

Les objectifs de recherche non atteints de l'UOMLP

Le SickKids et le BCCO croyaient que la recherche serait l'une des principales fonctions de l'UOMLP. Peu de recherche avait été effectuée en médecine pédiatrique légale et, par conséquent, la recherche permanente revêtait une grande importance. En 1991, par exemple, des 200 000 \$ accordés en subventions à

l'UOMLP, 23 938 \$ ont été consacrés à la recherche sur le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Toutefois, vers 1994, le D^r Lawrence Becker, nouveau pathologiste en chef et chef du Département de médecine de laboratoire pédiatrique de SickKids, et le D^r Ernest Cutz, pathologiste du SickKids, ont exprimé leur inquiétude au D^r Young, au D^r Chiasson et au D^r Cairns au sujet de la place grandissante qui était accordée aux autopsies judiciaires à l'UOMLP et plus particulièrement au sujet de ses répercussions néfastes sur leur capacité à effectuer de la recherche. Le D^r Becker et le D^r Cutz souhaitaient que l'UOMLP mette davantage l'accent sur l'aspect théorique, en ce qui concerne notamment l'utilisation des dossiers et des données sur les cas pour les projets de recherche sur le SMSN. Les études sur le SMSN constituaient une partie importante de la recherche effectuée au sein du Département de pathologie du SickKids, puisque le D^r Cutz et le D^r Becker étaient considérés comme des sommités en la matière. Les discussions entre le D^r Becker et la direction du BCCO sur la question de la recherche se sont poursuivies de façon sporadique tout au long de 1999.

Toutes les autopsies dans les cas de SMSN étaient pratiquées en vertu de mandats du coroner. L'utilisation d'échantillons de tissus prélevés durant ces autopsies aux fins de recherche sur le SMSN est devenue une source importante de discordes au sein de ce service de l'hôpital. Selon le D^r Cutz, avant la création de l'UOMLP, le D^r Bennett, en tant que coroner en chef, avait permis au SickKids d'utiliser les tissus prélevés durant les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner pour les besoins de la recherche sur le SMSN. En février 1994, le D^r Smith a rédigé une note de service à l'intention du D^r Phillips l'informant qu'en raison des restrictions prévues dans la *Loi sur les coroners*, le service ne pouvait plus prélever de tissus durant les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner ni les conserver à des fins de recherche. Le BCCO, par l'entremise du D^r Smith, a finalement insisté pour que les pathologistes du SickKids obtiennent le consentement éclairé des familles avant de prélever des échantillons aux fins de recherche et qu'ils informent le BCCO de la nature et des résultats de toute recherche effectuée dans le cadre d'une enquête du coroner. Le D^r Cutz a informé la Commission qu'en conséquence, les projets de recherche sur le SMSN ont été interrompus.

Quelle que soit la cause de l'interruption des recherches sur le SMSN au SickKids, il est évident qu'elle a résulté d'un manque de communication et de coopération entre le BCCO et l'hôpital. Il s'agissait aussi d'une occasion ratée de faciliter des recherches essentielles dans l'un des principaux aspects de la médecine pédiatrique légale – les morts d'enfants dues au SMSN – que le SickKids pouvait très bien poursuivre.

Tentative de réaménagement de l'UOMLP

Du milieu à la fin des années 1990, le D^r Chiasson a continué de discuter des relations entre le BCCO et l'UOMLP avec le D^r Becker et le D^r Smith parce qu'il avait certaines inquiétudes au sujet de l'unité. Ces inquiétudes portaient sur trois points : la question de savoir si le D^r Smith et le D^r Glenn Taylor s'occupaient de tous les cas suspects et cas d'homicide au SickKids, comme le préférerait le D^r Chiasson, les problèmes de délais de préparation des rapports d'autopsie, surtout ceux du D^r Smith, et le manque de communication entre l'UOMLP et le BCCO.

Le D^r Chiasson a au moins tenté de régler directement le problème des délais. Il voulait s'assurer que le D^r Smith avait assez de temps pour se concentrer sur les dossiers du coroner et qu'il n'était pas gêné par le travail administratif. Le D^r Smith avait fait part au D^r Chiasson qu'il devait taper ou préparer ses propres rapports et que ces tâches administratives créaient des problèmes. Le D^r Chiasson a donc suggéré au SickKids de fournir un assistant au D^r Smith pour gérer les communications de l'UOMLP. Toutefois, à la lumière de la preuve présentée devant la Commission, il est clair que le D^r Smith avait en fait tout le soutien administratif nécessaire et que cet aspect particulier de son travail n'était pas la cause de ses retards.

Comme le SickKids n'a pas tenu compte de ses inquiétudes au sujet de l'UOMLP, le D^r Chiasson a proposé de réaménager l'UOMLP qui demeurerait une coentreprise entre le BCCO et le SickKids, mais qui serait relocalisée au BCCO. Le directeur de l'UOMLP relèverait du médecin légiste en chef. Le SickKids continuerait de fournir un soutien professionnel consultatif à l'UOMLP, alors que le BCCO assumerait la responsabilité du soutien en administration et en secrétariat. Le D^r Chiasson pensait que ces changements rendraient l'unité plus responsable et qu'ils contribueraient à maintenir une collaboration plus étroite entre le BCCO et le SickKids. Le D^r Chiasson voulait que toutes les autopsies dans les cas de médecine pédiatrique légale à Toronto soient pratiquées au BCCO, sauf dans les cas de mort non suspecte lorsque la mort était en fait survenue au SickKids.

Malgré une série de rencontres entre les cadres supérieurs du SickKids et du BCCO de mars à juin 1999, les propositions de réaménagement n'ont pas eu de suite. Le D^r Young a déclaré n'avoir jamais été en faveur d'un déménagement de l'unité du SickKids au BCCO, même si le D^r Chiasson a affirmé que le D^r Young ne lui en avait jamais parlé. Le D^r Chiasson croit que le réaménagement a échoué en grande partie à cause du manque sérieux d'effectif au sein même de l'UPML. Au printemps et à l'été de 1999, le D^r Bullock et le D^r Queen ont tous deux démissionné de l'unité pour accepter des postes mieux rémunérés ailleurs. À la

mi-juillet 1999, le D^r John Deck, neuropathologiste à temps plein à l'UPML, a obtenu un congé de maladie prolongé. Il n'est pas revenu de son congé et a pris sa retraite en 2002. Il n'y avait tout simplement pas assez de personnel à l'UPML pour se charger des travaux de médecine pédiatrique légale. C'est ainsi que les espoirs du D^r Chiasson d'améliorer la médecine pédiatrique légale se sont évaporés, tout comme sa nouvelle vision de l'UOMLP.

Unités régionales de médecine légale

Création et structures

En juin 1993, le D^r Young a rédigé une proposition officielle de création et de financement d'autres centres d'excellence régionaux en médecine légale ainsi que de formation et de recrutement de nouveaux experts dans le domaine. À juste titre, il se questionnait au sujet du nombre futur de pathologistes qui exerceraient la médecine légale en Ontario. Il pensait que la mise en poste de spécialistes dans les diverses régions allégerait quelque peu la tâche des ressources de Toronto. Les centres pourraient profiter des installations des différentes localités, y compris un certain nombre de morgues nouvellement construites.

En 1992, l'année suivant la création de l'UOMLP, le ministère du Solliciteur général a conclu des ententes contractuelles pour créer les unités régionales de médecine légale de Hamilton et d'Ottawa. Ces unités étaient également connues sous le nom de centres d'excellence régionaux. Comme l'UOMLP, chacun d'eux était situé dans des centres hospitaliers universitaires (maintenant devenus l'Hôpital général de Hamilton et l'Hôpital d'Ottawa) et, par conséquent, bénéficiait des ressources et de l'infrastructure associées à des centres d'enseignement des sciences de la santé de premier ordre.

En plus des unités régionales de médecine légale officielles, le Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO) s'occupait des cas de médecine pédiatrique légale dans l'Est de la province, incluant Ottawa. L'unité régionale de médecine légale d'Ottawa ne s'occupait que des cas relatifs aux adultes. Toutefois, le CHEO n'était pas une unité régionale de médecine légale et il n'avait conclu aucune entente contractuelle avec le BCCO.

Au milieu des années 1990, les unités de médecine légale de quatre institutions – le SickKids, les hôpitaux de Hamilton et d'Ottawa et l'UPML – pratiquaient environ les trois quarts des autopsies en vertu de mandats du coroner dans les cas de mort suspecte en Ontario. Au cours des années 1990, la plupart des cas de mort suspecte d'enfants étaient traités à l'UOMLP, à l'unité de Hamilton et au CHEO.

En 2000, le ministère du Solliciteur général a conclu des ententes contractuelles

pour créer les unités régionales de médecine légale de London et de Kingston. Ces unités étaient situées respectivement au London Health Sciences Centre et à l'Hôpital général de Kingston.

Chaque unité régionale de médecine légale avait son directeur. Dans chaque cas, le directeur était aussi un pathologiste qui pratiquait des autopsies au sein de l'unité en étant rémunéré à l'acte.

Expertise des pathologistes

Les compétences des directeurs et des pathologistes travaillant au sein des unités régionales de médecine légale et s'occupant des cas de mort suspecte varient énormément. Seul l'un d'eux – le D^r Michael Shkrum, directeur de l'unité de London – a une formation et une accréditation officielles en médecine légale. Quelques pathologistes – comme la D^{re} Chitra Rao et le D^r John Fernandes de Hamilton et le D^r Edward Tweedie de London – ont reçu une formation spécialisée grâce à des bourses de recherche en médecine légale, mais ne sont pas accrédités. Toutefois, certains pathologistes travaillant dans les unités n'ont obtenu ni de formation dans le cadre de bourses de recherche ni d'accréditation en médecine légale, y compris le directeur actuel de l'unité de Kingston et les anciens directeurs de celle d'Ottawa et de l'UOMLP.

Relations en matière de supervision et de responsabilisation

Malheureusement, l'Entente de 1991 créant l'UOMLP semble avoir en quelque sorte servi de modèle pour les ententes de Hamilton et d'Ottawa conclues en 1992. Elles non plus ne définissaient pas de structure de supervision du travail des unités et ne précisaient pas les rôles et les responsabilités des directeurs. Elles ne faisaient pas état des relations que devaient entretenir les unités avec le BCCO et le médecin légiste en chef, pas plus qu'elles ne traitaient de la supervision du travail des directeurs en matière de pathologie. Les ententes mentionnaient seulement qu'elles ne modifiaient pas les relations entre les coroners et chacun des pathologistes. Par conséquent, comme ce fut le cas pour l'UOMLP, la création d'unités régionales spécialisées à Hamilton et Ottawa n'a pas réussi à changer considérablement la relation entre les pathologistes rémunérés à l'acte et le BCCO ni à créer de mécanismes supplémentaires permettant d'assurer une supervision et un contrôle de la qualité adéquats. À cet égard, elles n'ont pas créé de structures de supervision radicalement différentes des précédentes. La relation essentielle demeurait celle qui existait entre le médecin légiste pratiquant l'autopsie et le coroner requérant.

En 1997, l'annexe A de l'entente d'Ottawa a été modifiée pour clarifier la structure administrative de l'unité. Cela constituait un grand pas en avant, du

moins à Ottawa. L'entente modifiée prévoyait que l'unité d'Ottawa était l'une des quatre unités de médecine légale de la province, « sous la supervision générale du médecin légiste en chef et responsable en fin de compte devant le coroner en chef de l'Ontario ». Elle précisait que la gouvernance de l'unité incomberait aux représentants du BCCO et de l'Hôpital d'Ottawa de même qu'à l'administrateur en chef de l'unité, nommé par le coroner en chef avec l'approbation de l'administration de l'hôpital local. Le D^r Benoit Béchar, coroner régional, a été nommé administrateur en chef de l'unité. L'entente de 1997 précisait également qu'un directeur professionnel superviserait le travail de fond des pathologistes au sein de l'unité – en passant en revue les rapports d'autopsie, par exemple, et en favorisant les occasions de consultation entre pairs. Bien que cela n'ait pas été mentionné explicitement dans l'entente, le directeur professionnel était, dans les faits, pathologiste. Malheureusement, ce directeur ne se vit toutefois confier aucun rôle sur le plan de la gouvernance de l'unité. L'entente stipulait que le directeur professionnel relevait du directeur administratif pour les questions financières et du coroner régional ou du médecin légiste en chef pour les questions d'ordre professionnel.

L'entente modifiée énonçait également les rôles et les responsabilités du médecin légiste en chef, du directeur professionnel et du directeur administratif. Le médecin légiste en chef était chargé de fournir des directives et des lignes directrices sur les normes régissant l'exercice de la médecine légale, en appliquant des mesures appropriées de contrôle de la qualité et en passant en revue tous les rapports d'autopsie dans les cas de mort suspecte. Le directeur professionnel était chargé de la gestion quotidienne de l'unité, de la mise en place d'un système approprié d'examen précoce des dossiers, de l'examen régulier des cas complexes de médecine légale et de l'étude de tous les rapports d'autopsie avant leur publication. Le directeur administratif de l'unité, qui n'était pas un pathologiste, était chargé de gérer les finances de l'unité, de planifier adéquatement les quarts de travail et de surveiller les délais d'exécution.

L'annexe A de l'entente d'Ottawa conclue en 1997 fournissait aussi plus de détails sur les compétences recherchées chez les pathologistes travaillant au sein de l'unité. Les pathologistes à l'interne devaient y être affectés à temps plein et approuvés tant par l'hôpital local que par l'université, en plus d'avoir la « formation appropriée (bourse de recherche en médecine légale agréée par l'American Board of Pathology ou l'équivalent) ou une expérience spécifique en médecine légale ». L'entente exigeait aussi que les nouveaux pathologistes employés à temps plein soient nommés après avoir réussi un processus d'entrevues menées entre autres par des représentants du BCCO, de l'université et de l'Hôpital d'Ottawa. De plus, l'entente précisait habituellement le rôle de l'unité en matière

de formation en médecine légale des pathologistes résidents, des étudiants en médecine, des pathologistes de l'unité et d'autres intervenants comme les agents de police et les coroners.

Les ententes conclues en 2000 pour les unités régionales de médecine légale de London et de Kingston suivaient le modèle de l'entente de l'unité d'Ottawa signée en 1997, mais elles comportaient des clauses détaillées sur la supervision et sur les rôles et responsabilités des divers intervenants au sein de l'unité et du BCCO. L'entente de Kingston était essentiellement identique à celle de l'unité d'Ottawa. L'entente de London était semblable, à quelques différences importantes près. Elle précisait que le directeur de l'unité et le chef du service de pathologie feraient partie de l'équipe dirigeante de l'unité. Il s'agissait d'une amélioration parce qu'elle assurait au sein des instances dirigeantes une expertise en matière de pathologie. De plus, l'entente de London n'exigeait aucun directeur administratif; le directeur de l'unité était plutôt responsable de la gestion des travaux de fond et de l'administration de l'unité.

Les ententes d'Ottawa, de London et de Kingston étaient toutes manifestement supérieures à celles de l'UOMLP et de l'unité de Hamilton. Malheureusement, les changements apportés en 1997 à l'entente d'Ottawa n'ont pas été mis en œuvre dans l'ensemble de la province. Depuis 2001, d'importantes modifications ont été apportées aux ententes relativement aux unités régionales de médecine légale, comme je le décris au chapitre 9, Supervision de la médecine pédiatrique légale.

Bien que les dispositions relatives à la structure des unités régionales de médecine légale aient manqué de clarté sur les plans de la supervision et de la responsabilisation, le concept de régionalisation de la prestation des services de médecine légale était bon. Il tenait compte de la nécessité de développer une expertise spécialisée pour répondre aux besoins spécifiques des différentes régions de l'Ontario. Bien que la plupart des pathologistes des unités n'aient pas d'accréditation officielle en médecine légale, ils ont effectivement acquis une expérience considérable en pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner. Dans chacune des cinq unités, ils travaillaient également au sein de centres hospitaliers universitaires et avaient accès à de nombreuses ressources pour procéder à des tests et effectuer des consultations. Par conséquent, ils étaient en quelque sorte mieux équipés que les pathologistes œuvrant dans des hôpitaux communautaires pour pratiquer des autopsies plus complexes, comme dans les cas de mort suspecte d'enfants. Bien que des mécanismes inadéquats de supervision et de contrôle de la qualité au sein des unités n'aient pas réussi à détecter les problèmes découlant du travail des pathologistes, tels que le D^r Smith, le BCCO avait raison de reconnaître le besoin de former et de regrouper les experts professionnels qui exerçaient la médecine légale dans des centres d'excellence à travers

la province. Le concept était excellent, même si les mécanismes de supervision faisaient cruellement défaut dans un certain nombre d'unités.

Le système de pathologistes des coroners régionaux

Dans les années 1990, les autopsies pratiquées dans près des trois quarts des cas de mort suspecte étaient effectuées par des pathologistes affiliés à quatre des unités de médecine légale – SickKids, Hamilton, Ottawa et l'UPML. Dans de nombreux endroits de la province, toutefois, il n'existait aucun service spécialisé de médecine légale et les pathologistes des hôpitaux communautaires continuaient d'effectuer le travail. Par conséquent, des pathologistes ayant très peu d'expérience pratiquaient inévitablement des autopsies dans certains cas de mort suspecte. Cette situation a amené le D^r Chiasson à se préoccuper du fait que certains pathologistes s'occupaient de cas qui dépassaient leurs compétences.

Dans une tentative pour résoudre ce problème, le D^r Chiasson a mis en place le système de pathologistes des coroners régionaux en juin 1996, en vertu duquel il invitait les pathologistes à soumettre leur candidature en vue d'être nommés à ce poste. Le BCCO a demandé aux pathologistes qui étaient intéressés à pratiquer des autopsies dans les cas de mort suspecte à soumettre leur curriculum vitae et à remplir un questionnaire détaillant leur expérience dans les affaires d'homicides. Les critères établis comprenaient une formation ou une expérience préalables en médecine légale, une expérience préalable en tant que témoin expert en cour, les aptitudes interpersonnelles et la situation géographique. Le D^r Chiasson n'a pas interviewé les candidats ni tenté d'évaluer les facteurs comme les aptitudes interpersonnelles. À l'aide des dossiers de candidature, le BCCO, par l'entremise du D^r Chiasson, a dressé une liste des pathologistes des coroners régionaux. De plus, le BCCO a nommé un groupe de pathologistes associés des coroners régionaux – des pathologistes subalternes qui étaient formés pour effectuer ce travail à l'avenir. En tout, entre 90 et 95 pathologistes ont été nommés à l'un ou l'autre de ces postes.

Le D^r Chiasson n'a pas établi de seuil très élevé quant au nombre d'autopsies dans des cas d'homicides qui devaient avoir été effectuées pour être nommé pathologiste d'un coroner régional. En étudiant les candidatures pour les régions éloignées de la province, il a tenu compte de la réalité voulant que les pathologistes de ces régions qui n'avaient aucune formation ni expérience en médecine légale soient tenus, en pratique, de pratiquer des autopsies dans les cas de mort suspecte.

Le D^r Cutz et le D^r Greg Wilson, qui travaillaient tous deux à l'UOMLP en 1996, ont soumis leur candidature pour travailler à titre de pathologistes des coroners régionaux. Le D^r Chiasson a rejeté leurs candidatures parce qu'il voulait

que le D^r Smith ou le D^r Glenn Taylor pratiquent les autopsies dans tous les cas de mort suspecte et d'homicides d'enfants à l'UOMLP. Le D^r Cutz et le D^r Wilson ont continué de s'occuper des cas de morts non suspectes en vertu de mandats du coroner. Le 17 février 1997, le D^r Chiasson a écrit au D^r Smith pour décrire la position du BCCO : les cas de médecine légale devraient être attribués aux pathologistes du SickKids, le D^r Smith traitant la majorité des cas complexes, y compris les homicides et les morts suspectes, et le D^r Taylor remplaçant le D^r Smith lorsque ce dernier n'était pas disponible.

Même s'il naissait de bonnes intentions, le système des pathologistes des coroners régionaux était relativement inefficace. Comme le nombre de pathologistes ayant une formation officielle en médecine légale était très limité, le titre était donné à des pathologistes n'ayant ni formation ni expertise particulière en médecine légale. Il était également accordé à des pathologistes comme le D^r Smith dont les lacunes importantes en matière de compétences et de connaissances médico-légales étaient passées inaperçues à cause de mécanismes inadéquats de contrôle de la qualité.

Le titre de pathologiste du coroner régional existe encore aujourd'hui, mais, au fil du temps, on a cessé de faire appel à lui pour régler les problèmes que posent les cas de mort suspecte. En 2008, toutes les autopsies effectuées sur des adultes et des enfants dans les cas de mort suspecte sont pratiquées dans les « centres d'excellence » des unités régionales.

Absence de mécanisme indépendant de traitement des plaintes

Au début des années 1990, le Conseil des coroners entendait les principales plaintes concernant le travail des coroners. Le conseil, créé en vertu de la loi, constituait une tribune indépendante présidée par un juge désigné à cet effet. Il a été dissous le 18 décembre 1998, lorsque la législature a révoqué les articles 6 et 7 de la *Loi sur les coroners*. Par la suite, le BCCO n'a plus eu de système officiel ou bien compris pour enquêter sur les plaintes déposées au sujet du travail des pathologistes ou des coroners et y répondre. Il revenait plutôt au coroner en chef de répondre aux plaintes de façon ponctuelle.

Mesures prises par le D^r Chiasson pour améliorer la supervision du travail des pathologistes

Lorsque le D^r Chiasson a été nommé médecin légiste en chef en 1994, il a dû faire face au défi colossal d'améliorer la qualité de la médecine légale en Ontario. Il n'existait pratiquement aucune structure de supervision du travail

des pathologistes qui effectuaient les autopsies en vertu de mandats du coroner. Au-delà des changements institutionnels dont il a déjà été question, les mécanismes particuliers de supervision qui ont été mis en place par le D^r Chiasson portaient de bonnes intentions et constituaient certainement une amélioration par rapport au vide qui existait avant 1994. Toutefois, et je crois que le D^r Chiasson serait le premier à l'admettre, elles étaient inadéquates sur un certain nombre d'aspects essentiels.

En ce qui concerne ces lacunes, je reconnais que, même si le D^r Chiasson avait mis en place des mécanismes de supervision adéquats, il avait peu de moyens de faire appliquer les directives du BCCO ou d'atténuer les inquiétudes au sujet du travail des pathologistes. Il n'exerçait aucun pouvoir direct sur les pathologistes des unités régionales de médecine légale ni sur les directeurs de ces unités. Son rôle de superviseur des unités, s'il en avait un, était mal défini. De plus, en tant que médecin légiste relativement peu expérimenté, le D^r Chiasson avait la tâche de surveiller des pathologistes plus aguerris, comme le D^r Smith, qui entretenaient déjà des relations avec la direction du BCCO. Ces facteurs, que nous aborderons plus en détail au chapitre 9, Supervision de la médecine pédiatrique légale, ont constitué d'importants obstacles à une supervision efficace.

Révision des rapports d'autopsie au sein de l'Unité provinciale de médecine légale

L'une des premières initiatives du D^r Chiasson, à partir de 1994, a été de passer en revue chaque rapport d'autopsie de l'UPML avant sa transmission au BCCO et au coroner-enquêteur. Chaque année, environ 1 500 autopsies étaient pratiquées à l'unité, dont près de 200 soulevaient à l'origine des soupçons sur le plan criminel et environ 100 s'avéraient être des homicides.

Le D^r Chiasson voulait s'assurer que les conclusions de chaque rapport étaient valables et évaluer, du mieux qu'il le pouvait, les capacités en médecine légale des pathologistes fournissant des services à l'UPML. Il espérait pouvoir déceler tout problème majeur de médecine légale avant la publication du rapport final. Il souhaitait s'assurer que les lésions étaient correctement documentées, qu'il n'y avait pas d'incohérences dans le rapport, que le résumé des observations d'éléments anormaux était exact et que la cause indiquée de la mort était étayée par les observations. Ce processus n'était toutefois rien de plus qu'un examen sur dossier. Les rapports étaient si nombreux qu'il était impossible d'aller plus en profondeur.

Révision des rapports d'autopsie dans tous les cas de mort suspecte

Le 1^{er} septembre 1995, le BCCO a annoncé que tous les rapports d'autopsie de la province devaient, avant d'être transmis à la Couronne par le BCCO, être revus

par le médecin légiste en chef dans les cas où la mort résultait d'un homicide ou était indéterminée mais pouvant résulter d'un homicide. Chaque année, environ 400 autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner dans l'ensemble de la province soulevaient des soupçons sur le plan criminel, dont 200 à 250 s'avéraient être reliées à un homicide. En mai 2000, le BCCO a distribué une note de service indiquant que le processus de révision dans les cas d'homicide s'appliquerait désormais aux morts survenues en détention, aux morts faisant l'objet d'une enquête de la police ou de l'Unité des enquêtes spéciales ainsi qu'à toutes les morts catégorisées comme étant dues au SMSN ou au syndrome de mort subite inexplicable (SMSI).

Dans la plupart des cas, les coroners régionaux transmettaient les rapports d'autopsie au D^r Chiasson pour qu'il les étudie, ce qu'il faisait avant de les remettre à la Couronne. Si le D^r Chiasson ne relevait aucune erreur, il envoyait une note de service au coroner régional pour l'informer que la révision était terminée. S'il avait des doutes, il en faisait part au pathologiste directement ou par l'entremise du coroner régional. À l'occasion, il exigeait des pièces justificatives avant de terminer la révision, mais cela demeurait en somme un examen sur dossier.

L'examen des cas de mort suspecte par le D^r Chiasson, même s'il constituait une avancée considérable comparativement au manque total de contrôle de la qualité dans les années 1980 et au début des années 1990, comptait tout de même un certain nombre de limitations importantes. Le D^r Chiasson n'examinait pas les photographies ni l'histologie sous-jacente au rapport à moins qu'il ne détecte un problème, à la suite de quoi il demandait à les voir. Son examen n'aurait donc pas permis de déceler la mauvaise interprétation d'une lésion ou d'une observation pathologique. Par exemple, dans l'affaire Jenna, les graves erreurs du D^r Smith ne ressortaient pas clairement dans l'évaluation papier du rapport d'autopsie quant au moment où les blessures ont été infligées. Par conséquent, le D^r Chiasson n'a pas exprimé de doute lorsqu'il a passé cette affaire en revue. Le fait que l'examen n'a pas permis de détecter des erreurs aussi graves en démontre les limites.

Comme le D^r Chiasson l'a reconnu durant son témoignage, il ne disposait pas non plus d'information suffisante concernant les circonstances de la mort pour déceler un certain nombre d'erreurs dans les rapports du D^r Smith. Durant l'examen sur dossier de ces affaires, il n'a noté aucun problème majeur et absolument rien qui aurait nécessité la modification du rapport.

À un certain moment, le D^r Chiasson a procédé à une vérification et déterminé que, dans la majorité des cas de mort suspecte, il recevait les rapports dans le cadre de son processus d'examen. Toutefois, il ne les recevait pas tous puisque le processus reposait sur le fait que chaque pathologiste envoyait ses rapports par l'entremise du coroner régional. Lorsque les rapports étaient très en retard, ils

étaient parfois envoyés directement à l'avocat de la Couronne et évitaient le processus d'examen. Par exemple, dans l'affaire Sharon, après maintes requêtes et une assignation à comparaître envoyées au D^r Smith, il a fourni son rapport d'autopsie à la Couronne en mars 1998 sans le faire parvenir par l'entremise du coroner régional ou du BCCO pour examen. Le D^r Chiasson n'a pas eu l'occasion d'examiner le rapport et il en a pris connaissance pour la première fois en mars 1999 seulement, avant de rencontrer la Couronne et la police à Kingston. À cette occasion, il était d'avis que le D^r Smith n'avait pas bien défini ou décrit les lésions, plus particulièrement les traces de blessures internes. Le D^r Chiasson serait sûrement arrivé à cette conclusion beaucoup plus tôt si le rapport lui avait été envoyé avant d'être transmis à l'avocat de la Couronne, comme cela aurait dû être le cas.

Finalement, le D^r Chiasson n'avait à sa disposition aucun mécanisme pour revoir les rapports de consultation ou les secondes opinions à moins qu'ils n'aient été joints au rapport d'autopsie. C'est pourquoi il n'a pas revu le travail de consultation du D^r Smith dans des cas comme les affaires Taylor et bébé F. À cet égard aussi, le processus d'examen n'était pas assez complet¹.

Vérification ponctuelle du travail de l'UOMLP

Vers 1997, le D^r Chiasson a procédé à une vérification au hasard d'une vingtaine d'autopsies pratiquées sur des enfants à l'UOMLP afin de vérifier les délais de remise des rapports et les questions de médecine légale soulevées dans les rapports. Le D^r Chiasson n'a pas relevé de problèmes majeurs par suite de son examen. Dans quatre de ces affaires, le D^r Chiasson a décelé des points mineurs relatifs à une description limitée des lésions et à l'absence de commentaire corrélatif ou de mise en contexte, mais ils étaient semblables à ceux qu'il avait repérés chez les pathologistes travaillant à l'extérieur de l'UOMLP. Le D^r Chiasson n'a pas effectué de vérifications semblables du travail effectué dans les autres unités régionales de médecine légale.

Incapacité d'assurer le suivi des délais

Le BCCO avait principalement l'obligation de s'assurer que tous les pathologistes remettaient leurs rapports d'autopsie au moment opportun; pourtant, le processus d'examen de ces rapports par le D^r Chiasson ne retraçait pas particulièrement la date de remise des rapports pas plus qu'il ne l'évaluait. En effet, le BCCO ne disposait d'aucun système ni d'aucun mécanisme central pour assurer le suivi des

¹ Voir le résumé des dossiers à l'annexe 28 à la fin du volume 4.

rapports de consultation ou d'autopsie. Il ne pouvait donc pas connaître les délais de remise des rapports d'autopsie dans des affaires particulières.

Dans les années 1990, le BCCO n'avait aucune politique qui définissait clairement les délais de remise. En avril 1999, dans la note de service 99-02 sur les pièges de la médecine légale distribuée à tous coroners et pathologistes, le D^r Chiasson et le D^r Young recherchaient « la coopération continue de tous les pathologistes dans le but de minimiser les délais de production des rapports d'autopsie » et ont déclaré que les retards de plus de trois ou quatre mois créaient des problèmes aux coroners. Toutefois, cette demande n'était pas présentée comme une exigence et on ne veillait pas spécifiquement à ce qu'elle soit respectée.

Malgré l'absence de système de suivi, le D^r Chiasson a eu vent de certaines inquiétudes soulevées par des coroners régionaux et d'autres intervenants au sujet des retards majeurs de remise des rapports du D^r Smith. Le D^r Chiasson a tenté d'une certaine façon de jouer un rôle de supervision plus actif pour régler le problème des retards de production des rapports du D^r Smith. Comme nous l'avons noté ci-dessus, le D^r Chiasson a procédé, en 1997, à une vérification aléatoire de 20 autopsies pratiquées sur des enfants. En 1998, il a rencontré les D^{rs} Becker et Smith et leur a proposé des objectifs précis de production des rapports sur les cas traités par l'unité.

Le SickKids a toutefois veillé à ce que les pathologistes fassent leur travail à temps, y compris la préparation de leurs rapports sur les dossiers du coroner. Au cours de son mandat à titre de médecin légiste en chef au SickKids, le D^r Phillips a fixé des délais de production pour tous les rapports d'autopsie préparés pour le BCCO ou l'hôpital. Le D^r Becker, qui lui a succédé en 1994, a officialisé les délais de réalisation de tous les travaux des pathologistes. Le SickKids a assuré le suivi de toutes les pathologies chirurgicales, des autopsies pratiquées à l'hôpital et des dossiers du coroner qui y étaient traités. À la fin de chaque mois, le D^r Paul Thorner, directeur de la pathologie chirurgicale au SickKids de 1990 à 1996 et chef adjoint du service de pathologie depuis 1996, a dressé une liste de tous les dossiers incomplets des pathologistes et les résultats ont été remis à la fois au D^r Becker et à chaque pathologiste. Toutefois, les mesures correctives destinées à régler les problèmes de retard portaient généralement sur le travail du médecin légiste effectué pour l'hôpital plutôt que pour le coroner. À l'occasion, le BCCO appelait le médecin légiste en chef s'il se questionnait sur les retards de production des rapports du coroner, mais il n'était pas nécessairement mis au courant lorsque le SickKids avait des inquiétudes quant aux retards des rapports des pathologistes. Le SickKids ne partageait pas ces rapports incomplets avec le BCCO. Le D^r Cairns, coroner en chef adjoint, ne savait même pas que le SickKids

avait un système qui lui permettait d'assurer le suivi de la remise des rapports de ses pathologistes.

Contenu des rapports d'autopsie

En révisant les rapports d'autopsie, le D^r Chiasson a observé que les pratiques variaient à travers la province quant à la façon d'incorporer l'historique des faits dans les rapports. Il a incité les pathologistes à inclure des observations pertinentes dans leurs rapports, mais d'en exclure l'information préjudiciable ou sans rapport. Certains pathologistes croyaient qu'ils ne pouvaient s'écarter du formulaire prescrit par le règlement pris en application de la *Loi sur les coroners* (le formulaire 14), qui ne prévoyait aucun espace pour inclure des commentaires à cet effet, alors que d'autres ajoutaient trop d'information non pertinente. Selon le D^r Chiasson, l'objectif était d'inclure seulement l'information factuelle ou circonstancielle pertinente ou importante sur le plan des conclusions pathologiques, mais il a été incapable de réaliser beaucoup de progrès en ce sens à l'échelle de la province.

Examen des cas spéciaux

Le D^r Chiasson a instauré des examens ponctuels relativement à certains cas qui s'avéraient particulièrement complexes ou qui soulevaient un problème médico-légal particulier. À certaines occasions, les coroners, les enquêteurs de la police et les avocats de la Couronne se réunissaient pour discuter des résultats de l'autopsie. Les examens des cas spéciaux permettaient aux « grands esprits de se rencontrer » parmi les membres de l'équipe d'enquête sur les morts. Ces examens étaient précurseurs des conférences préparatoires plus officielles mises sur pied par la suite au sein du BCCO.

Soutien consultatif

À partir de 1995, le D^r Chiasson rédigeait régulièrement une chronique dans le bulletin du BCCO. Dans son premier article du *Coin de la médecine légale*, il a écrit que l'un de ses principaux rôles était de fournir des opinions à titre consultatif aux pathologistes, aux coroners et aux services de police. Il a encouragé les gens à tirer profit de son soutien consultatif.

Les pathologistes n'ont pas tout de suite accepté son offre. Finalement, certains d'entre eux ont commencé à consulter le D^r Chiasson au sujet de cas difficiles. D'autres pathologistes, bien souvent les plus expérimentés d'entre eux, étaient peu enclins à le contacter. Il s'agissait là d'une occasion ratée, en particulier pour le D^r Smith, qui ne comprenait pas de nombreux aspects essentiels de la médecine légale.

Le D^r Chiasson savait que certains pathologistes œuvrant en milieu hospitalier pratiquaient des autopsies médico-légales seuls dans de petits hôpitaux sans beaucoup de ressources. En 1995, environ 200 à 250 pathologistes pratiquaient certains types d'autopsie pour le BCCO. En juin de cette année-là, dans son article du *Coin de la médecine légale*, le D^r Chiasson a insisté sur l'importance de la consultation avec d'autres pathologistes. Il a écrit que, même si un système de rencontres régulières n'était pas pratique pour la majorité des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner, il « encouragerait chaleureusement tous les pathologistes à discuter régulièrement de leurs dossiers avec leurs collègues de l'endroit ». Dans les cas difficiles, il pressait les pathologistes de recourir à l'expertise des unités régionales de médecine légale. Encore une fois, cette initiative naissait de bonnes intentions, mais, étant donné l'absence d'un encadrement institutionnel adéquat des services de médecine légale à travers la province, son impact ne pouvait être que très modeste.

Activités de formation

Les programmes de formation en médecine légale du BCCO avaient disparu au début des années 1990. Vers le milieu de la décennie, le D^r Chiasson a réinstauré des programmes annuels de formation pour les pathologistes qui comprenaient des cours conjoints avec les coroners.

Le BCCO a également financé la participation des pathologistes à des conférences informatives à l'échelle nationale et internationale et a même créé un fonds pour la création d'un poste de boursier au BCCO. Il n'a toutefois pu convaincre personne d'accepter le poste, probablement à cause de la maigre rémunération versée aux pathologistes effectuant du travail médico-légal.

Examen de la participation aux instances criminelles

Dans les années 1990, la participation du BCCO dans les affaires de mort suspecte se terminait habituellement une fois le rapport d'autopsie et le rapport du coroner achevés. Dans les cas compliqués, des représentants du BCCO pouvaient participer à des conférences préparatoires avec l'avocat de la Couronne pour faire en sorte que les experts nécessaires soient convoqués. Toutefois, le BCCO ne surveillait pas la participation des pathologistes à ces affaires au fur et à mesure qu'elles progressaient dans le système de justice pénale. La relation concernait exclusivement le médecin légiste qui avait pratiqué l'autopsie et l'avocat de la Couronne qui aurait pu souhaiter que le pathologiste témoigne.

Dans les faits, certaines des questions les plus graves au sujet du travail des pathologistes dans les instances criminelles de 1981 à 2001 ont été soulevées après l'étape du dépôt du rapport d'autopsie. Comme le décrit le chapitre 8, Le

D^r Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale, dans plusieurs des affaires étudiées par la Commission, d'importants problèmes sont survenus dans les communications entre le D^r Smith et d'autres intervenants du système de justice pénale et lors de ses témoignages dans les instances criminelles.

Dans ces circonstances, il était dommage que le BCCO n'ait pas mis en place de système pour passer en revue les témoignages des pathologistes en cour. Le BCCO ne passait pas en revue les commentaires des magistrats au sujet du travail de ses pathologistes, pas plus qu'il n'examinait ou surveillait les opinions que les pathologistes exprimaient de façon officieuse devant les policiers ou les avocats pendant les instances criminelles. Cette dégradation du processus de surveillance des cas complexes dans le cadre du système de justice pénale a constitué une lacune importante en matière de supervision tout au long du mandat du D^r Chiasson. Comme nous le verrons au chapitre 9, Supervision de la médecine pédiatrique légale, ce problème de supervision, qui se poursuit toujours, fait l'objet de recommandations.

Visites dans les hôpitaux où s'exerçait la médecine pédiatrique légale

Lorsque le D^r Chiasson a été nommé médecin légiste en chef en 1994, il a déclaré vouloir interagir davantage avec l'UOMLP que ne l'avait fait son prédécesseur. Comme l'avait suggéré le D^r Chiasson, le D^r Smith a organisé, à partir de janvier 1995, des visites mensuelles en médecine pédiatrique légale à l'UOMLP. Le D^r Chiasson a participé à ces visites au SickKids pour pouvoir faire profiter les pathologistes de son expérience des questions médicolégales et aussi en apprendre davantage sur les cas de médecine pédiatrique légale. Au cours de sa formation en médecine légale à Baltimore, il avait observé l'importance des visites en milieu hospitalier afin d'assurer une pratique de qualité.

Dans les années 1980 et au début des années 1990, on discutait parfois des dossiers du coroner lors des visites au SickKids, mais pas des cas de mort suspecte. En 1994, le BCCO a clairement indiqué que toutes les autopsies en vertu de mandats du coroner, à part celles qui portaient sur des erreurs médicales, pouvaient être abordées durant les visites au SickKids. Il semble que l'on ait discuté de certaines autopsies pratiquées dans des cas de mort suspecte au cours des visites à l'hôpital portant sur la médecine pédiatrique légale, mais, même si elles se sont avérées être un outil efficace de contrôle de la qualité, elles ont été abandonnées vers 1997. Elles ont été interrompues pour diverses raisons, mais principalement à cause de la participation sporadique du personnel de pathologie, de l'horaire trop chargé du D^r Smith et du manque général d'intérêt à perpétuer ces visites. L'élimination de ces visites à l'hôpital a constitué une autre occasion ratée d'améliorer la qualité de la médecine pédiatrique légale en Ontario.

En 1997, le D^r Chiasson a tenté de faire participer le D^r Smith au travail de l'UPML au moyen de visites hebdomadaires et quotidiennes à l'unité. Il a reconnu que les dossiers du D^r Smith étaient extrêmement complexes et croyait que de discuter avec des collègues ayant de l'expérience en médecine légale pourrait lui être bénéfique. Le D^r Smith a d'abord assisté à certaines de ces visites, mais sa participation a vite diminué et cette autre occasion a été perdue.

Vers 1999, le D^r Chiasson a instauré une série de visites portant sur la médecine pédiatrique légale au BCCO afin que le personnel de l'UPML puisse se familiariser avec les cas impliquant des enfants. Le D^r Smith présentait les cas lors de ces visites du mercredi après-midi. Il était habituellement le seul pathologiste du SickKids à y participer. Les visites en médecine pédiatrique légale à l'UPML s'intéressaient davantage aux cas de mort suspecte que celles du SickKids. Ces visites se sont poursuivies au moins jusqu'en 2000 et peut-être après 2001.

Démission du D^r Chiasson

En 1999, 2000 et 2001, le D^r Chiasson a essuyé un nombre croissant de frustrations à titre de médecin légiste en chef.

Il y a eu d'abord la démission, au printemps et à l'été de 1999, de deux des médecins légistes accrédités à temps plein de l'UPML, le D^r Bullock et le D^r Queen. À la mi-juillet 1999, le D^r John Deck est parti en congé de maladie prolongé. Il n'est pas revenu et a pris sa retraite en 2002. Lorsque le D^r Chiasson a effectué les entrevues de fin d'emploi du D^r Queen et du D^r Bullock, ils lui ont dit qu'ils auraient aimé participer davantage aux travaux de l'équipe d'enquête sur les morts. Ils n'avaient pas l'impression que leur expertise spécialisée en médecine légale et en enquête sur les morts, acquise grâce à leur formation dans les bureaux du médecin légiste où les pathologistes déterminaient la cause et les circonstances de la mort, avait été appréciée à sa juste valeur ou mise à profit au sein de l'unité.

Avant ces départs, les pathologistes internes à temps plein avaient, pendant quelques années, effectué la grande majorité des autopsies à l'UPML. À présent, le D^r Chiasson devait encore une fois recruter des pathologistes rémunérés à l'acte. Il devait aussi pratiquer lui-même plus d'autopsies, ce qui réduisait le temps qu'il pouvait consacrer à ses fonctions sur les plans de la gestion et de la formation. À la fin de 1999, les seuls pathologistes internes de l'unité étaient le D^r Chiasson et le D^r Toby Rose.

Dans une note de service au D^r Young datée du 16 juin 1999, le D^r Chiasson faisait part de sa frustration grandissante au sujet de la situation de la dotation en personnel à l'UPML et de ses relations avec les autres unités régionales de médecine légale. Les deux médecins se sont rencontrés pour discuter des inquiétudes

du D^r Chiasson. Le D^r Young était intéressé à appuyer la nomination du D^r Chiasson et des autres pathologistes internes de l'unité à titre de coroners si cela faisait en sorte qu'ils demeurent en poste. Il a aussi consenti à ce que le D^r Chiasson assume un rôle plus actif dans l'administration et la budgétisation des services d'autopsie en vertu de mandats du coroner. Le D^r Young a dit qu'il s'engageait à augmenter de façon substantielle les salaires du médecin légiste en chef et des médecins légistes internes.

Toutefois, le D^r Chiasson n'a pas réussi à recruter de nouveaux médecins légistes en 1999. Il a dit au D^r Young que, sans une amélioration notable de la structure salariale de l'unité, il serait incapable d'attirer des candidats convenables. Le marché de l'emploi devenait de plus en plus difficile, alors que de nombreux pathologistes âgés prenaient leur retraite et que de moins en moins de résidents s'inscrivaient aux programmes de formation en pathologie. Les pathologistes des hôpitaux avaient un salaire beaucoup plus élevé que ceux de l'UPML. À cette époque, les salaires des pathologistes travaillant en milieu hospitalier augmentaient considérablement, atteignant en moyenne 205 000 \$. En plus de leur salaire de base versé par l'hôpital, certains pathologistes recevaient une rémunération additionnelle pour le travail qu'ils effectuaient à l'acte pour le BCCO. Par contre, le salaire de base du D^r Chiasson, en tant que médecin légiste en chef, était de 156 000 \$, tandis que les autres pathologistes internes de l'unité touchaient entre 150 000 \$ et 160 000 \$ par année. Les deux médecins légistes qui ont quitté l'unité ont accepté des postes dans des hôpitaux qui leur ont rapporté beaucoup plus d'argent, l'un d'eux ayant reçu l'assurance d'une augmentation salariale de 50 pour cent.

Le problème de la rémunération ne portait pas seulement sur l'incapacité d'attirer et de garder en poste des médecins légistes compétents et accrédités. Il forçait aussi le BCCO à dépendre à nouveau des services de pathologistes rémunérés à l'acte. Comme ces pathologistes n'étaient pas des employés du BCCO, les cadres supérieurs du Bureau – les D^{rs} Young, Cairns et Chiasson – ont toujours eu l'impression que le BCCO aurait de la difficulté à imposer des sanctions administratives ou disciplinaires aux pathologistes lorsqu'elles s'imposaient. Ils avaient l'impression de n'avoir qu'un seul véritable recours : cesser de confier des dossiers à ces pathologistes. Compte tenu du manque de pathologistes capables d'effectuer du travail de médecine légale de haut niveau et du besoin apparent d'effectuer ce travail à tout prix, le BCCO avait l'impression d'avoir très peu de latitude pour tenir responsable un médecin légiste rémunéré à l'acte.

En mars 2000, le D^r Chiasson faisait face à la retraite imminente de M. Blenkinsop, chef assistant en anatomopathologie au BCCO, et à la perte de trois pathologistes internes. Il envisageait de démissionner parce qu'il n'avait plus

l'impression de pouvoir s'acquitter efficacement des responsabilités associées à son poste. Ses problèmes avec le D^r Smith lui causaient aussi des ennuis même si, selon lui, ils constituaient une infime partie des problèmes de gestion auxquels il faisait face.

En octobre 2000, le D^r Chiasson a été nommé coroner en chef adjoint, pathologie, au BCCO, mais ni ses responsabilités ni son salaire n'ont changé. Comme il ressentait toujours ces mêmes frustrations en 2001, il a fait part de ses inquiétudes au D^r Young en déclarant qu'il s'était attendu à jouer un rôle plus important dans la gestion des questions reliées aux enquêtes sur les morts. Mais les frustrations, principalement reliées au recrutement, ont continué. Le D^r Chiasson a réussi à embaucher un autre pathologiste, mais cette personne a vite démissionné pour accéder à un poste beaucoup mieux rémunéré. Lorsque les pathologistes des hôpitaux ont entrepris une grève au sujet de la rémunération à l'acte des autopsies, encore plus de cas ont été renvoyés à l'UPML. Dans ces circonstances, le D^r Chiasson a conclu qu'il ne pouvait pas assumer les fonctions de médecin légiste en chef comme il le devait. Il a démissionné le 29 juin 2001. Pour des raisons indépendantes de sa volonté, il avait été incapable de concrétiser ses espoirs en matière d'amélioration de la médecine légale en Ontario.

Après sa démission, le D^r Chiasson a continué de pratiquer des autopsies pour le BCCO en étant rémunéré à l'acte. Il a aussi révisé des rapports d'autopsies pratiquées dans des cas de mort suspecte sur une base contractuelle. Après sa démission, il n'y a pas eu de médecin légiste en chef en Ontario pendant cinq ans – jusqu'en 2006 – lorsque le D^r Pollanen a été nommé à ce poste.

RÉACTION DU BCCO FACE AUX PRÉOCCUPATIONS GRANDISSANTES EN MATIÈRE DE VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, le BCCO se préoccupait de plus en plus de la violence faite aux enfants. C'était aussi le cas partout dans le monde. Dans ce contexte, le BCCO a commencé à établir des politiques relatives aux enquêtes sur les morts d'enfants. De plus, il a mis sur pied des comités chargés d'étudier certains types de morts d'enfants.

Comité d'examen des décès d'enfants

En 1989, le BCCO a créé le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) pour l'aider à examiner les décès d'enfants, en prêtant une attention particulière aux soins médicaux qui leur ont été prodigués avant le décès dans les cas médicalement complexes. Le but principal du CEDE était de déterminer si les soins médi-

caux étaient raisonnables et si leur qualité soulevait des questions systémiques. Le comité n'avait pas pour but de déterminer la cause de la mort. Les premiers membres du CEDE comprenaient le D^r Smith et le D^r Cairns, qui est devenu président du CEDE en 1992.

Dans les cas où les coroners locaux ne pouvaient répondre à certaines questions dans les enquêtes difficiles sur des morts d'enfants, ils les renvoyaient à leur coroner régional. Ce dernier pouvait ensuite choisir de confier l'affaire au CEDE. Ce renvoi ne pouvait s'effectuer tant que le rapport d'autopsie n'était pas terminé. Un membre du CEDE était ensuite désigné pour passer en revue et résumer le dossier, qui comprenait le rapport du coroner, le rapport d'autopsie final et tous les dossiers médicaux. Durant la réunion du CEDE, ce membre présentait l'affaire et les questions problématiques et les membres en discutaient afin d'arriver à un consensus. Si l'affaire soulevait des problèmes de pratique médicale, le CEDE faisait des recommandations. Dans chaque cas, le CEDE produisait un rapport qui reprenait les points de vue et les opinions de tout le comité.

Dans les années 1990, le BCCO a élargi le mandat du CEDE. Le 24 janvier 1994, le BCCO a annoncé que le CEDE étudierait toutes les morts dues au SMSN et au SMSI dans l'intention de produire un rapport annuel sur ces morts pour aider les coroners et les pathologistes.

L'affaire Nicholas était l'un des premiers cas de SMSN ou de SMSI renvoyés au CEDE et le D^r Smith a été désigné pour s'en occuper. Le comité a discuté de l'affaire et a convenu qu'elle ne faisait pas partie de la catégorie du SMSN parce que Nicholas était éveillé et se tenait debout lorsqu'il s'est effondré. Le CEDE a conclu qu'il fallait étudier le dossier davantage et que, pendant que l'enquête se poursuivait, l'affaire devrait temporairement être classée SMSI. Lorsque le D^r Smith a conclu dans son rapport de consultation qu'« en l'absence de toute autre explication, la mort de ce jeune garçon est due à un traumatisme crânien contondant », l'affaire n'a pas été renvoyée au comité pour une étude plus approfondie. Le CEDE ne devait pas étudier les cas de mort suspecte même si, du moins au début, il s'est penché sur un certain nombre d'entre eux. Cela étant dit, en 1993 ou 1994, à la lumière des examens de tels cas, le CEDE s'est mis à s'intéresser aux cas non détectés de violence faite aux enfants. C'est pourquoi il a plus tard participé à la rédaction d'un nouveau protocole qui, en partie, portait sur les morts suspectes d'enfants.

Politiques du BCCO et morts d'enfants

Note de service 551 (B)

Compte tenu des préoccupations croissantes au sujet des cas non détectés de violence faite aux enfants, le D^r Young a fait circuler, le 19 décembre 1990, la note de service 551(B) auprès de tous les coroners, pathologistes et agents de police. Ce document précisait que, dans certains cas récents, les coroners et les pathologistes avaient observé des lésions laissant nettement supposer qu'il y avait eu violence envers des enfants, mais n'avaient pas immédiatement averti la police – une réaction qui avait retardé l'enquête criminelle. La note de service recommandait que « [t]ous les coroners qui faisaient enquête sur la mort de nourrissons et de jeunes enfants devraient être extrêmement suspicieux. Les morts survenant dans ce groupe d'âge sont relativement peu courantes et, lorsqu'elles ne sont pas dues au SMSN, les circonstances sont habituellement évidentes. La police devait être avertie immédiatement dès que des soupçons sont éveillés. »

Note de service 616

Le 23 juillet 1993, le D^r Young a diffusé la note de service 616 concernant le SMSN à l'attention de tous les coroners, pathologistes et agents de police. La note donnait la définition universellement acceptée du SMSN². Elle rappelait à ses destinataires qu'une enquête adéquate sur le SMSN comprenait une enquête policière approfondie, une autopsie et une enquête du coroner. La note de service soulignait aussi que le SMSN était un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire qu'il ne pouvait être rendu que lorsque l'enquête policière, celle du coroner et l'autopsie étaient toutes négatives. En cas de doute, la mort devrait être classée sous SMSI.

Le protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons

En 1993 et 1994, le BCCO s'inquiétait de plus en plus du fait que les membres de l'équipe d'enquête sur les morts n'étaient pas assez vigilants et qu'ils concluaient trop rapidement à des morts non suspectes. En 1993, deux enquêtes lacunaires de ce genre, qui ont été portées à l'attention du BCCO, ont poussé ce dernier à mettre l'accent sur l'exercice d'un haut degré de suspicion dans les enquêtes sur les morts.

L'un de ces cas portait sur la mort d'un enfant sur qui on n'avait pas repéré initialement de fractures inexplicables. L'autre était un cas d'homicide au sein

² Le SMSI était défini dans la note de service comme étant la « mort subite d'un nourrisson de moins de un an qui demeure inexplicable après une enquête approfondie de l'affaire, incluant une autopsie complète (avec radiographies), un examen du lieu de la mort et une étude du dossier clinique ».

d'une famille maquillé en accident de voiture. La mort avait d'abord été traitée comme un accident de la circulation, et une seconde autopsie a été exigée. En 1994, le Conseil des coroners a rendu une décision relative à cette affaire, en formulant un certain nombre de recommandations d'ordre systémique, y compris le fait que les nouveaux coroners « devraient être formés de façon à être très suspicieux, à présumer que toutes les morts sont des homicides jusqu'à ce qu'ils soient convaincus qu'elles ne le sont pas ». La première politique du BCCO à utiliser l'expression « pensée fondée sur la méfiance » (*thinking dirty*) a été rédigée peu de temps après la publication du rapport du Conseil des coroners. Elle portait sur les enquêtes de cas d'homicides perpétrés par des partenaires sexuels.

En 1993 et 1994, les membres du CEDE ont déterminé que de nombreuses enquêtes ne se conformaient pas aux directives existantes sur les morts dues au SMSN. Les policiers étaient souvent très peu sollicités et de nombreux pathologistes d'hôpitaux qui pratiquaient les autopsies n'avaient pas de formation en médecine pédiatrique légale. Le CEDE, qui a eu vent d'un certain nombre de cas de diagnostic erroné posés par les pathologistes d'hôpitaux, craignait toujours que des cas de violence faite aux enfants continuent de passer inaperçus. Par conséquent, les membres du CEDE ont procédé à une étude sur la façon de traiter ces morts ailleurs dans le monde. Ils ont décidé que le BCCO devrait publier un nouveau protocole exhaustif pour les enquêtes sur les morts d'enfants âgés de moins de deux ans.

Le 10 avril 1995, le BCCO a diffusé la note de service 631 à laquelle était joint le protocole à utiliser pour les enquêtes sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de 2 ans (le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons) à tous les coroners, pathologistes et chefs de police. Le D^r Cairns l'a rédigé en consultation avec le CEDE et le D^r Smith a contribué à l'annexe D, qui décrivait les étapes à suivre durant les autopsies sur des enfants.

Le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons était l'un des premiers efforts déployés dans le monde pour traiter les morts d'enfants d'une façon aussi structurée. Sur de nombreux points, il constituait une avancée importante en matière d'enquête sur les morts d'enfants en Ontario. Il soulignait l'importance du travail d'équipe et reflétait une première tentative d'ébaucher une démarche fondée sur des éléments probants. Il exigeait une autopsie complète, incluant des radiographies et des tests toxicologiques dans tous les cas, et soulignait également l'importance de la radiologie. Il faisait état des caractéristiques propres aux autopsies pratiquées dans les cas de mort subite ou inattendue d'enfants de moins de deux ans. En fait, les fondements d'un certain nombre de procédures actuelles d'autopsie sur les enfants se trouvent dans cette note de service. Cependant, comme j'en parle au chapitre 8, Le D^r Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale, le

Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons et ses annexes avaient de certaines façons une application restreinte.

Malheureusement, le Protocole a aussi introduit le concept de « pensée fondée sur la méfiance » (“thinking dirty”) dans les enquêtes sur les morts de nourrissons. Le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons avait pour but de faire en sorte que les morts d'enfants fassent l'objet d'une enquête approfondie et que les morts d'enfants dues à la violence ne soient pas classées SMSN en raison d'un diagnostic erroné prématuré. Toutefois, en tentant d'atteindre cet objectif, il incitait tous les membres de l'équipe d'enquête sur les morts – y compris les coroners et les pathologistes – à adopter une « pensée fondée sur la méfiance » :

Malheureusement, à l'époque actuelle, LA VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS EST UN PROBLÈME RÉEL et il est extrêmement important que tous les membres de l'équipe d'enquête adoptent une « PENSÉE FONDÉE SUR LA MÉFIANCE ». Ils doivent enquêter activement sur chaque cas comme s'il y avait eu violence et ne pas tirer de conclusion hâtive sur la cause et les circonstances de la mort jusqu'à ce que l'enquête soit complètement terminée et que tous les membres de l'équipe soient convaincus de la conclusion. [Mis en évidence dans l'original.]

Au milieu et à la fin des années 1990, le BCCO a rencontré les chefs de police, les coroners et les pathologistes pour les sensibiliser au Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons. Le message sur la « pensée fondée sur la méfiance » était au cœur de cette campagne de sensibilisation. Le D^r Young a adopté l'expression et l'a utilisée fréquemment dans ses présentations.

Devant la Commission, un certain nombre de pathologistes de l'Ontario ont livré leur interprétation du concept de la « pensée fondée sur la méfiance ». Le D^r Cutz croyait que l'utilisation de cette expression était inappropriée. Le D^r Chiasson a interprété le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons comme un important rappel du fait que l'homicide constitue toujours un diagnostic possible. À son avis, cela ne signifiait pas que les pathologistes devaient continuer d'adopter une pensée fondée sur la méfiance en l'absence de preuve de suspicion criminelle. Le D^r Taylor voyait l'expression comme un rappel du fait que le pathologiste doit chercher des preuves de lésion, ainsi que de toutes les autres causes de mort subite et inattendue d'un enfant. Le D^r Shkrum, la D^{re} Rao et le D^r David Dexter, directeur de l'Unité de médecine légale de Kingston, ne croyaient pas que l'expression « pensée fondée sur la méfiance » ait influencé leur démarche ou leur pratique face à la mort d'enfants. Ils avaient compris que la bonne méthode consistait à garder un esprit ouvert et objectif.

Sous de nombreux aspects, le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons constituait une avancée considérable en matière de tenue des enquêtes sur les morts d'enfants et de pratique des autopsies sur les enfants. Toutefois, le fait qu'il souscrivait à la philosophie de la « pensée fondée sur la méfiance » posait un problème. Le D^r Cairns a entendu l'expression « pensée fondée sur la méfiance » pour la première fois de la bouche de Jack Press, l'ex-agent de police de Toronto qui est devenu l'adjoint de direction du D^r Hillsdon Smith. Le D^r Cairns a témoigné avoir compris que l'expression signifiait qu'il ne fallait pas se laisser tromper par les apparences et qu'il fallait tenir compte d'explications plus sinistres. Il ne croyait pas que l'expression « pensée fondée sur la méfiance » impliquait un manque d'objectivité ni une présomption de culpabilité. Toutefois, au cours de son témoignage, le D^r Cairns a fait une analogie entre la « pensée fondée sur la méfiance » et son expérience d'urgentologue, profession dans laquelle les médecins doivent présumer que les symptômes présents chez leurs patients font état du danger le plus grave pour leur santé et agir en conséquence jusqu'à preuve du contraire. Il a donné l'exemple d'un patient qui se présente avec une douleur à la poitrine; on doit alors présumer qu'il souffre d'une crise cardiaque jusqu'à ce que cette explication puisse être écartée. À son avis, le plus grand risque pour la santé dans ce contexte était la violence non détectée faite aux enfants.

À l'exception de quelques témoins qui ont soulevé le fait qu'une condamnation injustifiée demeure un scénario inacceptable, cette analogie démontre une faille majeure de la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance ». Alors que la médecine clinique aborde le traitement sous l'angle de la pire explication possible, la médecine légale joue un rôle très différent. Les médecins légistes fournissent des renseignements qui risquent d'influer sur les instances criminelles. Dans ce contexte, il est dangereux et inapproprié de donner l'impression que les médecins légistes se fondent au départ sur une présomption d'acte criminel qu'il faut réfuter. Afin de demeurer objectifs, ils doivent éviter de donner de telles impressions. Ils doivent opter pour la « pensée fondée sur les éléments de preuve » et non pour la « pensée fondée sur la méfiance ». Ils doivent également démontrer qu'ils procèdent de la sorte.

En distribuant le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons, le D^r Cairns et le D^r Young étaient motivés par un sincère intérêt à l'égard de la violence faite aux enfants et s'appuyaient sur leur expérience professionnelle dans le cadre d'enquêtes sur la mort d'enfants. Toutefois, l'introduction d'une démarche faisant appel à la « pensée fondée sur la méfiance » dans les enquêtes sur les morts d'enfants a été une grave erreur qui a mené à une mauvaise perception et au risque de biaiser les résultats.

Comité sur le SMSN/SMSI

Une fois que le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons a été mis en place, d'autres cas ont été renvoyés au Comité d'examen des décès d'enfants. Le BCCO a établi qu'un comité distinct devait être mis sur pied pour s'occuper des affaires découlant de cette note de service et détecter les affaires controversées ou problématiques à un stade précoce. Le comité procéderait au triage de ces affaires et déterminerait si elles méritaient une enquête ou une étude plus approfondie. Ce nouveau comité a d'abord été nommé le Comité sur le SMSN/SMSI. Il était composé de pathologistes, de coroners et d'agents de police et s'est réuni pour la première fois le 27 juin 2000.

Le comité a passé en revue tous les cas de mort d'enfants de moins de deux ans pour déterminer si les membres étaient d'accord avec les causes et les circonstances de la mort établies par le coroner. La décision du comité l'emportait sur celle du pathologiste, du coroner ou du coroner régional. Le comité ne se penchait pas sur les questions de soins médicaux; il s'assurait que les enquêtes sur ces affaires avaient été menées conformément au Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons et que la classification des causes et des circonstances de la mort était cohérente. Le 10 octobre 2000, le Comité sur le SMSN/SMSI a été rebaptisé Comité d'examen des décès des enfants de moins de deux ans, mais son mandat est demeuré le même. Le comité est toujours en fonction, mais sa compétence a depuis été élargie pour comprendre les morts d'enfants de moins de cinq ans.

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre, j'ai tenté de décrire les dispositions institutionnelles ainsi que les structures organisationnelles de la médecine légale telles qu'elles existaient à l'époque et leur évolution au cours des années 1980 et 1990. J'ai examiné les faiblesses cruciales des tentatives bien intentionnées du D^r Chiasson pour mettre en œuvre de meilleurs mécanismes de supervision et de contrôle de la qualité de la médecine légale au cours des années 1990. Même si des failles sont demeurées dans la capacité de superviser la médecine légale et d'en assurer la qualité, les nouvelles structures mises en place, dont les unités régionales de médecine légale, ont constitué une amélioration par rapport aux dispositions précédentes. La reconnaissance par le BCCO des dangers de la violence faite aux enfants, qui constitue un fait important, s'est malheureusement accompagnée de la démarche faisant appel à la « pensée basée sur la méfiance » mise de l'avant par ses dirigeants. C'est dans ce contexte que doivent être évalués les mauvaises pratiques du D^r Smith et l'échec de la supervision de son travail.