

# Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

## R A P P O R T

**Volume 1** Résumé

**Volume 2** Examen systémique

**Volume 3** Politique et  
recommandations

**Volume 4** Processus d'enquête

**L'honorable Stephen T. Goudge**  
*Commissaire*

ISBN 978-1-4249-7805-2 (PDF – vol. 2)

**INQUIRY INTO PEDIATRIC  
FORENSIC PATHOLOGY IN  
ONTARIO**

The Honourable Stephen Goudge,  
Commissioner

180 Dundas Street West, 22<sup>nd</sup> Floor  
Toronto Ontario M5G 1Z8

Tel: 416 212-6878  
1 866 493-4544  
Fax: 416 212-6879  
Website: [www.goudgeinquiry.ca](http://www.goudgeinquiry.ca)



**COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA  
MÉDECINE LÉGALE PÉDIATRIQUE  
EN ONTARIO**

L'honorable Stephen Goudge,  
Commissaire

180, rue Dundas Ouest, 22<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Tél. : 416 212-6878  
1 866 493-4544  
Télec. : 416 212-6879  
Site Web : [www.goudgeinquiry.ca](http://www.goudgeinquiry.ca)

Le 30 septembre 2008

L'honorable Chris Bentley  
Procureur général de l'Ontario  
Ministère du Procureur général  
Édifice McMurtry-Scott  
720, rue Bay, 11<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5G 2K1

**Objet : Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario**

Monsieur le Procureur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario. J'espère que celui-ci fournira les bases sur lesquelles nous pourrions restaurer la confiance du public envers la médecine légale pédiatrique en Ontario et son utilisation future dans le système de justice pénale. Ce fut pour moi un privilège de siéger à titre de commissaire.

Cordialement,

Stephen Goudge  
Commissaire

STG/mm



---

# **Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario**

*Le rapport contient quatre volumes : 1 (Résumé), 2 (Examen systémique), 3 (Politique et recommandations) et 4 (Processus d'enquête). La table des matières de ce volume est complète; celle des trois autres volumes est abrégée.*

# **Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario**

## **R A P P O R T**

### **Volume 2 Examen systémique**

**L'honorable Stephen T. Goudge**  
*Commissaire*

Publié par le ministère du Procureur général de l'Ontario  
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario 2008

ISBN du document complet, 4 volumes : 978-1-4249-7801-4 (Imprimé)  
ISBN du volume 2 : 978-1-4249-7804-5 (Imprimé)  
ISBN du volume 2 : 978-1-4249-7805-2 (PDF)

Des exemplaires de la présente publication et d'autres publications du gouvernement de l'Ontario sont disponibles auprès de Publications Ontario au Centre ServiceOntario, College Park Building, 777, rue Bay, à l'intersection de College, Toronto M5G 2E5. Les clients de l'extérieur peuvent écrire à Publications Ontario, 50, rue Grosvenor, Toronto M7A 1N8. Téléphone : 416 326-5300; ATS : 416 325-3408. Numéros sans frais : 1 800 668-9938; ATS : 1 800 268-7095. Internet : [www.publications.serviceontario.ca](http://www.publications.serviceontario.ca). Ce rapport est en outre accessible en ligne à l'adresse [www.goudgeinquiry.ca](http://www.goudgeinquiry.ca) au cours de l'année suivant sa publication et, par la suite, à l'adresse [www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca](http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca).

Available in English

DONNÉES DE CATALOGAGE AVANT PUBLICATION DE LA BIBLIOTHÈQUE  
ET ARCHIVES CANADA

Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario.

Rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

Publ. aussi en anglais sous le titre: Inquiry into Pediatric Forensic  
Pathology in Ontario report.

Comprend réf. bibliogr.

Également disponible sur l'Internet.

ISBN 978-1-4249-7801-4 (set)

978-1-4249-7802-1 (v. 1)

978-1-4249-7804-5 (v. 2)

978-1-4249-7806-9 (v. 3)

978-1-4249-7808-3 (v. 4)

1. Pathologie médico-légale—Ontario. 2. Pathologie médico-légale. 3. Pathologie  
pédiatrique. 4. Médecine légale. 5. Violence envers les enfants—Enquêtes—Ontario.  
6. Justice pénale—Administration—Ontario. 7. Enfants—Protection, assistance, etc.—  
Ontario. I. Titre. II. Titre: Inquiry into Pediatric Forensic Pathology in Ontario report.

RA1063.4 I57 2008      614'.108309713      C2008-964037-3

---

# Table des matières

## Volume 1 : Résumé

## Volume 2 : Examen systémique

*Remerciements* xv

*Abréviations et acronymes* xvii

*Glossaire des termes médicaux* xix

- 1 La mort d'un enfant et le système de justice pénale** 3
  
- 2 Des inquiétudes grandissantes** 7
  - Les principaux intervenants 8
  - Causes des inquiétudes grandissantes 11
    - L'affaire Amber 11
    - L'affaire Nicholas 14
    - L'affaire Jenna 19
    - L'affaire Sharon 23
    - L'affaire Athena 28
    - L'affaire Valin 29
  - L'examen du coroner en chef 35
    - Les paramètres d'examen 36
    - Le comité d'examen 37
      - Le D<sup>r</sup> John Butt 38
      - Le D<sup>r</sup> Jack Crane 39
      - Le D<sup>r</sup> Christopher Milroy 39
      - La D<sup>re</sup> Helen Whitwell 40
      - Le D<sup>r</sup> Pekka Saukko 41
    - La participation du D<sup>r</sup> Smith à l'examen du coroner en chef 42
    - Le processus d'examen 42
    - Résultats de l'examen 44



- 3 Création de la Commission 48**
  
- 4 Enquête sur les morts suspectes d'enfants 56**
  - Enquête hypothétique sur une mort : Toronto, 1997 57
    - L'enquête policière préliminaire 57
    - Le rôle initial du coroner 58
    - Rôle du pathologiste et des services de police durant l'autopsie 60
    - Rôle des services de police, du BCCO et du pathologiste : de la rédaction du rapport au procès 63
  
- 5 Contexte législatif 65**
  - Postes créés par la *Loi sur les coroners* 66
  - Fonctions et pouvoirs des coroners 67
  - Le travail du Bureau du coroner en chef de l'Ontario 69
  
- 6 La science et la culture de la médecine légale 71**
  - La médecine légale, une science en évolution 74
  - Controverses relatives à la médecine légale 76
  - Le caractère interprétatif de la médecine légale 78
  - Interaction entre la médecine légale et le système de justice pénale 79
  - La culture de la médecine pédiatrique légale 82
  - Note relative à la terminologie 84
  
- 7 Organisation de la médecine pédiatrique légale 86**
  - L'ère du D<sup>r</sup> John Hillsdon Smith, médecin légiste provincial 86
    - Rôle et mandat de la Direction de la médecine légale 86
    - Relation entre le médecin légiste provincial et le BCCO 87
    - Formation et expérience des pathologistes pratiquant des autopsies sur des enfants en vertu de mandats du coroner 88
    - Supervision assurée par le médecin légiste provincial 89
      - Programmes de formation 89
      - Absence de politiques et de directives concernant les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner 90
      - Supervision et contrôle de la qualité des dossiers traités pour le compte du coroner 90
  - L'ère du D<sup>r</sup> David Chiasson, médecin légiste en chef 91
    - Responsabilités du coroner en chef et du médecin légiste en chef et relations entre les deux fonctions 92
    - Dotation en personnel de l'Unité provinciale de médecine légale 93

Création de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique	94
Nomination du D <sup>r</sup> Smith au poste de directeur de l'UOMLP	96
Supervision et responsabilisation de l'UOMLP	97
Les objectifs de recherche non atteints de l'UOMLP	99
Tentative de réaménagement de l'UOMLP	101
Unités régionales de médecine légale	102
Création et structures	102
Expertise des pathologistes	103
Relations en matière de supervision et de responsabilisation	103
Le système de pathologistes des coroners régionaux	106
Absence de mécanisme indépendant de traitement des plaintes	107
Mesures prises par le D <sup>r</sup> Chiasson pour améliorer la supervision du travail des pathologistes	107
Révision des rapports d'autopsie au sein de l'Unité provinciale de médecine légale	108
Révision des rapports d'autopsie dans tous les cas de mort suspecte	108
Vérification ponctuelle du travail de l'UOMLP	110
Incapacité d'assurer le suivi des délais	110
Contenu des rapports d'autopsie	112
Examen des cas spéciaux	112
Soutien consultatif	112
Activités de formation	113
Examen de la participation aux instances criminelles	113
Visites dans les hôpitaux où s'exerçait la médecine pédiatrique légale	114
Démission du D <sup>r</sup> Chiasson	115
Réaction du BCCO face aux préoccupations grandissantes en matière de violence faite aux enfants	117
Comité d'examen des décès d'enfants	117
Politiques du BCCO et morts d'enfants	119
Note de service 551(B)	119
Note de service 616	119
Le protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons	119
Comité sur le SMSN/SMSI	123
Résumé	123
<b>8 Le D<sup>r</sup> Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale</b>	<b>124</b>
Formation et expérience	126
La formation du D <sup>r</sup> Smith	126
L'expérience du D <sup>r</sup> Smith	128

Conséquences dans les affaires Valin, Sharon et Jenna	129
L'autopsie	137
Obtenir des renseignements	138
Obtenir des renseignements pertinents	138
Se rendre sur les lieux	140
Ignorer les renseignements préjudiciables et superflus	141
Consigner les renseignements	143
Noter les renseignements fournis verbalement	143
Consigner les actions du pathologiste	145
Conserver les dossiers de l'autopsie	146
Méthode d'autopsie	151
Manipuler les pièces à examiner	154
Opinion du pathologiste	157
Interprétation des artéfacts	157
Diagnostic d'asphyxie	160
Diagnostic de traumatisme crânien	165
Prise en compte des preuves contradictoires	167
Utilisation du diagnostic par défaut	171
Le rapport d'autopsie	172
Les limites des formulaires 12 et 14	173
Limites relatives à l'historique et à l'explication	173
Limites relatives aux opinions	174
Limites relatives à la consultation d'autres experts	175
Utilisation des parenthèses	176
Ajout d'une opinion sur les circonstances de la mort	179
Remise des rapports en temps opportun	180
Interaction des médecins légistes avec les autres participants au système de justice pénale	187
Interaction avec la police durant l'autopsie	187
Communication continue avec la police	191
Participation au système judiciaire	195
Témoignages en cour	195
L'expert en tant que défenseur d'une cause	196
L'expert mal préparé	197
L'exagération de l'expertise de l'expert	198
L'expert et les témoignages non scientifiques	199
L'expert et les témoignages boiteux	200
Les attaques de l'expert à l'endroit de ses collègues	202
L'expert et les preuves qui vont au-delà de son expertise	204

L'expert qui spéculé	205
L'expert et le langage désinvolte	206
L'expert qui induit en erreur	207
Le rôle d'un expert dans le système de justice pénale préalablement au procès	207
La coopération avec d'autres experts	210
Entrave au processus de supervision	211
Déclarations inexactes concernant le juge Dunn	212
Déclarations inexactes concernant les retards des rapports	215
Déclarations inexactes en réponse aux inquiétudes grandissantes	216
Résumé	221
<b>9 Supervision de la médecine pédiatrique légale</b>	<b>225</b>
Introduction	225
Supervision du D <sup>r</sup> Smith par le BCCO	229
Juillet 1991 : les motifs du jugement du juge Dunn	229
Mai 1995 : préoccupations de l'avocat de la Couronne à l'égard du D <sup>r</sup> Smith	231
Septembre 1996 : l'affaire bébé X	232
Février 1997 : le D <sup>r</sup> Young est informé que le juge Dunn a critiqué le D <sup>r</sup> Smith	233
Milieu et fin des années 1990 : plaintes de nature générale à l'égard du D <sup>r</sup> Smith	235
Été 1997 : l'affaire Nicholas	237
Mai 1998 : le BCCO demande à l'OMCO de refuser d'exercer sa compétence en matière d'enquête au sujet du D <sup>r</sup> Smith	243
Février à mai 1999 : plainte de M. Gagnon devant le Conseil des coroners	245
Février à mai 1999 : l'affaire Sharon	247
Mai 1999 : conclusion contradictoire de la D <sup>re</sup> Porter dans l'affaire Jenna	249
Juillet à septembre 1999 : l'exhumation dans l'affaire Sharon	251
Novembre 1999 : l'émission <i>the fifth estate</i>	253
Mars 2000 : M. Gagnon dépose une plainte auprès du solliciteur général	255
22 janvier 2001 : suspension de l'accusation dans l'affaire Tyrell	255
25 janvier 2001 : retrait de l'accusation dans l'affaire Sharon	256
25 janvier 2001 : la décision du BCCO de renvoyer le D <sup>r</sup> Smith	257
Les examens de 2001	259
Mai 2001 : l'article de <i>Maclean's</i>	262
Juin 2001 : l'examen Carpenter – le D <sup>r</sup> Smith se remet à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner	263
Septembre 2001 : le rapport de l'ombudsman à propos de la plainte de M. Gagnon	265

Octobre 2001 à avril 2002 : le poil dans l'affaire Jenna	265
Avril 2002 : le D <sup>r</sup> Cairns informe l'OMCO et le D <sup>r</sup> Young du poil dans l'affaire Jenna	267
Avril 2002 : le D <sup>r</sup> Young appuie le D <sup>r</sup> Smith devant l'OMCO	269
Juillet 2002 : le D <sup>r</sup> Cairns donne son opinion d'expert en pathologie dans l'affaire Paolo	270
Novembre et décembre 2002 : conflit entre le D <sup>r</sup> Smith et la Police provinciale de l'Ontario	271
La réaction du BCCO aux décisions de l'OMCO	272
Juin 2003 : accusations suspendues dans l'affaire Athena	274
Décembre 2003 : le BCCO retire le D <sup>r</sup> Smith de la liste des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner	276
Juin 2004 : le BCCO démet le D <sup>r</sup> Smith de ses fonctions de directeur de l'UOMLP	277
Résumé	278
Le rôle de l'Hospital for Sick Children	282
Renseignements non partagés avec le BCCO	285
Le rôle de l'OMCO	286
Plaintes contre le D <sup>r</sup> Smith	286
Plainte dans l'affaire Amber (plainte de D.M.)	287
Plaintes dans l'affaire Nicholas (plainte de M. Gagnon)	290
Plainte dans l'affaire Jenna (plainte de M <sup>me</sup> Waudby)	291
Enquête plus approfondie et décision de l'OMCO dans les trois plaintes	292
La nouvelle ère	295
Les nouvelles lignes directrices	296
Une démarche objective fondée sur les preuves à l'égard de la médecine pédiatrique légale	296
Rôle de l'expert médico-légal dans le système de justice pénale	297
Les Lignes directrices relatives aux autopsies	298
Protocole de 2006 à l'égard des morts d'enfants de moins de cinq ans	298
Lignes directrices de 2007 relatives aux autopsies dans les cas de mort suspecte d'enfants	299
Améliorations apportées à l'examen par les pairs et à l'assurance de la qualité	299
Communications sur les enquêtes sur les morts à l'égard de la médecine légale	301
Politiques et mécanismes de supervision relativement à la production des rapports en temps opportun	302
Expertise des pathologistes pratiquant les autopsies	303

Développement des unités médico-légales régionales	304
Mécanismes d'examen de la participation au système de justice	305
Mise sur pied de comités	306
Activités éducatives	306
Nouvelles installations matérielles	307
Conclusion	307

## **Volume 3 : Politique et recommandations**

*Abréviations et acronymes* xiii

*Glossaire des termes médicaux* xv

10 Rétablir la confiance à l'égard de la médecine pédiatrique légale	309
11 Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale	312
12 Réorganisation de la médecine pédiatrique légale	339
13 Amélioration de la supervision et de la responsabilisation	364
14 Amélioration du processus de traitement des plaintes	398
15 Pratiques exemplaires	408
16 Communication efficace avec le système de justice pénale	445
17 Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense	479
18 Le rôle de la cour	516
19 Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée	566
20 Premières nations et collectivités éloignées	603
21 La médecine pédiatrique légale et les familles	627
22 Conclusion et liste générale des recommandations	651

## **Volume 4 : Processus d'enquête**

23 La portée et la démarche de l'Enquête	701
Annexes	749

Commissaire et personnel de la Commission	1083
---	------



---

## Remerciements

L'exécution réussie du mandat confié à la Commission d'enquête il y a environ 17 mois a nécessité les efforts soutenus et concentrés d'un nombre de personnes aux capacités extraordinaires. Je leur dois à tous ma plus profonde gratitude.

Je commence, d'abord et avant tout, par les avocats de la Commission, dirigés par Linda Rothstein à titre d'avocate principale et de Mark Sandler à titre d'avocat spécialisé en droit criminel. Lorsque j'ai été nommé, l'un de mes premiers objectifs a été d'obtenir leur aide. Ils ont tout simplement été parfaits. Mes deux avocats adjoints, Robert Centa et Jennifer McAleer, les ont bien aidés et ils méritent leur réputation d'étoiles montantes dans la profession. Ces quatre personnes ont rempli leurs fonctions d'avocats de la Commission avec beaucoup de compétence et de professionnalisme et, ce qui importe encore plus, avec l'équité essentielle à ce rôle dans le cadre d'une enquête publique.

J'ai également été assisté par une équipe d'avocats : Ava Arbuck, Tina Lie, Jill Presser, Jonathan Shime, Robyn Trask, Sara Westreich et Maryth Yachnin. Heather Hogan et Debra Newell, qui sont sur le point de devenir avocates, ont rempli avec brio la tâche consistant à superviser la collecte et la diffusion des documents et à gérer notre base de données. Cette équipe est le groupe le plus talentueux et le plus dévoué avec lequel j'ai eu le privilège de collaborer.

Notre équipe administrative mérite les mêmes remerciements. Grâce à sa grande expérience d'autres enquêtes publiques, David Henderson a rempli sa fonction de directeur général de l'administration avec habileté. Carole Brosseau s'est acquittée de son rôle de directrice des finances et des opérations avec brio avec l'aide compétente de Tiana Pollari. Clita Saldanha, Sandra Leal et Marlene Mock ont fourni un excellent appui administratif aux avocats de la Commission et à moi-même. Chris Riley, notre greffier, a utilisé la base de données électronique de la Commission avec tant d'aisance que cela nous a permis de procéder en supprimant une bonne partie des documents papier.



J'ai eu la grande chance d'avoir le professeur Kent Roach de la faculté de droit de l'Université de Toronto au poste de directeur de recherche de la Commission d'enquête. De plus, je suis reconnaissant envers le professeur Roach et son collègue, le professeur Lorne Sossin, pour leurs sages conseils en matière de politique tout au long de l'enquête.

Peter Rehak, qui possède une grande expérience des enquêtes publiques, a réalisé un travail merveilleux en tant qu'agent des relations avec les médias. Il a également conçu et mis à jour le site internet de la Commission.

Je suis également reconnaissant envers nos trois réviseurs, Rosemary Shipton, Mary McDougall Maude et Dan Liebman. Leur compétence et leur tact ont grandement simplifié le processus de rédaction.

En dehors de notre équipe, je suis également redevable aux D<sup>rs</sup> Stephen Cordner et David Ranson du Victorian Institute of Forensic Medicine de Melbourne en Australie, établissement mondialement connu. Ils nous ont apporté des conseils scientifiques généraux d'une valeur inestimable pendant toute la durée de l'enquête.

Mon collègue, le juge en chef adjoint de l'Ontario, Dennis O'Connor, a dirigé deux enquêtes publiques très réussies. En de nombreuses occasions, il nous a fourni de sages conseils. Il était très réconfortant de pouvoir se tourner vers lui pour lui demander conseil.

Je dois également remercier les avocats des parties à la Commission d'enquête. Sans leurs compétences, leur coopération et leur courtoisie, nous n'aurions pas pu procéder aussi efficacement.

Enfin, je dois la plus grande gratitude à ma famille et plus particulièrement à mon épouse, Reva Devins, pour leur patience, leur compréhension et leur appui pendant ces 17 derniers mois.

---

## Abréviations et acronymes

AAFS	American Academy of Forensic Sciences
ABP	American Board of Pathology
ACFSL	Accord-cadre de financement des services de laboratoire
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
AIDWYC	Association in Defence of the Wrongly Convicted
AJO	Aide juridique Ontario
ALST/NAN	Aboriginal Legal Services of Toronto et Nishnawbe Aski Nation Coalition
AOSAE	Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance
BCCO	Bureau du coroner en chef de l'Ontario
CARPS	Commission d'appel et de révision des professions de la santé
CCML	Comité consultatif de la médecine légale
CCSJ	Comité consultatif des services judiciaires
CCRC	Commission d'examen des causes criminelles
CEDE	Comité d'examen des décès d'enfants
CHEO	Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
CLA	Criminal Lawyers Association
CPS	<i>Code des professions de la santé</i>
CSJ	Centre des sciences judiciaires
DDC	Division du droit criminel
DEI-Canada	Défense des enfants international – Canada
DML	diplôme en médecine légale
DPP	directeur des poursuites publiques
FBI	Federal Bureau of Investigation
GFT	Groupe des familles touchées
GIM	groupe interministériel

GRCC	Groupe de la révision des condamnations criminelles
LSEF	<i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i>
MPL	médecine pédiatrique légale
MSCSC	ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
MSIN	mort subite inattendue du nourrisson
NAME	National Association of Medical Examiners
NHS	National Health Service
OCAA	Ontario Crown Attorneys' Association
OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
OPP	Police provinciale de l'Ontario
REC	rapport d'enquête du coroner
SAE	société d'aide à l'enfance
SBS	syndrome du bébé secoué
SCAN	Suspected Child Abuse and Neglect (enfants présumés victimes de violence et de négligence) (programme)
SickKids	Hospital for Sick Children
SMSI	syndrome de mort subite inexplicquée
SMSN	syndrome de mort subite du nourrisson
SOML	Service ontarien de médecine légale
SPNA	services policiers Nishnawbe-Aski
SPT	Service de police de Toronto
TCNA	traumatisme crânien non accidentel
TDM	tomodensitométrie
UOMLP	unité ontarienne de médecine légale pédiatrique
UPML	Unité provinciale de médecine légale
VIFM	Victorian Institute of Forensic Medicine

---

# Glossaire des termes médicaux

**aigu** d'origine récente

**anthropologie** étude scientifique des humains; elle comprend l'étude de leurs origines et du développement de leurs attributs physiques, culturels, religieux et sociaux

**arrêt cardiorespiratoire** arrêt à la fois de la circulation sanguine normale en raison d'une insuffisance cardiaque et de la respiration normale

**artéfact** produit artificiel; dans le cadre d'une autopsie, signe ou observation imitant une pathologie, une maladie ou une lésion survenant au cours de la vie

**asphyxie** mort subite due à un manque d'oxygène tel que cela se produit en cas d'étouffement, de suffocation, de compression du cou (p. ex., la strangulation) et d'autres modes d'interruption de l'apport d'oxygène à l'organisme.

L'asphyxie est un terme complexe qui prête à confusion et qui est utilisé de diverses façons par différents auteurs. La notion commune d'asphyxie est une interférence mécanique, quelconque dans le processus de respiration.

*asphyxie mécanique* : sens commun du terme asphyxie; interférence mécanique avec la respiration, y compris l'étouffement, l'étranglement, la strangulation (manuelle ou par ligature), la pendaison ainsi qu'une forte compression soutenue du thorax (et de l'abdomen) appelée asphyxie traumatique

**atrophie** dépérissement partiel ou complet d'une partie du corps

Les causes de l'atrophie comprennent la malnutrition, une mauvaise circulation sanguine, la perte de soutien hormonal de l'organe, la cessation de l'influx nerveux, l'inaction, la maladie ou le manque d'exercice

**autopsie** dissection et examen post mortem des organes et des tissus d'une personne morte, à la recherche de maladies et de lésions ayant causé la mort ou y ayant contribué

**axone** fibre nerveuse

**bilatéral** des deux côtés (du corps)

**biochimie (biochimique)** relatif aux substances chimiques présentes dans les organismes vivants ainsi qu'aux réactions et aux méthodes utilisées pour les identifier ou les caractériser

**biomécanique** application de forces mécaniques à des organismes vivants et étude des effets de l'interaction entre la force et le corps ou le système; comprend les forces qui proviennent de l'intérieur et de l'extérieur du corps

**biopsie** prélèvement d'un échantillon de tissu sur une personne vivante à des fins d'examen de laboratoire

**bleu, ecchymose** accumulation de sang dans les tissus due à des vaisseaux sanguins généralement endommagés à la suite d'une blessure externe; s'entend la plupart du temps d'une ecchymose dans ou sous la peau, mais peut aussi se produire dans tout tissu ou organe (p. ex., un muscle, le cœur et le foie)

**cardiaque** qui a trait au cœur

**cérébral** relatif aux hémisphères du cerveau (*cerebrum*) ou s'y trouvant

**cerebrum** la plus grande partie du cerveau, composée de deux hémisphères séparés par une profonde fissure longitudinale

**cervelet** partie du cerveau formant le plus grand segment du rhombencéphale (cerveau postérieur)

Il participe au contrôle synergique des muscles squelettiques et joue un rôle important dans la coordination des mouvements volontaires.

**clinique** qui a trait aux patients

**congénital** inné

**congestion** quantité excessive de sang dans un organe ou un tissu

**congestion pulmonaire** état caractérisé par l'engorgement des vaisseaux pulmonaires

**contusion** ecchymose

**contusion cérébrale** traumatisme cérébral prenant la forme d'ecchymoses aux tissus du cerveau.

Apparaissant souvent sous forme de multiples microhémorragies (petit écoulement de vaisseaux sanguins dans le tissu cérébral), elles surviennent principalement sous la zone d'un choc. Les contusions peuvent occasionner une augmentation de la pression sanguine intracrânienne et des dommages aux tissus fragiles du cerveau.

**craniotomie** opération chirurgicale durant laquelle une partie du crâne, appelée volet osseux, est temporairement retirée afin d'accéder au cerveau

**cyanose** coloration bleuâtre de la peau due à la présence d'hémoglobine désoxygénée dans les vaisseaux sanguins près de la surface de la peau, c.-à-d. signe de manque d'oxygène lorsque la personne est en vie

**cyanose du lit des ongles** Voir *cyanose*. La cyanose du lit des ongles est moins grave que la cyanose centrale (lèvres et membranes muqueuses bleues). Après la mort, il s'agit d'un artéfact.

**diagnostic** terme qui désigne la maladie ou le syndrome dont une personne est atteinte ou dont on la croit atteinte

**diastasis** séparation de parties normalement jointes, telle que la séparation d'os adjacents sans fracture ou de certains muscles abdominaux durant la grossesse

Le diastasis des os du crâne est une indication potentielle d'œdème cérébral.

**duodénum** la première partie de l'intestin grêle

**ecchymose sous-galéale** ecchymose entre l'aponévrose galéale, couche fibromusculaire qui fait effectivement adhérer le cuir chevelu à la boîte crânienne

**en bloc** dans son ensemble ou en masse; utilisé pour faire référence à une excision chirurgicale

**encéphalopathie hypoxo-ischémique** dommage cérébral causé par un manque d'oxygène et de circulation sanguine dans le cerveau

Le dommage cérébral se produit très rapidement et est effectivement irréversible.

**entomologie** étude des insectes

**épicarde** couche protectrice extérieure de la paroi du cœur

**épidémiologie (épidémiologique)** étude de la répartition et des déterminants des états et des événements liés à la santé au sein de populations et application de cette étude à la lutte contre les problèmes de santé

L'épidémiologie traite de l'étude traditionnelle des maladies épidémiques causées par des agents infectieux et des phénomènes liés à la santé, y compris les accidents, les suicides, le climat, les agents toxiques comme le plomb, la pollution atmosphérique et les catastrophes dues aux rayonnements ionisants.

**épiglotte (épiglottique)** lamelle cartilagineuse se trouvant derrière la langue et face à l'entrée du larynx qui empêche la nourriture de pénétrer dans la trachée lorsqu'on l'avale

Lorsqu'elle s'infecte ou s'enflamme, elle peut obstruer ou bloquer la trachée. Cette obstruction peut être fatale à moins qu'elle ne soit traitée rapidement.

**érosion** dommage de la peau qui ne s'étend généralement pas au-delà de l'épiderme (la couche superficielle de la peau)

**état de mal épileptique** activité épileptique continue sans pause, c'est-à-dire sans période de fonctionnement normal du cerveau

**étiologie** cause d'une maladie ou étude des causes de la maladie

**examen du squelette** examen radiologique de l'intégralité du squelette à la recherche de preuves de fractures latentes, de myélomes multiples, de tumeur métastatique ou de violence faite aux enfants

**exhumation** retrait d'un cadavre de sa tombe après qu'il a été enterré

**exsanguination**    perte de sang

**filicide**    fait qu'un parent tue son enfant

**fissure**    rainure, division naturelle, profond sillon, fente ou déchirure dans une partie du corps

**foie**    le plus grand organe solide du corps, situé à droite sous le diaphragme  
Le foie, qui sécrète la bile, (un fluide), est le siège de nombreuses fonctions métaboliques.

**formol**    solution aqueuse contenant 37 % de formaldéhyde (gaz incolore à l'odeur particulière qui, lorsqu'il est dissous dans l'eau, donne une solution dans laquelle les spécimens organiques sont préservés)

**fracture**    rupture d'un os

**ganglion**    masse de tissu nerveux composé principalement de corps cellulaires neuronique et qui se trouve à l'extérieur du cerveau ou de la moelle épinière

**hématome**    accumulation de sang, résultant généralement d'une hémorragie/saignement interne; habituellement provoquée par une lésion (p. ex., des ecchymoses sur la peau), mais indiquant une blessure plus grave lorsqu'elle se situe à l'intérieur d'organes, et plus particulièrement dans le crâne, où les hématomes peuvent exercer une pression sur le cerveau

**hématome sous-dural (ou hémorragie sous-durale)**    causé par l'étirement et la déchirure de petites veines dans le cerveau, résultant le plus souvent d'un traumatisme crânien

Le sang s'accumule entre la dure-mère (couverture extérieure protectrice du cerveau) et l'arachnoïde (couche intermédiaire des membranes qui enveloppent le système nerveux central) et provoque souvent une augmentation de la pression intracrânienne ainsi que des dommages éventuels aux tissus fragiles du cerveau. L'apparition des symptômes est plus lente que dans le cas d'autres types d'hémorragies; elle se produit généralement dans les 24 heures, mais peut survenir jusqu'à deux semaines plus tard. Les signes d'hémorragie sous-durale peuvent inclure la perte de connaissance ou une fluctuation des niveaux de conscience, des engourdissements, une désorientation, des nausées ou des vomissements, des changements de personnalité, le strabisme et la difficulté à parler et à marcher.



**hémorragie** perte de sang consécutive à la rupture d'un vaisseau sanguin

**hémorragie pétéchiale (pétéchie)** hémorragie localisée; minuscules taches rouges ou violettes qui apparaissent sur la peau à cause de petits saignements dans cette dernière

**hémorragie rétinienne** saignement à la surface de la rétine (membrane photosensible située au fond de l'œil) provoqué par la rupture des minuscules vaisseaux sanguins se trouvant à la surface de la rétine

L'hémorragie rétinienne indique une élévation de la pression sanguine dans la boîte crânienne qui peut résulter d'un traumatisme crânien et d'un saignement. À une époque, on la croyait pathognomonique (signe ou symptôme qui est si caractéristique d'une maladie qu'il suffit à la diagnostiquer) du syndrome du bébé secoué, mais on considère généralement maintenant que ce n'est pas le cas.

**histologie** étude de tissus découpés en fines tranches à l'aide d'un microtome (instrument mécanique utilisé pour découper des échantillons biologiques en de très petits morceaux à des fins d'examen microscopique)

**histopathologie** branche de la pathologie qui étudie les modifications microscopiques se produisant dans des tissus malades

**infanticide** L'infanticide est défini comme suit dans le *Code criminel*, L.R.C. 1985, chap. C-46, art. 233 : « Une personne du sexe féminin commet un infanticide lorsque, par un acte ou une omission volontaire, elle cause la mort de son enfant nouveau-né, si au moment de l'acte ou de l'omission elle n'est pas complètement remise d'avoir donné naissance à l'enfant et si, de ce fait ou par suite de la lactation consécutive à la naissance de l'enfant, son esprit est alors déséquilibré. »

Le terme a toujours été utilisé en médecine légale pour désigner toutes les formes d'homicide commises sur des nouveau-nés au moment de leur naissance.

**inflammation** mécanisme que le corps utilise pour se protéger contre l'invasion d'organismes étrangers et pour réparer les tissus endommagés

Ses symptômes cliniques sont des rougeurs, la chaleur, la tuméfaction, la douleur et la perte de la fonction d'une partie du corps. Il se caractérise aussi par la migration de globules blancs dans la région touchée; on peut le voir microscope.

**intracrânien** qui est dans la boîte crânienne ou y est introduit

**intrathoracique** dans la cage thoracique

**lacération** plaie ou déchirure irrégulière de la chair causée par un impact contondant

**larynx (laryngé)** aussi appelé boîte vocale; structure du cou qui participe à la protection de la trachée et à la production des sons

**lésion** zone circonscrite de tissus pathologiquement altérés, blessure, plaie ou zone isolée dans un cas de maladie de la peau

**lésion axonale diffuse** rupture des axones qui ne résulte pas nécessairement directement d'un traumatisme

**lésions par coup ou contrecoup** Le *coup* est la lésion cérébrale située juste sous la zone du choc. Le *contrecoup* est celle qui peut survenir approximativement du côté opposé du cerveau lorsque celui-ci rebondit contre le crâne.

**lividité (cadavérique)** taches bleu foncé à la surface déclive d'un cadavre résultant de l'accumulation et de la congestion du sang

**maladie de Hirschsprung** cause la plus commune de l'obstruction gastro-intestinale inférieure chez les nouveau-nés

Les patients atteints de cette maladie présentent des signes de dilatation extrême du colon, accompagnés de constipation chronique, de fécalomes et de fausses diarrhées.

**malin** qui empire; qui résiste au traitement (se dit de tumeurs cancéreuses); généralement ou potentiellement mortel

**mandibule (mandibulaire)** mâchoire inférieure

**microbiologie (microbiologique)** étude scientifique des microorganismes

**moelle épinière** partie du système nerveux central

La moelle épinière est une colonne ovoïde de tissus nerveux qui va de la région médullaire aux vertèbres lombaires. C'est le chemin qu'empruntent les influx nerveux se rendant au cerveau et les impulsions motrices qui en proviennent.

**neuropathologiste** pathologiste spécialisé dans le diagnostic des maladies du cerveau et du système nerveux par examen microscopique des tissus et par d'autres moyens

**odontologie** science qui étudie les dents, leur structure, leur développement et leurs maladies

*odontologie judiciaire*, branche de la médecine légale qui étudie les dents et les marques qu'elles laissent (comme pour l'identification de suspects criminels ou des restes d'une personne morte)

**œdème** accumulation anormale de fluide entre des cellules des tissus

**œdème cérébral** accumulation excessive de fluide dans la substance du cerveau. Le cerveau est particulièrement sensible aux blessures résultant d'un œdème parce qu'il se trouve dans un espace clos et ne peut se dilater. Aussi appelé œdème du cerveau, gonflement du cerveau et cerveau mouillé.

**os pariétal** os le plus important des parties latérale et supérieure de la boîte crânienne

**ostéologie** science qui traite de la structure et de la fonction des os

**pancréas** glande située derrière l'estomac

Les sécrétions du pancréas sont de puissantes enzymes qui contribuent à la digestion de tous les types d'aliments dans l'intestin grêle.

**pathologie** étude de la nature et de la cause des maladies, y compris les modifications de structure et de fonctionnement

**pathologie anatomique** spécialité médicale qui se consacre au diagnostic des maladies et à la collecte de renseignements médicaux supplémentaires à la suite de l'examen des organes, des tissus et des cellules

**pathologie chirurgicale** application des procédures et des techniques de pathologie afin d'examiner des tissus retirés par voie chirurgicale

**pathologie générale** branche de la médecine qui traite de tous les aspects de l'étude en laboratoire liée à la santé et aux maladies

Cette discipline incorpore à la fois les techniques de diagnostic morphologiques

et non morphologiques dans les domaines de la pathologie anatomique, de la biochimie médicale, de la microbiologie médicale, de l'hématopathologie et de la médecine transfusionnelle.

**pathologie hématologique** domaine de la pratique et de la science médicales de laboratoire qui a trait à l'étude, à la recherche, aux diagnostics et au monitoring thérapeutique des troubles sanguins, des éléments hématopoïétiques, de l'hémostase et des fonctions immunitaires chez l'adulte et l'enfant

**pathologiste** professionnel de la médecine formé pour procéder à l'examen des tissus, des cellules et des spécimens de fluides corporels afin de trouver des preuves de maladie

**pédiatrie** branche de la médecine relative au diagnostic et au traitement des maladies infantiles

**plèvre viscérale** partie de la plèvre, fine membrane qui couvre la surface des poumons et s'insère dans les scissures interlobaires

**pression intracrânienne** L'augmentation de la pression intracrânienne est un problème médical grave parce qu'il provoque la compression de structures importantes du cerveau et limite le débit sanguin arrivant au cerveau à travers les vaisseaux sanguins, ce qui peut l'endommager. Chez le nourrisson, les symptômes comprennent une voussure de la fontanelle (l'un des deux « points sensibles » sur la tête d'un nourrisson), la léthargie et des vomissements.

**pulmonaire** relatif, affectant ou associé aux poumons

**radiologie** branche de la médecine qui traite des substances radioactives, y compris les rayons X, et de l'application de ces renseignements pour prévenir, diagnostiquer et soigner les maladies

**radiologiste, radiologue** médecin qui utilise des radiographies ou d'autres sources de rayonnement, de son ou de radiofréquences aux fins de diagnostic et de traitement

**rate** organe lymphoïde ovale, rouge foncé, se trouvant dans le quadrant abdominal supérieur gauche, derrière et légèrement sous l'estomac

Après la naissance, la rate produit les lymphocytes (globules blancs responsables, en grande partie, de la protection immunitaire du corps).

**resaignement (d'une hémorragie sous-durale en voie de guérison)** fait référence à la controverse en médecine pédiatrique légale selon laquelle une hémorragie sous-durale, ancienne ou en voie de guérison, relativement insignifiante, peut se transformer en une hémorragie sous-durale majeure aiguë et potentiellement mortelle à la suite d'une manipulation normale ou d'un léger traumatisme

**rigidité cadavérique** raidissement des muscles après la mort

**sutures du crâne** joints fibreux entre les os du crâne qui permettent à la boîte crânienne du bébé de croître en même temps que le cerveau

**syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)** mort subite et inattendue d'un enfant de moins de 12 mois, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexplicquée après une enquête approfondie, comprenant la réalisation d'une autopsie complète et l'examen des circonstances de la mort et des antécédents médicaux

**syndrome de mort subite inexplicquée (SMSI)** catégorisation plus large des cas de décès chez l'enfant qui comprend les morts inexplicquées autres que celles découlant du syndrome de mort subite du nourrisson

On fait parfois référence au « SMSI » de façon légèrement différente en tant que « syndrome de mort soudaine inattendue ». On utilise aussi le terme « mort subite ou inattendue du nourrisson » (MSIN).

**syndrome du bébé secoué (SBS)** parfois appelé syndrome du nourrisson secoué; maladie grave caractérisée par une hémorragie sous-durale, des pétéchies et autres hémorragies de la rétine, une encéphalopathie hypoxo-ischémique, généralement dans des circonstances où il n'y a pas de preuve d'impact contondant à la tête.

On peut également observer des blessures au cou telles qu'une hémorragie autour des racines des nerfs de la colonne cervicale.

**thoracique** concernant le thorax ou s'y trouvant

**thymus** petite glande située sous le sternum à sa partie supérieure, principalement constituée de tissu lymphatique

**tomographie assistée par ordinateur** la tomographie assistée par ordinateur traite plusieurs images radiographiques afin de générer des vues transversales et autres de l'anatomie du corps. Elle permet de repérer les structures normales et anormales et peut être utilisée pour orienter les actes médicaux.

**toxicologie** division des sciences médicale et biologique qui traite des substances toxiques, de leur détection, de leur évitement, de leurs actions chimiques et pharmacologiques ainsi que de leurs antidotes et de leurs traitements

**trépanation** forme de chirurgie dans laquelle un trou est percé dans le crâne, exposant la dure-mère (la membrane superficielle qui entoure le cerveau et la moelle épinière) afin de traiter des problèmes de santé; utilisée pour traiter les hématomes épiduraux et sous-duraux et permettre un accès chirurgical pour d'autres actes tels que le monitoring de la pression sanguine intracrânienne

**tronc cérébral** partie du cerveau qui relie les hémisphères cérébraux et la moelle épinière

**tumeur de Wilms** tumeur rénale se développant rapidement, qui survient généralement chez l'enfant

**ulcère (ulcération)** lésion qui souvent se cicatrise mal, notamment sur la peau, la cornée ou une membrane muqueuse

**viscère** organes internes du corps, particulièrement ceux qui se trouvent dans le thorax (p. ex., le cœur et les poumons) ou l'abdomen (p. ex., le foie, le pancréas et les intestins)



---

# Examen systémique





---

# La mort d'un enfant et le système de justice pénale

La mort soudaine et inattendue d'un enfant est un événement accablant pour les parents, la famille et même pour toute la collectivité. Si des signes portent à croire qu'un acte criminel peut avoir été commis, l'accablement devient encore plus tragique. Cette réalité se trouve au cœur des dossiers examinés au cours de cette enquête. Chaque affaire relate l'histoire à sa propre manière. Cependant, le thème persiste tout autant que sa puissance.

Pour les parents, la perte est bouleversante. Les enfants ne sont pas censés mourir de façon inattendue et certainement pas avant leurs parents. Si l'on soupçonne qu'un parent a tué l'enfant, la mort n'est que le début du cauchemar. Le parent fait alors immédiatement l'objet d'une enquête policière approfondie, qui fait inévitablement obstacle au processus de deuil. Si une accusation est portée, il est probable qu'elle soit grave, que le parent soit retiré de la maison et qu'il soit souvent détenu sans pouvoir être libéré sous caution. Les autorités responsables de la protection de l'enfance prendront sans doute les enfants survivants en charge et les retireront de la maison pour les placer. La collectivité affichera souvent ses émotions. Chaque nouveau traumatisme s'ajoute aux précédents.

Pour les enfants survivants, les conséquences sont également graves. Ils sont souvent très jeunes et doivent déjà composer avec la perte soudaine et inexplicable d'un frère ou d'une sœur. Si un de leurs parents est soupçonné, ils seront sans doute retirés de leur maison et de leur famille, parfois pendant des années, voire même en permanence. Les enfants nés plus tard pourraient subir le même sort. Ils doivent vivre avec l'horrible pensée que le parent, qu'ils aiment, est soupçonné du meurtre de leur frère ou de leur sœur.

Les familles élargies souffrent tout autant. La mort de l'enfant représente une perte pour elles aussi. Certains membres de la famille seront prêts à tout sacrifier pour défendre celui ou celle qu'ils aiment contre toute accusation criminelle. D'autres peuvent être convaincus de la culpabilité du parent soupçonné. Des

ruptures peuvent survenir et rester douloureuses pendant des années, voire pour toujours.

Si la personne soupçonnée n'est pas un parent, mais le soignant, comme un gardien ou une gardienne d'enfants, le traumatisme peut être similaire. Les gardiens ou gardiennes d'enfants sont souvent de jeunes personnes. Le fait qu'ils sont soupçonnés du meurtre d'un enfant pendant qu'ils avaient la garde de ce dernier est un choc profondément ressenti. Les familles des jeunes suspects auront tendance à épuiser toutes les ressources familiales pour les défendre. Un soignant soupçonné qui est accusé perd tout autant sa liberté et subit la même stigmatisation de la part de la collectivité qu'un parent soupçonné.

Pour la collectivité elle-même, la mort d'un enfant dans des circonstances suspectes est profondément troublante. Les enfants en sont l'actif le plus précieux et le plus impuissant. Le sentiment d'intense indignation et le besoin urgent de comprendre ce qui s'est produit sont insurmontables.

Ainsi, la tragédie d'un enfant qui meurt de façon inattendue dans des circonstances suspectes fait de nombreuses victimes. Il devient alors essentiel pour la société de faire face à la tragédie d'une manière juste et correcte, ce qui permet à tous ceux et celles qui sont touchés de s'en accommoder. Le système de justice pénale est essentiel à cette tâche. Il doit chercher à déterminer si les soupçons sont fondés, si l'enfant a été tué et, le cas échéant, qui en est le coupable. Malgré les défis complexes et difficiles de l'enquête et du jugement relatifs aux cas de mort d'enfants, le système de justice pénale doit y arriver de façon juste et correcte, souvent dans un climat émotionnel chargé.

Les conséquences d'un échec dans ces circonstances sont extrêmement élevées. Pour le parent ou le soignant qui est condamné à tort, cela se traduit presque inmanquablement par une peine d'emprisonnement injustifiée qui dure parfois des années, une famille brisée et la honte d'être considéré comme infanticide. Même si le système de justice pénale acquitte la personne, les ressources familiales, autant financières qu'émotionnelles, sont souvent épuisées au cours de la bataille. De plus, dans un cas comme dans l'autre, le meurtrier demeure impuni. Pour la collectivité au sens large, les conséquences d'un tel échec dans ces conditions bouleversantes sur la confiance du public envers le système de justice pénale sont très fâcheuses – cette confiance est essentielle pour que le système de justice joue le rôle que requiert la société.

Les dossiers examinés montrent à quel point le rôle du pathologiste est vital dans la réussite ou l'échec du système de justice pénale à faire face à la mort soudaine et inattendue d'un nourrisson dans des circonstances suspectes. Le parent ou le soignant soupçonné sera souvent la seule personne à avoir été en contact avec l'enfant dans les heures précédant la mort. Il peut n'y avoir aucune autre

preuve. Cependant, si le pathologiste détermine la cause de la mort de l'enfant, cette opinion peut être suffisante pour faire en sorte qu'une personne soit accusée et condamnée. Dans ces circonstances, le système de justice pénale doit être en mesure de s'en remettre en toute confiance à cette opinion lorsqu'il s'agit de rendre justice. Le destin de la personne soupçonnée, de la famille et des enfants survivants et la tranquillité d'esprit de la collectivité en dépendent.

Les lourdes conséquences humaines d'un processus vicié de médecine légale ont fourni le contexte dans lequel nous avons mené nos travaux à partir du tout début. Avant le début des audiences, j'ai eu la chance de rencontrer des personnes directement touchées par les événements à l'origine de l'enquête. Elles ont parlé de façon bouleversante de la douleur de perdre un enfant, du stress supplémentaire et de la honte qui s'ensuivent lorsque la perte fait l'objet de procédures criminelles. Il n'y avait aucun doute sur le rôle central que le processus vicié de médecine pédiatrique légale a joué dans ces cas.

Un cas tragique a mis en cause William Mullins-Johnson, qui a été condamné pour meurtre au premier degré de sa nièce Valin, en grande partie en raison de la preuve d'ordre pathologique fournie par le D<sup>r</sup> Charles Smith. Selon le D<sup>r</sup> Smith, la fillette avait été étranglée et agressée sexuellement pendant que M. Mullins-Johnson la gardait. On a finalement déterminé que cette opinion était erronée. M. Mullins-Johnson avait été injustement déclaré coupable, puis a été acquitté, mais seulement après avoir été emprisonné pendant plus de 12 ans.

Lors de son témoignage durant l'enquête, le D<sup>r</sup> Smith a été invité par l'avocat de M. Mullins-Johnson à présenter ses excuses. On lui a indiqué où M. Mullins-Johnson se trouvait dans l'audience. En proie à l'émotion, le D<sup>r</sup> Smith a présenté ses excuses. La réponse spontanée et profondément touchante de M. Mullins-Johnson est un témoignage éloquent des conséquences humaines d'une erreur pathologique lorsqu'un enfant meurt dans des circonstances suspectes. Voici leur échange :

D<sup>r</sup> CHARLES SMITH : Monsieur, pourriez-vous vous lever?

(COURTE PAUSE)

D<sup>r</sup> CHARLES SMITH : Monsieur, je ne m'attends pas à ce que vous me pardonniez, mais je tiens à vous le dire – je suis désolé. Je veux que vous sachiez très clairement que je suis profondément désolé pour le rôle que j'ai joué dans la prise de la décision finale qui vous a grandement touché. Je suis désolé.

M. WILLIAM MULLINS-JOHNSON : Pour ma guérison, je vous pardonne, mais je n'oublierai jamais ce que vous m'avez fait. Vous m'avez placé dans un milieu où

j'aurais pu me faire tuer n'importe quand pour un acte que je n'ai jamais commis. Vous avez détruit ma famille, ma relation avec mon frère, avec ma nièce survivante et avec mon neveu qui vit toujours. Ils me détestent à cause de ce que vous m'avez fait. Je n'oublierai jamais cela, mais, pour ma propre guérison, je dois vous pardonner.

La présente Commission s'est vu confier deux tâches. La première est de déterminer les graves erreurs commises dans l'exercice et la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario, en ce qui a trait notamment au système de justice pénale. Le présent volume permet de remplir cette tâche. Il s'agit de mon rapport sur l'examen et l'évaluation systémiques de la pratique et de la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario, de 1981 à 2001. Il rend compte des échecs systémiques qui se sont produits et qui ont eu une incidence sur le système de justice pénale.

La deuxième tâche est de formuler des recommandations visant à regagner et à accroître la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale. Tel est le sujet du volume suivant.

Mes recommandations visent à faire en sorte que la médecine pédiatrique légale soutienne de façon appropriée les intérêts de la société en ce qui concerne la protection des enfants et que les personnes qui leur font du mal soient traduites devant les tribunaux pour qu'elles soient jugées en vertu de la loi. Si elles sont mises en application, mes recommandations veilleront également, je l'espère, à ce que personne n'ait à endurer l'horreur d'être accusé au criminel, de voir sa famille disloquée ou d'être condamné à tort en raison d'erreurs médicales.

## 2

---

# Des inquiétudes grandissantes

De 1981 à 2005, le D<sup>r</sup> Charles Smith a travaillé comme pathologiste pédiatrique à l'Hospital for Sick Children (HSC) de Toronto, un établissement de renommée mondiale. Bien qu'il ne détienne aucune formation ni certification officielle en médecine légale, le D<sup>r</sup> Smith a commencé, à la fin des années 1980, à être impliqué dans des affaires du ressort du système de justice pénale. Par la suite, en 1992, il a été nommé directeur de la toute nouvelle Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) de l'HSC. Rapidement, il en est venu à superviser toute la médecine légale pédiatrique en Ontario. Il a travaillé dans le meilleur hôpital pour enfants au Canada. Son expérience semblait inégalée et sa méthode faisait l'unanimité. Il était largement considéré comme l'expert de référence pour la plupart des morts suspectes à caractère criminel. Dans plusieurs de ces cas, son avis sur la cause de la mort constituait l'opinion la plus importante et déterminait souvent l'issue du dossier.

Au cours des années 1990, la réputation du D<sup>r</sup> Smith s'est renforcée, tout comme l'inquiétude du public quant à ses compétences professionnelles. Dès 1991, soit un an avant que le D<sup>r</sup> Smith ne soit nommé directeur, un juge de première instance a acquitté une jeune fille âgée de 12 ans, qui était alors gardienne d'enfants, d'une accusation d'homicide involontaire coupable dans le cadre de la mort d'Amber, âgée de 16 mois. Les motifs à l'appui de son jugement critiquaient lourdement le D<sup>r</sup> Smith, principal témoin de la Couronne, tant pour sa méthodologie que pour ses conclusions. Cette affaire laisse entrevoir l'effet dévastateur que peut avoir une médecine légale approximative et le témoignage irresponsable d'un expert, tant sur la vie des parents dont l'enfant est mort dans des circonstances suspectes que sur celle des personnes accusées d'avoir provoqué sa mort. Il s'agissait également d'un signe avant-coureur des événements à venir.

Pendant la décennie, ce jugement a été suivi d'autres signaux d'alarme concernant la compétence et le professionnalisme du D<sup>r</sup> Smith. Malheureusement,

pendant toutes les années 1990, ces signaux ont été largement ignorés par ceux qui étaient chargés de surveiller le D<sup>r</sup> Smith et son travail. Dernièrement, 14 ans après cette première affaire, l'inquiétude grandissante a atteint son sommet dans ce qu'on appelle désormais l'examen du coroner en chef. En 2005, le coroner en chef de l'Ontario, le D<sup>r</sup> Barry McLellan, a demandé un examen complet du travail du D<sup>r</sup> Smith dans le cadre d'affaires suspectes à caractère criminel et d'homicides ayant eu lieu dans les années 1990. Les résultats de cet examen ont donné lieu à la création de cette Commission. Un court résumé des principaux événements ayant provoqué l'augmentation de l'inquiétude apporte un contexte pratique à notre travail.

## LES PRINCIPAUX INTERVENANTS

Avant de décrire les signaux d'alarme et les inquiétudes que le D<sup>r</sup> Smith a provoqués dans les années 1990, il y a lieu de présenter les principaux intervenants en médecine légale pédiatrique en Ontario à cette époque. Il y avait :

- Le D<sup>r</sup> Charles Smith, directeur de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique de 1992 à 2004;
- Le D<sup>r</sup> James Young, coroner en chef de la province de l'Ontario de 1990 à 2004;
- Le D<sup>r</sup> James Cairns, coroner en chef adjoint de la province de l'Ontario de 1991 à 2008;
- Le D<sup>r</sup> David Chiasson, médecin légiste en chef de la province de l'Ontario de 1994 à 2001.

Le D<sup>r</sup> Smith détenait une formation de pédiatre. En 1981, il a commencé à travailler à temps plein à l'HSC. Comme la plupart des pathologistes de l'époque, il ne possédait aucune formation officielle en médecine légale. Toutefois, en raison de son intérêt marqué pour les autopsies, il a commencé à en pratiquer davantage que ses collègues de l'Hospital for Sick Children, qui préféraient réserver la chirurgie ou la médecine clinique à des patients vivants. Au début, il ne possédait que très peu d'expérience dans les enquêtes sur les morts suspectes à caractère criminel, mais il a appris sur le tas. Dans les années 1990, il pratiquait la plupart des autopsies sous mandat du coroner. En 1992, bien qu'il n'ait eu à traiter que peu de dossiers suspects à caractère criminel, le D<sup>r</sup> Smith a été nommé au premier poste de directeur de l'UOMLP, l'unité censée fournir des services de médecine légale aux coroners chargés des enquêtes sur les morts.

Le D<sup>r</sup> Young a été le coroner en chef de l'Ontario tout au cours des années

1990. En 1975, il a obtenu son diplôme de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, où il n'avait reçu aucune formation en médecine légale. Il a commencé à pratiquer comme médecin généraliste à Elmvale, en Ontario. De 1977 à 1982, il a également travaillé à mi-temps comme coroner chargé d'enquête pour le comté de Simcoe. En 1982, le D<sup>r</sup> Young a quitté son cabinet médical pour devenir coroner régional principal à plein temps du grand Toronto et de la région du Centre. Le D<sup>r</sup> Young a occupé ce poste jusqu'en 1987, lorsqu'il est devenu coroner en chef adjoint de l'Ontario. En 1990, il a été nommé coroner en chef de l'Ontario et a occupé ce poste jusqu'à ce qu'il soit remplacé, en avril 2004, par le D<sup>r</sup> Barry McLellan. En plus de sa fonction de coroner en chef, le D<sup>r</sup> Young a également occupé le poste de sous-ministre adjoint de la Sécurité publique au ministère du Solliciteur général (aujourd'hui appelé ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels) de 1994 à janvier 2005. De juin 2002 à avril 2004, le D<sup>r</sup> Young a également été commissaire à la sûreté et à la sécurité publiques pour la province de l'Ontario. En 2005, il a été nommé conseiller spécial du sous-ministre, Sécurité publique et Protection civile du Canada. Il est actuellement expert conseil en pratique privée.

Le D<sup>r</sup> Cairns a été coroner en chef adjoint pendant une bonne partie des années 1990. Il a obtenu son diplôme de la faculté de médecine de l'Université Queen's de Belfast, en Irlande du Nord, en 1969. Sa formation en médecine légale ou judiciaire se résumait à un cours obligatoire de deux ans dans ce domaine à la faculté de médecine. Ce cours comprenait une formation sur l'identification et la description des blessures et sur la rédaction de certificats de décès, mais aucune en histologie, une composante centrale de la médecine légale.

En 1969, le D<sup>r</sup> Cairns a effectué un stage dans le Service des urgences du Belfast City Hospital. Trois ans plus tard, il est parti pour le Canada, où il a travaillé jusqu'en 1979 comme médecin de famille et urgentiste à Brampton, en Ontario. De 1979 à 1991, le D<sup>r</sup> Cairns était le coroner local chargé d'enquêtes à Brampton. En 1989, alors qu'il occupait le poste de coroner chargé d'enquêtes, le D<sup>r</sup> Cairns est devenu président de l'Ontario Coroners Association. En octobre 1991, il a occupé le poste de coroner en chef adjoint jusqu'à sa retraite en janvier 2008.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a été médecin légiste en chef de l'Ontario de 1994 à 2001. Ayant suivi une formation à l'Office of the Chief Medical Examiner (Bureau du médecin légiste en chef) à Baltimore dans le Maryland de 1991 à 1992, il était l'un des rares médecins légistes formés officiellement et agréés à cette époque. Le D<sup>r</sup> Chiasson a obtenu son diplôme de la faculté de médecine de l'Université Dalhousie en 1979. Alors qu'il était encore étudiant, il s'est intéressé à la pathologie et a suivi un cours optionnel d'un mois en médecine légale dans le Colorado.



Après avoir exercé comme médecin généraliste et médecin légiste adjoint à Antigonish, en Nouvelle-Écosse, il a fait sa résidence en médecine anatomique à l'Université de Toronto de 1983 à 1987. Au cours de sa formation, il a effectué deux stages en médecine pédiatrique à l'HSC. Son rôle de représentant au sein du Comité de formation des résidents lui a permis de travailler à plusieurs reprises avec le D<sup>r</sup> Smith qui, à cette époque, était directeur de la résidence de formation en médecine anatomique de l'Université de Toronto.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a travaillé en pathologie cardiaque de 1989 à 1991. En 1991, il a décidé de s'orienter vers la médecine légale et a commencé à effectuer des prestations rémunérées à l'acte pour le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO). Conscient de l'importance d'une formation officielle en médecine légale, le D<sup>r</sup> Chiasson a communiqué avec le D<sup>r</sup> Young et le BCCO a accepté d'assurer le soutien financier nécessaire à sa formation en médecine légale. De 1992 à 1994, il a travaillé à l'Hôpital de Toronto et a aussi effectué des autopsies pour le BCCO. En avril 1994, le D<sup>r</sup> Young a nommé le D<sup>r</sup> Chiasson au poste de médecin légiste en chef, poste qu'il a occupé jusqu'à sa démission en juin 2001. Le D<sup>r</sup> Chiasson est actuellement directeur de l'UOMLP à l'Hospital for Sick Children.

À cette étape-ci, il est également nécessaire de présenter deux autres personnes. Le D<sup>r</sup> Barry McLellan a été coroner en chef intérimaire de l'Ontario de 2002 à 2004 et est devenu coroner en chef lorsque le D<sup>r</sup> Young a pris sa retraite en 2004. Le D<sup>r</sup> McLellan a obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Toronto en 1981. Il s'est ensuite spécialisé en médecine d'urgence et a occupé plusieurs postes au Sunnybrook Health Sciences Centre. À travers son travail avec des victimes de traumatisme, le D<sup>r</sup> McLellan s'est intéressé au travail de coroner et à la façon dont celui-ci prévenait les blessures et la mort. En 1993, il a été nommé coroner chargé d'enquêtes. En 1998, le D<sup>r</sup> McLellan a été nommé coroner régional pour la région Nord-Est de l'Ontario pour devenir ensuite, en 2000, le coroner régional principal de la région Est du grand Toronto.

Le 30 juin 2001, le D<sup>r</sup> McLellan a été nommé coroner en chef adjoint des services judiciaires au BCCO. Il a assumé, en l'absence d'un médecin légiste à cette époque, les fonctions administratives liées à ce poste, y compris l'organisation des rotations quotidiennes et des cours de formation, l'établissement des politiques et les relations avec les pathologistes concernant des questions de rapidité de diffusion de l'information.

En juillet 2002, le D<sup>r</sup> McLellan est devenu coroner en chef intérimaire de l'Ontario. Dans le cadre de ses fonctions, il était responsable de presque toute la gestion quotidienne du BCCO. Suite à la démission du D<sup>r</sup> Young en avril 2004, le D<sup>r</sup> Barry McLellan est devenu coroner en chef de l'Ontario. Sous la direction du

D<sup>r</sup> McLellan, le BCCO a instauré un certain nombre de nouvelles politiques et de pratiques de contrôle de la qualité afin d'améliorer la qualité des services de pathologie dans les enquêtes des coroners sur les morts. En septembre 2007, le D<sup>r</sup> McLellan a démissionné du poste de coroner en chef pour devenir président et premier dirigeant du Sunnybrook Health Sciences Centre de Toronto.

En 2006, l'actuel médecin légiste en chef, le D<sup>r</sup> Michael Pollanen, a été nommé à ce poste resté vacant depuis la démission du D<sup>r</sup> Chiasson en 2001. Le D<sup>r</sup> Pollanen a effectué un doctorat en pathologie et en neuropathologie à l'Université de Toronto en 1995 et a remporté la médaille d'or du Gouverneur général pour l'excellence de son travail. En 1999, il a obtenu son diplôme de médecine de l'Université de Toronto. Il a ensuite effectué une certification de spécialité en pathologie anatomique en tant que membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il a également obtenu une certification de spécialité en médecine légale au Royaume-Uni. En 2003, le D<sup>r</sup> Pollanen a été employé comme médecin légiste à l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) du BCCO à Toronto, dont il a été nommé directeur l'année suivante. Il est également professeur agrégé en pathologie à l'Université de Toronto et médecin légiste conseil à l'Hospital for Sick Children.

## CAUSES DES INQUIÉTUDES GRANDISSANTES

### L'affaire Amber

Amber est née en mars 1987 à Timmins en Ontario et est morte en juillet 1988. Elle avait 16 mois. Sa gardienne pendant l'été, une fillette de 12 ans appelée S.M., avait été soigneusement sélectionnée par les parents d'Amber et ses premiers contacts avec cette dernière avaient été étroitement surveillés par la mère de l'enfant. Amber, qui commençait à marcher, était joyeuse, en pleine forme et n'avait aucun problème de santé. Elle appréciait beaucoup S.M.

Au cours de l'après-midi du 28 juillet 1988, Amber, S.M. et sa mère sont arrivées en ambulance à l'hôpital de Timmins. Amber était à demi consciente. Selon S.M., Amber était tombée dans un escalier à cinq marches recouvert de moquette au domicile familial. Un chirurgien de l'hôpital de Timmins a pratiqué sur Amber une trépanation bilatérale, qui a révélé un important gonflement cérébral, un hématome sur la partie gauche du crâne et une contusion cérébrale<sup>1</sup>. Amber a donc été transférée en ambulance à l'HSC, où un neurochirurgien a pratiqué une

<sup>1</sup> Les termes médicaux employés dans ce rapport sont définis dans le glossaire médical qui figure au début de ce volume.

craniotomie et retiré l'hématome sous-dural. Cependant, son cerveau a continué de gonfler.

Les médecins de l'Hospital for Sick Children ont immédiatement suspecté que les blessures dévastatrices d'Amber n'étaient pas accidentelles et ont consulté l'équipe SCAN de l'hôpital. L'un des médecins de cette équipe a examiné Amber et a confirmé que les blessures étaient disproportionnées en comparaison de l'histoire racontée. Amber n'a jamais repris conscience et est décédée le 30 juillet 1988.

Les interrogations des médecins de l'équipe SCAN n'ont jamais été communiquées au coroner. Ce dernier a conclu qu'Amber était morte des suites d'une blessure à la tête causée par une chute accidentelle et n'a pas ordonné d'autopsie. Lorsque les médecins de l'équipe SCAN et le D<sup>r</sup> Smith ont appris qu'aucune autopsie n'avait été pratiquée, ils se sont entendus pour que le D<sup>r</sup> Smith communique avec le BCCO et demande l'exhumation du corps. Selon eux, la version d'une petite chute ne pouvait pas expliquer les blessures d'Amber ni sa mort.

Un ordre d'exhumation a été donné en août 1988. Le corps d'Amber a été exhumé et le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie à l'UPML, à Toronto. À ce moment précis, il ne possédait que peu d'expérience des autopsies dans le cadre de dossiers suspects à caractère criminel ni aucune formation officielle. Le D<sup>r</sup> Smith a conclu qu'Amber était morte des suites d'une blessure à la tête avec une hémorragie sous-durale unilatérale (causée par l'étirement et la déchirure de petites veines du cerveau), d'une hémorragie rétinienne bilatérale, d'une hémorragie du nerf optique et d'un œdème cérébral (accumulation excessive de fluide dans la substance du cerveau, aussi connue sous le nom de gonflement cérébral). Il a également découvert plusieurs zones tuméfiées dont le front, la joue droite, la partie arrière gauche de la hanche et les jambes d'Amber. Après l'autopsie, il a indiqué aux agents de police présents qu'il pensait fortement qu'Amber avait été secouée à mort et qu'il était impossible qu'une chute comme celle qui avait été décrite par S.M. ait pu causer la mort d'Amber.

Le D<sup>r</sup> Smith a terminé son rapport d'autopsie à la fin novembre 1988. Deux semaines plus tard, soit à la mi-décembre 1988, lui et le D<sup>r</sup> Young, qui était alors coroner en chef adjoint de l'Ontario, se sont rendus à Timmins pour rencontrer l'avocat de la Couronne et la police. Le D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Young les ont informés qu'Amber était morte après avoir été violemment secouée. Deux jours plus tard, la police a arrêté et inculpé S.M. d'homicide par imprudence.

Le procès de S.M., présidé par le juge Patrick Dunn du tribunal de première instance de l'Ontario (division provinciale), a débuté le 2 octobre 1989 à Timmins. Le D<sup>r</sup> Smith, principal témoin de la Couronne, a témoigné pendant cinq jours en février 1990. Un des médecins de l'équipe SCAN et plusieurs autres médecins de l'HSC ont également témoigné en faveur de la Couronne.

Au cours du procès, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré au tribunal qu'il « était absolument impossible » qu'une chute dans un escalier de cinq marches recouvert de moquette au domicile d'Amber puisse avoir causé sa mort. Selon lui, de simples petites chutes à la maison ne provoquaient jamais la mort d'un enfant. Malgré la controverse entourant ce sujet, l'avis du D<sup>r</sup> Smith était tranché. Il a déclaré : « un enfant sur deux qui tombe du troisième étage subit des blessures mortelles. Il faut donc qu'ils chutent de plus de trois étages pour voir cette proportion passer au-dessus de 50 %. » Le D<sup>r</sup> Smith n'a jamais mentionné que son avis à ce sujet était controversé. Il a déclaré devant le tribunal qu'Amber était morte après avoir été « simplement secouée », c'est-à-dire qu'elle n'avait subi aucun choc.

Les parents de S.M. ont vendu leur maison et engagé les économies accumulées en vue de leur retraite pour assumer les coûts de sa défense. L'avocat de la défense a appelé 10 experts au total, dont des médecins légistes et des neuropathologistes de premier rang ainsi que des experts en biomécanique. Bien que leurs témoignages aient divergé sur quelques-uns des différents points, ils étaient tous d'accord sur le fait que des chutes d'une faible hauteur pouvaient, en de rares occasions, causer des blessures graves ou même entraîner la mort de bébés ou d'enfants.

Le 25 juillet 1991, le juge Dunn a énoncé les motifs du jugement. Il a acquitté S.M. de l'accusation d'homicide par imprudence. Il a estimé que l'explication de S.M. selon laquelle Amber était tombée dans les escaliers était crédible et accepté les témoignages des experts de la défense selon lesquels de petites chutes à la maison pouvaient provoquer une blessure grave ou la mort d'un enfant de l'âge d'Amber. Il a rejeté avec insistance le témoignage du D<sup>r</sup> Smith. Dans un examen détaillé et incisif de l'approche et des analyses judiciaires du D<sup>r</sup> Smith, le juge Dunn a conclu que le D<sup>r</sup> Smith manquait d'objectivité, qu'il n'avait pas examiné tous les éléments pertinents en détail et qu'il n'avait conservé aucune trace de son travail et de ses conclusions. Il a également estimé que le D<sup>r</sup> Smith ne connaissait pas les ouvrages scientifiques pertinents.

Presque toutes les critiques du juge Dunn ont résisté à l'épreuve du temps. La plupart des lacunes relevées par le juge Dunn dans les connaissances du D<sup>r</sup> Smith en médecine légale ont refait surface dans le travail du D<sup>r</sup> Smith dans des affaires suspectes à caractère criminel au cours de la décennie suivante. Le jugement prononcé par le juge Dunn s'avérait donc annonciateur.

En janvier 1992, les médecins de l'équipe SCAN, le D<sup>r</sup> Smith et l'avocat de la Couronne se sont réunis pour discuter des motifs du jugement rendu par le juge Dunn. Aucun des participants ne semblait avoir pris personnellement les nombreuses critiques du juge Dunn envers le D<sup>r</sup> Smith et les autres médecins de l'hôpital. Au contraire, ils ont conclu que le juge n'avait pas compris correctement l'aspect scientifique du syndrome du bébé secoué.

En novembre 1991, le père de S.M., D.M., a envoyé les motifs du jugement du juge Dunn à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et, en mars 1992, il a déposé une plainte officielle à l'OMCO contre le D<sup>r</sup> Smith, deux autres médecins de l'HSC et l'équipe SCAN. Les D<sup>rs</sup> Young et Cairns ont ensuite également été mis au fait de l'acquittement de S.M.

En dépit des critiques formulées par le juge Dunn, le BCCO n'a pas été en mesure de faire évoluer l'affaire au-delà de discussions officieuses avec le D<sup>r</sup> Smith. Bien que l'OMCO ait ouvert une enquête par suite de la plainte de D.M., le D<sup>r</sup> Smith a activement entravé cette tentative. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré à l'OMCO que le juge Dunn lui avait confié à plusieurs reprises pendant le procès qu'il croyait S.M. coupable. Le D<sup>r</sup> Smith a indiqué aux D<sup>rs</sup> Young et Cairns qu'après avoir rendu son jugement dans l'affaire, le juge Dunn avait changé d'avis et confié au D<sup>r</sup> Smith que, s'il avait parfaitement compris le témoignage médical présenté au cours du procès, il aurait reconnu S.M. coupable d'homicide par imprudence.

Aucune de ces allégations n'était vraie. Néanmoins, l'OMCO et le BCCO en ont tous deux tenu compte. Aucun des deux organismes n'a mené d'enquête sur la véracité des allégations du D<sup>r</sup> Smith. En fait, lorsque les D<sup>rs</sup> Young et Cairns ont appris l'acquittement de S.M., aucun d'eux n'avait lu la décision du juge Dunn pour prendre connaissance des critiques du juge de première instance.

La décision du juge Dunn tirait une sonnette d'alarme à l'égard de la compétence et du professionnalisme du D<sup>r</sup> Smith. Malheureusement, ce signal d'alarme a été ignoré, éliminant ainsi une occasion de réévaluer le travail du D<sup>r</sup> Smith. Une autre occasion s'est toutefois présentée dans l'affaire Nicholas.

## L'affaire Nicholas

Nicholas est mort le 30 novembre 1995 à Sudbury, en Ontario, à l'âge de 11 mois. Ce jour-là, sa mère, Lianne Gagnon, a vu Nicholas se glisser sous une table à ouvrage puis tomber de la position debout à la position assise. Elle a supposé qu'il s'était heurté la tête sur la partie inférieure de la machine à coudre. Il a crié puis a arrêté de respirer presque sur-le-champ. Une ambulance l'a ensuite transporté à l'hôpital général de Sudbury où son décès a été constaté.

Le jour suivant, un pathologiste de l'hôpital a pratiqué une autopsie. Il a conclu que la mort n'était liée à aucune cause anatomique ni toxicologique et que les résultats de l'autopsie indiquaient un syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), étant donné que tous les autres aspects de l'enquête étaient négatifs.

Presque un an plus tard, en novembre 1996, le coroner principal de la région s'est inquiété du fait que la mort de Nicholas ne présentait pas les caractéristiques

habituelles du SMSN et a transmis le dossier à un comité d'experts du BCCO, soit le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE). Le CEDE a, à son tour, transmis le dossier au D<sup>r</sup> Smith. Lors de son examen initial, le D<sup>r</sup> Smith avait fait examiner une copie des radiographies à deux radiologues pédiatres de l'HSC, les D<sup>rs</sup> Paul Babyn et Derek Armstrong. Le D<sup>r</sup> Babyn a alors écrit au D<sup>r</sup> Smith pour lui indiquer qu'il était d'avis que les radiographies démontraient une légère diastasis (élargissement) des sutures du crâne et qu'il suspectait une fracture du côté gauche de la mâchoire de Nicholas.

Le D<sup>r</sup> Smith a envoyé en janvier 1997 son propre rapport de consultation au CEDE, dans lequel il concluait « qu'en l'absence d'autre explication, le décès du jeune garçon était attribuable à un traumatisme crânien fermé ». Les conclusions du D<sup>r</sup> Smith reposaient sur cinq éléments, dont deux étaient issus du rapport du D<sup>r</sup> Babyn. Ces cinq éléments étaient un œdème cérébral, une circonférence crânienne accrue, des os du crâne non suturés, une fracture sur le côté gauche de la mâchoire de Nicholas et une blessure au crâne. Peu de temps après, le D<sup>r</sup> Smith a rencontré le coroner chargé d'enquêtes, le coroner principal de la région et plusieurs agents de police à l'hôpital général de Sudbury pour discuter des conclusions. Il a fait part de ses conclusions aux membres de l'équipe chargée d'enquêter sur le décès, ce qui a conduit la police à traiter l'affaire comme un homicide potentiel. Toutefois, peu de temps après la réunion, les D<sup>rs</sup> Babyn et Armstrong ont examiné les radiographies originales et informé le D<sup>r</sup> Smith qu'ils n'étaient plus convaincus que Nicholas avait subi une fracture de la mâchoire.

En mai 1997, les D<sup>rs</sup> Smith et Cairns ont rencontré les services de police de Sudbury et le coroner régional. Tous ont conclu qu'un second examen du corps de Nicholas s'avérait nécessaire. Au cours de la réunion, les policiers chargés de l'enquête ont également remis les dossiers médicaux de Nicholas au D<sup>r</sup> Smith. Ceux-ci indiquaient que Nicholas avait au départ une tête de grande taille et que la circonférence de son crâne était donc dans la norme. Ainsi, l'une des cinq conclusions qui appuyaient l'avis du D<sup>r</sup> Smith – soit une circonférence crânienne accrue – était donc réfutée.

Le corps de Nicholas a été exhumé le 25 juin 1997. Le D<sup>r</sup> Smith a emmené son fils de 11 ans avec lui pour assister à l'exhumation, et a pratiqué la seconde autopsie le jour suivant. Lors de celle-ci, le D<sup>r</sup> Smith a remarqué une certaine décoloration hémorragique le long des sutures du crâne, qu'il a crue plausible compte tenu de son observation d'os du crâne non suturés. Il a également confirmé l'absence de fracture sur la partie gauche de la mâchoire de Nicholas. La seconde des cinq observations étayant son diagnostic était donc également réfutée.

Malgré cette nouvelle preuve, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas remis son opinion en question. En août 1997, il insistait toujours sur le fait que Nicholas n'était pas mort de causes naturelles mais d'un œdème cérébral, cohérent avec un traumatisme crânien fermé. Il a déclaré à la police que la version de M<sup>me</sup> Gagnon selon laquelle Nicholas était mort à la suite d'un choc mineur sur la tête ne cadrerait pas avec les preuves médicales.

Malgré l'avis du D<sup>r</sup> Smith, l'avocat de la Couronne et la police ont finalement estimé qu'il n'y avait pas d'espoir raisonnable d'inculpation advenant le dépôt d'une accusation criminelle en rapport avec la mort de Nicholas. Cependant, en décembre 1997, la police a fait part de ses soupçons de violence à l'égard d'un enfant à la société d'aide à l'enfance (SAE) locale et l'a informée par la même occasion que M<sup>me</sup> Gagnon attendait un autre enfant. Ainsi, alors que la procédure criminelle touchait à sa fin, les démarches de la SAE débutaient à peine.

En avril et mai 1998, la SAE a tenu des conférences portant sur deux dossiers. Le D<sup>r</sup> Cairns a participé aux deux et le D<sup>r</sup> Smith, seulement à la seconde. Au cours de ces conférences, le D<sup>r</sup> Cairns a informé la SAE que Nicholas n'était pas mort des suites du SMSN, mais bien d'un œdème cérébral. Le D<sup>r</sup> Smith a été plus précis, déclarant à la SAE qu'il était sûr à 99 pour cent que Nicholas était mort à la suite d'un traumatisme non accidentel causé par sa mère. Forte des avis du coroner en chef adjoint et du meilleur médecin légiste pédiatrique de la province, la SAE a émis une demande de mise en tutelle par la Couronne de l'enfant à naître de M<sup>me</sup> Gagnon.

Au cours de cette procédure, la famille Gagnon a eu recours à un neuropathologiste réputé, le D<sup>r</sup> William Halliday, afin qu'il donne son avis dans cette affaire. Tout comme la famille de S.M., les parents de M<sup>me</sup> Gagnon ont utilisé les économies destinées à leur retraite pour préparer la défense de leur fille. En juin et juillet 1998, les D<sup>rs</sup> Smith, Halliday et Cairns ont remis leurs déclarations sous serment.

Le D<sup>r</sup> Halliday a fait sa première déclaration sous serment en juin 1998. Il était d'avis que la conclusion du D<sup>r</sup> Smith concernant la mort de Nicholas « allait bien au-delà des limites qui peuvent être soutenues par les preuves scientifiques et les résultats de l'autopsie présentés ». Il a déclaré que la mort de Nicholas était due à un syndrome de mort subite inexplicquée (SMSI)<sup>2</sup> ou à une cause indéterminée. Suite à la déclaration sous serment du D<sup>r</sup> Halliday, la SAE a communiqué avec les D<sup>rs</sup> Cairns et Smith, qui sont tous deux demeurés sur leur position selon laquelle la mort de Nicholas n'était pas accidentelle. Ils ont informé la SAE que l'avis du

---

<sup>2</sup> On fait parfois référence au « SMSI » de façon légèrement différente en tant que « syndrome de mort inattendue ». On utilise aussi syndrome de mort subite de l'enfance. Le BCCO utilise le terme « indéterminée », bien que le terme « incertaine » eût été utilisé en Ontario et ailleurs.

D<sup>r</sup> Halliday était insoutenable et que l'opinion du BCCO sur la cause de la mort de Nicholas n'avait pas changé.

Les D<sup>rs</sup> Cairns et Smith ont ensuite confirmé leur avis par écrit et sous serment. En juin 1998, le D<sup>r</sup> Cairns a confirmé, dans une déclaration sous serment, « qu'il approuvait intégralement les conclusions du D<sup>r</sup> Smith ». Le D<sup>r</sup> Cairns ne détenait aucune formation ni expérience en pathologie, mais sa déclaration sous serment a eu la portée de celle d'un expert en la matière. En conséquence, la SAE a cru à tort que le coroner en chef adjoint possédait les compétences nécessaires pour émettre un avis d'expert sur la cause de la mort de Nicholas et que cet avis indépendant corroborait celui du D<sup>r</sup> Smith.

À la fin du mois de juin 1998, le D<sup>r</sup> Smith a émis sa première déclaration sous serment, dans laquelle il a mal interprété l'observation de « légère diastasis » faite par le D<sup>r</sup> Babyn et compris « écart prononcé » des sutures du crâne. Il était d'avis, « avec un niveau élevé de certitude », que Nicholas était mort d'un traumatisme fermé à la tête. Bien que le D<sup>r</sup> Smith n'écarte pas la possibilité que la mort de Nicholas soit due à une asphyxie, il maintenait que la version de M<sup>me</sup> Gagnon ne suffisait pas à expliquer la mort de l'enfant.

En juillet 1998, les D<sup>rs</sup> Halliday et Smith ont émis deux nouvelles déclarations sous serment, dans lesquelles ils divergeaient de nouveau d'opinion sur la cause de la mort de Nicholas. Le D<sup>r</sup> Halliday a avancé la possibilité que Nicholas ait été victime d'une blessure à la tête plusieurs semaines avant sa mort et que celle-ci se soit ravivée lorsqu'il s'est cogné la tête sous la machine à coudre. Pour sa part, le D<sup>r</sup> Smith soutenait que ce scénario était peu plausible.

Entre-temps, le 27 juin 1998, M<sup>me</sup> Gagnon donnait naissance à une fille. Immédiatement après avoir quitté l'hôpital, le nourrisson a été placé sous la tutelle des parents de M<sup>me</sup> Gagnon suite à un accord conclu entre la SAE et la famille. Deux jours plus tard, la SAE a déposé une demande de protection de l'enfant afin que la fille de M<sup>me</sup> Gagnon soit placée sous la tutelle de la Couronne. À la fin du mois de juillet 1998, la cour a émis une ordonnance intérimaire enjoignant de confier la garde de la fille de M<sup>me</sup> Gagnon à ses grands-parents, sous la supervision de la SAE et à la condition que les contacts de M<sup>me</sup> Gagnon avec sa fille soient toujours surveillés. Deux jours plus tard, le nom de M<sup>me</sup> Gagnon était inscrit au registre des mauvais traitements infligés aux enfants.

En décembre 1998, en raison des avis divergents des pathologistes, l'avocat de la SAE et celui de M<sup>me</sup> Gagnon ont tous deux estimé que l'avis d'un pathologiste indépendant concernant les conclusions pathologiques s'avérait nécessaire et ont demandé l'aide du BCCO. Le BCCO a retenu les services d'un médecin légiste américain indépendant, la D<sup>re</sup> Mary Case, afin qu'elle examine le dossier. Le BCCO a décidé que l'avis de la D<sup>re</sup> Case serait décisif, quel qu'il soit.



La D<sup>re</sup> Case a remis son rapport de consultation au BCCO au début du mois de mars 1999. Selon elle, la cause de la mort de Nicholas était indéterminée et il n'existait aucune preuve pouvant attribuer la mort de Nicholas à une blessure à la tête ou à une asphyxie. Elle a conclu que la décoloration observée le long des sutures était probablement d'origine post mortem, résultant d'un enterrement prolongé puis de l'exhumation, et que la conclusion d'œdème cérébral du D<sup>r</sup> Smith était non fondée. En d'autres termes, rien ne démontrait que Nicholas était mort à la suite d'une blessure à la tête.

Par conséquent, le 25 mars 1999, la SAE a levé toutes les ordonnances temporaires concernant la fille de M<sup>me</sup> Gagnon, a retiré la demande de protection de l'enfant et rayé le nom de M<sup>me</sup> Gagnon du registre des mauvais traitements infligés aux enfants. L'épreuve de M<sup>me</sup> Gagnon était enfin terminée.

Le dossier n'était cependant pas clos. Pendant et après les procédures de la SAE, le père de M<sup>me</sup> Gagnon, Maurice Gagnon, a tenté d'alerter le BCCO et d'autres intervenants quant à la conduite des D<sup>rs</sup> Smith et Cairns. Il a déposé de nombreuses plaintes auprès de diverses institutions. En octobre 1998, M. Gagnon a déposé une plainte à l'OMCO concernant la conduite du D<sup>r</sup> Smith, qui avait emmené son fils assister à l'exhumation. En février 1999, il a déposé une plainte contre le D<sup>r</sup> Smith au conseil des coroners qui était chargé d'enquêter sur les plaintes concernant les coroners. Après avoir appris que le Conseil des coroners avait été aboli, M. Gagnon a de nouveau déposé une plainte à l'OMCO, en novembre 1999 et en mai 2001, alléguant que les agissements du D<sup>r</sup> Smith relevaient de la faute professionnelle. Concernant le D<sup>r</sup> Cairns, M. Gagnon a déposé une plainte auprès du solliciteur général de l'Ontario, déclarant entre autres que le D<sup>r</sup> Cairns avait été indûment influencé par l'avis du D<sup>r</sup> Smith et que son opinion avait été troublée par son désir d'éradiquer la violence faite aux enfants. En juin 2000, M. Gagnon a écrit au protecteur du citoyen de l'Ontario et demandé que sa plainte contre les D<sup>rs</sup> Smith et Cairns soit examinée objectivement et que le processus de plainte du BCCO fasse l'objet d'une enquête approfondie. Par ailleurs, en août 2003, M. Gagnon a écrit au bureau du vérificateur général de l'Ontario concernant le manque de responsabilité à l'égard du public du BCCO et la négligence dont il faisait preuve en continuant de financer l'UOMLP.

M. Gagnon a été persévérant. Ses lettres étaient bien documentées et bien argumentées. Étant donné ce que l'on sait, ses inquiétudes concernant les D<sup>rs</sup> Smith et Cairns ainsi que le BCCO étaient légitimes. Malheureusement, les hauts dirigeants du BCCO n'ont rien voulu entendre. Le D<sup>r</sup> Young a répondu à plusieurs des plaintes déposées par M. Gagnon. En dépit de l'opinion claire de la D<sup>re</sup> Case, acceptée par le BCCO, selon laquelle la conclusion du D<sup>r</sup> Smith était insoutenable et non fondée, le D<sup>r</sup> Young a maintenu que l'avis du D<sup>r</sup> Smith dans

l'affaire Nicholas était raisonnable. Essentiellement, l'objectif des réponses du D<sup>r</sup> Young était de défendre le pathologiste que lui et d'autres personnes du BCCO avaient si longuement admiré.

Les réponses apportées par le D<sup>r</sup> Smith aux plaintes formulées contre lui n'étaient pas plus logiques. Au sujet de la plainte dans l'affaire Amber, il a déclaré n'avoir rien fait de mal. Non seulement a-t-il répondu en insistant sur les raisons à l'appui de son opinion, mais il a également déclaré à l'OMCO qu'il n'avait jamais reçu certains éléments pertinents du coroner ou de la police (alors qu'il les avait bel et bien reçus) et affirmé qu'il n'était pas du tout concerné par la SAE (alors qu'il l'était clairement). Tout comme l'affaire Amber, celle de Nicholas offrait une occasion parfaite au BCCO et à l'OMCO de réévaluer l'importance du statut du D<sup>r</sup> Smith. Malheureusement, cette occasion n'a pas non plus été saisie.

Alors que cette décennie touchait à sa fin, il allait y avoir d'autres occasions inexploitées.

## L'affaire Jenna

Le 21 janvier 1997, vers 17 h, Brenda Waudby confiait Jenna, sa fille de 21 mois, et sa sœur à J.D., un jeune garçon de 14 ans qui habitait un appartement au-dessus de chez elle à Peterborough, en Ontario. Juste après minuit, soit à 00 h 30, J.D. s'est rendu compte que Jenna avait cessé de respirer. La mère de J.D. a appelé le 911 et une ambulance a transporté Jenna à l'hôpital civique de Peterborough. À l'hôpital, un médecin des urgences a noté des signes d'une possible agression sexuelle, dont un étirement anal, des déchirures dans la vulve de la petite fille et un poil bouclé trouvé dans la même région. Jenna est morte à 1 h 50.

Le corps de Jenna a été transporté à l'UOMLP de l'HSC. Le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie, sans toutefois effectuer d'examen complet consécutif à une agression sexuelle. Bien qu'il ait examiné la région externe du vagin de Jenna, il n'a procédé à aucun prélèvement et, bien qu'il ait extrait et mis sous scellé un poil trouvé dans cette région, il ne l'a pas soumis à une analyse médico-légale.

Jenna présentait de graves blessures à l'abdomen. Après l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré au policier Scott Kirkland, l'agent chargé de l'identification médico-légale qui était présent lors de l'autopsie, que Jenna avait été frappée avec un objet contondant, provoquant une rupture du duodénum, du pancréas et du foie. Rien ne démontrait que les blessures avaient commencé à se cicatriser. Le D<sup>r</sup> Smith en a donc conclu qu'elles remontaient à quelques heures avant la mort. Cependant, il a changé d'avis par la suite après avoir examiné les tissus au microscope. En février 1997, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré aux services de police que les blessures de Jenna étaient survenues 24 heures avant sa mort. En juillet 1997, il les a informés

que Jenna avait été victime de multiples blessures aux côtes, vraisemblablement entre cinq et sept jours avant sa mort. Finalement, la police a compris que, selon l'opinion du D<sup>r</sup> Smith, les blessures mortelles de Jenna pouvaient lui avoir été infligées environ 24 heures avant sa mort.

Au cours de ces 24 heures, Jenna était alors sous la garde de sa mère et non sous celle de J.D. Ainsi, le 18 septembre 1997, la police arrêta et inculpa M<sup>me</sup> Waudby pour meurtre au second degré. À ce moment, elle a admis, dans une déclaration à la police, qu'elle avait frappé Jenna deux jours avant sa mort. La SAE a retiré à M<sup>me</sup> Waudby la garde de la grande sœur de Jenna.

L'audience préliminaire de M<sup>me</sup> Waudby a eu lieu en octobre 1998. Le D<sup>r</sup> Smith a témoigné en faveur de la Couronne et déclaré au tribunal qu'il n'existait aucune preuve physique que Jenna avait été agressée sexuellement. Lorsqu'on lui a montré le dossier des urgences de l'hôpital faisant état des observations du médecin qui avait trouvé un poil bouclé dans la région vulvaire de Jenna, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas mentionné qu'il en avait trouvé un près de son vagin, et a nié avoir su qu'un poil pubien avait été trouvé sur le corps de l'enfant au moment de l'autopsie. Au cours de l'audience préliminaire, le D<sup>r</sup> Smith a également donné son avis sur l'heure à laquelle Jenna avait subi des blessures mortelles. Son témoignage, bien que déroutant à plusieurs égards, a donné clairement l'impression que Jenna avait été blessée environ 24 ou 28 heures avant sa mort. Le juge de l'audience préliminaire a cité M<sup>me</sup> Waudby à comparaître sous une inculpation de meurtre au second degré.

En novembre 1998, l'avocat de M<sup>me</sup> Waudby, M<sup>e</sup> James Hauraney, a consulté le D<sup>r</sup> Sigmund Ein, chirurgien employé au service de chirurgie générale de l'Hospital for Sick Children, quant à l'heure des blessures mortelles de Jenna. Celui-ci a conclu que ces blessures lui avaient été infligées le soir de sa mort. Cette indication temporelle était importante parce qu'elle désignait J.D., et non M<sup>me</sup> Waudby, comme auteur des blessures. En décembre 1998, le D<sup>r</sup> Ein s'est entretenu avec le D<sup>r</sup> Smith. À l'inverse des preuves qu'il avait avancées lors de l'enquête préliminaire à peine deux mois plus tôt, le D<sup>r</sup> Smith a approuvé les conclusions du D<sup>r</sup> Ein. Cependant, lorsque M. Hauraney a demandé au D<sup>r</sup> Smith de confirmer sa déclaration par écrit, celui-ci n'a pas répondu.

Quatre mois plus tard, soit en avril 1999, le D<sup>r</sup> Ein a organisé une réunion avec la police, l'avocat de la Couronne, M. Hauraney et le D<sup>r</sup> Smith. Lors de cette réunion, le D<sup>r</sup> Ein a fait part de son opinion selon laquelle les blessures de Jenna lui avaient été infligées après 17 h le soir de sa mort. Encore une fois, malgré ce qu'il avait déclaré à la police et à la cour, le D<sup>r</sup> Smith a corroboré cet avis. Les deux experts étaient donc désormais d'avis que Jenna était sous la garde de J.D. et non sous celle de M<sup>me</sup> Waudby lorsqu'elle a été blessée.

M. Hauraney a également demandé l'avis d'un autre chirurgien pédiatre, d'un pédiatre et d'un médecin légiste, qui ont tous trois corroboré l'avis du D<sup>r</sup> Ein. Jenna n'aurait pas eu l'air normal juste après avoir été blessée. Les blessures ont donc dû être infligées après que M<sup>me</sup> Waudby l'a confiée à J.D.

En prenant connaissance de l'opinion des experts de la défense, le 10 mai 1998, le bureau du procureur de la Couronne a consulté son propre expert, la D<sup>re</sup> Bronita Porter, coroner en chef adjointe des enquêtes au BCCO, pour obtenir des éclaircissements sur l'heure à laquelle Jenna avait été mortellement blessée. Le 26 mai 1999, la D<sup>re</sup> Porter a remis son rapport dans lequel elle concluait, comme les autres, que Jenna avait été blessée peu de temps (soit moins de six heures) avant sa mort.

En conséquence, le 15 juin 1999, la Couronne a retiré l'inculpation de meurtre au second degré portée contre M<sup>me</sup> Waudby. L'avocat de la Couronne a reconnu devant la Cour que les preuves médicales ne permettaient plus d'attester que Jenna se trouvait sous la garde de M<sup>me</sup> Waudby au moment où elle a été blessée mortellement.

Cependant, plusieurs jours avant le retrait de l'accusation criminelle, M<sup>me</sup> Waudby avait plaidé coupable à une accusation de violence faite à un enfant en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, L.R.O. 1990, chap. C.11. Le plaidoyer portait sur un incident survenu dans les trois semaines précédant le décès de Jenna, comme le prouvaient ses vieilles blessures aux côtes, et a servi en partie de fondement à l'implication continue de la SAE<sup>3</sup>. Finalement, en juillet 1999, un juge du tribunal de la famille a ordonné que la garde de la sœur de Jenna soit rendue à M<sup>me</sup> Waudby mais que celle de son frère, né le 1<sup>er</sup> mai 1999, demeure attribuée à son père, avec un droit de visite accordé à M<sup>me</sup> Waudby.

Tout comme le père de S.M., D.M. et M. Gagnon, M<sup>me</sup> Waudby était préoccupée par le comportement du D<sup>r</sup> Smith et a tenté de le faire savoir à tous ceux qui auraient pu avoir l'autorité de l'en tenir responsable. En décembre 1999, l'avocat de M<sup>me</sup> Waudby a écrit, en son nom, au premier ministre de l'Ontario, au procureur général de l'Ontario, au solliciteur général de l'Ontario, au ministre des Services sociaux et communautaires et au député provincial local de M<sup>me</sup> Waudby afin de demander la tenue d'une enquête publique dans cette affaire. En mai 2001, M<sup>me</sup> Waudby a demandé l'ouverture d'une enquête publique au ministre fédéral de la Justice et, en mai 2001, elle a déposé une plainte contre le D<sup>r</sup> Smith auprès de l'OMCO alléguant qu'il n'avait pas effectué d'exa-

---

<sup>3</sup> Les preuves pathologiques qui constituaient la base du plaidoyer de violence faite aux enfants n'ont pas pu être confirmées suite à l'examen du D<sup>r</sup> Pollanen. Ce sujet est abordé dans le chapitre 8, Le D<sup>r</sup> Smith et la pratique de la médecine légale pédiatrique.

men approprié pour trouver des preuves d'agression sexuelle, qu'il avait perdu un poil trouvé sur le corps de Jenna lors de l'autopsie et qu'il n'avait pas réussi à donner un avis précis sur l'heure à laquelle elle avait été blessée.

Presque au même moment, le chef des services de police communautaires de Peterborough Lakefield chargeait le gendarme-détective (aujourd'hui sergent) Larry Charmley de passer en revue l'enquête préliminaire sur le décès de Jenna. Ce dernier a appris de M. Hauraney qu'une possible agression sexuelle avait peut-être été négligée et qu'un poil trouvé dans la région vaginale de Jenna avait disparu.

En octobre 2001, au moment où le gendarme-détective Charmley s'est entretenu avec le D<sup>f</sup> Smith, il a appris que ce dernier avait trouvé un poil sur le corps de Jenna et qu'il avait fait examiner celui-ci par un expert en matière d'abus sexuel sur des enfants pendant l'autopsie. Le D<sup>f</sup> Smith a déclaré que lui et l'expert en agression sexuelle étaient d'avis qu'il n'existait aucune preuve de violence sexuelle. Il a également déclaré que l'officier présent lors de l'autopsie ne croyait pas que le poil revêtait une importance particulière et qu'il ait fallu le recueillir. En novembre 2001, le gendarme-détective Charmley a retrouvé le poil dans le bureau du D<sup>f</sup> Smith. Il se trouvait dans une enveloppe scellée portant la mention « poil pubien ». Un sceau apposé sur l'enveloppe indiquait que son contenu avait été recueilli lors de l'autopsie de Jenna.

La police a finalement fait examiner le poil par le Centre des sciences judiciaires (CSJ) à Toronto et par le laboratoire du Federal Bureau of Investigation (FBI) à Washington, D.C. Le CSJ a expliqué qu'il était impossible d'effectuer une analyse d'ADN parce que le poil n'avait pas de racine. De plus, en partie à cause du temps qui séparait l'autopsie de Jenna (soit le moment où le poil a été trouvé) et l'analyse médico-légale, la comparaison microscopique n'avait aucune valeur ou presque. En résumé, la décision du D<sup>f</sup> Smith de saisir le poil mais de ne pas le faire analyser a directement compromis l'importance médico-légale de la preuve. Toutefois, le laboratoire du FBI a pu déterminer que le poil ne provenait ni de M<sup>me</sup> Waudby ni de J.D.

Entre 2001 et 2005, deux enquêtes ont été menées en parallèle. L'OMCO a ouvert une enquête suite à la plainte de M<sup>me</sup> Waudby. Comme dans le cas des affaires Amber et Nicholas, les réponses du D<sup>f</sup> Smith ont manqué de franchise. Il a fait des déclarations fausses ou ambiguës à l'OMCO ainsi qu'au D<sup>f</sup> Cairns, alléguant notamment qu'il avait effectué un examen consécutif à une agression sexuelle, qu'il avait trouvé un poil sur le corps de Jenna et l'avait soumis à un officier d'identification judiciaire qui l'avait refusé, qu'il avait tout de même gardé le poil et qu'il avait apporté avec lui cet élément rejeté lors de l'enquête préliminaire en octobre 1998. Bien que ces explications puissent aujourd'hui, au début des

années 2000, sembler ridicules et contradictoires, on y a cru. L'OMCO a cru le D<sup>r</sup> Smith et l'a même recommandé pour avoir saisi et conservé le poil malgré le rejet supposé du policier.

Pendant ce temps, les services de police ont poursuivi leur enquête en vue de trouver le véritable auteur des blessures infligées à Jenna. En collaboration avec le BCCO, les policiers ont consulté plusieurs autres experts concernant ces blessures, dont un pédiatre, deux chirurgiens pédiatres, un médecin légiste et un odontologiste légiste. Le médecin légiste était le D<sup>r</sup> Pollanen qui, à ce moment, travaillait à l'unité de médecine légale de la province. Ce dernier et les médecins s'accordaient à dire que les blessures mortelles de Jenna étaient survenues juste avant sa mort. La preuve avancée par le D<sup>r</sup> Smith lors de l'enquête préliminaire, selon laquelle Jenna avait été blessée entre 24 et 28 heures avant sa mort, était donc erronée.

La police a estimé que les nouveaux avis médicaux apportaient des motifs plus solides de croire que les blessures étaient survenues lorsque Jenna était sous la garde de J.D. En conséquence, la police a utilisé un agent d'infiltration pour qu'il devienne ami avec J.D. En novembre 2005, J.D. a admis avoir infligé à Jenna des coups de poing, des coups dans les côtes avec ses doigts et l'avoir agressée sexuellement la nuit de sa mort. En décembre 2005, la police l'accusait de meurtre au second degré et déposait contre lui deux chefs d'inculpation d'agression sexuelle. En décembre 2006, J.D. a plaidé coupable à l'accusation d'homicide par imprudence. Comme il était mineur, il a dernièrement été condamné à une peine de 22 mois d'emprisonnement suivie d'une période de 11 mois de surveillance communautaire.

## **L'affaire Sharon**

Un autre signal de danger est survenu lorsque Sharon, âgée de sept ans et demi, est morte en juin 1997, à Kingston, en Ontario, cinq mois après la mort de Jenna. Le 12 juin 1997, vers 21 h 30, un voisin a constaté la disparition de Sharon. Les membres du service de police de Kingston ont perquisitionné la maison familiale et l'ont trouvée morte dans le sous-sol. Visiblement, elle avait été victime d'une attaque sauvage, son corps présentant des douzaines de plaies perforantes. Une grosse plaie était apparente sur le derrière de sa tête et un gros morceau de cuir chevelu reposait près de son corps partiellement vêtu. Les policiers avaient remarqué une forte odeur d'urine et d'excréments d'animal dans le sous-sol. Cependant, le seul chien présent dans la maison au moment où les policiers l'ont trouvée était un petit chien qui appartenait à la famille.

Les 13 et 15 juin 1997, le D<sup>r</sup> Smith a procédé à l'autopsie au BCCO à Toronto.

À ce moment-là, il avait très peu d'expérience avec les plaies perforantes et n'avait vu qu'un ou deux cas mettant en cause des plaies par arme blanche, ainsi qu'un ou deux autres cas mettant en cause des morsures de chien. Le D<sup>r</sup> Smith a tout de même pratiqué l'autopsie. À la fin de l'autopsie, il a révélé à la police que la cause de la mort était reliée à des exsanguinations (pertes de sang) consécutives à de multiples plaies par arme blanche.

Un ou deux jours plus tard, la police apprenait qu'en plus du petit chien blanc, les policiers avaient aperçu dans la maison de Sharon un pit-bull qui appartenait à un voisin, et qui était présent dans la maison le jour de sa mort. Lors de son enquête, la police avait découvert des renseignements importants sur le pit-bull, laissant croire que le chien avait peut-être joué un rôle dans la mort de Sharon. Le chien avait en effet une substance rouge sur ses pattes et sur sa poitrine lorsque son propriétaire l'a récupéré à la maison de Sharon, à 20 h 30 le soir de sa mort. Dans les jours suivant la mort de Sharon, ses excréments contenaient des cheveux blonds, et le collier et les poils du chien étaient tachés de sang. En août 1997, le pit-bull fut euthanasié pour un incident sans rapport, lié à des coups de dents et à des morsures; sa tête a été détruite.

Peu après que la police a été informée de la présence du pit-bull, un policier avait téléphoné au D<sup>r</sup> Smith pour lui faire part de ses inquiétudes concernant certaines marques dans le haut du dos de Sharon. Le D<sup>r</sup> Smith a répondu au policier qu'il était impossible qu'un animal domestique ou sauvage puisse être à l'origine de ces marques. Neuf jours plus tard, la police arrêtait Louise Reynolds, mère de Sharon, et l'accusait de meurtre au deuxième degré. La police et la Couronne supposaient alors que M<sup>me</sup> Reynolds, dans une crise de rage à propos des poux de tête de Sharon, l'avait tuée. M<sup>me</sup> Reynolds est demeurée en détention sans mise en liberté sous caution pendant 22 mois, soit de juin 1997 à avril 1999.

M<sup>me</sup> Reynolds refusait d'admettre qu'elle avait tué Sharon. Selon la théorie de la défense, Sharon avait été attaquée par le pit-bull et, par conséquent, ses blessures étaient des marques de morsures, et non des plaies par arme blanche. En réponse à la déclaration de la défense et à la recommandation du coroner régional principal, la Couronne a demandé l'avis d'un odontologiste judiciaire, le D<sup>r</sup> Robert Wood, qui a examiné les photographies de l'autopsie et a produit, en février 1998, un rapport de consultation. Il a émis l'avis « sans équivoque » que les marques retrouvées sur le corps de Sharon n'étaient, en aucun cas, des marques de morsure de chien.

À la suite des demandes répétitives adressées au D<sup>r</sup> Smith au sujet de son rapport et après la délivrance d'une assignation pour l'obliger à comparaître en cour et à produire le rapport d'autopsie, il a finalement présenté son rapport d'autopsie à la Couronne le 8 mars 1998, soit 9 mois après avoir terminé l'autopsie.

Comme il l'avait précédemment indiqué à la police, le D<sup>r</sup> Smith a conclu dans son rapport que Sharon était morte des suites des multiples blessures par arme blanche.

Entre-temps, la défense a retenu les services de son propre odontologiste judiciaire, le D<sup>r</sup> Robert Dorion. Le 4 avril 1998, le D<sup>r</sup> Dorion a préparé un rapport fondé sur son examen des photos de l'autopsie. Son opinion contredisait directement celle du D<sup>r</sup> Wood. Le D<sup>r</sup> Dorion était d'avis que le corps de Sharon présentait plus de 20 marques de morsure et que ces marques avaient été faites par un animal féroce, fort probablement un chien.

L'enquête préliminaire de M<sup>me</sup> Reynolds a débuté peu de temps après. Celle-ci s'est déroulée sur 15 jours, entre les mois d'avril 1998 et de novembre 1998. Le D<sup>r</sup> Wood n'a pas témoigné, mais le D<sup>r</sup> Smith l'a fait. Ce dernier a déclaré sans équivoque au tribunal que Sharon avait souffert de blessures multiples par arme blanche, suggérant des ciseaux comme une arme possible. Il a nié catégoriquement les allégations de l'avocat de la défense qui croyait qu'un chien avait attaqué Sharon, déclarant dédaigneusement : « Il est aussi absurde de penser qu'un ours polaire a attaqué Sharon que de penser que ces plaies ont été faites par un chien. » Le 19 novembre 1998, le juge de l'enquête préliminaire a ordonné que M<sup>me</sup> Reynolds subisse son procès sous une accusation de meurtre au second degré.

En février 1999, lors d'une réunion de l'American Academy of Forensic Sciences, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ont appris que quatre experts respectés, le D<sup>r</sup> Dorion, les D<sup>rs</sup> Michael Baden et James (Rex) Ferris (médecins légistes) et le D<sup>r</sup> Lowell Levine (odontologiste judiciaire), n'étaient pas du tout d'accord avec la conclusion du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Sharon. Tous quatre croyaient que Sharon avait été tuée par un chien et ont exprimé leurs inquiétudes sur le fait qu'une erreur judiciaire pouvait être en train de se produire à Kingston. Les remarques de ces experts avaient impressionné le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns parce qu'ils étaient de « rudes frappeurs ».

Après la réunion de février 1999, le D<sup>r</sup> Cairns a rencontré les D<sup>rs</sup> Smith, Wood et Chiasson. Le D<sup>r</sup> Wood et le D<sup>r</sup> Smith soutenaient toujours qu'un chien ne pouvait être responsable des plaies de Sharon. Cependant, tous quatre avaient convenu qu'une exhumation et qu'une deuxième autopsie seraient nécessaires pour écarter toute possibilité d'implication d'un chien.

Le corps de Sharon a été exhumé en juillet 1999. Le D<sup>r</sup> Chiasson a pratiqué une seconde autopsie au BCCO, à Toronto. Les D<sup>rs</sup> Smith, Wood, Dorion et Ferris, qui avaient été retenus par la défense, ont assisté à l'autopsie. Les experts du BCCO ainsi que les D<sup>rs</sup> Wood, Chiasson et Smith ont tous produit des rapports suite à la deuxième autopsie. Le D<sup>r</sup> Wood et le D<sup>r</sup> Smith ont rectifié leur opinion initiale. Toutefois, les trois opinions étaient semblables : un chien avait



causé au moins quelques-unes des blessures de Sharon, mais il était encore possible qu'une arme ait causé d'autres blessures. Il y avait notamment quelques marques sur le crâne de Sharon et le D<sup>r</sup> Wood et le D<sup>r</sup> Smith avaient émis l'avis qu'elles ne pouvaient pas avoir été causées par un chien.

Les experts de la défense n'étaient pas d'accord. De mai à août 2000, Ed Bradley, procureur de la Couronne, a reçu deux rapports du D<sup>r</sup> Ferris, qui critiquait la méthodologie et les conclusions du D<sup>r</sup> Smith. Selon le D<sup>r</sup> Ferris, Sharon était morte à la suite d'une attaque de chien et, contrairement aux affirmations du D<sup>r</sup> Smith et du D<sup>r</sup> Wood, toutes ses blessures pouvaient découler d'une telle attaque.

Faisant encore une fois face à des opinions contradictoires d'experts, le BCCO a demandé une opinion indépendante. Le D<sup>r</sup> Young et M. Bradley se sont entendus pour recourir à un expert de l'extérieur de la province afin d'examiner les éléments de l'autopsie et d'énoncer une opinion sur la cause de la mort de Sharon. En septembre 2000, le BCCO a retenu les services du D<sup>r</sup> Steven Symes, anthropologue légiste de l'Université du Tennessee. À peu près au même moment, le D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Wood rencontraient le procureur de la Couronne ainsi que la police. Les deux experts continuaient de soutenir que quelques-unes des blessures de Sharon ne pouvaient pas avoir été causées par un chien.

Le D<sup>r</sup> Symes a produit son rapport au début du mois de décembre 2000. Il a conclu que la plupart des blessures avaient définitivement été causées par un chien, mais que certaines entailles récentes sur le crâne correspondaient à des marques faites par un scalpel ou un couteau pointu. Interrogé au sujet de ces marques, Barry Blenkinsop, adjoint en anatomopathologie au BCCO qui a assisté à la première autopsie de Sharon, a insisté sur le fait que celles-ci n'avaient pas été faites lors de la première autopsie.

Plus tard en décembre, M. Bradley a discuté avec le D<sup>r</sup> Cairns, qui était sceptique quant à la conclusion du D<sup>r</sup> Smith. En janvier 2001, M. Bradley a discuté une nouvelle fois avec le D<sup>r</sup> Smith. Pour la première fois, ce dernier a reconnu qu'il ne pouvait pas contester la preuve fournie par les experts de la défense. Il continuait pourtant de croire que son opinion, à l'effet que certaines blessures n'étaient pas imputables à une attaque de chien, était raisonnable.

Le 25 janvier 2001, la Couronne retirait l'accusation de meurtre au deuxième degré portée contre M<sup>me</sup> Reynolds après avoir reçu les rapports du D<sup>r</sup> Ferris et du D<sup>r</sup> Symes et après avoir parlé au D<sup>r</sup> Smith. En retirant l'accusation, le procureur de la Couronne a informé le tribunal qu'il ne détenait plus aucune preuve que la mort était liée à des plaies par arme blanche. Sans cette preuve, la Couronne ne disposait que de peu de chances raisonnables de faire une déclaration de culpabilité.

Les erreurs du D<sup>r</sup> Smith dans le dossier de Sharon étaient fondamentales. Il ne possédait pas de formation en médecine légale et n'avait pas l'expérience requise pour évaluer correctement les blessures perforantes de Sharon, mais s'est tout de même chargé de l'affaire. Les résultats ont été désastreux. Il a reformulé ce que des experts chevronnés en médecine légale avaient clairement qualifié de morsures de chien en quelque chose d'encore plus funeste. Le mauvais diagnostic posé par le D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Sharon aurait pu être évité s'il avait eu la formation et l'expertise nécessaires en médecine légale ou s'il avait consulté un collègue possédant une telle expérience.

À la fin de janvier 2001, la fin de l'instance criminelle contre M<sup>me</sup> Reynolds avait suscité beaucoup d'intérêt de la part des médias. En effet, à compter de l'automne 1999, les erreurs du D<sup>r</sup> Smith ont commencé à attirer une attention médiatique importante. Le 10 novembre 1999, l'émission d'enquête « the fifth estate » de la chaîne CBC a sévèrement examiné le travail du D<sup>r</sup> Smith dans les affaires Amber, Nicholas et Sharon. Puis, le 14 mai 2001, le magazine *Maclean's* a décrit brièvement les questions soulevées à l'égard du D<sup>r</sup> Smith dans un article intitulé « Dead Wrong ».

À la fin du mois de janvier 2001, deux autres cas ont retenu l'attention des médias au même titre que le retrait de l'accusation portée contre M<sup>me</sup> Reynolds. Le 22 janvier 2001, soit trois jours avant le retrait de l'accusation portée contre M<sup>me</sup> Reynolds, la Couronne a suspendu l'instance criminelle contre la fournisseuse de soins de Tyrell, une autre affaire qui mettait en cause le D<sup>r</sup> Smith. Dans l'affaire Tyrell, la défense a eu l'avis de trois experts éminents qui ont directement contredit l'avis du D<sup>r</sup> Smith. À cette époque, toute cette attention avait mené le D<sup>r</sup> Young à conclure non pas que le travail du D<sup>r</sup> Smith avait été imparfait, mais qu'il était devenu un « paratonnerre », à tel point qu'il ne devait plus continuer de pratiquer des autopsies pour le BCCO. Ainsi, le 25 janvier 2001, à l'insistance du D<sup>r</sup> Young, le D<sup>r</sup> Smith a demandé d'être dispensé de la pratique d'autopsies des coroners et qu'un examen externe soit effectué sur son travail.

Après une décennie d'inaction, les erreurs du D<sup>r</sup> Smith et l'attention à laquelle elles avaient donné lieu ont finalement amené le chef du BCCO à agir, mais seulement à titre d'essai. Le D<sup>r</sup> Young avait conclu que le D<sup>r</sup> Smith ne devait plus pratiquer d'autopsies sur des cas suspects ni dans des causes d'homicide. Il avait aussi proposé un examen externe des dossiers du D<sup>r</sup> Smith pour évaluer ses compétences. Le D<sup>r</sup> Young avait révélé aux médias et au ministère du Procureur général que le BCCO pourrait entreprendre un tel examen. Mais avant que l'examen externe ne commence, le D<sup>r</sup> Young avait de nouveau examiné l'idée. Bien que le D<sup>r</sup> Young ait décidé, aussi tôt qu'en février 2001, de ne mener aucun examen externe, ses actions et celles du D<sup>r</sup> Cairns avaient causé une confusion et un malentendu importants

chez les intervenants du système de justice criminelle et dans le grand public, à l'égard des éventuelles limites d'un tel examen, si celui-ci avait été entrepris. De plus, en dépit des inquiétudes grandissantes sur les compétences professionnelles du D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Young avait permis à ce dernier de demeurer le directeur de l'UOMLP et de garder la réputation que nécessitait ce poste.

Avant que le D<sup>r</sup> Smith ne soit finalement forcé de démissionner de son poste et qu'un nouveau coroner en chef, le D<sup>r</sup> Barry McLellan ne soit nommé, en juillet 2004, il a commis d'autres erreurs. Un examen complet de son travail dans des cas suspects et dans des causes d'homicide a été exigé, en juin 2005, mais pas avant que le travail du D<sup>r</sup> Smith n'ait nui à deux autres affaires : Athena et Valin.

## **L'affaire Athena**

En juin 2003, un autre juge de première instance avait porté un coup très dur à la confiance du public à l'égard de la pratique de la médecine pédiatrique légale en Ontario. En suspendant l'accusation de meurtre au premier degré portée contre les parents d'Athena, le juge Brian Trafford de la Cour supérieure de justice de l'Ontario avait condamné la conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Athena. L'inquiétude soulevée n'avait pas trait à un mauvais diagnostic, mais plutôt à une négligence continuelle des besoins du système de justice criminelle de la part du D<sup>r</sup> Smith et, plus particulièrement, à ses retards considérables dans la production de deux documents nécessaires urgents : son rapport d'autopsie et un addenda à ce rapport.

Le 6 mars 1998, Athena est morte à Toronto à l'âge de trois mois. Le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie le jour suivant. Il avait attendu six semaines avant d'envoyer au CSJ les échantillons prélevés à l'autopsie aux fins d'analyse. Le CSJ avait à son tour pris cinq mois pour terminer son rapport. Un mois plus tard, le D<sup>r</sup> Smith produisait son rapport d'autopsie et le père d'Athena était inculpé d'homicide par imprudence. Ainsi, il s'était écoulé un délai de sept mois et demi entre l'autopsie et la production du rapport du D<sup>r</sup> Smith, le 26 octobre 1998.

Cependant, le retard du D<sup>r</sup> Smith à soumettre des échantillons n'était pas l'aspect le plus troublant de sa conduite dans cette affaire. Plusieurs mois plus tard, soit en juillet 1999, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré à la police et au procureur de la Couronne que la blessure au foie d'Athena avait été infligée 12 heures avant sa mort. Les parents d'Athena avaient alors déclaré à la police qu'ils n'avaient pas quitté leur fille pendant les 24 heures précédant sa mort. À la lumière de l'avis du D<sup>r</sup> Smith sur l'heure à laquelle la blessure au foie a été infligée, la police était d'avis qu'elle possédait des éléments tangibles et raisonnables pour inculper les deux parents de meurtre au second degré. Cependant, elle voulait que l'opinion

du D<sup>r</sup> Smith soit consignée par écrit. Peu de temps après la réunion, la police a demandé au D<sup>r</sup> Smith de préparer un addenda à son rapport initial, mettant en évidence son opinion sur l'heure à laquelle Athena avait été blessée.

Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas produit l'addenda qu'on lui avait demandé. À l'automne 1999, un policier avait téléphoné à plusieurs reprises au D<sup>r</sup> Smith pour lui demander le rapport, mais celui-ci continuait d'avoir du retard. À l'hiver 2000, un policier et le procureur de la Couronne avaient envoyé des lettres au D<sup>r</sup> Smith en lui demandant officiellement le rapport et en insistant sur le fait qu'il leur fallait ce rapport sans délai, mais le D<sup>r</sup> Smith tardait tout de même. Finalement, en avril 2000, le jour même où la police avait lancé une assignation exigeant que le D<sup>r</sup> Smith produise l'addenda à son rapport, ce dernier a écrit une lettre d'une page et demie décrivant brièvement son opinion, huit mois et demi après la demande initiale.

Enfin, le 23 juin 2003, le juge Trafford a suspendu l'instance contre les parents d'Athena, tenant compte du fait que l'ensemble du retard violait leur droit d'être jugés dans les délais raisonnables garantis par la Charte. La Couronne a interjeté appel. Le 15 avril 2005, la Cour d'appel de l'Ontario avait rejeté l'appel. Le tribunal avait découvert, entre autres choses, que les défaillances du D<sup>r</sup> Smith avaient retardé l'affaire de près de deux ans. Par conséquent, les inquiétudes liées au travail du D<sup>r</sup> Smith ne se limitaient pas à des mauvais diagnostics ni à des opinions exagérées. Ces inquiétudes avaient trait à un manquement total à ses devoirs d'expert devant collaborer avec le BCCO et servir le système de justice criminelle.

## **L'affaire Valin**

Les événements les plus importants relativement à l'inquiétante affaire Valin se sont produits en 2003, et plus tard, après le retrait du D<sup>r</sup> Smith de la liste des médecins légistes chargés d'effectuer les autopsies pour le coroner. Il est toutefois utile de présenter un aperçu de l'affaire dès son commencement, c'est-à-dire dix ans plus tôt.

Valin est morte en juin 1993, à l'âge de 4 ans, à Sault Ste. Marie, en Ontario. Dans la soirée du 26 juin 1993, les parents de Valin ont confié la garde de Valin et de son frère à leur oncle, William Mullins-Johnson. Ils n'ont jeté aucun coup d'œil sur Valin à leur retour, plus tard dans la soirée. Le matin suivant, aux environs de 7 h, la mère de Valin a trouvé cette dernière dans son lit, à genoux, face contre terre. Elle a alors appelé le service d'urgence 911. Les ambulanciers sont arrivés sur les lieux et ont constaté la mort de Valin.

Le 27 juin 1993, un pathologiste d'un hôpital local de Sault Ste. Marie, le

D<sup>r</sup> Bhubendra Rasaiah, a procédé à l'autopsie. Préoccupé par le fait que Valin ait pu être abusée sexuellement, le D<sup>r</sup> Rasaiah a demandé à la D<sup>re</sup> Patricia Zehr, gynécologue spécialisée dans la violence faite aux enfants, de l'examiner. La D<sup>re</sup> Zehr a conclu qu'il y avait preuve d'abus sexuel chronique. Ce jour-là, la police a arrêté M. Mullins-Johnson et l'a accusé de meurtre au premier degré et d'agression sexuelle grave.

Le D<sup>r</sup> Rasaiah a émis un rapport d'autopsie le 13 juillet 1993, signalant notamment que l'ouverture vaginale de Valin était dilatée et que son ouverture rectale était visiblement élargie. Il en a conclu que Valin était morte à la suite d'un arrêt cardiopulmonaire dû à une asphyxie. Le D<sup>r</sup> Rasaiah a également consulté la directrice de l'équipe SCAN de l'Hospital for Sick Children, qui a demandé l'aide du D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Smith et elle ont examiné les photographies de l'autopsie et rédigé un rapport de consultation mixte. Dans ce rapport daté du 6 août 1993, ils ont constaté que l'anus de Valin était largement ouvert, qu'il y avait des fissures à l'intérieur et que Valin présentait des contusions au visage et à la poitrine. Ils en ont conclu que Valin était probablement morte d'asphyxie à la suite d'une compression abdominale ou thoracique, et qu'elle avait souffert de pénétration anale exercée par un objet rond et émoussé.

Le procès de M. Mullins-Johnson a eu lieu en septembre 1994. Les quatre pathologistes suivants ont témoigné : les D<sup>rs</sup> Rasaiah et Smith, pour la Couronne; les D<sup>rs</sup> Frederick Jaffe et James (Rex) Ferris, pour la défense. Pour confirmer la condamnation pour meurtre au premier degré, la Couronne avait le fardeau de prouver que M. Mullins-Johnson avait causé la mort de Valin alors qu'il commettait une agression sexuelle. La théorie de la Couronne voulait que Valin ait été victime d'agression sexuelle chronique et qu'elle soit morte au cours d'une agression sexuelle alors qu'elle était sous la garde de M. Mullins-Johnson. Les principales questions en matière de pathologie étaient le moment de la mort, la cause de la mort et la preuve d'agression sexuelle, le cas échéant.

Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas émis de jugement précis quant au moment de la mort. À son avis, la preuve pathologique ne permettait pas de déterminer un moment précis. En ce qui concerne la cause de la mort de Valin, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que celle-ci était due à une asphyxie, probablement consécutive à un étranglement. Il a mentionné au tribunal qu'il avait trouvé la preuve d'un abus sexuel récent; il avait en effet constaté, au microscope, une lacération « fraîche » dans les cellules recouvrant la région anale.

Les autres pathologistes ont corroboré, à différents niveaux, l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Toutefois, contrairement au D<sup>r</sup> Smith, aucun d'entre eux n'a décelé de blessure grave portant à croire que l'abus sexuel s'était produit au moment de la mort, ou juste avant celle-ci. Le D<sup>r</sup> Jaffe a remarqué de vieilles blessures, et le

D<sup>r</sup> Ferris était d'avis qu'une pénétration anale s'était peut-être produite de huit à 18 heures avant le décès.

Le 21 septembre 1994, un jury a reconnu M. Mullins-Johnson coupable de meurtre au premier degré. Il a été condamné à la prison à vie sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans. M. Mullins-Johnson a interjeté appel devant la Cour d'appel de l'Ontario. Le 19 décembre 1996, la Cour a rejeté l'appel. Le juge Stephen Borins était en désaccord, ce qui a donné le droit à M. Mullins-Johnson d'interjeter appel devant la Cour suprême du Canada. La Cour suprême a entendu et rejeté l'appel de M. Mullins-Johnson le 26 mai 1998.

En février 2003, James Lockyer, au nom de l'Association in Defence of the Wrongly Convicted (AIDWYC), a écrit au Bureau des avocats de la Couronne pour demander les lames microscopiques et les blocs de tissu à partir desquels les lames avaient été créées, afin de permettre au D<sup>r</sup> Bernard Knight, médecin légiste, d'examiner le dossier de Valin. À la suite de cette demande, la police a communiqué avec le D<sup>r</sup> Rasaiah en mai 2003 au sujet de ces pièces. Le D<sup>r</sup> Rasaiah a déterminé, à partir de ses dossiers, qu'il avait envoyé les lames et les blocs de l'autopsie de Valin au D<sup>r</sup> Smith en juin 1994 et que ce dernier ne les lui avait jamais retournés. En juin 2003, le D<sup>r</sup> Rasaiah a téléphoné au D<sup>r</sup> Smith à ce sujet. Le D<sup>r</sup> Smith a affirmé qu'il chercherait les pièces.

Puisque le D<sup>r</sup> Smith n'a pas retourné l'appel, le D<sup>r</sup> Rasaiah lui a téléphoné une deuxième fois en octobre 2003, lui laissant cette fois un message. Comme auparavant, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu. Deux semaines plus tard, l'avocat de la Couronne, M<sup>c</sup> Philip Downes, est intervenu. Il a écrit au D<sup>r</sup> Smith, lui signalant que l'avocat de la défense se penchait sur la condamnation de M. Mullins-Johnson et qu'il voulait avoir accès aux pièces de l'autopsie dans l'affaire Valin. Il a demandé au D<sup>r</sup> Smith de lui faire savoir s'il connaissait l'endroit où se trouvaient ces pièces, demande à laquelle le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu.

M. Downes n'a pas laissé tomber. En décembre 2003, il a parlé au téléphone avec le D<sup>r</sup> Smith. Ce dernier lui a dit que son assistant avait cherché les pièces dans les archives de l'Hospital for Sick Children mais qu'il ne les avait pas trouvées. Le D<sup>r</sup> Smith ne croyait pas être toujours en possession des lames et des blocs, mais il a dit à M. Downes qu'il continuerait de les chercher plus tard dans la semaine. M. Downes a demandé au D<sup>r</sup> Smith de confirmer par écrit sa position quant à l'endroit où se trouvaient les pièces, et celui-ci a accepté. Malgré cet accord, le D<sup>r</sup> Smith n'a jamais donné suite à cette demande, que ce soit verbalement ou par écrit.

M. Downes n'a toujours pas laissé tomber. En janvier et en mars 2004, il a écrit à deux autres reprises au D<sup>r</sup> Smith pour lui demander de confirmer par écrit sa position quant à l'endroit où se trouvaient les pièces. M. Downes a même envoyé

sa lettre de mars 2004 par courrier recommandé. En dépit des efforts de M. Downes, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas donné suite à cette demande.

Finalement, en novembre 2004, M. Downes a communiqué avec le D<sup>r</sup> McLellan, qui avait récemment été nommé coroner en chef, et demandé l'aide du BCCO pour déterminer l'endroit où se trouvaient les pièces. Le D<sup>r</sup> McLellan est rapidement intervenu pour enquêter sur la demande de M. Downes. Le 26 novembre 2004, le D<sup>r</sup> Cairns et l'agente administrative du BCCO, Dorothy Zwolakowski, se sont rendus à l'Hospital for Sick Children pour discuter de la question avec le D<sup>r</sup> Smith. Ce dernier a d'abord nié toute connaissance de l'affaire puis a affirmé catégoriquement qu'il n'était pas en possession des pièces. Il a même mentionné au D<sup>r</sup> Cairns qu'il s'était rendu en personne au bureau de poste à un moment donné au cours des années 1990 pour retourner les pièces au D<sup>r</sup> Rasaiah. Insatisfait, le D<sup>r</sup> Cairns a demandé à Maxine Johnson, adjointe administrative supérieure au HSC, de l'aider dans sa recherche des pièces. Après la rencontre, M<sup>mes</sup> Johnson et Zwolakowski ont fouillé le bureau du D<sup>r</sup> Smith et y ont découvert deux lames provenant de l'autopsie de Valin. Trois jours plus tard, soit le 29 novembre 2004, M<sup>me</sup> Johnson a trouvé 20 autres lames sur une tablette dans le bureau du D<sup>r</sup> Smith. Contrairement à ce que le docteur avait déclaré au coroner en chef adjoint, il était clair qu'il n'avait jamais retourné les pièces au D<sup>r</sup> Rasaiah.

Cette suite d'événements est troublante. Le D<sup>r</sup> Smith a reçu et ignoré demande après demande des pièces à conviction d'une affaire qu'il avait examinée et pour laquelle un homme était en prison pour meurtre au premier degré. Les pièces ont été trouvées dans son propre bureau presque 18 mois après la première demande demeurée sans réponse. Ce cas a occasionné de graves préoccupations quant à l'entreposage et à la rétention des pièces de l'autopsie, et plus important encore, au sujet de la négligence du D<sup>r</sup> Smith à répondre aux besoins du système de justice pénale.

Heureusement, les D<sup>rs</sup> McLellan et Pollanen du BCCO étaient conscients de l'urgence et de l'importance de la demande de la Couronne. Leur intervention rapide et réfléchie pour trouver la preuve nécessaire dans l'affaire Valin ont contribué à la décharge de M. Mullins-Johnson en 2007. Les événements se sont rapidement succédé après la découverte des pièces en novembre 2004. Le D<sup>r</sup> McLellan a demandé au D<sup>r</sup> Pollanen de cataloguer les quelque 20 lames qui ont été retrouvées. Ainsi, le D<sup>r</sup> Pollanen a conclu que les lames avaient clairement été mal interprétées, et qu'à la grande différence de la preuve présentée par les experts au cours du procès de M. Mullins-Johnson, l'anus et le vagin de Valin étaient essentiellement normaux. Alarmé par cette découverte, le D<sup>r</sup> Pollanen a fait part de son inquiétude au D<sup>r</sup> McLellan. Finalement, le BCCO

a décidé de fournir au D<sup>r</sup> Pollanen toutes les pièces nécessaires à la préparation d'un rapport complet.

Le 19 janvier 2005, le D<sup>r</sup> Pollanen a réalisé son premier rapport sur cette affaire. Il a conclu que la cause de la mort était incertaine et qu'il n'y avait aucune preuve de pénétration. Le D<sup>r</sup> Smith avait pris pour une blessure ce qui était en réalité un artéfact de l'autopsie lorsqu'il a affirmé au tribunal, en 1994, que Valin était morte par strangulation et qu'elle avait été agressée sexuellement.

Après qu'elle eût présenté le premier rapport du D<sup>r</sup> Pollanen à la Couronne, la direction du BCCO a conclu qu'un homme innocent se trouvait en prison. Selon le D<sup>r</sup> Cairns, le BCCO a sérieusement envisagé pour la première fois à ce stade de produire un rapport externe sur le travail du D<sup>r</sup> Smith. Par conséquent, le BCCO a aidé la Couronne dans l'affaire Valin et s'est finalement attaqué de front aux préoccupations concernant le travail du D<sup>r</sup> Smith.

À la mi-février 2005, la Couronne a demandé au BCCO les noms des médecins légistes qui pouvaient examiner l'affaire Valin. Le D<sup>r</sup> Pollanen a préparé une liste des candidats possibles qu'il considérait parmi les meilleurs médecins légistes en la matière.

En outre, en raison des préoccupations du BCCO quant à la manière dont le D<sup>r</sup> Smith a entreposé et catalogué les pièces de l'autopsie, le D<sup>r</sup> McLellan a annoncé le 31 mars 2005 que le BCCO vérifierait tous les échantillons de tissus reliés aux homicides et aux cas suspects à caractère criminel ayant été menés à l'Hospital for Sick Children depuis 1991 (la « vérification des tissus »). Le BCCO n'a pas seulement cherché à s'assurer que les lames, les blocs et les tissus pouvaient être comptabilisés, mais il voulait aussi ramener la confiance du public envers l'habileté du BCCO à maintenir le contrôle des pièces et des preuves des autopsies.

Soixante-dix dossiers entraient dans le champ d'application de la vérification. Pendant la vérification, M<sup>mes</sup> Johnson et Zwolakowski ont trouvé des objets inhabituels dans le bureau du D<sup>r</sup> Smith. Plus important, le 6 mai 2005, elles ont découvert 28 blocs de tissus de paraffine et 10 autres lames microscopiques provenant de l'affaire Valin dans le bureau du D<sup>r</sup> Smith. Peu de temps après, le D<sup>r</sup> Pollanen a examiné ces pièces et rédigé un rapport additionnel. Il a encore une fois déduit que la cause de la mort de Valin était indéterminée et a conclu que les découvertes réalisées dans les tissus anorectaux étaient des artéfacts de l'autopsie.

Le 7 juin 2005, le D<sup>r</sup> McLellan a fait deux annonces. Dans la première, il a fait part des résultats de la vérification des tissus et affirmé que les 70 dossiers avaient été identifiés et vérifiés. Le D<sup>r</sup> Smith avait été pathologiste pour 40 des 70 dossiers. À part quelques petites exceptions, les lames et les tissus ont été comptabilisés pour les 70 dossiers, y compris celui de Valin. Pour les quelques cas où les



lames microscopiques n'ont pu être localisées, les blocs de tissus ont été retrouvés, ce qui a permis de créer de nouvelles lames. Dans sa deuxième annonce, le D<sup>r</sup> McLellan a souligné que le BCCO effectuerait un examen officiel du travail du D<sup>r</sup> Smith pour les 40 dossiers retenus lors de la vérification des tissus. En résumé, le D<sup>r</sup> McLellan a mis en place un processus d'examen qui ferait face sans détour aux questions importantes sur le travail du D<sup>r</sup> Smith.

En juillet 2005, le D<sup>r</sup> McLellan a envoyé les lames et les blocs de l'affaire Valin au D<sup>r</sup> Knight, qui a terminé la rédaction de son rapport le mois suivant. Le D<sup>r</sup> Knight était d'accord avec le D<sup>r</sup> Pollanen et a conclu qu'aucun élément, dans les pièces histologiques, ne soutenait l'affliction d'une pénétration anale. Au début du mois de septembre 2005, le D<sup>r</sup> Pollanen et l'avocat du BCCO ont rencontré l'AIDWYC et le conseiller juridique du BCCO pour discuter des conclusions du D<sup>r</sup> Pollanen dans cette affaire.

Le 7 septembre 2005, soit peu de temps après la rencontre, M. Mullins-Johnson a rempli une demande de révision auprès du ministre en vertu de la Partie XXI.1 du *Code criminel*. Le procureur général de l'Ontario désirait obtenir un examen indépendant de l'opinion du D<sup>r</sup> Pollanen. Le 14 septembre 2005, le BCCO a donc sollicité l'opinion des D<sup>rs</sup> Jack Crane, Christopher Milroy et John Butt, trois sommités en médecine légale. Le 21 septembre 2005, 11 ans après sa première condamnation, M. Mullins-Johnson était libéré sous caution.

M. Lockyer a donné au D<sup>r</sup> Ferris l'occasion de réexaminer le dossier. En décembre 2005, le D<sup>r</sup> Ferris a fourni un rapport à M. Lockyer. Il a abandonné ses premières conclusions et s'est rendu compte qu'il n'existait aucune preuve permettant de déterminer la cause ou l'heure de la mort de Valin ni aucune preuve qu'elle avait été victime d'une agression sexuelle. Entre les mois de mai et de septembre 2006, les D<sup>rs</sup> Crane, Milroy et Butt ont également émis leurs rapports relativement à cette affaire. Ces experts internationaux ont découvert ce que le D<sup>r</sup> Pollanen avait lui aussi découvert : le D<sup>r</sup> Smith avait mal interprété les changements post mortem et les avait pris pour des blessures. Tous trois s'entendaient sur le fait que la cause de la mort de Valin était de nature inconnue et qu'il n'y avait aucune preuve de violences sexuelles.

En 2007, les événements liés au cas se sont succédé rapidement. Le 27 avril, le procureur général de l'Ontario a fait un appel public visant l'acquiescement de M. Mullins-Johnson. Le 17 juillet, le ministre fédéral de la Justice a accepté la demande de révision de M. Mullins-Johnson auprès du ministre et a soumis le cas à la Cour d'appel de l'Ontario. Enfin, le 19 octobre, la Cour d'appel a accueilli favorablement l'appel, a annulé la condamnation de M. Mullins-Johnson pour meurtre au premier degré et l'a acquitté.

## L'EXAMEN DU CORONER EN CHEF

En avril 2005, soit peu de temps après l'annonce de la vérification des tissus, l'AIDWYC a écrit au D<sup>r</sup> McLellan et au procureur général de l'Ontario pour demander une enquête publique complète sur le travail du D<sup>r</sup> Smith. L'AIDWYC a mentionné les préoccupations continues à l'égard du travail du D<sup>r</sup> Smith comme motif de sa demande. Durant cette période, les dossiers dans lesquels le D<sup>r</sup> Smith avait joué un rôle important, notamment les affaires Amber, Nicholas, Jenna, Tyrell, Sharon, Athena et Valin avaient fait l'objet d'une importante couverture médiatique.

Le D<sup>r</sup> McLellan croyait qu'un examen officiel s'avérait nécessaire, malgré les résultats positifs de la vérification des tissus, pour maintenir la confiance du public envers le travail du BCCO. Faisant preuve de beaucoup de courage, le D<sup>r</sup> McLellan a décidé que le BCCO procéderait à un examen externe complet du travail du D<sup>r</sup> Smith.

Dans son communiqué de presse daté du 7 juin 2005, le D<sup>r</sup> McLellan a annoncé « l'examen du coroner en chef », déclarant que le BCCO était conscient des inquiétudes soulevées par les conclusions rendues dans de nombreux dossiers où le D<sup>r</sup> Smith était le principal pathologiste ou intervenait en tant que consultant. Il a affirmé que pour maintenir la confiance du public, des pathologistes externes du BCCO effectueraient un examen officiel de tous les cas suspects à caractère criminel survenus depuis 1991 et pour lesquels le D<sup>r</sup> Smith avait effectué l'autopsie ou avait été consulté. L'objectif de l'examen était de veiller à ce que les conclusions formulées par le D<sup>r</sup> Smith soient rationnellement fondées sur les pièces accessibles.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2005, le D<sup>r</sup> McLellan a communiqué davantage de détails sur la présentation de l'examen du coroner en chef, y compris les critères que doivent appliquer les examinateurs qualifiés ainsi que les pièces assujetties à l'examen. Il a mentionné que le BCCO avait sélectionné 44 dossiers et fourni les noms des quatre pathologistes externes qui formeraient le comité d'examen. Il estimait que l'examen au complet serait terminé dans un délai d'un an.

Au fil des événements, l'examen du coroner en chef a pris une tournure légèrement différente de ce que le D<sup>r</sup> McLellan avait annoncé en juin et en novembre 2005. Un autre examinateur s'est ajouté au groupe. Au total, 45 dossiers du D<sup>r</sup> Smith ont été choisis par le BCCO; 35 de ces dossiers ont été examinés par les cinq pathologistes externes et les 10 autres par deux pathologistes de l'Ontario.

Les 45 dossiers répondaient à trois critères : il s'agissait d'homicides ou de dossiers suspects à caractère criminel, ils s'échelonnaient (à une exception près)<sup>4</sup> de

---

<sup>4</sup> L'affaire Amber ne correspondait pas à ce critère. Elle date de 1988, mais elle a été choisie aux fins d'examen puisqu'elle avait grandement attiré l'attention du public.

1991, année pendant laquelle l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) a été créée, à 2001, année durant laquelle le D<sup>r</sup> Smith a cessé d'effectuer des autopsies dans des dossiers à caractère criminel; et finalement, il s'agissait de dossiers pour lesquels le D<sup>r</sup> Smith avait fait l'autopsie ou avait été consulté.

Le BCCO a identifié les dossiers qui répondaient à ces critères à l'aide du ministère du Procureur général et de divers services policiers. Les 40 premiers dossiers désignés par le D<sup>r</sup> McLellan dans l'annonce de juin 2005 ont été évalués lors de la vérification des tissus. Ce nombre a augmenté à 43 en juillet 2005, à 44 en novembre 2005 et à 45 à la fin de l'examen du coroner en chef. Les cinq dossiers additionnels étaient ceux pour lesquels le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas effectué la première autopsie, mais pour lesquels il avait été consulté en tant qu'expert.

Le 19 avril 2007, le D<sup>r</sup> McLellan a communiqué les résultats de l'examen du coroner en chef. Il a mentionné que dans 20 des 45 dossiers, les pathologistes participant à l'examen du coroner en chef étaient en désaccord avec l'opinion que le D<sup>r</sup> Smith avait exprimée dans son rapport, dans son témoignage, ou les deux. Ces 20 dossiers constituaient la majorité des faits étudiés pendant l'enquête, et 18 d'entre eux avaient fait l'objet d'un examen particulièrement minutieux. Enfin, les pièces examinées et les résultats obtenus au cours de l'examen du coroner en chef ont permis d'établir les grandes lignes pour le travail lié à cette enquête.

## **Les paramètres d'examen**

Dans son annonce communiquée le 7 juin 2005, le D<sup>r</sup> McLellan indiquait que le format de présentation de l'examen du coroner en chef serait déterminé après consultation avec le Comité consultatif des services judiciaires, comité multidisciplinaire formé de représentants du BCCO, du Centre des sciences judiciaires (CSJ), de la Couronne, des services policiers, ainsi que d'avocats de la défense au criminel et de médecins légistes. Ce comité jouait un rôle de première importance pour déterminer le champ d'application et le processus de l'examen, de même que les pièces devant être utilisées par le comité d'examen.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2005, le D<sup>r</sup> McLellan a annoncé que les pièces devant être examinées comprendraient les rapports d'autopsie et de consultation du D<sup>r</sup> Smith, le mandat du coroner pour la demande d'autopsie, tout autre rapport d'autopsie ou de consultation provenant de l'enquête, les photographies de l'autopsie et de l'endroit de la mort, les lames microscopiques et tout autre élément pathologique, les rapports de police, les rapports du CSJ et les transcriptions des débats judiciaires.

Les pièces finalement remises aux examinateurs provenaient de trois sources : le BCCO, le ministère du Procureur général et l'Hospital for Sick Children. Bien

qu'il ait été entendu que dans tous les cas le rapport, les photographies et les transcriptions du D<sup>r</sup> Smith seraient intégrés au dossier d'examen, les autres pièces devant être intégrées à ce dossier allaient être déterminées individuellement, en fonction de chaque cas.

Dans le formulaire d'examen du rapport de l'autopsie finale, les membres du comité d'examen devaient répondre à des questions entrant dans cinq catégories. On demandait aux examinateurs experts si :

- 1 le rapport d'autopsie rédigé par le D<sup>r</sup> Smith comportait une description appropriée de l'examen externe, des blessures et de toute maladie naturelle;
- 2 la description ou l'interprétation du D<sup>r</sup> Smith des blessures communiquée dans le rapport correspondait bien aux photographies et à la preuve histologique;
- 3 le témoignage du D<sup>r</sup> Smith, le cas échéant, était pertinent et cohérent;
- 4 le témoignage du D<sup>r</sup> Smith quant à la cause de la mort, le cas échéant, était le même que celui fourni dans son rapport;
- 5 l'opinion du D<sup>r</sup> Smith sur la cause de la mort pouvait faire l'objet d'un examen indépendant et était pertinente, selon les renseignements disponibles.

Les examinateurs qualifiés avaient le choix de répondre Oui, Non, ou S.O. à chacune de ces questions. Ils avaient également la possibilité d'ajouter des commentaires.

## **Le comité d'examen**

Le Comité consultatif des services judiciaires a discuté de la sélection des examinateurs qualifiés dès les premières étapes du processus d'élaboration. Le D<sup>r</sup> Pollanen a envoyé un document au comité lors de sa première réunion, le 5 juillet 2005, dans lequel il proposait aux membres de répondre à cinq critères. Ils devaient être considérés comme des médecins légistes, par leur formation, leur expérience, leurs compétences ou par une combinaison de ces éléments; avoir effectué des autopsies sur des nourrissons et des enfants, et avoir témoigné relativement à ce genre d'autopsies; être renseignés sur le système d'enquête du coroner sur la mort; connaître les procédures et l'historique pratique du système du coroner de l'Ontario et de l'UOMLP; être réputés dans le secteur de la médecine légale en Ontario.

À l'automne 2005, un Canadien et trois experts internationaux avaient déjà été choisis : le D<sup>r</sup> John Butt de Vancouver, le D<sup>r</sup> Jack Crane d'Irlande du Nord, le D<sup>r</sup> Christopher Milroy d'Angleterre et la D<sup>re</sup> Helen Whitwell, également d'Angleterre. Au fil des discussions sur le processus d'examen, il est devenu

évident qu'un autre examinateur qualifié devait se joindre au groupe pour terminer le rapport en temps voulu. En 2006, le D<sup>r</sup> Pekka Saukko, de la Finlande, s'ajoutait à la liste.

Les cinq examinateurs répondaient à tous les critères du D<sup>r</sup> Pollanen, à l'exception du quatrième : ils ne connaissaient aucunement les procédures et l'histoire de pratique du système du coroner de l'Ontario et de l'UOMLP. Par conséquent, ces renseignements leur ont été communiqués lorsqu'ils se sont réunis à Toronto pour procéder à leurs examens. Chacun des cinq examinateurs a reçu une formation officielle ainsi qu'un certificat en médecine légale et possédait toutes les qualifications requises pour exercer sa tâche, comme le prouvent les résumés de leurs compétences, énoncées ci-après. Je suis convaincu que ces cinq pathologistes comptent parmi les meilleurs au monde. Le BCCO a été extrêmement chanceux de pouvoir obtenir leurs services.

### ***Le D<sup>r</sup> John Butt***

Le D<sup>r</sup> Butt a obtenu son diplôme de la faculté de médecine de l'Université de l'Alberta en 1960. Il a reçu une formation en pathologie au Canada et en Angleterre ainsi qu'une formation en anatomopathologie et en hématologie en 1965 alors qu'il était résident associé au Vancouver General Hospital. Il a également travaillé à l'Institute of Neurology, Queen's Square, à Londres, en Angleterre, en 1965 et 1966. De 1967 à 1971, il a travaillé aux services de pathologie clinique et d'anatomopathologie du Guy's Hospital. En 1969, le D<sup>r</sup> Butt a obtenu un diplôme en médecine légale spécialisé en pathologie de la Worshipful Society of Apothecaries of London. Il a été admis au Royal College of Pathologists en 1973 après avoir réussi un examen en anatomopathologie et en médecine légale, et en est devenu un associé en 1985.

Le D<sup>r</sup> Butt a également enseigné la médecine légale. De 1971 à 1973, il était chargé de cours au service de médecine légale de la faculté de médecine du Charing Cross Hospital, à Londres. De 1974 à 1977, il a travaillé comme professeur associé à temps plein dans le département de pathologie de la faculté de médecine de l'Université de Calgary. Pendant la même période, soit lorsqu'il était en Alberta, le D<sup>r</sup> Butt était responsable de l'organisation du service de médecine légale afin d'appuyer le système du coroner. Il a été coroner en chef de l'Alberta pendant une courte période, avant que la province ne passe à un système de médecins légistes. En 1977, le D<sup>r</sup> Butt est devenu le premier médecin légiste en chef de la province de l'Alberta et a occupé ce poste jusqu'en 1993. De 1996 à 1999, il était médecin légiste en chef de la province de la Nouvelle-Écosse. Pendant cette période, il a également occupé un poste de professeur en pathologie à la faculté de médecine de l'Université Dalhousie.

Le D<sup>r</sup> Butt a joué un rôle important au sein de la National Association of Medical Examiners, organisme des États-Unis visant l'amélioration des enquêtes sur les décès. Il a exercé les fonctions de président, de vice-président et de président et membre du conseil d'administration de cette association. En avril 2000, il a été fait membre de l'Ordre du Canada.

### ***Le D<sup>r</sup> Jack Crane***

Le D<sup>r</sup> Crane a obtenu un baccalauréat en médecine et en chirurgie de la Queen's University, à Belfast, en 1977. En 1982, il a obtenu un diplôme en médecine légale (clinique) et en 1983, un diplôme en médecine légale (pathologie) de la Worshipful Society of Apothecaries of London. Le D<sup>r</sup> Crane s'est ensuite spécialisé en pathologie judiciaire et a été admis au Royal College of Pathologists en 1984. Par la suite, en 1985, il est devenu associé de la faculté de pathologie du Royal College of Physicians of Ireland. En 1990, il était nommé pathologiste d'État de l'Irlande du Nord.

En 1993, le D<sup>r</sup> Crane est devenu professeur de médecine légale à la Queen's University, à Belfast, poste qu'il occupe toujours en 2008. Il fait également partie de plusieurs comités, étant notamment membre du conseil du Royal College of Pathologists et président du Forensic Pathology Sub-Committee (sous-comité en médecine légale), membre du Home Office Policy Delivery Board (conseil en matière de politique), membre du Forensic Pathology Council (conseil en médecine légale) et enfin, membre du Scientific Standards of Policy Advisory Board for Forensic Pathology (normes scientifiques du conseil en matière politique sur la médecine légale). Il est examinateur en médecine légale au Royal College of Pathologists et chef examinateur et responsable du diplôme en médecine légale de la Worshipful Society. Le D<sup>r</sup> Crane a également publié de nombreux ouvrages à l'échelle mondiale.

### ***Le D<sup>r</sup> Christopher Milroy***

Le D<sup>r</sup> Milroy a obtenu son baccalauréat en médecine et en chirurgie de l'Université de Liverpool en 1983. En 1990, il est devenu membre, avec sous-spécialité en histopathologie, du Royal College of Pathologists. Le D<sup>r</sup> Milroy a ensuite reçu une formation de 18 mois en médecine légale à l'Université de Sheffield. En 1991, il obtenait un diplôme en médecine légale spécialisé en pathologie de la Worshipful Society of Apothecaries of London. En 1994, le D<sup>r</sup> Milroy a obtenu un diplôme en médecine, soit l'équivalent en Amérique du Nord d'un doctorat en médecine légale, de l'Université de Liverpool. Il a été admis au Royal College of Pathologists en 1998 et a obtenu un diplôme en droit de l'Université de Londres en 2004.

Le D<sup>r</sup> Milroy a également enseigné la médecine légale et rédigé des publications à l'échelle mondiale dans ce domaine. En 2000, il a été nommé professeur de médecine légale à l'Université de Sheffield. Depuis 1991, le D<sup>r</sup> Milroy figure sur la liste de médecins légistes agréés du United Kingdom Home Office. Il est actuellement médecin légiste en chef du Service des sciences judiciaires et pathologiste consultant pour le Home Office. Il participe également à l'examen de médecins légistes potentiels pour le compte du Royal College of Pathologists et de la Worshipful Society.

### ***La D<sup>re</sup> Helen Whitwell***

La D<sup>re</sup> Whitwell a obtenu son baccalauréat en médecine et en chirurgie en 1977 de l'Université de Manchester. En 1985, elle est devenue membre du Royal College of Pathologists en histopathologie générale, et en 1990, elle a obtenu son diplôme en médecine légale spécialisé en pathologie de la Worshipful Society of Apothecaries of London. En 1996, elle est devenue associée du Royal College of Pathologists. En 2003 et en 2005 respectivement, elle est devenue associée de l'Australasian College of Biomedical Scientists et associée fondatrice de la faculté de médecine légale du Royal College of Pathologists.

La D<sup>re</sup> Whitwell a participé activement aux activités du Home Office et du Royal College of Pathologists. Dans les années 1990, elle a fait partie du Neuropathology Sub-Committee (sous-comité en neuropathologie) du Royal College of Pathologists, du Home Office Policy Advisory Board in Forensic Pathology (conseil en matière de politique sur la médecine légale du Home Office) et de son Quality Assurance and Scientific Standards Committee (comité sur l'assurance de la qualité et les normes scientifiques) et, enfin, de l'Association of Clinical Pathologists Sub-Committee on Forensic Pathology (sous-comité sur la médecine légale de l'Association of Clinical Pathologists). De 2000 à 2004, elle est demeurée membre du Home Office Policy Advisory Board. De 2001 à 2004, elle a été présidente du comité consultatif permanent en médecine légale du Royal College of Pathologists. Depuis 2000, elle fait partie du Home Office Policy Advisory Board Scientific Standards Committee (comité en matière de politique sur les normes scientifiques). La D<sup>re</sup> Whitwell est également examinatrice externe en médecine légale pour le Royal College of Pathologists et responsable déléguée du diplôme de médecine légale en sciences médicales légales offert par la Worshipful Society.

Entre 2000 et 2004, la D<sup>re</sup> Whitwell était professeure et chef du département de médecine légale de l'Université de Sheffield et est, depuis 2004, professeure honoraire à cette même université. Depuis 1988, elle fait partie de la liste des médecins légistes agréés du Home Office.

La sous-spécialité de la D<sup>re</sup> Whitwell est la neuropathologie judiciaire. Elle a été consultée à l'échelle nationale et internationale dans des dossiers liés à ce domaine de spécialisation. De 1986 à 1998, la D<sup>re</sup> Whitwell a été conseillère principale en neuropathologie pour le Queen Elizabeth Hospital, University Hospital NHS Trust à Birmingham. De 1999 à 2001, elle a participé à une importante étude sur les caractéristiques des lésions cérébrales découlant de traumatismes crâniens chez les nourrissons. Elle est examinatrice d'écrits scientifiques pour le compte de plusieurs journaux spécialisés en pathologie, en neuropathologie, en sciences judiciaires et en médecine légale. La D<sup>re</sup> Whitwell a rédigé différents chapitres dans plusieurs livres portant sur sa sous-spécialité. Elle a aussi réalisé des présentations lors de nombreuses réunions nationales et internationales. Ses écrits et ses présentations traitent des diverses questions soulevées dans les 45 dossiers faisant l'objet de l'examen du coroner en chef, telles que les traumatismes crâniens, la mort cérébrale et le syndrome du bébé secoué. En 2005, elle a révisé un manuel sur la neuropathologie et participé à sa rédaction.

### ***Le D<sup>r</sup> Pekka Saukko***

Le D<sup>r</sup> Saukko a obtenu son diplôme en médecine de l'Université de Vienne en 1975. Il est devenu médecin agréé en 1976 et a entrepris sa formation en médecine légale au département de médecine légale de l'Université d'Oulu, en Finlande. Il a été reconnu officiellement en tant que spécialiste en médecine légale par le Conseil national de la santé en Finlande en 1981 et, deux ans plus tard, il obtenait son doctorat en science médicale de l'Université d'Oulu après avoir rédigé une thèse sur la médecine légale.

En 1986, le D<sup>r</sup> Saukko a été nommé professeur auxiliaire en médecine légale à l'Université d'Oulu. De 1978 à 1989, il a exercé les fonctions de médecin-hygiéniste provincial, expert judiciaire, pour le département des Services sociaux et de la Santé du gouvernement provincial d'Oulu. Il a aussi été professeur de médecine légale à l'Université de Tampere et à l'Université de Kuopio de 1989 à 1991 avant d'être nommé, en 1992, responsable du département de médecine légale de l'Université de Turku. Le D<sup>r</sup> Saukko est membre fondateur et président actuel de l'European Council of Legal Medicine, organisme professionnel représentant la médecine légale au sein de l'Union européenne et de l'Espace économique européen. Il a publié de nombreux articles à l'échelle mondiale dans le domaine de la médecine légale et de la pathologie judiciaire pour des revues scientifiques destinées à des spécialistes, des manuels internationaux et des encyclopédies sur les sciences judiciaires. Depuis 1993, il est rédacteur en chef de l'une des principales revues légales internationales approuvées par des pairs, la *Forensic Science*



*International*, et membre du comité de rédaction de six autres revues nationales et internationales sur les sciences judiciaires. En 2004, il a rédigé en collaboration la troisième édition de *Knight's Forensic Pathology*, un des manuels les plus importants dans le domaine.

## **La participation du D<sup>r</sup> Smith à l'examen du coroner en chef**

Le Comité consultatif des services judiciaires et son sous-comité, qui sont chargés d'émettre des recommandations sur la conception d'un processus d'examen, ont envisagé de faire participer le D<sup>r</sup> Smith à l'examen, avant de décider finalement que l'examen du coroner en chef serait plus indépendant si le D<sup>r</sup> Smith n'y participait pas directement. Le 3 novembre 2005, l'avocat du D<sup>r</sup> Smith a signalé au BCCO que ce dernier désirait coopérer avec le BCCO à l'élaboration de l'examen du coroner en chef, mais qu'il comprenait la nécessité de procéder à un examen indépendant et objectif.

## **Le processus d'examen**

Le Comité consultatif des services judiciaires a décidé, à la suite de la recommandation de son sous-comité, que les dossiers devaient être répartis dans le but de pouvoir gérer les affaires en ordre de priorité. Les cas où les individus dont la liberté demeure litigieuse, y compris ceux où les individus n'étaient plus en détention mais en liberté conditionnelle ou sous caution, ont été considérés prioritaires et ont donc été examinés plus tôt au cours du processus d'examen. Les cas étaient classés dans les quatre catégories suivantes selon leur issue juridique :

- 1 individus n'étant plus en détention ni en libération conditionnelle;
- 2 individus n'étant plus en détention, mais en libération conditionnelle;
- 3 individus étant en détention, sans toutefois avoir interjeté appel ni fait de demande de révision auprès du ministre;
- 4 individus étant en détention et ayant interjeté appel ou fait une demande de révision auprès du ministre.

Le Comité consultatif des services judiciaires a décidé qu'il allait passer en priorité les affaires entrant dans les catégories deux à quatre. Le 1<sup>er</sup> novembre 2005, le D<sup>r</sup> McLellan a annoncé les dix cas prioritaires. Deux de ces dix cas, soit les affaires Valin et Kenneth, se sont retrouvés dans les 18 cas examinés en détail

par la Commission<sup>5</sup>. En avril 2006, une autre affaire, celle de Jenna, qui a également été examinée par la Commission, devait aussi faire l'objet d'un examen prioritaire.

En plus de répartir les cas selon leur issue juridique, le Comité consultatif les a classés selon les problèmes potentiels qu'ils pouvaient engendrer. Un sous-ensemble de cas a été confié aux médecins légistes de l'Ontario aux fins d'examen. Ces cas étant relativement ordinaires, les attribuer aux médecins légistes de l'Ontario aidait à terminer l'examen du coroner en chef dans les délais prescrits. Puisque les autopsies légales pédiatriques étaient, à ce moment, effectuées aux unités régionales de médecine légale de Hamilton et de London, le D<sup>r</sup> McLellan a demandé aux directeurs des unités, la D<sup>re</sup> Chitra Rao et le D<sup>r</sup> Michael Shkrum, d'être respectivement les médecins légistes de l'Ontario pour ce sous-ensemble de 10 des 45 dossiers. La D<sup>re</sup> Rao et le D<sup>r</sup> Shkrum ont tous deux une formation officielle en médecine légale.

Les 35 dossiers restants ont été attribués à des examinateurs externes.

La D<sup>re</sup> Rao a terminé l'examen de ses dossiers le 17 juillet 2006 et le D<sup>r</sup> Shkrum a terminé les siens le 31 juillet 2006. Aucune des 10 affaires évaluées par la D<sup>re</sup> Rao et le D<sup>r</sup> Shkrum n'a soulevé de préoccupations quant au travail du D<sup>r</sup> Smith pouvant justifier un examen approfondi par les examinateurs externes.

Plus tôt au cours du processus, le Comité consultatif des services judiciaires a reconnu le besoin d'aviser les familles des défunts et l'avocat relativement à toute personne accusée impliquée dans les affaires et mentionnée dans l'examen du coroner en chef. Le 19 septembre 2005, le Comité consultatif des services judiciaires a décidé que les coroners régionaux principaux devaient aviser ces personnes, de préférence en personne ou par téléphone.

À l'origine, le Comité consultatif des services judiciaires prévoyait envoyer des dossiers d'examen aux examinateurs. D'un point de vue pratique, toutefois, il devenait évident que l'envoi des pièces autour du monde ne permettrait pas l'achèvement de l'examen dans le délai d'un an établi par le D<sup>r</sup> McLellan. De plus, le Comité consultatif des services judiciaires voulait s'assurer que les pièces légales, telles que les lames microscopiques, étaient en sécurité. Il a été décidé finalement de faire venir les médecins à Toronto, en deux comités, afin d'examiner les 35 dossiers restants.

Les cinq examinateurs, les D<sup>rs</sup> Butt, Crane, Milroy, Whitwell et Saukko, se sont rendus à Toronto en décembre 2006 pour se joindre à deux comités. Chaque examinateur était chargé d'examiner sept dossiers. Lorsque les examens individuels

<sup>5</sup> Voir l'annexe 28 à la fin du volume 4 pour consulter le résumé des 20 dossiers que le Comité d'examen a jugés problématiques.

ont été terminés, chaque comité a tenu une réunion de conciliation avec le D<sup>r</sup> Pollanen afin de s'assurer que les membres du comité étaient d'accord et de mettre à leur disposition un moyen pour entendre les différentes opinions et en discuter. Le D<sup>r</sup> Pollanen n'était pas membre votant pour les cas qu'il examinait, c'est-à-dire les affaires Jenna, Valin, Paolo et Joshua.

Deux comités ont été formés. Les D<sup>rs</sup> Crane, Milroy et Whitwell faisaient partie du premier comité et se sont rencontrés à Toronto du 4 au 8 décembre 2006. Le D<sup>r</sup> Pollanen a déclaré que ces trois experts avaient souvent travaillé ensemble et demandé qu'ils fassent partie du même comité.

Le D<sup>r</sup> Pollanen a également remis aux examinateurs un document qu'il avait préparé, intitulé « Observations préliminaires sur les dossiers de Smith aux fins d'examen externe (n=35) ». Pour chacun des 35 dossiers, le D<sup>r</sup> Pollanen a présenté l'opinion du D<sup>r</sup> Smith sur la cause de la mort, de même que ses propres observations sur l'affaire. Le D<sup>r</sup> Pollanen a déclaré qu'en raison du court délai, le document était destiné à orienter les examinateurs vers les principales questions. Ses premières observations devaient servir de point de départ aux examens des experts indépendants.

Les examinateurs ont passé les trois jours suivants à examiner leurs sept dossiers. Le 8 décembre 2006, une réunion de conciliation a eu lieu au BCCO. Au cours de la rencontre, les examinateurs ont discuté de leurs découvertes dans chacun des dossiers et en sont arrivés à un accord sur la totalité des 21 cas.

Le deuxième comité s'est réuni à Toronto du 11 au 15 décembre 2006. Il était formé des D<sup>rs</sup> Butt, Saukko et Milroy. Le D<sup>r</sup> Butt et le D<sup>r</sup> Saukko étaient chargés d'examiner chacun sept dossiers. Le D<sup>r</sup> Milroy, qui faisait également partie du premier comité, ne s'est pas vu confier de dossiers supplémentaires. La réunion de conciliation du deuxième comité a eu lieu le 15 décembre 2006 et celui-ci en est arrivé à un accord sur les 14 dossiers restants.

## Résultats de l'examen

Les résultats de l'examen du coroner en chef peuvent être résumés ainsi :

- 1 Dans les 45 dossiers, à l'exception d'un de ceux-ci, les examinateurs se sont entendus sur le fait que le D<sup>r</sup> Smith avait effectué les importants examens mentionnés.
- 2 Dans neuf des 45 dossiers, les examinateurs étaient en désaccord avec des faits importants figurant soit dans le rapport du D<sup>r</sup> Smith, soit dans son témoignage.

- 3 Dans 20 des 45 dossiers, les examinateurs se sont dits en désaccord avec l'opinion du D<sup>r</sup> Smith, soit dans son rapport, soit dans son témoignage, ou les deux. Dans 12 de ces 20 dossiers, les tribunaux ont prononcé des verdicts de culpabilité<sup>6</sup>.

Les examinateurs externes ont identifié trois catégories de questions relatives au travail du D<sup>r</sup> Smith : la médecine légale, le témoignage et l'administration. Plus précisément, les examinateurs ont remarqué que le D<sup>r</sup> Smith ne semblait pas posséder de formation en médecine légale, ce qui a donné lieu à des diagnostics erronés dans un certain nombre de cas. Il avait également fourni un témoignage émotif et déséquilibré, ce qui a entraîné des conclusions inappropriées et défavorables. Enfin, il ne semblait pas reconnaître l'importance de travailler dans une atmosphère favorable à la pratique de la médecine légale ni l'importance de la continuité.

Après avoir pris connaissance des résultats, les D<sup>rs</sup> McLellan et Pollanen ont discuté de quelques-unes des limites du processus d'examen du coroner en chef. Le 8 janvier 2007, le D<sup>r</sup> Pollanen a adressé une note au D<sup>r</sup> McLellan pour lui faire part de son opinion et de ses observations. La note donnait un important aperçu du champ d'application restreint de l'examen du coroner en chef et des lacunes correspondantes. Le D<sup>r</sup> Pollanen a noté en particulier plusieurs aspects qui devaient être pris en compte dans l'évaluation des résultats de l'examen, à défaut de quoi cela pouvait donner lieu à un point de vue erroné, autant à l'égard de l'examen du coroner en chef que du travail du D<sup>r</sup> Smith en général.

Fait encore plus important, l'examen du coroner en chef est axé sur un petit nombre de dossiers du D<sup>r</sup> Smith. L'examen se limitait aux 45 cas dans lesquels le D<sup>r</sup> Smith était impliqué et qui entraient dans le système de justice pénale. En réalité, cependant, le travail du D<sup>r</sup> Smith portait majoritairement sur des cas non suspects d'un point de vue criminel. Le champ d'application étroit de l'examen du coroner en chef limitait de façon importante la signification des résultats quant au travail du D<sup>r</sup> Smith. Le comité d'examen n'a tout simplement pas tenu compte de la qualité de son travail en général.

Le D<sup>r</sup> Pollanen a signalé à juste titre plusieurs autres lacunes liées à l'approche restreinte de l'examen. Premièrement, l'utilisation de tout genre d'analyse statistique pouvait entraîner de graves erreurs. Par exemple, il était faux de dire que le « taux d'erreurs » du D<sup>r</sup> Smith était de 20 sur 45. De fait, l'examen du D<sup>r</sup> Smith a seulement montré que ce dernier avait commis des erreurs dans

<sup>6</sup> Dans une 13<sup>e</sup> affaire, le tribunal a déclaré l'accusé non responsable criminellement de la mort de l'enfant pour cause de trouble mental.

20 des 45 dossiers examinés. Ces 45 dossiers ne représentaient qu'un petit sous-ensemble de son travail au cours de la période en cause, dont certains dossiers faisaient partie des cas les plus difficiles et les plus importants que pouvait traiter un pathologiste.

En second lieu, les connaissances médicales évoluent en réalité avec le temps et la recherche. Le diagnostic avancé d'une certaine condition peut être plus tard réfuté. Plus important, le comité d'examen ne devait pas tenir compte de l'aspect raisonnable de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith et de son témoignage à la lumière de l'état des connaissances à ce moment précis. Lorsque les examinateurs ont coché non sur leur formulaire d'examen pour indiquer que l'opinion du D<sup>r</sup> Smith sur la cause de la mort n'était pas raisonnable selon les preuves disponibles, ils ont appliqué leurs connaissances de 2006 à une opinion du D<sup>r</sup> Smith datant des années 1990. D'importantes percées dans le domaine médical, spécialement en relation avec les traumatismes crâniens chez l'enfant, avaient été faites depuis. Ce qui était raisonnable dans les années 1990 ne l'est peut-être plus dix ans plus tard. Par conséquent, le D<sup>r</sup> Pollanen a mentionné à juste titre que *tout* examen des cas de traumatisme crânien chez l'enfant pouvait recenser des cas problématiques. Les problèmes relevés dans certains cas ne sont donc peut-être pas liés tant aux compétences du D<sup>r</sup> Smith qu'à l'évolution des connaissances sur le sujet.

Troisièmement, l'examen du coroner en chef ne tenait pas compte de l'efficacité de la surveillance du travail du D<sup>r</sup> Smith ni de l'influence que le système d'enquête sur la mort ou le système de justice pénale avaient sur le D<sup>r</sup> Smith. L'examen n'était pas conçu pour évaluer les processus d'assurance de la qualité existants du BCCO à ce moment. Pour cette raison, les résultats ne donnaient aucune information sur ces processus.

En dernier lieu, l'examen du coroner en chef ne tenait pas compte du rôle du coroner ou des autres membres de l'équipe d'enquête sur la mort dans ces 45 dossiers. En réalité, le pathologiste est seulement un membre de l'équipe d'enquête sur la mort et il compte grandement sur le travail des autres membres. L'examen du coroner en chef n'a pas tenu compte du rôle de ces membres ni du degré de compétence avec laquelle ils ont accompli leurs tâches. Par exemple, des renseignements inadéquats fournis par le coroner avant une autopsie peuvent en fausser les résultats. Si cette lacune s'est présentée dans un des 45 cas, quel qu'il soit, l'examen du coroner en chef n'en a pas tenu compte. Toute déclaration selon laquelle les erreurs commises dans les 20 dossiers dépendaient seulement du D<sup>r</sup> Smith serait alors fausse.

Les résultats fondamentaux de l'examen ont néanmoins démontré que cinq experts de renommée mondiale étaient en sérieux désaccord avec le travail du D<sup>r</sup> Smith dans 20 de ses dossiers. Bien que ceux-ci aient fait partie des cas les plus

difficiles, ils faisaient également partie de ses affaires les plus importantes puisqu'il s'agissait de cas mettant en cause des individus faisant face à des accusations criminelles graves et où le système de justice pénale comptait, la plupart du temps, sur ses compétences professionnelles.

# 3

---

## Création de la Commission

Le 19 avril 2007, le D<sup>r</sup> Barry McLellan, coroner en chef de l'Ontario, a annoncé les résultats de l'examen du coroner en chef. Le public a appris que cinq éminents médecins légistes, jouissant tous d'une réputation internationale irréprochable, avaient conclu que, dans un certain nombre de cas de mort suspecte d'enfants pour lesquels le D<sup>r</sup> Charles Smith avait pratiqué une autopsie ou avait été consulté, les conclusions de ce dernier n'étaient pas suffisamment étayées par les éléments disponibles. Dans 20 des cas examinés, ils se sont dits en désaccord avec l'avis qu'avait formulé le D<sup>r</sup> Smith dans son rapport ou dans son témoignage, ou les deux. Il est encore plus troublant de constater que 12 des 20 cas avaient fait l'objet de verdicts de culpabilité, dont bon nombre relativement à des accusations très graves.

Les résultats de l'examen ont constitué le dernier et le plus important coup porté à la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale et du rôle central qu'elle doit occuper dans les instances criminelles relatives à la mort d'enfants. Six jours plus tard, par voie de décret signé le 25 avril 2007, la province de l'Ontario a créé la présente Commission.

La Commission doit procéder à un examen et à une évaluation systémiques de la façon dont a été pratiquée et surveillée la médecine pédiatrique légale en Ontario, en ce qui a trait particulièrement au système de justice pénale, de 1981 à 2001, la période durant laquelle le D<sup>r</sup> Smith a été impliqué. Elle doit également tenir compte de tout changement survenu depuis 2001. L'examen a pour objet d'établir les fondements qui permettront à la Commission de formuler des recommandations visant à rétablir et à rehausser la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale en Ontario et de son utilisation future dans les enquêtes et les instances criminelles.

Le cadre de référence de la Commission prévoit ce qui suit :

4. La commission procédera à un examen et à une évaluation systématiques et fera rapport sur ce qui suit :
  - a. les politiques, les méthodes, les pratiques, les mécanismes de responsabilisation et de surveillance, les mesures de contrôle de la qualité et les aspects institutionnels de la médecine légale pédiatrique en Ontario de 1981 à 2001 en ce qui concerne son exercice et son rôle dans les enquêtes et dans les instances criminelles;
  - b. les dispositions législatives et réglementaires qui portaient sur l'exercice de la médecine légale pédiatrique en Ontario entre 1981 et 2001 ou qui avaient une incidence sur cet exercice;
  - c. toute modification postérieure à 2001 des éléments visés aux alinéas précédents;
 en vue de faire des recommandations visant à rétablir et à rehausser la confiance du public envers la médecine légale pédiatrique en Ontario et son rôle futur dans les enquêtes et dans les instances criminelles.
5. Dans le cadre de son mandat, la commission ne doit pas faire rapport sur des affaires particulières qui font, ont fait ou peuvent faire l'objet d'une enquête ou instance criminelle.
6. La commission s'acquittera de ses fonctions sans formuler de conclusions ou de recommandations quant aux questions de discipline professionnelle mettant en cause une personne ou quant à la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou de tout organisme.

Les enquêtes publiques, de par leur nature, se préoccupent de la façon dont les systèmes ont fonctionné ou, plus souvent, n'ont pas fonctionné dans des circonstances particulières. Sans cet aspect systémique, la majorité des enquêtes publiques pourraient être remplacées par un procès civil ou criminel. L'attention que l'on prête aux échecs et aux solutions systémiques est ce qui différencie une enquête publique d'un procès.

Le décret m'enjoint expressément de procéder à un examen systémique. Est-ce que cela rend ma tâche différente, de quelque façon que ce soit, de celle qui incombe à une enquête publique normale?

La réponse est « oui », bien qu'en bout de ligne, la différence puisse n'être qu'une simple question d'insistance et d'attention. Contrairement à ce qui arrive dans bon nombre d'enquêtes publiques, on ne m'a pas demandé de retourner chaque pierre afin de découvrir tous les éléments d'une tragédie précise. Je n'examinerai pas chaque détail de chaque cas ayant fait l'objet de l'examen du coroner en chef en vue de déterminer ce qui est arrivé et pourquoi c'est arrivé. On ne m'a pas demandé de déterminer ce qui a vraiment entraîné la mort d'un enfant, si la



médecine légale a eu une incidence sur la façon dont la police a enquêté sur les circonstances de la mort suspecte d'un enfant ou si le travail du D<sup>r</sup> Smith a déterminé la façon dont une décision a été rendue dans un cas précis.

Toutefois, on m'a demandé d'évaluer la pratique de la médecine pédiatrique légale en Ontario et de présenter un rapport sur celle-ci. Il me serait impossible de le faire sans établir certains faits concernant la pratique dans des cas précis. Ce disant, je n'oublie pas les limites qu'impose le décret. Je n'ai pas pour mandat de présenter un rapport sur toute cause faisant ou pouvant faire l'objet d'une enquête ou d'une instance criminelle. L'ensemble des 20 cas relevés dans le cadre de l'examen du coroner en chef tombe dans cette catégorie. Ces derniers ont fait l'objet d'une enquête ou d'une instance criminelle. En fait, dans 12 de ces cas, des condamnations au criminel ou des verdicts de culpabilité ont été prononcés.

Afin de remplir mon mandat, le décret m'oriente vers ces cas. Sans les faits, je ne peux pas examiner la pratique de la médecine pédiatrique légale en Ontario dans les années 1980 et 1990 et encore moins formuler des recommandations cohérentes qui s'appuient sur des critères solides en ce qui a trait à la façon de l'améliorer au cours des prochaines décennies. D'ailleurs, le D<sup>r</sup> Smith reconnaît qu'afin de remplir mon mandat, je dois examiner et commenter son travail se rapportant aux 20 cas susmentionnés et de façon générale.

De plus, les conclusions sur les pratiques du D<sup>r</sup> Smith et celles des autres médecins légistes, comme le révèlent ces cas, se rapportent directement aux questions de responsabilité, de supervision et de contrôle de la qualité. Il est impossible d'évaluer l'efficacité des mécanismes de supervision en place à cette période sans tout d'abord déterminer si des pratiques relatives à ces cas auraient dû faire l'objet d'un examen plus rigoureux. Il serait injuste de conclure qu'un mécanisme de supervision a vraiment entraîné la perte de confiance du public, sauf dans le cas où des pratiques douteuses auraient dû être relevées et corrigées. Pour pouvoir recommander un changement systémique ou organisationnel important, je dois conclure qu'il y a de bonnes raisons de le faire en fonction de ce qui est arrivé et de la raison pour laquelle c'est arrivé.

Je suis en outre persuadé qu'il faut interpréter le mandat de procéder à un examen systémique d'une manière qui tient compte de l'objectif visé. À l'instar de bon nombre d'enquêtes publiques, celle-ci a été instituée à la suite de la perte de la confiance de la population à l'égard d'un service public essentiel. Le public a été choqué par les résultats de l'examen du coroner en chef, à juste titre. Dans bon nombre des 20 cas, les parents ou les soignants ont été accusés d'infractions criminelles qui entraînent une stigmatisation sociale importante. Certains de ces accusés ont été reconnus coupables et incarcérés. Dans certains cas, des parents ont perdu la garde des frères et sœurs de l'enfant décédé. Dans l'affaire Valin, la

Cour d'appel de l'Ontario a déterminé qu'une erreur judiciaire avait été commise. Un examen des pratiques données en exemple dans ces cas est essentiel pour que l'examen systémique contribue à atteindre l'objectif visé par le décret – soit d'établir les fondements permettant de formuler des recommandations afin de rétablir la confiance du public qui a été perdue à la suite des événements reliés à ces cas.

Par conséquent, l'objectif déterminant de l'enquête est de rétablir la confiance du public à l'égard de la pratique de la médecine pédiatrique légale en Ontario et des systèmes de supervision nécessaires au soutien de celle-ci. La Commission doit se pencher sur les questions légitimes se rapportant à ce qui a mal tourné concernant la pratique et la supervision de la médecine pédiatrique légale de sorte qu'elle puisse atteindre cet objectif et garantir, autant que possible, que cette situation ne se répète pas.

Il convient de répéter qu'en raison de notre démarche systémique, la Commission n'a enquêté de façon exhaustive sur aucun des 20 cas. L'avocate de la Commission a présenté des preuves uniquement en ce qui a trait aux aspects de ces cas qui se rapportent à mon mandat de procéder à un examen systémique de la pratique de la médecine pédiatrique légale et de sa supervision à l'époque où pratiquait le D<sup>r</sup> Smith. En fait, dans un cas faisant actuellement l'objet d'une enquête policière, j'ai limité mon examen à une seule question précise. Je n'ai tout simplement pas procédé à un examen complet des cas. Je n'ai pas non plus tenté de déterminer, par exemple, si, dans l'un ou l'autre des cas, une personne en particulier aurait dû être accusée ou déclarée coupable d'infraction criminelle ou si elle a été accusée ou déclarée coupable à tort, si des instances portant sur la protection de l'enfance auraient dû être instituées ou si une erreur judiciaire avait été commise. Je formule des conclusions relativement à quelques-uns des 20 cas afin d'illustrer pourquoi et comment le système a échoué dans ces circonstances particulières. Toutefois, en raison de la nature systémique de l'enquête et de la façon dont nous avons procédé, je ne suis pas en position de présenter un rapport sur l'un ou l'autre des 20 cas et je ne l'ai pas fait.

En droit, je ne peux conclure qu'une personne est coupable du non-respect d'une norme juridique qui entraînerait une responsabilité civile ou criminelle ou une mesure disciplinaire sur le plan professionnel. Il revient aux tribunaux de tirer des conclusions quant à la responsabilité civile ou criminelle et aux organismes de réglementation des professions de faire de même pour les questions de sanction disciplinaire professionnelle. J'ai par conséquent évité d'utiliser un langage qui pourrait donner l'impression, à tort, que j'ai tiré de telles conclusions. Cependant, tout au long du rapport, j'emploie à l'occasion des termes tels que « faute », « responsable », « échec », « inexact » et « manque de professionnalisme », qui pourraient être perçus comme ayant une connotation juridique. L'utilisation de ces

termes ne vise pas à tirer des conclusions de droit ou à leur donner le même sens que s'ils étaient employés dans un contexte disciplinaire ou dans une instance civile ou criminelle. Les lecteurs devraient attribuer à ces mots leur sens usuel et non juridique. Par exemple, par « professionnalisme », je n'entends rien de plus que les qualités que le public s'attend généralement à voir chez un professionnel.

Il convient peut-être d'émettre un autre commentaire sur la disposition de mon mandat qui me demande de procéder sans formuler de conclusions ni de recommandations concernant les affaires de discipline professionnelle. Bien que nous n'ayons pas relevé cette disposition dans notre étude du cadre de référence d'autres commissions, je l'ai interprétée en me fondant sur les principes bien connus relatifs au pouvoir d'une commission d'enquête publique, décrits par la Cour suprême du Canada, particulièrement dans la cause citée ci-après. La disposition ne m'empêche pas de conclure à l'existence d'une faute si les faits le démontrent. S'il en était autrement, mon mandat aurait été impossible à remplir.

Le pouvoir qu'a un commissaire de conclure à une faute est décrit clairement dans la *Loi sur les enquêtes publiques*, L.R.O. 1990, chap. P.41. Il a en outre été décrit par le juge Peter Cory dans l'affaire *Canada (procureur général) c. Canada (Commission d'enquête sur le système d'approvisionnement en sang au Canada)*, [1997] 3 R.C.S. 440, par. 40 :

À mon avis toutefois, le pouvoir des commissaires de conclure à l'existence d'une faute doit comprendre non seulement la constatation des faits, mais aussi leur évaluation et leur interprétation. Cela signifie que les commissaires doivent être en mesure d'apprécier la déposition des témoins qui se présentent devant eux et de juger de leur crédibilité. Ce pouvoir découle du libellé de l'art. 13 de la Loi, qui renvoie au pouvoir du commissaire d'imputer une « faute » (« misconduct » dans le texte anglais). Selon le *Concise Oxford Dictionary* (8<sup>e</sup> éd. 1990), le terme « misconduct » est une [TRADUCTION] « mauvaise » conduite ou une [TRADUCTION] « gestion irrégulière ». Sans le pouvoir d'évaluer et d'apprécier les dépositions, le commissaire se trouverait dans l'impossibilité de déterminer si la conduite était « mauvaise » par opposition à « bonne », ou encore s'il s'agissait d'une « gestion irrégulière » par opposition à une « saine gestion ». Le pouvoir de procéder à ces évaluations des faits établis au cours d'une enquête doit nécessairement être compris implicitement dans le pouvoir d'imputer une faute prévu à l'art. 13 [l'équivalent de l'art. 5 dans la loi ontarienne]. De plus, il serait absurde que le gouvernement nomme un commissaire, qui acquiert forcément une connaissance approfondie de tous les aspects des événements visés par l'enquête, et l'empêche ensuite de faire appel à cette connaissance pour procéder à des évaluations éclairées de la preuve produite.

Ainsi, l'utilisation de termes tels que « mauvaise conduite », lorsqu'ils se rapportent à un professionnel comme un médecin, ne se veut pas une conclusion concernant une affaire disciplinaire. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait non seulement que je détermine les faits qui constituent une mauvaise conduite, mais aussi que j'aille plus loin en concluant que cette mauvaise conduite constitue une affaire de discipline professionnelle. Je ne l'ai pas fait et on ne devrait pas interpréter mon rapport en ce sens.

Enfin, j'ai aussi gardé à l'esprit la différence entre une enquête et un procès civil ou criminel au moment de déterminer les faits servant à la préparation de mon rapport. Il est évident que l'examen systématique que prévoit mon mandat exige que j'établisse les faits relatifs aux événements survenus au cours des années visées par cet examen. J'ai fait attention d'éviter de rapporter ces faits dans un langage qui constituerait ou qui suggérerait des conclusions de responsabilité civile ou criminelle. J'ai eu la chance de constater que, dans bon nombre de cas, les faits n'étaient pas contestés.

Lorsqu'il y avait des preuves contradictoires, j'ai tiré des conclusions de fait seulement si ces preuves rendaient les conclusions plus vraisemblables. En fait, dans les cas où les conclusions auraient pu avoir des répercussions importantes sur la réputation d'une personne, j'ai exigé une preuve claire, pertinente et convaincante.

Les procédures et les processus sur lesquels la Commission s'est fondée sont décrits en détail dans le volume 4. À cette étape-ci, une brève description suffira.

Immédiatement après la création de la Commission, j'ai nommé Linda Rothstein à titre d'avocate de la Commission, Mark Sandler à titre d'avocat spécialisé en droit criminel, ainsi que Robert Centa et Jennifer McAleer à titre d'avocats adjoints de la Commission. J'ai demandé au professeur Kent Roach d'occuper la fonction de directeur de recherche de la Commission, assisté du professeur Lorne Sossin. L'avocate de la Commission a rapidement mis sur pied un groupe peu nombreux mais très talentueux de jeunes avocats et d'employés administratifs. Cette équipe m'a apporté une aide inestimable tout au long de l'enquête. Elle a été fantastique.

La Commission a entrepris ses travaux en établissant les Règles régissant la qualité pour agir et le versement de fonds et en organisant son programme de recherche.

Le professeur Roach a dressé une liste d'universitaires hautement compétents dont les recherches indépendantes ont beaucoup aidé la Commission et constitueront un ajout important à l'ensemble des connaissances se rapportant à la médecine légale et à des sujets connexes.

L'équipe juridique a réuni et organisé une grande quantité de documents et de

renseignements pertinents. Une base de données électronique facile à consulter a été créée. La qualité pour agir a été accordée au Bureau du coroner en chef de l'Ontario, à Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, à l'Hospital for Sick Children, à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, à deux groupes de personnes touchées, à cinq organismes engagés de diverses façons dans le système de justice pénale et, bien entendu, au D<sup>r</sup> Smith. La qualité pour agir d'une personne a été limitée. Du financement a également été accordé à un certain nombre de parties.

À partir de juin 2007, j'ai eu des rencontres privées avec un certain nombre de personnes et de familles touchées par la pratique et la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario. Même si ces rencontres ne faisaient pas partie du processus d'établissement des faits de la Commission, les commentaires que j'ai reçus m'ont aidé à ancrer les travaux de la Commission dans l'expérience humaine réelle. De plus, la Commission a été en mesure d'offrir des services de consultation aux personnes qui en ont exprimé le désir en vue de les aider à aller de l'avant dans la vie.

Afin de mieux comprendre les erreurs médicolégales précises qui ont été commises dans les cas examinés, la Commission a invité les cinq médecins légistes experts ayant procédé à l'examen du coroner en chef, soit le D<sup>r</sup> John Butt, le D<sup>r</sup> Jack Crane, le D<sup>r</sup> Christopher Milroy, le D<sup>r</sup> Pekka Saukko et la D<sup>re</sup> Helen Whitwell, à revenir à Toronto afin de produire des rapports plus détaillés sur les cas qui leur ont été assignés. Les examinateurs experts ont accepté de bonne grâce et leurs rapports médicolégaux approfondis ont été essentiels aux travaux de la Commission.

Après avoir rendu des décisions relativement à un certain nombre de requêtes concernant des directives et des interdictions de publication, la Commission a commencé à tenir ses audiences publiques au début de novembre 2007. Grâce à la collaboration et au travail acharné de tous, la Commission a été en mesure de siéger durant de longues heures et des semaines complètes, ce qui lui a permis de terminer l'établissement des faits au début de février 2008. Elle a alors tenu une série de tables rondes intensives en matière de politiques sur une période de trois semaines en février. Des experts de partout dans le monde et provenant de diverses disciplines ont donné leur avis sur des sujets allant de l'organisation de la médecine pédiatrique légale à la communication efficace des preuves scientifiques d'experts au sein du système de justice. Les tables rondes, qui étaient entièrement centrées sur les aspects politiques de mon mandat, ont été très utiles au moment de déterminer quelles recommandations formuler et pourquoi.

Les deux dernières journées réservées à ces tables rondes se sont tenues à Thunder Bay. Ces deux séances, avec les visites que j'ai effectuées dans deux

collectivités des Premières nations du Nord de l'Ontario en octobre 2007, ont aidé la Commission à relever le défi de rendre la médecine pédiatrique légale accessible aux collectivités éloignées en général et aux collectivités autochtones en particulier.

La partie publique des travaux de la Commission s'est conclue par la réception d'observations écrites, puis deux jours d'observations orales les 31 mars et 1<sup>er</sup> avril 2008. Ces deux jours ont été très utiles au moment de passer à l'étape finale de mon mandat : la rédaction du présent rapport.

Avant de passer à mon évaluation détaillée de l'exercice et de la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001, je crois qu'il convient de mettre le tout en contexte. Le prochain chapitre, le chapitre 4, décrit en termes généraux la façon dont une enquête sur la mort suspecte d'un enfant se déroule et les rôles des divers participants, notamment le médecin légiste. Le chapitre 5 décrit le contexte législatif dans lequel ce type d'enquête est mené, alors que le chapitre 6 présente une vue d'ensemble de la science médicolégale.

## 4

---

# Enquête sur les morts suspectes d'enfants

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

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

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

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

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

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

## **ENQUÊTE HYPOTHÉTIQUE SUR UNE MORT : TORONTO, 1997**

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

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

### **L'enquête policière préliminaire**

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

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



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

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

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

## **Le rôle initial du coroner**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5

# Contexte législatif

Lorsqu'un citoyen meurt subitement, il importe que la société comprenne pourquoi et tire profit de l'expérience. De cette façon, des morts semblables peuvent à l'avenir être évitées. La volonté de comprendre de telles morts est une manifestation de la valeur que la société accorde à la vie et à la dignité humaine. À cette fin, l'Ontario a créé un système indépendant d'enquête, financé par les pouvoirs publics, dans le but d'enquêter sur les morts prématurées et suspectes dans la province et d'en faire rapport. En outre, lorsqu'on soupçonne que la mort est d'origine criminelle, le rôle du système d'enquête en cette matière est souvent indispensable au système de justice pénale.

La loi qui a créé le système actuel est la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37. La présente *Loi sur les coroners*, qui est en vigueur depuis le 31 décembre 1991, repose en grande partie sur la *Loi sur les coroners* de 1972, L.O. 1972, chap. 98. Même si le cadre législatif actuel de l'Ontario est en vigueur depuis 36 ans seulement, le concept de coroner est apparu en Angleterre avant le XII<sup>e</sup> siècle. Le D<sup>r</sup> Randy Hanzlick, pathologiste judiciaire et médecin légiste en chef de Fulton County, en Géorgie, a constaté ce qui suit dans une étude de recherche préparée pour la Commission :

Même si le concept du « coroner » semble avoir existé avant le XII<sup>e</sup> siècle, le rôle du coroner a été officialisé dans *The Articles of Eyre* promulgués sous le règne de Richard Cœur de Lion par Hubert Walter en 1194. Selon ces articles, des chevaliers désignés et un greffier se rendaient sur les lieux pour enquêter sur les circonstances de la mort et protéger les intérêts de la Couronne. Ces personnes étaient connues sous le nom de *custos placitorum coronæ* (les gardiens des plaidoyers de la Couronne) et ont été plus tard connus sous le nom de « crowners » ou « coroners »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> HANZLICK, Randy, « Options for Modernizing the Ontario Coroner System », *Controversies in Pediatric Forensic Pathology*, vol. 1 de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, Études de recherche indépendantes, ministère du Procureur général, Toronto, 2008, p. 274.



Le premier bureau du coroner a été mis sur pied dans ce qui est devenu l'Ontario avant 1780. Le premier renvoi législatif aux coroners a été trouvé dans une loi de 1833 régissant la procédure pénale dans la province du Haut-Canada. À cette époque, le coroner assumait un rôle analogue à l'enquête préliminaire contemporaine.

Comme je l'ai expliqué dans le chapitre 4, Enquête sur les morts suspectes d'enfants, aujourd'hui, le coroner enquête sur la mort des citoyens vulnérables et de ceux qui meurent dans des circonstances suspectes. Il procède, au besoin, à des enquêtes pour répondre à cinq questions fondamentales : qui est mort, comment, où, quand et dans quelles circonstances est-il mort. En répondant à ces questions et en recommandant des moyens d'améliorer la sécurité publique et de prévenir des morts semblables dans le futur, le système des coroners est au service de la population. Bien que les coroners ne procèdent plus aux enquêtes préliminaires précédant le dépôt des accusations au criminel, le système d'enquête sur les morts, et particulièrement son élément de médecine légale, continuent de jouer un rôle essentiel dans le système de justice pénale.

La *Loi sur les coroners* crée les postes administratifs clés du système des coroners, prévoit le mandat et les pouvoirs des coroners, définit les cas sur lesquels ils doivent enquêter et dans quels buts et détermine les circonstances dans lesquelles ils doivent mener une enquête, ainsi que les facteurs à prendre en considération lorsqu'ils déterminent s'ils doivent effectuer une enquête discrétionnaire.

## **POSTES CRÉÉS PAR LA *LOI SUR LES CORONERS***

La *Loi sur les coroners* crée les postes statutaires qui suivent, tous nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil : le coroner en chef de l'Ontario, les coroners en chef adjoints de l'Ontario, les coroners régionaux et le coroner local.

Le coroner en chef de l'Ontario est nommé en vertu du paragraphe 4 (1) de la *Loi sur les coroners*. La *Loi sur les coroners* attribue six fonctions au coroner en chef :

- 1 administrer la *Loi sur les coroners* et ses règlements;
- 2 superviser, diriger et contrôler tous les coroners de l'Ontario dans l'exercice de leurs fonctions;
- 3 diriger des programmes de formation continue des coroners;
- 4 porter les conclusions et les recommandations des jurys aux enquêtes des coroners à l'attention des personnes, des organismes et des ministères du gouvernement appropriés;

- 5 rédiger, publier et distribuer un code de déontologie pour servir de guide aux coroners;
- 6 exercer les autres fonctions qui lui sont assignées par la Loi ou une autre loi ou en vertu de celles-ci, par les règlements ou par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Le coroner en chef relève du commissaire à la sécurité communautaire au sein du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Bien que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) doive être indépendant du gouvernement lorsqu'il prend des décisions de fond, il est responsable de sa gestion financière et de ses politiques devant le gouvernement.

Le coroner en chef est appuyé par deux coroners en chef adjoints nommés en vertu du paragraphe 4 (2) de la *Loi sur les coroners*. Les coroners en chef adjoints peuvent agir au nom du coroner en chef et bénéficient de tous ses pouvoirs et de son autorité en son absence. Actuellement, l'un des coroners en chef adjoints fournit des conseils et une orientation stratégique aux coroners régionaux en ce qui concerne les enquêtes, alors que l'autre est responsable de ces dernières.

Les coroners régionaux sont nommés en vertu du paragraphe 5 (1) de la *Loi sur les coroners*. Ils assistent le coroner en chef dans l'exercice de ses fonctions dans leurs régions et remplissent d'autres fonctions. Ils peuvent communiquer directement avec les coroners enquêteurs dans des cas complexes ou délicats.

Les coroners locaux sont nommés en vertu du paragraphe 3 (1) de la *Loi sur les coroners*. En Ontario, contrairement à d'autres territoires de compétence, les coroners enquêteurs doivent obligatoirement être des médecins dûment autorisés qui sont membres en règle de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO). Contrairement au coroner en chef, aux coroners en chef adjoints et aux coroners régionaux, les coroners enquêteurs locaux n'occupent pas leur poste à temps plein. Il y a environ 329 coroners en Ontario, qui travaillent tous selon la rémunération à l'acte.

Jusqu'en 1998, le Conseil des coroners entendait les principales plaintes concernant le travail des coroners. Le Conseil a été dissous le 18 décembre 1998, lorsque les articles 6 et 7 de la *Loi sur les coroners* ont été révoqués dans le cadre du processus de réduction des formalités administratives de la province. Aucun processus officiel de plainte n'a été mis en place.

## FONCTIONS ET POUVOIRS DES CORONERS

Les alinéas 10 (1) (a) et (d) de la *Loi sur les coroners* exigent qu'une personne avise immédiatement un coroner ou un agent de police qui avisera un coroner, si elle a des raisons de croire que quelqu'un est mort dans les circonstances énumérées

dans cette loi. Ces circonstances comprennent la violence, les accidents, les actes de négligence, ainsi que les fautes intentionnelles et professionnelles de même que les morts subites et inattendues. Lorsqu'un coroner a des raisons de croire qu'une personne est morte dans ces circonstances, le paragraphe 18 (2) exige qu'il mène une enquête sur cette mort afin de répondre aux cinq questions susmentionnées.

La *Loi sur les coroners* octroie aux coroners un certain nombre de pouvoirs pour les aider à mener leurs enquêtes. Quatre des plus importants pouvoirs sont celui de saisir et de vérifier l'information, celui d'ordonner une autopsie, celui d'obtenir l'aide supplémentaire d'un expert et celui d'émettre un mandat afin d'effectuer une enquête.

À la première étape de l'enquête, l'article 15 de la *Loi sur les coroners* exige que le coroner émette un mandat dans le but de prendre possession du corps. L'article 16 lui donne le pouvoir de voir et (ou) de prendre possession du corps, d'inspecter tout endroit où se trouve le corps ou celui où il se trouvait, d'inspecter tout endroit où la personne se trouvait avant de mourir et d'inspecter et de s'emparer de tout objet pouvant être utile à l'enquête. La *Loi sur les coroners* permet au coroner de déléguer ces pouvoirs à un autre médecin légalement compétent ou à un agent de police.

Dans de nombreux cas, le coroner ne peut pas répondre aux questions qu'il doit résoudre en vertu de la *Loi sur les coroners* sans qu'il y ait une autopsie pour déterminer la cause de la mort. Le paragraphe 28 (1) de la *Loi sur les coroners* permet au coroner d'émettre un mandat requérant une autopsie du corps ou tout autre examen ou analyse. Le paragraphe 28 (2) de la *Loi sur les coroners* exige que la personne effectuant l'autopsie rende compte immédiatement par écrit de ses conclusions au coroner ayant émis le mandat ainsi qu'au procureur de la Couronne, au coroner régional et au coroner en chef.

La loi n'exige pas qu'un médecin, encore moins un pathologiste, effectue l'autopsie, même si, en pratique, c'est toujours le cas aujourd'hui en Ontario. En effet, de nos jours l'autopsie est toujours pratiquée par un pathologiste accrédité. Dans la plupart des cas, ce pathologiste n'est pas en plus accrédité comme médecin légiste. Même si l'on soupçonne que le cas est de nature criminelle ou qu'il s'agit d'un homicide, la *Loi sur les coroners* ne précise pas les compétences de la personne effectuant l'autopsie. La *Loi sur les coroners* n'établit aucune responsabilité en ce qui concerne les personnes pratiquant l'autopsie et ne les oblige pas à fournir un rapport d'autopsie objectif, indépendant et pouvant faire l'objet d'un examen.

Le paragraphe 15 (4) de la *Loi sur les coroners* précise que, sous réserve de l'approbation du coroner en chef, un coroner peut obtenir de l'aide ou retenir les services d'un expert, ce qui, en pratique, comprend les pathologistes et les

spécialistes de laboratoire, pour la totalité ou une partie de l'enquête. Dans la plupart des cas, à la fin de l'enquête, le coroner décidera soit de mener une autre enquête pour connaître les circonstances de la mort, soit d'attester qu'aucune enquête n'est nécessaire. Cependant, la *Loi sur les coroners* exige qu'une enquête soit obligatoirement menée dans certaines circonstances, telles que les morts survenues en détention.

Lorsqu'aucune enquête n'est obligatoire, le coroner peut, à sa discrétion, émettre un mandat ordonnant une enquête. En prenant cette décision, le coroner doit se demander si cela pourrait servir l'intérêt public. Il doit plus particulièrement déterminer si la première enquête a déjà répondu aux cinq questions au sujet de la mort, s'il est souhaitable que le public soit bien informé des circonstances de la mort au moyen d'une autre enquête et s'il est probable que le jury d'une enquête fasse des recommandations utiles en vue d'éviter des morts semblables dans le futur.

Lorsque le coroner soupçonne que la mort est d'origine criminelle, il ne procédera à aucune enquête tant que les instances criminelles ne sont pas terminées.

## **LE TRAVAIL DU BUREAU DU CORONER EN CHEF DE L'ONTARIO**

Plus de 80 000 morts surviennent chaque année en Ontario. Le BCCO enquête sur environ 20 000 d'entre elles et en fait rapport. Les pathologistes pratiquent des autopsies en vertu de mandats des coroners dans environ 7 000 cas ou plus du tiers des morts faisant l'objet d'une enquête officielle. Chaque année, les coroners estiment que quelque 200 à 250 morts sont suspects ou sont des homicides (au sens des politiques du BCCO et non du *Code criminel*, L.R.C. 1985, chap. C-46).

Le BCCO enquête chaque année sur la mort d'environ 250 enfants âgés de cinq ans et moins. La grande majorité de ces morts sont attribuables à des causes naturelles. Environ 35 à 40 de ces morts seront classées comme ayant une cause indéterminée. De 5 à 15 d'entre elles seront classées comme des homicides ou des morts suspects. Comme chez les adultes, la mort d'un enfant qui semblait être suspecte peut, au fil de l'enquête, se révéler ne pas l'être. L'inverse est également possible. Un cas qui ne soulevait, dans un premier temps, aucune interrogation peut paraître suspect après la découverte de nouveaux éléments pendant l'enquête sur cette mort.

Une autopsie a lieu dans la plupart des cas de mort suspecte et de mort d'enfants inattendues. Ces cas sont immanquablement les plus complexes que le système d'enquête a à résoudre. Le rôle du pathologiste est essentiel pour expliquer la mort, surtout si le cas relève du système de justice pénale.

Cependant, comme elle est actuellement écrite, la *Loi sur les coroners* ne reconnaît pas que cette pathologie – comme elle est effectuée en vertu d'un mandat du coroner, je l'appelle médecine légale – est une discipline spécialisée essentielle au système d'enquête sur les morts. Il n'y a aucune référence dans la *Loi sur les coroners* au poste de médecin légiste en chef ou de ses fonctions, aucune reconnaissance législative des services de médecine légale fournis au système d'enquête sur les morts, aucune structure législative pour ces services, aucune définition de la médecine légale et même aucune exigence que les autopsies soient pratiquées par un pathologiste, encore moins un médecin légiste accrédité. Ainsi, la médecine légale est pratiquée en Ontario dans un contexte législatif qui est, pour parler charitablement, sous-développé. À mon avis, ces faiblesses de la *Loi sur les coroners* doivent être corrigées pour qu'il y ait un cadre légal convenable pour les enquêtes sur les morts en Ontario.

## 6

---

# La science et la culture de la médecine légale

D'une certaine manière, les cas que nous avons examinés durant l'enquête et à partir desquels de nombreuses leçons systémiques ont été tirées mettent tous en jeu le système de justice pénale. Quelques cas ont fait l'objet d'une enquête criminelle, mais aucune accusation n'a été portée. D'autres ont donné lieu à des accusations au criminel et certains ont fait l'objet d'une enquête préliminaire ou d'un procès. Dans chacun des cas, un jeune enfant était mort et une autopsie avait été pratiquée par un pathologiste en vertu d'un mandat du coroner. Pour permettre de bien comprendre ce qui s'est passé dans ces cas et ce qui doit en être tiré, je crois qu'il est essentiel de présenter à tout le moins un aperçu général de la science en question, soit la médecine légale, et de sa sous-spécialité, la médecine pédiatrique légale.

La médecine légale est une branche du domaine de la médecine nommé pathologie. De façon générale, la pathologie est l'étude des maladies, de leurs causes et des moyens par lesquels elles touchent l'organisme.

Un manuel de médecine bien connu, *Robbins Basic Pathology*, décrit la pathologie de cette façon :

[E]lle consiste à enquêter sur les causes (*étiologie*) des maladies ainsi que sur les mécanismes sous-jacents (*pathogénie*) qui provoquent les signes et les symptômes chez le patient. Les pathologistes se servent d'une variété de techniques moléculaires, microbiologiques et immunologiques dans le but de comprendre les changements biochimiques, structurels et fonctionnels qui se produisent dans les cellules, les tissus et les organes. Afin de poser des diagnostics et d'orienter la thérapie, les pathologistes décèlent les changements dans l'aspect macroscopique ou microscopique (*morphologie*) des cellules et des tissus, de même que les altérations biochimiques des liquides organiques (comme le sang et l'urine)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Vinay Kumar et coll., *Robbins Basic Pathology*, 8<sup>e</sup> éd., Philadelphia, Saunders Elsevier, 2007, p. 1.

Comme cette citation le laisse entendre, l'objectif général de la pathologie est de servir les patients en franchissant une étape importante du diagnostic en route vers le traitement et la guérison ou le contrôle. En langue courante, on décrit souvent cela comme étant la pathologie clinique.

La médecine légale fait appel à deux types de pathologie, soit la pathologie générale et l'anatomie pathologique. La pathologie générale, comme son nom l'indique, aborde tous les aspects de l'étude des maladies en laboratoire. Elle comprend des techniques provenant d'autres sciences de laboratoire et de spécialités pathologiques comme l'anatomie pathologique ou la pathologie hématologique. L'anatomie pathologique est plus spécifique. Elle fait intervenir un type particulier d'enquête : l'étude et le diagnostic des maladies fondés sur l'examen macroscopique, microscopique et moléculaire des organes, des tissus et des corps entiers (comme dans le cas d'une autopsie).

Bien qu'elle soit considérée comme une sous-spécialité de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique, la médecine légale (ou pathologie judiciaire) fonctionne selon un tout autre paradigme que celui de la pathologie clinique. Elle a pour objet d'aider l'État à déterminer pourquoi ses citoyens meurent. Elle consiste à examiner les cadavres à des fins médico-légales. En médecine légale, il n'y a aucun patient. La dimension médicale de la pathologie judiciaire s'emploie plutôt à étudier les maladies et les lésions chez une personne morte selon les principes et les méthodes de base de la pathologie dans le but de déterminer, dans la mesure du possible, la cause de la mort et le moment où les lésions se sont produites ou d'autres questions médicales qui contribuent à expliquer les circonstances de la mort. Sa dimension légale consiste à aider les systèmes judiciaires de l'État, surtout le système de justice pénale, à comprendre comment la mort s'est produite en expliquant la pathologie pertinente.

En termes pratiques, la médecine légale comprend généralement l'exécution d'une autopsie, c'est-à-dire la dissection du corps, un examen des organes et des tissus ainsi que des examens supplémentaires, dont des radiographies, des tests de laboratoire et des analyses toxicologiques. Les médecins légistes font toutefois plus que pratiquer l'autopsie. Ils doivent rencontrer les autres membres de l'équipe de l'enquête sur les morts afin de discuter de leur travail. Ils doivent en outre être capables de communiquer efficacement leurs constatations aux divers membres du système de justice pénale, y compris la police, les procureurs, l'avocat de la défense, les jurés et le tribunal. En résumé, le médecin légiste s'emploie à interpréter les résultats de l'autopsie pour contribuer à la phase finale de l'enquête sur la mort requise par l'État, qui peut comprendre un procès criminel, une enquête du coroner ou une conclusion de ce dernier sur la cause et les circonstances de la mort formulée sans qu'il y ait eu d'enquête.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le trait distinctif de la médecine légale peut être observé en comparant cette dernière à la pathologie clinique. Bien que les principes scientifiques fondamentaux de la pathologie s'appliquent tout autant à la médecine légale qu'à la pathologie clinique, leurs cadres analytiques sont très différents. Le pathologiste clinicien s'emploie à fournir des conseils diagnostiques utiles au clinicien pour l'aider à gérer le dossier médical d'un patient. Le médecin légiste s'emploie à fournir des conclusions diagnostiques utiles à l'équipe qui enquête sur la mort et au processus judiciaire.

Il s'ensuit que, même si chaque médecin légiste doit être un pathologiste clinicien compétent, l'inverse n'est pas forcément vrai. De nombreux pathologistes cliniciens compétents ne s'intéresseront jamais à la médecine légale et n'auront jamais besoin d'acquérir les connaissances et l'expertise requises dans ce domaine. Un médecin légiste doit cependant obtenir une formation sur les exigences du processus judiciaire et perfectionner ses aptitudes en ce domaine. Il doit, durant l'autopsie, prêter une attention particulière à la recherche d'éléments importants sur le plan médico-légal, tels que des lésions, rassembler des preuves potentiellement pertinentes et en assurer la continuité, ce qui n'est pas le cas en pathologie clinique. La documentation de l'autopsie doit répondre aux besoins des participants du système judiciaire, y compris le coroner, la police, la Couronne, la défense et le tribunal, ce qui n'est pas non plus le cas en pathologie clinique. Il est en outre essentiel que les médecins légistes soient capables de témoigner avec impartialité et objectivité et de communiquer clairement leurs conclusions. Peu de médecins comprennent ou ont besoin de comprendre de façon détaillée le système judiciaire et la méthode d'enquête judiciaire. La compétence dans ces domaines constitue donc l'une des caractéristiques qui distingue les médecins légistes de leurs confrères cliniciens.

De nos jours, le cheminement normal d'une personne qui désire devenir médecin légiste qualifié consiste tout d'abord à obtenir un diplôme de premier cycle en médecine. Elle doit ensuite être résidente pendant quatre ou cinq ans dans une des deux spécialités de la pathologie, soit la pathologie générale ou l'anatomie pathologique. Par la suite, elle doit suivre une formation spécialisée de un ou deux ans, qui n'est pas encore offerte au Canada, afin d'obtenir l'accréditation nécessaire pour pratiquer la sous-spécialité de la médecine légale.

La pathologie pédiatrique est également une sous-spécialité de l'anatomie pathologique. La formation supplémentaire nécessaire à sa pratique est axée sur l'étude des maladies chez les nourrissons et les enfants, qui peuvent être très différentes des maladies chez les adultes. Elle vise à permettre le traitement des patients. La formation et l'expérience d'un pathologiste pédiatrique portent avant tout sur le développement naturel et congénital et les processus des maladies



génétiques. On accorde très peu d'importance aux enquêtes sur la mort ou à la participation au système de justice pénale.

La médecine pédiatrique légale comprend le sous-ensemble de cas de la médecine légale qui portent sur la mort des nourrissons, des enfants et des adolescents. Bien que la formation et l'expérience acquises en pathologie pédiatrique puissent revêtir une grande valeur dans le cadre d'une enquête judiciaire sur la mort d'un enfant, la médecine légale demeure la discipline principale en la matière.

À ce stade-ci, trois aspects de la médecine légale méritent d'être soulignés. Premièrement, la médecine légale est une science qui évolue. Deuxièmement, au sein de cette science, il existe des questions faisant l'objet de beaucoup de controverse. Troisièmement, il s'agit d'une science axée sur l'interprétation et les conclusions qu'on peut en tirer sont souvent limitées. Ces aspects nous aident à comprendre non seulement ce qui n'a pas fonctionné dans les cas que nous avons examinés, mais aussi la relation entre la médecine légale et les besoins du système de justice.

## LA MÉDECINE LÉGALE, UNE SCIENCE EN ÉVOLUTION

Comme les autres sciences, la médecine légale a évolué dans les années 1980 et 1990 et cette évolution se poursuit encore aujourd'hui. Avec le temps, la recherche et les progrès de la technologie, de nouvelles découvertes voient le jour et le savoir augmente. En raison de ces progrès, les théories et les diagnostics que l'on croyait exacts ou plausibles peuvent être remis en question ou même rejetés.

Deux exemples permettent d'illustrer comment l'évolution de la médecine légale au fil du temps et de la recherche peut influencer un diagnostic. Auparavant, les pathologistes considéraient certaines constatations comme étant des diagnostics d'« asphyxie » (une privation d'oxygène). Les critères de ce diagnostic comprenaient les hémorragies pétéchiales dans les viscères thoraciques, la congestion et l'œdème des poumons, la cyanose des ongles et l'œdème cérébral<sup>2</sup>. Pendant de nombreuses années, les pathologistes ont diagnostiqué l'asphyxie en fonction de ces constatations durant l'autopsie. Cependant, des chercheurs ont un jour découvert qu'en vérité, toutes ces observations n'étaient pas propres à cet état. En d'autres termes, elles ne permettent pas de poser un diagnostic d'asphyxie. En effet, dans les années 1970, les manuels de médecine légale commençaient à qualifier ces critères de dépassés ou, pour citer Lester Adelson dans son ouvrage faisant autorité, *The Pathology of Homicide* : le quintet désuet du diagnostic d'asphyxie.

<sup>2</sup> Ces termes médicaux et autres utilisés dans le présent rapport sont définis dans le glossaire médical qui se trouve au début de ce volume.

Le deuxième exemple est l'évolution de la science et du diagnostic du syndrome du bébé secoué (SBS). Il s'agit d'un traumatisme crânien causé chez un nourrisson par de violentes secousses. Trois constatations pathologiques, appelées presque partout dans le monde la « triade », étaient auparavant considérées comme des signes diagnostiques du SBS : 1) l'*encéphalopathie hypoxique ischémique* (maladie du cerveau touchant les fonctions cérébrales qui est souvent associée à une tuméfaction), 2) l'*hémorragie sous-durale* (saignement entre le cerveau et la dure-mère, qui adhère à la surface intérieure du crâne) et 3) l'*hémorragie rétinienne* (hémorragie de la rétine).

Avec le temps, la présence d'une lésion axonale diffuse (cisaillement des axones ou des fibres nerveuses) s'est ajoutée à la triade, comme sous-catégorie de la catégorie 1). De nombreux experts du domaine médical maintenaient que la lésion axonale diffuse était une conséquence physique directe d'un traumatisme subi au moment de la lésion ou très peu de temps après<sup>3</sup>. En d'autres termes, ils croyaient que les secousses avaient des conséquences neurologiques immédiates – évanouissement ou rapide détérioration de la connaissance. Selon cette croyance, lorsqu'il y avait des secousses, la dernière personne en présence du bébé en santé était celle qui l'avait secoué.

Cependant, au fur et à mesure des recherches et de la prolifération de la documentation sur le sujet, un vif débat a eu lieu dans le milieu médical sur la signification de la triade et des conclusions à tirer de sa présence, le cas échéant. Selon le « point de vue classique », la présence de la triade constituait un signe diagnostique évident de secousses violentes et donc d'homicide. Toutefois, un point de vue contraire a surgi, fondé à l'origine en grande partie sur une preuve empirique et selon laquelle la présence de la triade ne signifiait pas nécessairement que le bébé avait été secoué; il s'agissait plutôt de constatations non spécifiques qui pouvaient être causées par d'autres conditions, notamment par un traumatisme crânien dû à un impact comme une chute accidentelle.

Ce débat s'est transposé dans le milieu de la pathologie, où de nombreux praticiens se sont divisés en deux camps : ceux qui croyaient que la présence de la triade permettait de poser un diagnostic définitif de SBS (une petite partie de ce groupe considérait que seule la présence d'une hémorragie rétinienne était souvent suffisante pour poser ce diagnostic) et ceux qui mettaient en doute cette supposition.

Un deuxième débat a eu lieu sur la question de savoir si un enfant pouvait

---

<sup>3</sup> Stephen Cordner et coll., « Pediatric Forensic Pathology: Limits and Controversies » dans *Controversies and Models in Pediatric Forensic Pathology*, vol. 1 de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, Études de recherche indépendantes, ministère du Procureur général, Toronto, 2008.

mourir après avoir « simplement été secoué », c'est-à-dire sans qu'il y ait eu d'impact. Il y avait et il y a toujours une divergence d'opinions sur la question : ceux qui croient que les secousses à elles seules peuvent causer la mort et ceux qui pensent que ce n'est pas possible. Les cas les plus controversés de SBS mettent en cause de jeunes enfants sur lesquels on ne peut observer aucune preuve pathologique objective de lésion autre que la triade.

Le débat sur le SBS a commencé en 1987 dans une communication de la D<sup>re</sup> Anne-Christine Duhaime, qui a examiné la biomécanique en jeu et laissé entendre que les forces nécessaires pour produire la triade ne pouvaient être reproduites dans des modèles expérimentaux de secouage. Le débat a continué à la suite de la parution de l'article de la D<sup>re</sup> Duhaime et a atteint son paroxysme en 2001 avec la publication de deux documents écrits par la D<sup>re</sup> Jennian Geddes et ses collaborateurs. Ces derniers sont connus dans le domaine de la médecine légale en tant que Geddes I et Geddes II. Ces études, qui portaient sur la neuropathologie descriptive des traumatismes crâniens chez les nourrissons et les enfants, concluaient essentiellement que, dans la majorité des cas examinés, la présence d'une lésion axonale diffuse était due à un manque d'oxygène et de sang dans le cerveau, et non à un traumatisme. Par conséquent, on n'associe plus, comme on le croyait auparavant, la lésion axonale diffuse, un élément de la triade, au SBS. Cette évolution des points de vue a d'éventuelles conséquences quant à la force nécessaire pour causer une lésion grave ou la mort et donc sur la question de savoir si, ou jusqu'à quel point, les secousses ne sont pas forcément accidentelles.

Le débat se poursuit aujourd'hui alors que les universitaires et les pathologistes du monde se demandent toujours quelles conclusions peuvent être tirées sans risque, le cas échéant, de la présence de la triade. L'évolution du syndrome du bébé secoué et les controverses qu'il a suscitées ont entraîné un examen approfondi des cas de SBS au Royaume-Uni et plusieurs parties à la présente enquête ont demandé la tenue d'un examen semblable en Ontario. Je reviendrai à cette question au chapitre 19, Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée, dans le volume 3.

## **CONTROVERSES RELATIVES À LA MÉDECINE LÉGALE**

Comme il ressort clairement du bref exposé ci-dessus, l'évolution de la médecine légale a souvent fait l'objet de controverses, les pathologistes se demandant dans quelle mesure les nouvelles découvertes, la recherche et les données empiriques sèment le doute sur les opinions établies ou modifient le degré de confiance à l'égard de celles-ci. Ces controverses sont particulièrement intenses en médecine pédiatrique légale.

J'ai déjà donné un aperçu, dans les termes les plus simples, de la controverse relative au SBS. Elle a également donné lieu à des controverses connexes comme, par exemple, la question de savoir si les hémorragies sous-durales associées à la naissance ou à l'accouchement pouvaient entraîner des hématomes sous-duraux, qui pourraient être découverts plus tard durant une autopsie, ou d'autres saignements spontanés, et être attribuées à tort à des lésions.

La controverse relative au SBS est également liée à celle des « petites chutes ». Le lien entre les deux provient du fait que, dans certains cas, les soignants soupçonnés d'avoir secoué un bébé ont à l'occasion déclaré que l'enfant n'avait pas été secoué, mais qu'il était plutôt tombé dans la maison.

Dans le passé, certains documents affirmaient, souvent en termes absolus, que les petites chutes ne pouvaient pas causer de traumatisme crânien important entraînant la mort. Selon ces documents, les petites chutes ne pouvaient créer des forces suffisantes pour causer des lésions graves ou la mort. D'autres experts, se fondant sur des modèles biomécaniques ou sur ce que l'on considérait comme des données empiriques crédibles, soutenaient que de petites chutes pouvaient, en de rares occasions, causer de graves traumatismes crâniens et la mort. En rejetant le point de vue selon lequel les petites chutes ne peuvent être fatales, le D<sup>r</sup> Jack Crane, pathologiste d'État pour l'Irlande du Nord, a, durant son témoignage devant la présente Commission, placé le débat dans une perspective historique :

[Au] cours des années 1990, différents points de vue avaient cours sur la force nécessaire. Certaines personnes ont peut-être été très véhémentes en défendant leurs points de vue selon lesquels la chute devait être très grave pour que cela se produise. Je crois qu'à la suite de nos découvertes récentes, de l'évolution de nos connaissances, – le D<sup>r</sup> [Christopher] Milroy a mentionné ces modèles biomécaniques – nous savons que des chutes d'intensité relativement faible peuvent générer une force suffisante – des forces pouvant, selon toute attente, causer un traumatisme crânien grave et mortel. Je crois qu'il est toujours très dangereux d'être extrêmement dogmatique au sujet de ces choses, car, comme je le dis, nos connaissances s'accroissent avec le temps et il est possible que nous ayons à réévaluer nos points de vue à ce sujet. Je crois certainement que, même dans les années 1990, je ne serais pas dogmatique en affirmant qu'une personne doit tomber d'un certain nombre d'étages pour qu'elle subisse un traumatisme crânien mortel. Simplement parce que, selon mon expérience, je sais que ce n'est pas le cas.

Le D<sup>r</sup> Stephen Cordner, directeur du Victorian Institute of Forensic Medicine, a examiné avec ses collègues, dans une étude commandée dans le cadre de la présente enquête, la documentation médicale existante (y compris les études préliminaires, les examens et les études de simulation) pour voir s'il était possible de répondre précisément à la question de savoir si une chute sur une courte distance peut causer un traumatisme crânien important entraînant la mort. Ils ont conclu que la réponse était toujours contestée. Ils ont noté que « [d]es études effectuées sur les lésions chez les enfants auprès d'un large échantillon de population indiquaient généralement que les possibilités de traumatisme crânien grave sont rares. Cette conclusion est toutefois contredite par des rapports sur des cas empiriques selon lesquels cela se produit effectivement<sup>4</sup>. »

## LE CARACTÈRE INTERPRÉTATIF DE LA MÉDECINE LÉGALE

Le troisième aspect particulièrement pertinent de la médecine légale en l'espèce est sa nature interprétative. De nombreuses observations relevées durant l'autopsie peuvent être interprétées de différentes façons. Les artéfacts post mortem en sont un exemple frappant.

Au cours du processus de la mort, et même après celle-ci, le corps peut subir de nombreux changements. Ces modifications post mortem, ou « artéfacts », peuvent être interprétées à tort comme des lésions ou des maladies survenues lorsque la personne était en vie. Par exemple, la gravité et la position du corps au moment de la mort peuvent causer des taches post mortem (lividité) pouvant être virtuellement confondues avec des ecchymoses. Les tentatives de réanimation ou le transport d'un corps après la mort peuvent de la même façon causer des artéfacts. En pratique, le pathologiste peut laisser des marques sur le corps lorsqu'il le dissèque au cours de l'autopsie. Il lui revient d'interpréter les résultats de l'autopsie afin de déterminer si les marques ont été produites avant ou après la mort et si elles sont liées à la cause de la mort ou s'il s'agit d'artéfacts n'ayant aucun rapport avec celle-ci. Il n'existe aucune règle rigoureuse quant à la manière de le faire. Il faut pour cela avoir reçu la formation voulue, avoir l'expérience nécessaire et faire preuve de jugement. L'interprétation erronée des artéfacts par le D<sup>r</sup> Charles Smith et d'autres médecins compte parmi les principales défaillances cernées lors de l'examen du coroner en chef en ce qui concerne un certain nombre de cas étudiés dans le cadre de la présente enquête.

Par exemple, dans celui de Valin, la dilatation post mortem de l'anus a été

---

<sup>4</sup> *Ibid.*, 42.

interprétée à tort comme une preuve d'agression sexuelle anale, tout comme les observations « d'ulcération, de lacération et d'hémorragie » dans l'anus, qui étaient à vrai dire attribuables à la dissection des tissus ou à leur préparation en vue de l'examen microscopique. La plupart de ce que l'on a décrit comme des ecchymoses sur le corps de Valin représentait des artéfacts liés à la lividité. De la même façon, les hémorragies pétéchiales faciales, sur lesquelles reposait le diagnostic d'asphyxie mécanique, auraient pu également être expliquées par la lividité, à la lumière du fait notamment que Valin avait été trouvée face contre terre.

Les artéfacts ne constituent que l'un des défis d'interprétation liés à la médecine légale. Le D<sup>r</sup> Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, a établi 16 secteurs différents posant ce genre de défi. L'étude du D<sup>r</sup> Corder mentionnée plus tôt relève également un certain nombre de points qui posent des problèmes d'interprétation, notamment la détermination du moment de la mort ou l'âge précis des lésions<sup>5</sup>.

En outre, l'opinion finale du pathologiste sur la cause de la mort comprendra souvent un élément d'interprétation. Il appartient au pathologiste de déterminer si un certain ensemble de constatations est suffisant pour poser un diagnostic. Même si certaines sources d'information importantes étayent le diagnostic du pathologiste, il y a presque invariablement un élément d'interprétation qui entre en jeu. Cela est particulièrement vrai dans les cas difficiles.

Le caractère interprétatif de la médecine légale, qu'on retrouve dans l'évaluation des observations faites durant l'autopsie et dans la détermination des conclusions pouvant en être tirées, le cas échéant, renforce les limites de la science. Même lorsque la controverse ne divise pas le monde de la pathologie, il existe des défis d'ordre diagnostique pouvant limiter les conclusions d'un pathologiste sur un cas précis ainsi que le degré de confiance ou de certitude avec lequel il peut les formuler.

## **INTERACTION ENTRE LA MÉDECINE LÉGALE ET LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE**

L'interaction entre la médecine légale et le système de justice pénale soulève plusieurs problèmes systémiques que j'aborderai en détail dans le volume 3. Trois facteurs peuvent servir d'exemples :

- 1 Communication : Les causes criminelles font l'objet d'enquêtes, de procès, de défenses et de jugements par des personnes qui ne sont pas pathologistes et

---

<sup>5</sup> *Ibid.*

qui ont probablement des connaissances limitées de la pathologie. Il est donc difficile de s'assurer que les opinions médico-légales, et leurs limites, sont non seulement communiquées correctement par le pathologiste, mais qu'elles sont aussi compréhensibles et comprises par le système de justice pénale.

- 2 Degrés de certitude : La poursuite doit prouver le caractère criminel des questions en jeu hors de tout doute raisonnable. Bien que ce fardeau de la preuve s'applique à l'ensemble de celle-ci, et non à des parties seulement, il est évident que le système de justice pénale pourra exiger la certitude des preuves médico-légales, alors que la science ne permet pas nécessairement un tel niveau de confiance. Même lorsque ce dernier point est admis, les médecins légistes peuvent avoir de la difficulté à qualifier le degré de confiance de façon à non seulement en assurer la validité scientifique, mais aussi à en permettre l'utilisation facile par le système judiciaire.
- 3 Fiabilité : Le témoignage d'opinion représente une exception à la règle judiciaire commune qui limite les témoins à ce qu'ils ont personnellement vu, entendu ou fait. Par conséquent, il doit répondre à certaines conditions préalables d'admissibilité. Le fait qu'un témoignage d'opinion scientifique peut être entouré d'une aura d'infaillibilité incite davantage le système à s'assurer qu'il reçoit des preuves scientifiques « dignes de confiance ». Cette situation ainsi que le manque de fiabilité démontré de certaines preuves médico-légales prises en compte durant la présente enquête nous incitent à nous demander dans quelle mesure les tribunaux devraient évaluer la fiabilité des opinions médico-légales comme condition préalable à l'admissibilité.

Ces questions sont étroitement associées à une réalité qui doit être reconnue. Le système de justice pénale apprécie le caractère définitif des choses. Toutefois, comme nous l'avons constaté, la médecine légale est une science qui évolue, qui fait l'objet de controverses et où les conclusions et les opinions demandent souvent une dose d'interprétation. Cette tension sous-tend une bonne partie de l'exposé présenté dans le volume 3. Comme nous l'avons également vu, l'évolution des connaissances scientifiques s'accompagne souvent de controverses, comme le débat des pathologistes sur la question de savoir si les connaissances scientifiques actuelles permettent de formuler certaines opinions de façon raisonnable et si les nouvelles connaissances scientifiques font planer un doute sur les opinions précédemment formulées ou, à tout le moins, modifient le degré de confiance avec lequel ces opinions peuvent être raisonnablement exprimées.

En décrivant l'évolution de la médecine légale, ses controverses et ses limites, je me suis largement concentré sur la médecine pédiatrique légale. Cette attention découle non seulement du mandat de la présente Commission, mais aussi du fait

que la médecine pédiatrique légale soulève des questions scientifiques particulières très difficiles. Les morts subites de nourrissons ne sont pas rares. La cause de ces morts n'est pas toujours évidente. Très peu de preuves pathologiques, s'il en est, peuvent étayer la violence faite aux enfants. De façon aussi troublante, les maladies naturelles chez les nouveau-nés ou les nourrissons peuvent s'apparenter à des traumatismes. Par exemple, la maladie hémorragique du nouveau-né peut ressembler, à première vue, à une hémorragie sous-durale. Par contre, les maladies naturelles s'apparentent rarement à des traumatismes chez les adultes. Des phénomènes pédiatriques comme le resaignement sont à peine compréhensibles. D'autres questions (telles que le syndrome du bébé secoué et les chutes accidentelles) sont toujours controversées, comme nous l'avons vu.

Cependant, la reconnaissance du fait que la médecine légale évolue, qu'elle s'accompagne parfois de controverses et qu'elle a ses limites en tant que science interprétative n'en réduit pas l'importance qu'elle continue de revêtir pour le système de justice pénale. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, même si les médecins légistes ont toujours du mal à résoudre certaines questions, l'évolution de la science a accru leurs connaissances dans de nombreux domaines importants et leur a permis de fournir des preuves sur lesquelles le système de justice peut compter. Le temps et la recherche ne remettent pas en question tous les diagnostics. Au contraire, la science est bien implantée sous de nombreux aspects.

Deuxièmement, le fait qu'une opinion soit interprétative et manque de précision sur le plan de la certitude n'en réduit pas l'importance dans le cadre de l'enquête sur la mort d'une personne. Il impose plutôt aux médecins légistes l'obligation de fournir des conclusions qui exposent soigneusement toute limite qui s'y applique, y compris le degré de certitude ou de confiance que la preuve et la science permettent. La nature interprétative de la médecine légale ne devrait pas réduire la confiance que les coroners, les agents de police, les procureurs de la Couronne et les juges des faits accordent à cette dernière. La compréhension des limites de la médecine légale en tant que science aide les agents de police, les procureurs de la Couronne et les juges des faits à évaluer le poids à accorder à une opinion et pourquoi. La médecine légale, lorsqu'elle est exercée correctement, peut présenter, sur le plan méthodologique, des conclusions valables, raisonnables et équilibrées auxquelles le système de justice peut se fier.

La fiabilité des opinions médicolégales est d'une importance capitale pour le système de justice pénale. Dans les cas mettant en jeu des questions pathologiques importantes, comme c'est souvent le cas pour les morts d'enfants, une pathologie fautive peut entraîner de graves résultats. Les cas que nous avons examinés au cours de cette enquête fournissent des preuves tangibles de cette réalité. Une pathologie fautive peut avoir pour effet qu'un parent, un membre de la famille ou



un soignant ait des démêlés avec le système de justice pénale et soit condamné à tort et incarcéré, comme ce qui est arrivé à William Mullins-Johnson dans le cas de Valin.

Cependant, la situation est tout aussi tragique lorsqu'une pathologie fautive détourne le système de justice pénale du véritable coupable, comme cela est arrivé dans l'affaire de Jenna. Les erreurs de pathologie dans ce cas ont fait en sorte que l'enquête criminelle se soit détournée du gardien de Jenna. Au lieu de cela, c'est Brenda Waudby, la mère Jenna, qui a été placée au cœur de l'enquête. Par conséquent, le gardien, qui était responsable de la mort de Jenna, a échappé à la justice pendant de nombreuses années.

Dans l'une ou l'autre de ces situations, lorsque les erreurs de pathologie contribuent à une condamnation injustifiée ou permettent à un criminel de s'en tirer, la justice n'est pas rendue et la confiance du public envers le système judiciaire en souffre. Comme nous le verrons, tant la science que le système de justice pénale doivent jouer un rôle important dans le but d'éviter l'une ou l'autre possibilité.

## **LA CULTURE DE LA MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE**

Après avoir brossé ce portrait de la science médicolégale, je présenterai maintenant un aperçu de la culture dans laquelle la médecine pédiatrique légale était exercée au cours des années 1980 et 1990. Le point le plus important est qu'on n'accordait pas aux bonnes personnes la responsabilité de l'exercice de la médecine pédiatrique légale. L'avis le plus répandu en Ontario voulait que les pathologistes pédiatres fussent les mieux placés pour pratiquer les autopsies sur les nourrissons et les enfants. Par conséquent, l'expertise en pathologie pédiatrique l'emportait sur la formation et les compétences en médecine légale.

L'expérience du D<sup>r</sup> Smith l'illustre bien. Ce dernier était pathologiste pédiatre et avait reçu une formation dans cette sous-spécialité. Il n'avait aucune formation en médecine légale et, bien qu'il ait été nommé directeur de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) de l'Ontario, il n'a jamais bénéficié d'une telle formation. Il a admis durant l'enquête que, dans les années 1980, il ne savait presque rien sur la médecine légale en tant que discipline distincte. Bien qu'il ait approfondi ses connaissances sur le sujet dans les années 1990, il a continué de croire que la pathologie pédiatrique, et non la médecine légale, était la science qui se rapportait le plus à son travail à l'UOMLP. Ce point de vue n'était pas que celui du D<sup>r</sup> Smith; il reflétait la culture en Ontario à cette époque.

L'importance accordée à la pathologie pédiatrique n'était pas entièrement inexplicable puisque les pathologistes pédiatres sont formés et mieux placés pour

détecter la présence de processus pathogéniques naturels chez les nourrissons et les enfants. Cependant, le fait de ne pas reconnaître l'importance de l'expertise médico-légale dans la pratique d'autopsies sur les nourrissons et les enfants, notamment dans les cas suspects, était peu judicieux et a entraîné, dans certains cas, des conséquences très fâcheuses. Les problèmes associés au fait que des pathologistes pédiatres n'ayant aucune formation médico-légale pratiquent des autopsies sur les nourrissons et les enfants peuvent être graves. Contrairement aux médecins qui ont une formation médico-légale, ils n'ont aucune expertise de l'interprétation des plaies ni de formation ou d'expérience dans la présentation de leurs opinions dans un contexte judiciaire; ils peuvent ne pas comprendre les besoins particuliers du système de justice pénale, y compris l'importance d'assurer la continuité de la preuve et de consigner les échantillons, les procédures et les données antérieures et ce que le système exige de la part d'un témoin expert. Les conséquences de l'importance injustifiée ainsi accordée sont apparues pleinement dans les cas examinés durant l'enquête.

La culture dans laquelle la médecine pédiatrique légale était exercée entre 1981 et 2001 soulevait un autre problème : les conclusions étaient souvent fondées sur l'expérience de chaque pathologiste plutôt que sur les travaux de recherche et la documentation disponibles. Cette démarche fondée sur l'expérience ne s'appliquait pas seulement à la médecine légale; il s'agissait de la méthode traditionnelle de présenter les preuves s'appuyant sur les opinions d'experts que privilégiait le système judiciaire dans un grand nombre de circonstances.

Cette démarche comportait plusieurs limites inhérentes. Sa capacité de poser un diagnostic précis dépendait de l'expérience du pathologiste. Les preuves empiriques et les déclarations péremptoires reposant largement sur l'expérience personnelle caractérisaient cette démarche, rendant les opinions exprimées pratiquement impossibles à quantifier et les soustrayant à toute vérification indépendante. En outre, elle faisait abstraction de l'ensemble toujours plus imposant des travaux de recherche et de la documentation disponibles sur la médecine légale, plus particulièrement en ce qui concerne les domaines donnant davantage matière à controverse. En ne profitant pas de la documentation, les pathologistes risquaient de ne pas suivre l'évolution de la science.

Au cours des dernières années, il y a eu un changement vers ce que l'on appelle une démarche fondée sur des éléments probants<sup>6</sup>. Une telle démarche consiste

---

<sup>6</sup> Edmond, Gary, « Pathological Science? Demonstrable Reliability and Expert Forensic Pathology Evidence » dans *Pediatric Forensic Pathology and the Justice System*, vol. 2 de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, études de recherche indépendantes, ministère du Procureur général, Toronto, 2008.

essentiellement à examiner les résultats de l'autopsie à la lumière de la documentation médicale et à utiliser la logique pour poser un diagnostic par voie de raisonnement à partir des conclusions et de la documentation. Contrairement à la démarche traditionnelle fondée sur l'expérience, la médecine légale qui repose sur des éléments probants accorde moins d'importance aux preuves empiriques et à l'expérience personnelle des pathologistes. Des données vérifiables plutôt que non scientifiques servent de base à toute opinion fondée sur des éléments probants. Les pathologistes se tiennent au courant de l'état de la science et sont ainsi capables de formuler des opinions à jour. Le récent changement vers une démarche fondée sur des éléments probants est louable et j'aimerais souligner que le D<sup>r</sup> Pollanen a grandement contribué à son adoption en Ontario.

## **NOTE RELATIVE À LA TERMINOLOGIE**

Cette description de la science et de la culture de la médecine légale a fait appel à un certain nombre de termes génériques. Il est important d'expliquer plus précisément, à ce stade-ci, comment j'ai utilisé plusieurs de ces termes dans le reste du rapport.

Tout d'abord, j'utilise le terme « médecine légale » pour désigner la pathologie liée aux autopsies pratiquées en vertu d'un mandat du coroner. La science requise par ces autopsies est celle de la médecine légale que j'ai décrite.

Durant la période à l'étude, la plupart des pathologistes qui pratiquaient des autopsies en Ontario n'avaient aucune accréditation en médecine légale. Néanmoins, je désigne tous ceux qui exercent la médecine légale sous le nom de médecins légistes. Je fais en outre allusion aux autopsies qu'ils ont pratiquées comme des autopsies judiciaires ou des autopsies effectuées en vertu d'un mandat du coroner.

J'utilise le terme « médecin légiste accrédité », lorsqu'il est important de le spécifier dans le contexte, pour désigner les médecins ayant été accrédités dans la sous-spécialité de la médecine légale. En septembre 2008, on ne pouvait être accrédité qu'à l'étranger, soit aux États-Unis, soit au Royaume-Uni.

Dans le volume 3, je recommande la création d'un registre des personnes considérées comme étant compétentes pour pratiquer des autopsies en vertu d'un mandat du coroner. Je les appelle « médecins légistes agréés » parce que, conformément à ma recommandation, elles seraient considérées comme assez compétentes pour exercer la médecine légale, qu'elles soient « accréditées » ou non, au sens où j'utilise ce terme.

J'emploie le terme « médecine pédiatrique légale » pour désigner l'exercice de la médecine légale dans les cas où la personne morte est âgée de moins de 18 ans.

Il s'agit de la limite d'âge qu'utilise le Bureau du coroner en chef de l'Ontario pour le Comité d'examen des décès d'enfants, à quelques exceptions près. Cela étant dit, la grande majorité des cas de médecine pédiatrique légale a toujours porté sur la mort de nourrissons ou de très jeunes enfants. Ce fut certainement le cas des dossiers examinés durant la présente enquête.

Finalement, la distinction entre les cas suspects sur le plan criminel et ceux qui ne le sont pas doit être gardée à l'esprit. Seulement une petite partie des morts à l'égard desquelles le coroner ordonne une autopsie sont suspectes sur le plan criminel, ce que le BCCO définit comme une mort qui peut être reliée aux agissements d'une ou de plusieurs autres personnes. Les autres cas sont ceux à l'égard desquels le coroner décide, pour d'autres raisons, qu'une autopsie est nécessaire afin de lui permettre de répondre correctement aux questions prescrites par la loi, c'est-à-dire l'identité du mort et comment, quand, où et par quel moyen il est mort.

Comme je l'ai expliqué, notre mandat limitait nos travaux à l'étude des cas ayant fait l'objet de l'examen du coroner en chef, qui étaient tous suspects sur le plan criminel. Il est évident que ces types de cas posent à la médecine légale certains de ses défis les plus difficiles. Cependant, nous avons également beaucoup entendu parler de l'exercice et de la supervision de la médecine légale de façon générale, dans des cas à la fois suspects et non suspects sur le plan criminel. En proposant mes recommandations, je reste conscient du fait qu'il y a en Ontario beaucoup plus de cas de médecine légale non suspects que de cas suspects sur le plan criminel et que mes recommandations doivent s'appliquer dans un cas comme dans l'autre. Cela étant dit, j'insiste toutefois sur le fait que les cas suspects présentent à la médecine pédiatrique légale ses plus grands défis et que les défaillances systémiques dans ces cas peuvent mener à des conséquences tragiques pour les individus. Il est essentiel qu'à l'avenir, le public ait confiance au recours à la médecine pédiatrique légale dans le système de justice pénale. Cela explique pourquoi l'attention accordée à ces cas est si importante.

# 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<sup>r</sup> JOHN HILLSDON SMITH, MÉDECIN LÉGISTE PROVINCIAL**

#### **Rôle et mandat de la Direction de la médecine légale**

De 1975 à 1994, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Cairns a cru comprendre que le D<sup>r</sup> Hillsdon Smith et le D<sup>r</sup> Beatty Cotnam, qui a été coroner en chef de 1962 à 1982, s'étaient brouillés peu après que le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Hillsdon Smith a déménagé son bureau au sous-sol. Le

D<sup>r</sup> Hillsdon Smith n'avait pas de bien meilleures relations avec le D<sup>r</sup> Ross Bennett, qui a succédé au D<sup>r</sup> Cotnam, ni avec le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Hillsdon Smith, aucun d'eux n'avait de formation officielle en médecine légale. Au début des années 1990, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Hillsdon Smith en tant que médecin légiste provincial, les pathologistes pratiquant des autopsies pour le BCCO n'avaient pas l'expertise médicolégal 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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 médicolégal 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> DAVID CHIASSON, MÉDECIN LÉGISTE EN CHEF**

En 1994, lorsque le D<sup>r</sup> Hillsdon Smith a pris sa retraite, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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 ministre du Solliciteur général. Le médecin légiste en chef n'avait plus de comptes à rendre directement au ministre.

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<sup>r</sup> Chiasson se réjouissait du fait que le D<sup>r</sup> Young se charge des aspects administratifs de haut niveau du travail parce qu'il considérait le D<sup>r</sup> Young comme un excellent administrateur qui réussissait en outre à obtenir du financement. De plus, le D<sup>r</sup> 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 ministre 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson était le seul pathologiste salarié à temps plein de l'UPML. Les autres pathologistes étaient rémunérés à l'acte. Outre le D<sup>r</sup> Chiasson, aucun d'eux n'avait de formation officielle en médecine légale.

La priorité absolue du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Martin Bullock et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Phillips est entré en contact avec le D<sup>r</sup> Bennett, alors coroner en chef, pour lui proposer de créer une unité spécialisée au SickKids. En élaborant sa proposition, le D<sup>r</sup> Phillips a consulté le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Phillips assumait la direction de l'unité. En 1992, le BCCO et le SickKids ont convenu de nommer le D<sup>r</sup> Smith au poste de premier directeur officiel de l'UOMLP.

Le BCCO n'a pas choisi le D<sup>r</sup> Smith en raison de sa formation ou de son expertise en médecine légale, pas plus d'ailleurs que le D<sup>r</sup> Phillips, qui était lui-même un pathologiste clinicien renommé, mais pas médecin légiste. En effet, en 1992, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith était le seul pathologiste du SickKids qui avait l'intérêt et la volonté d'assumer ce rôle. En 1990, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith n'avait pas la formation nécessaire pour assumer ce rôle.

Lorsque le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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 inexistants. Même s'il est vrai que le nombre de médecins légistes compétents était limité à l'époque, il ne semble pas que le D<sup>r</sup> Young ait tenté sérieusement de trouver d'autres candidats plus qualifiés ou plus expérimentés ou d'accroître les compétences du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il avait l'impression de relever du D<sup>r</sup> Young et du D<sup>r</sup> Cairns et non du médecin légiste en chef. De surcroît, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Young envisageait, du moins au départ, que le directeur joue un rôle important de supervision. Dans une lettre au D<sup>r</sup> Phillips, datée du 10 mars 1992, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith le nommant au poste de directeur, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Young a demandé au D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith avait son mot à dire lorsque venait le temps de déterminer qui à l'UOMLP allait pratiquer quelle autopsie.

Selon le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Phillips croyait également que le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith ne l'ait approuvé. Par contre, les rapports du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Lawrence Becker, nouveau pathologiste en chef et chef du Département de médecine de laboratoire pédiatrique de SickKids, et le D<sup>r</sup> Ernest Cutz, pathologiste du SickKids, ont exprimé leur inquiétude au D<sup>r</sup> Young, au D<sup>r</sup> Chiasson et au D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Becker et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Cutz et le D<sup>r</sup> Becker étaient considérés comme des sommités en la matière. Les discussions entre le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Cutz, avant la création de l'UOMLP, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith a rédigé une note de service à l'intention du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson a continué de discuter des relations entre le BCCO et l'UOMLP avec le D<sup>r</sup> Becker et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Glenn Taylor s'occupaient de tous les cas suspects et cas d'homicide au SickKids, comme le préférerait le D<sup>r</sup> Chiasson, les problèmes de délais de préparation des rapports d'autopsie, surtout ceux du D<sup>r</sup> Smith, et le manque de communication entre l'UOMLP et le BCCO.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a au moins tenté de régler directement le problème des délais. Il voulait s'assurer que le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith avait fait part au D<sup>r</sup> Chiasson qu'il devait taper ou préparer ses propres rapports et que ces tâches administratives créaient des problèmes. Le D<sup>r</sup> Chiasson a donc suggéré au SickKids de fournir un assistant au D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Young a déclaré n'avoir jamais été en faveur d'un déménagement de l'unité du SickKids au BCCO, même si le D<sup>r</sup> Chiasson a affirmé que le D<sup>r</sup> Young ne lui en avait jamais parlé. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Bullock et le D<sup>r</sup> Queen ont tous deux démissionné de l'unité pour accepter des postes mieux rémunérés ailleurs. À la

mi-juillet 1999, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Michael Shkrum, directeur de l'unité de London – a une formation et une accréditation officielles en médecine légale. Quelques pathologistes – comme la D<sup>re</sup> Chitra Rao et le D<sup>r</sup> John Fernandes de Hamilton et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Cutz et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson a rejeté leurs candidatures parce qu'il voulait

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

Lorsque le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson avait la tâche de surveiller des pathologistes plus aguerris, comme le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>er</sup> 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 inexplicquée (SMSI).

Dans la plupart des cas, les coroners régionaux transmettaient les rapports d'autopsie au D<sup>r</sup> Chiasson pour qu'il les étudie, ce qu'il faisait avant de les remettre à la Couronne. Si le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith n'avait pas bien défini ou décrit les lésions, plus particulièrement les traces de blessures internes. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith dans des cas comme les affaires Taylor et bébé F. À cet égard aussi, le processus d'examen n'était pas assez complet<sup>1</sup>.

### ***Vérification ponctuelle du travail de l'UOMLP***

Vers 1997, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson n'a pas relevé de problèmes majeurs par suite de son examen. Dans quatre de ces affaires, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith. Comme nous l'avons noté ci-dessus, le D<sup>r</sup> Chiasson a procédé, en 1997, à une vérification aléatoire de 20 autopsies pratiquées sur des enfants. En 1998, il a rencontré les D<sup>rs</sup> 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<sup>r</sup> Phillips a fixé des délais de production pour tous les rapports d'autopsie préparés pour le BCCO ou l'hôpital. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith, qui ne comprenait pas de nombreux aspects essentiels de la médecine légale.

Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson, le D<sup>r</sup> Smith a organisé, à partir de janvier 1995, des visites mensuelles en médecine pédiatrique légale à l'UOMLP. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson a tenté de faire participer le D<sup>r</sup> Smith au travail de l'UPML au moyen de visites hebdomadaires et quotidiennes à l'unité. Il a reconnu que les dossiers du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson

En 1999, 2000 et 2001, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Bullock et le D<sup>r</sup> Queen. À la mi-juillet 1999, le D<sup>r</sup> John Deck est parti en congé de maladie prolongé. Il n'est pas revenu et a pris sa retraite en 2002. Lorsque le D<sup>r</sup> Chiasson a effectué les entrevues de fin d'emploi du D<sup>r</sup> Queen et du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson et le D<sup>r</sup> Toby Rose.

Dans une note de service au D<sup>r</sup> Young datée du 16 juin 1999, le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson. Le D<sup>r</sup> Young était intéressé à appuyer la nomination du D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson assume un rôle plus actif dans l'administration et la budgétisation des services d'autopsie en vertu de mandats du coroner. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Chiasson n'a pas réussi à recruter de nouveaux médecins légistes en 1999. Il a dit au D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>rs</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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 SMSN<sup>2</sup>. 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 inexplicées. L'autre était un cas d'homicide au sein

<sup>2</sup> Le SMSI était défini dans la note de service comme étant la « mort subite d'un nourrisson de moins de un an qui demeure inexplicée 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<sup>r</sup> Cairns l'a rédigé en consultation avec le CEDE et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Cutz croyait que l'utilisation de cette expression était inappropriée. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Shkrum, la D<sup>re</sup> Rao et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Hillsdon Smith. Le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> Smith et l'échec de la supervision de son travail.

---

## Le D<sup>r</sup> Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale

Comme l'exige mon mandat, j'ai mené un examen complet des politiques, des procédures et des pratiques utilisées en médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001. Dans le présent chapitre, je rends compte de cet examen et évalue les échecs du système qu'il a révélés. Ceux-ci servent de fondement aux recommandations en matière de politique que je formule dans le volume 3 dans le but d'améliorer l'exercice de la médecine pédiatrique légale et d'éviter, autant que possible, que l'histoire ne se répète.

Ce chapitre traite des pratiques utilisées en médecine pédiatrique légale dans des cas individuels et de la façon dont celles-ci pouvaient ne pas satisfaire ou n'ont pas satisfait aux exigences. Au chapitre 9, Supervision de la médecine pédiatrique légale, j'adopte la même démarche en ce qui concerne les mécanismes de surveillance de ce travail, une fois encore pour exposer les défaillances qui pouvaient apparaître et qui sont en fait apparues. Dans ces deux contextes, il convient de garder à l'esprit que ce qui se passait en médecine pédiatrique légale reflète en très grande partie ce qui se passait en médecine légale en général. Les pratiques utilisées, les mécanismes de surveillance disponibles et les manquements étaient identiques dans les deux cas. La médecine pédiatrique légale est donc, à cet égard, un sous-ensemble de la médecine légale.

Avant d'entrer dans le vif du rapport concernant les aspects troublants de la médecine pédiatrique légale telle qu'elle était pratiquée en Ontario de 1981 à 2001, plusieurs choses doivent être soulignées. Premièrement, bien que la Commission ait entendu de nombreux témoignages de nature générale concernant la pratique de la médecine pédiatrique légale à cette époque, nous avons concentré notre examen principalement sur le D<sup>r</sup> Charles Smith et la façon dont il travaillait. Cette démarche illustre le fait que les erreurs qu'il a commises constituaient l'une des causes principales de l'importante perte de confiance du public, qui a rendu cet examen nécessaire. Il est important de cerner ces erreurs, car mes

recommandations doivent y apporter des solutions si l'on souhaite regagner la confiance du public.

Deuxièmement, même si de nombreux témoignages concernaient le D<sup>r</sup> Smith, les preuves ont également indiqué que, dans un certain nombre de cas, d'autres pathologistes étaient également en cause. Certains ont commis les mêmes erreurs que lui. Bon nombre, et dans certains cas la plupart, suivaient les mêmes pratiques. Toutefois, dans tous ces cas, les erreurs graves commises par le D<sup>r</sup> Smith ou par d'autres illustrent les importants problèmes systémiques qui existaient quant à l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario à cette époque. Les problèmes troublants ne se limitaient pas à la pratique du D<sup>r</sup> Smith. Si les défaillances systémiques ne sont pas corrigées, ces erreurs pourraient bien se reproduire, car elles ne découlaient pas simplement des gestes isolés d'un seul pathologiste et n'auraient pu être corrigées en congédiant ce dernier.

Troisièmement, les preuves des erreurs commises par le D<sup>r</sup> Smith dans des cas précis proviennent en grande partie de 18 des cas ayant fait l'objet de l'examen du coroner en chef ordonné par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et qui ont été examinés en détail durant nos audiences. Ces cas ont été sélectionnés pour l'examen du coroner en chef parce qu'ils concernaient le D<sup>r</sup> Smith et le système de justice pénale. Bien que les témoignages relatifs au travail du D<sup>r</sup> Smith dans ces cas dépeignent un tableau sombre des graves erreurs qu'il a commises, il ne m'appartient pas de déterminer si celles-ci ont pu entraîner une condamnation injustifiée et, si tel est le cas, dans quelle mesure. Que cela soit arrivé ou non, les erreurs étaient néanmoins graves. Elles illustrent les dérives, possibles et avérées, de l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario à l'époque du D<sup>r</sup> Smith.

Quatrièmement, ces cas faisaient partie d'un examen complet du travail du D<sup>r</sup> Smith dans des cas suspects sur le plan criminel de 1991 à 2001. Toutefois, ils apportent très peu de matière permettant de tirer des conclusions claires concernant son travail en pathologie hospitalière ou pour le compte du BCCO dans des cas de morts non suspectes.

Enfin, il est important de rappeler que les éléments troublants de l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario à l'époque du D<sup>r</sup> Smith sont survenus dans un contexte plus large que celui de chaque pathologiste. Comme le décrit mon examen de la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario dans ces années-là, les cadres supérieurs qui supervisaient le système d'enquête sur les morts doivent également être tenus responsables des événements tragiques qui m'ont été relatés.

Je me penche ensuite sur les divers aspects du travail du D<sup>r</sup> Smith qui laissent, selon moi, à désirer et qui démontrent les défaillances du système quant à

l'exercice de la médecine pédiatrique légale de 1981 à 2001. Je commencerai par la formation et l'expérience que le D<sup>r</sup> Smith a apportées à son travail.

## **FORMATION ET EXPÉRIENCE**

Dans la présente section, j'aborde trois questions. D'abord, dans quel domaine le D<sup>r</sup> Smith était-il formé et accrédité et quelle formation lui manquait? Ensuite, comment est-il devenu la figure dominante de la médecine pédiatrique légale alors qu'il n'avait ni formation officielle ni expertise en médecine légale, la principale discipline? Enfin, comment cette lacune a-t-elle influé sur son travail dans les cas que j'ai examinés?

### **La formation du D<sup>r</sup> Smith**

Le D<sup>r</sup> Smith est pathologiste pédiatre et non médecin légiste. Il ne possède aucune formation officielle ni certificat de spécialiste en médecine légale. Pourtant, le BCCO et l'Hospital for Sick Children (SickKids) l'ont nommé directeur de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) en 1992 et, au fil du temps, on l'a reconnu comme l'expert principal de la province en cette matière. Le D<sup>r</sup> Smith admet aujourd'hui que sa formation en médecine légale était « cruellement insuffisante » et que cette lacune a beaucoup contribué à ses erreurs dans les cas examinés par la Commission.

Dans les années 1980 et 1990, aucune formation ni accréditation officielles en médecine légale n'étaient offertes au Canada. C'est toujours le cas aujourd'hui. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) n'offre pas encore de formation spécialisée ni d'accréditation en médecine légale. À l'inverse, les États-Unis et le Royaume-Uni proposent des examens spécialisés dans ce domaine depuis les années 1960.

En l'absence de programmes d'études supérieures bien définis, les pathologistes qui exercent la médecine légale au Canada sont traditionnellement autodidactes ou ont appris par le biais de réseaux de formation officieux. Un petit nombre a acquis des compétences en dehors du Canada. Les pathologistes qui ont pratiqué des autopsies pour le BCCO dans les années 1980 et 1990 étaient peu nombreux à avoir reçu une formation officielle ou à posséder une accréditation en médecine légale. Ceux qui constituaient l'exception avaient reçu une formation et une accréditation officielles aux États-Unis ou au Royaume-Uni.

En effet, dans les années 1980 et 1990, l'opinion répandue au Canada était que les pathologistes pédiatres étaient les mieux placés pour pratiquer des autopsies sur des nourrissons et des enfants. En conséquence, une expertise en pathologie

pédiatrique avait plus de poids qu'une formation et que des compétences en médecine légale.

Le D<sup>r</sup> Smith a obtenu son diplôme à la faculté de médecine de l'Université de Saskatchewan en 1975. Il a ensuite passé les deux premières années de sa résidence en anatomie pathologique à cet endroit, avant de faire ses deux dernières années à l'Université de Toronto. Il a passé sa quatrième et dernière année à l'Hospital for Sick Children (SickKids), en pathologie pédiatrique. Pendant sa résidence, il a pratiqué quelques autopsies en vertu de mandats du coroner. Toutefois, aucune ne touchait de cas de mort suspecte. Une fois sa résidence en anatomie pathologique achevée, le D<sup>r</sup> Smith est demeuré au SickKids de juillet 1980 à juillet 1981 pour y poursuivre sa formation en tant que stagiaire en pathologie pédiatrique. Pendant son année de stage, il a pratiqué quelques autopsies, mais, une fois encore, aucune d'elles ne concernait de cas de mort suspecte.

En novembre et en décembre 1980, le D<sup>r</sup> Smith a réussi les examens en anatomie pathologique offerts respectivement par l'American Board of Medical Specialties (American Board) et le Collège royal et a reçu son accréditation dans ce domaine. À cette époque, aucun examen en pathologie pédiatrique, une sous-spécialité, n'était offert aux États-Unis ou au Canada. Cependant, 19 ans plus tard, la situation avait changé aux États-Unis et, en 1999, le D<sup>r</sup> Smith a réussi l'examen proposé par l'American Board et a également été accrédité en pathologie pédiatrique.

En 1981, après avoir terminé son stage, le D<sup>r</sup> Smith a commencé à travailler à temps plein au SickKids. Il n'avait aucune formation en médecine légale et très peu d'expérience des cas suspects et des enquêtes sur les morts. Cependant, son grand intérêt pour les autopsies l'a amené à en pratiquer plus que ses collègues pathologistes du SickKids, qui s'intéressaient plus à la pathologie clinique. Dans les années 1990, la majeure partie des autopsies qu'il a pratiquées étaient de nature médicolégale, c'est-à-dire pratiquées en vertu de mandats du coroner.

Même si son travail s'orientait de plus en plus vers la médecine légale, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas suivi de formation dans ce domaine. Sa formation continue en médecine, qui consistait à participer à des conférences et à consulter la documentation disponible, se concentrait principalement sur la pathologie pédiatrique. Il nous a dit qu'à cette époque, il ne considérait pas la médecine légale comme une discipline distincte qui aurait pu contribuer à son travail. Il n'a reçu aucune formation sur l'identification de lésions ou le rôle approprié du médecin légiste dans le système de justice pénale. Il ne travaillait avec aucun médecin légiste accrédité et n'a jamais pensé qu'il pourrait être bénéfique d'acquérir des connaissances en médecine légale. Le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que « cette idée ne m'a jamais effleuré

l'esprit et vraiment personne ne l'a suggéré... ». Il a plutôt acquis ses connaissances limitées en médecine légale sur le tas.

Cependant, avec le temps, la réputation du D<sup>r</sup> Smith s'est renforcée. Dans le milieu des années 1980, il a commencé à donner des conférences sur la médecine pédiatrique légale et plus particulièrement sur des sujets liés au système de justice pénale. Dans les années 1990, il donnait des conférences sur le sujet au procureur de la Couronne ainsi qu'à des agents de police et participait régulièrement à des programmes de formation offerts aux coroners. Il est clair qu'il est devenu un interlocuteur efficace devant ce public. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que ces conférences l'aidaient à bâtir son expérience et à prendre de l'assurance, tant en pathologie pédiatrique qu'en médecine légale. Toutefois, sa réputation grandissante semble s'être fondée bien plus sur ces conférences que sur son travail dans des cas de mort suspecte. Elle ne reposait certainement pas sur une formation officielle en médecine légale.

## **L'expérience du D<sup>r</sup> Smith**

En 1992, comme nous l'avons mentionné précédemment, le BCCO et le SickKids ont convenu que le D<sup>r</sup> Smith devrait être le premier directeur de l'UOMLP. Les témoignages entendus par la Commission laissent entendre que le BCCO et le SickKids n'ont pas choisi le D<sup>r</sup> Smith en fonction de son expertise en médecine légale. Il n'avait que très peu d'expérience des cas de morts suspectes d'enfants, qui constituent souvent les cas les plus complexes en médecine pédiatrique légale. À ce stade de sa carrière, et selon ses propres estimations, il n'avait eu affaire qu'à 10 ou 15 de ces cas. Bon nombre d'entre eux ne l'ont pas appelé à témoigner – un autre aspect de la médecine légale à l'égard duquel il n'avait reçu aucune formation. Comme le D<sup>r</sup> James Phillips, pathologiste en chef du SickKids qui a officiellement nommé le D<sup>r</sup> Smith au poste de directeur, n'était pas médecin légiste, il n'était pas en position d'évaluer la formation, les compétences ou l'expertise médicolégales du D<sup>r</sup> Smith. Le BCCO souhaitait trouver un spécialiste en médecine pédiatrique légale et semble avoir été influencé davantage par la réputation et l'intérêt du D<sup>r</sup> Smith qu'inquiété par son manque de formation. Il est tout aussi important de souligner que le D<sup>r</sup> Smith était le seul pathologiste du SickKids qui avait le temps et le désir d'accepter cette fonction. Il a occupé un poste vacant dont personne d'autre ne voulait.

En tant que directeur de l'UOMLP et avec le soutien actif du BCCO, le D<sup>r</sup> Smith est rapidement devenu le pathologiste de référence en matière de violence faite aux enfants et d'affaires d'homicides en Ontario. Il avait un titre impressionnant, une réputation grandissante et a été assez rapidement considéré

comme la personne faisant autorité en médecine pédiatrique légale. C'est aussi comme cela que le D<sup>r</sup> Smith se présentait. Par exemple, lorsqu'il a témoigné en septembre 1994 dans l'affaire Valin, il a déclaré devant le tribunal qu'en tant que directeur de l'UOMLP, une unité « unique » au Canada et même en Amérique du Nord, il pratiquait probablement plus d'autopsies judiciaires sur des enfants que n'importe qui d'autre au pays. Dans le cadre de l'affaire Sharon, il a déclaré au tribunal, en avril 1998, qu'étant donné sa longue expérience des cas pédiatriques, il était plus qualifié qu'un pathologiste ayant une formation de médecin légiste, dont l'expérience aurait principalement porté sur les adultes, pour évaluer les plaies perforantes chez un enfant.

Nous savons maintenant, et le D<sup>r</sup> Smith l'a lui-même reconnu, qu'il était autodidacte et que sa formation en médecine légale était « minimale » et « cruellement inappropriée ». Il ne possédait simplement pas les compétences professionnelles spécialisées nécessaires à ce travail. Il a admis que son manque de formation et d'expertise a beaucoup contribué aux erreurs qu'il a commises. Ce problème était particulièrement vrai en ce qui a trait aux cas de morts suspectes d'enfants, surtout les plus complexes qui nécessitaient, par exemple, l'identification d'une blessure ou l'établissement du moment où cette blessure a été infligée. Trois affaires – Valin, Sharon et Jenna – illustrent de manière frappante les conséquences tragiques des erreurs médico-légales de base qu'il a commises.

## **Conséquences dans les affaires Valin, Sharon et Jenna<sup>1</sup>**

Dans l'affaire Valin, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas pratiqué l'autopsie, mais a été consulté pour fournir une seconde opinion en août 1993 et a témoigné devant le tribunal en septembre 1994. Le D<sup>r</sup> Smith, ne comprenant pas que les changements post mortem peuvent inclure des ecchymoses sur le cou et une dilatation de l'anus, a conclu à tort que Valin avait été victime d'agression sexuelle et était morte par strangulation manuelle. D'autres pathologistes ont avalisé son opinion, à divers degrés. Au moment où il a présenté son rapport de consultation et a témoigné au procès de l'oncle de Valin, William Mullins-Johnson, le D<sup>r</sup> Smith n'avait jamais participé auparavant à l'autopsie d'un enfant victime de violence sexuelle. Plusieurs années plus tard, les médecins légistes compétents qui ont examiné le cas, y compris ceux qui ont mené l'examen du coroner en chef, ont conclu que la cause de la mort de Valin était indéterminée et qu'il n'y avait aucune preuve de violence sexuelle. Les observations du D<sup>r</sup> Smith concernant « l'ulcération, la lacération et l'hémorragie de l'anus » étaient à juste titre attribuables à la dissection des

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



tissus ou à leur préparation aux fins d'examen microscopique. La dilatation de l'anus et la plupart des éléments que le D<sup>r</sup> Smith a décrits comme des ecchymoses sur le corps de Valin, représentaient des artéfacts post mortem, c'est-à-dire des événements survenus après la mort n'ayant aucune signification pathologique.

Les erreurs de base que le D<sup>r</sup> Smith a commises dans l'interprétation des résultats de l'autopsie témoignent de l'inadéquation de sa formation en médecine légale. Toutefois, il les a aggravées en refusant d'admettre les limites de sa propre expertise. Lorsque le pathologiste qui avait pratiqué l'autopsie lui a demandé son avis sur le dossier, le D<sup>r</sup> Smith ne possédait ni la formation ni l'expérience pour donner cette opinion. Il aurait dû reconnaître ses limites. Son manque de formation et d'expérience, ainsi que son refus de reconnaître son manque d'expérience, ont entraîné de graves conséquences. La Cour d'appel de l'Ontario a conclu que M. Mullins-Johnson avait été injustement condamné pour meurtre au premier degré et, pourtant, il avait passé plus de 12 ans en prison.

Dans l'affaire Sharon, le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie en juin 1997 et a conclu que la cause de la mort était une perte sanguine attribuable à de multiples coups de couteau. Il a déclaré lors de l'enquête préliminaire que les blessures correspondaient à des plaies causées par des ciseaux. Il avait tort. Les coups de couteau que le D<sup>r</sup> Smith a observés lors de l'autopsie étaient en fait des morsures de chien. Toutefois, lorsqu'il a pratiqué l'autopsie, il n'avait pratiquement aucune formation ou expérience reliée aux coups de couteau ou aux morsures de chien. Son inexpérience en matière d'interprétation de blessures a entraîné ce grave diagnostic erroné. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Christopher Milroy, pathologiste formé et accrédité en médecine légale et possédant de l'expérience dans ce domaine, a souligné plusieurs erreurs fondamentales dans l'interprétation que le D<sup>r</sup> Smith a faite des blessures de Sharon.

Premièrement, le D<sup>r</sup> Smith a mal interprété les bords des plaies, qui présentaient une érosion et une contusion importantes. Selon le D<sup>r</sup> Milroy, cet état indiquait que les plaies n'avaient pas été causées par une arme pointue pénétrante, comme des ciseaux ou un couteau. En réalité, contrairement à ce qu'avait déclaré le D<sup>r</sup> Smith dans son témoignage lors de l'enquête préliminaire, l'apparence des lésions ne correspondait pas à des coups de couteau.

Deuxièmement, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas vu qu'il y avait une marque de morsure de chien sur certaines des blessures et sur le crâne. Lors de l'enquête préliminaire, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que les blessures de Sharon et les marques qu'elle avait sur le crâne ne correspondaient à aucune marque de dents de chien. Selon le D<sup>r</sup> Milroy, le D<sup>r</sup> Smith avait doublement tort. Sur au moins l'une des photographies, la blessure présentait une érosion dont le motif évoquait grandement la courbe des dents d'un chien. De plus, sur le crâne de Sharon, il y avait une

zone presque circulaire de fractures pénétrantes alignées, une caractéristique des marques de morsure animale.

Troisièmement, le D<sup>r</sup> Smith a mal interprété une blessure au cuir chevelu de Sharon, qui avait été arraché en partie lors de l'attaque. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré lors de l'enquête préliminaire que le cuir chevelu semblait avoir été « coupé ou incisé » et écrasé et déchiré, ce qui constituait un indice d'utilisation de ciseaux. Cependant, le D<sup>r</sup> Milroy a conclu que les bords de la plaie au cuir chevelu correspondaient à une lacération, ce qui suggérait qu'il avait été déchiré ou arraché et non coupé.

Quatrièmement, le D<sup>r</sup> Smith a mal interprété la forme des plaies. Il a déclaré lors de l'enquête préliminaire que certaines d'entre elles présentaient une marque double et que d'autres présentaient deux marques. Selon lui, ces deux caractéristiques indiquaient l'utilisation de ciseaux. Le D<sup>r</sup> Milroy nous a dit que l'on ne pouvait pas affirmer avec certitude que certaines des plaies présentaient des marques doubles. Quoi qu'il en soit, les ciseaux sont munis de deux lames dont les bords extérieurs sont arrondis. Par conséquent, en cas de blessure pénétrante causée par des ciseaux, on observerait deux bords arrondis dans la plaie et non deux bords affûtés.

Cinquièmement, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas tenu compte du fait que la répartition des blessures sur le corps de Sharon indiquait fortement une attaque de chien plutôt que des coups de couteau. La plupart des plaies de Sharon se situaient aux bras et au cou, et très peu au tronc. Selon le D<sup>r</sup> Milroy, un chien aurait tendance à saisir le cou et les bras dans ses mâchoires plutôt que le tronc, celui-ci étant plus difficile à saisir. À l'inverse, lors d'une attaque au couteau, on vise habituellement le tronc et on remarque généralement des blessures défensives sur les mains et les avant-bras puisque la victime tente de se protéger de son agresseur. Les plaies sur les bras de Sharon n'étaient pas des blessures défensives. L'absence relative de blessures sur le tronc de Sharon et de blessures défensives constituait une preuve évidente que Sharon n'avait pas été poignardée.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a souligné dans ses observations finales que d'autres experts, dont le D<sup>r</sup> Robert Wood, odontologiste légiste, avaient également mal interprété les blessures de Sharon. Cela est vrai, mais n'excuse pas les erreurs du D<sup>r</sup> Smith dans cette affaire. Le D<sup>r</sup> Smith a exprimé l'opinion que les blessures de Sharon étaient dues à des coups de couteau plusieurs mois avant que le procureur de la Couronne ne consulte le D<sup>r</sup> Wood. En réalité, chacune des erreurs relevées ci-dessus a contribué au diagnostic erroné qu'a porté le D<sup>r</sup> Smith dans ce cas. S'il avait bien interprété les blessures, il n'en serait pas arrivé à la conclusion qu'il a tirée, sans égard à l'opinion du D<sup>r</sup> Wood. Selon moi, s'il avait eu la formation appropriée en médecine légale, il n'aurait probablement pas commis de telles erreurs de base.

Dans l'affaire Jenna, l'erreur du D<sup>r</sup> Smith ne portait pas sur la cause de la mort. Cette fois-ci, il s'est trompé dans l'interprétation de l'heure à laquelle Jenna a subi ses multiples blessures abdominales. Les cas concernant l'heure à laquelle des blessures mortelles ont été infligées sont extrêmement complexes et nécessitent des connaissances approfondies en médecine légale. Il est évident à l'examen des faits de l'affaire Jenna que le D<sup>r</sup> Smith manquait de formation et d'expérience pour s'acquitter d'une tâche si difficile.

Le corps réagissant aux blessures avec le temps, le médecin légiste peut contribuer à déterminer le moment où un enfant a subi une blessure en examinant l'évolution du processus de cicatrisation de la blessure au moment de la mort. Par exemple, une fois qu'une blessure est infligée, les cellules inflammatoires se précipitent dans les tissus pour réparer les dommages. Ce processus s'arrête lorsque la personne meurt. Le niveau d'inflammation des tissus aide donc le médecin légiste à évaluer combien de temps avant la mort les dommages ont été subis.

Le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie sur le corps de Jenna en janvier 1997 et a conclu avec justesse que celle-ci avait été victime de plusieurs blessures abdominales. Toutefois, il a commis une erreur dans son dernier diagnostic se rapportant à l'heure à laquelle Jenna avait été blessée. Cette erreur a été importante parce que ce délai constituait un élément crucial de l'enquête sur la mort, étant donné que le fait de déterminer l'heure à laquelle les blessures ont été infligées pouvait exclure l'un ou l'autre des deux suspects. Jenna était sous la garde de sa mère, Brenda Waudby, avant 17 h le soir de sa mort, et ensuite avec son gardien.

Pendant la durée de son intervention, le D<sup>r</sup> Smith a donné plusieurs avis différents concernant l'heure à laquelle Jenna avait été blessée, ce qui ajoute une dimension aux problèmes qu'il a causés dans cette affaire. D'abord, après l'autopsie, il a déclaré à la police qu'il n'y avait pas de preuve laissant supposer que les blessures au duodénum, au pancréas et au foie avaient commencé à cicatriser, ce qui indiquait qu'elles avaient été infligées quelques heures avant la mort. Cela laissait entendre que Jenna a été mortellement blessée pendant qu'elle était avec son gardien.

Pendant, le D<sup>r</sup> Smith semble avoir ensuite changé d'avis. Un mois après l'autopsie, en février 1997, il a informé les représentants du BCCO et la police que, bien qu'il ne puisse déterminer l'heure précise à laquelle Jenna avait été mortellement blessée, toutes les blessures lui avaient été infligées au cours des 24 heures précédant la mort. La police a compris que l'information fournie par le D<sup>r</sup> Smith signifiait que les blessures mortelles de Jenna lui avaient été infligées environ 24 heures avant sa mort. Comme M<sup>me</sup> Waudby était seule à garder sa fille durant cette période, la police l'a accusée de meurtre au deuxième degré.

En octobre 1998, le D<sup>r</sup> Smith a témoigné dans le cadre de l'enquête préliminaire concernant cette affaire. Son témoignage sur l'heure des blessures ne peut être qualifié que d'extrêmement confus. On pouvait l'interpréter comme voulant dire que le processus de cicatrisation des blessures à l'abdomen de Jenna laissait supposer que celles-ci avaient été infligées à des moments différents. Toutefois, malgré toute la confusion et les incohérences apparentes concernant l'heure à laquelle les blessures avaient été infligées, le D<sup>r</sup> Smith a semblé parvenir à une conclusion finale en supposant que toutes les blessures abdominales de Jenna avaient été infligées au même moment, c'est-à-dire 24 ou 28 heures avant sa mort. M<sup>me</sup> Waudby avait la garde de sa fille à ce moment-là. Le juge de l'enquête préliminaire a donc renvoyé M<sup>me</sup> Waudby à son procès sous une accusation de meurtre au deuxième degré.

Après l'enquête préliminaire, le D<sup>r</sup> Smith a semblé changer de nouveau d'avis en raison d'opinions divergentes. La défense a fait appel à un clinicien, le D<sup>r</sup> Sigmund Ein, un chirurgien de la division de chirurgie générale du SickKids, afin qu'il évalue l'heure à laquelle Jenna avait été mortellement blessée. En décembre 1998, le D<sup>r</sup> Ein s'est entretenu avec le D<sup>r</sup> Smith à ce sujet. Ils étaient tous les deux d'avis que les blessures mortelles avaient été infligées dans la soirée précédant la mort de Jenna, ce qui allait clairement à l'encontre du témoignage présenté par le D<sup>r</sup> Smith lors de l'enquête préliminaire. Puis, en avril 1999, au cours d'une réunion avec le D<sup>r</sup> Ein, le procureur de la Couronne et la police, le D<sup>r</sup> Smith a de nouveau appuyé l'avis du D<sup>r</sup> Ein selon lequel Jenna avait été mortellement blessée après 17 h le soir de sa mort. Jenna n'était pas sous la garde de M<sup>me</sup> Waudby à ce moment-là. Ces opinions pointaient désormais vers le gardien de Jenna comme auteur potentiel du meurtre.

Cependant, lors de la réunion d'avril 1999, le D<sup>r</sup> Smith et les autres experts ont remarqué qu'il y avait également des fractures des côtes en voie de guérison, qui étaient survenues avant l'intervalle temporel désigné comme « postérieur à 17 h », vraisemblablement quelques jours avant la mort. Bien qu'elles n'aient pas causé la mort de Jenna, elles pouvaient permettre de déterminer si Jenna avait déjà été victime de violence.

En juin 1999, la Couronne a retiré l'accusation de meurtre au deuxième degré portée contre M<sup>me</sup> Waudby. Avant ce retrait, toutefois, M<sup>me</sup> Waudby avait plaidé coupable à une accusation de violence à l'endroit d'un enfant en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille, L.R.O. 1990, chap. C.11*, concernant un incident survenu dans les trois semaines précédant la mort de Jenna. Les fractures des côtes en voie de guérison qui, selon les experts, étaient antérieures aux blessures mortelles de Jenna, ont servi de preuve pathologique appuyant son plaidoyer. En d'autres termes, selon la base factuelle sur laquelle

repose le plaidoyer, même si M<sup>me</sup> Waudby n'était pas responsable des coups mortels, elle avait maltraité Jenna par le passé.

Depuis, le cas a été examiné par le D<sup>r</sup> Milroy et le D<sup>r</sup> Michael Pollanen, médecin légiste en chef. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Milroy a déclaré que les preuves pathologiques indiquaient que les blessures mortelles à l'abdomen semblaient dater de moins de six heures. Elles ne présentaient pas d'inflammation, ce qui laissait supposer qu'elles avaient été infligées récemment et que le processus de guérison n'avait pas encore commencé. De plus, le fait que Jenna semblait bien aller lorsque M<sup>me</sup> Waudby l'a confiée à son gardien à 17 h étayait cette conclusion. Si Jenna avait déjà été blessée à ce moment-là, sa douleur aurait été visible. Le D<sup>r</sup> Pollanen a également remarqué, après avoir examiné les éléments histologiques, qu'aucune des fractures des côtes observées par le D<sup>r</sup> Smith lors de l'autopsie n'était en voie de guérison. En réalité, elles étaient survenues soit au moment de la mort, soit peu avant. En conséquence, les preuves pathologiques qui, avec le plaidoyer de M<sup>me</sup> Waudby, étayaient l'accusation de violence à un enfant ne pouvaient pas non plus être confirmées lors de l'examen.

Selon les médecins légistes experts qui ont examiné le cas, il n'y avait en fait aucune preuve pathologique appuyant l'opinion qu'a exprimée le D<sup>r</sup> Smith lors de l'enquête préliminaire selon laquelle les blessures mortelles de Jenna auraient pu lui être infligées de 24 à 28 heures avant sa mort. Bien qu'on ait relevé une blessure plus ancienne au foie qui aurait pu avoir été infligée jusqu'à plusieurs jours avant la mort de Jenna, cette lésion n'est pas la principale cause de la mort. Selon le D<sup>r</sup> Pollanen, le D<sup>r</sup> Smith a commis une erreur en regroupant les blessures abdominales et en concluant qu'elles étaient toutes survenues au cours de la même période. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas observé que les incohérences temporelles apparentes laissaient entendre que les blessures avaient été infligées à deux moments distincts.

Le diagnostic erroné du D<sup>r</sup> Smith concernant l'heure des événements dans l'affaire Jenna a eu de lourdes conséquences en ce qui a trait aux instances criminelles et de protection de l'enfance. L'accusation criminelle portée contre M<sup>me</sup> Waudby reposait principalement sur l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Dès qu'il a été clair que l'avis du D<sup>r</sup> Smith impliquant M<sup>me</sup> Waudby était erroné et que cette dernière n'avait pas la garde de Jenna au moment où la fillette a été mortellement blessée, la Couronne a retiré à juste titre l'accusation de meurtre au deuxième degré.

Devant la Commission, on a demandé au D<sup>r</sup> Smith d'expliquer ses différents points de vue concernant l'heure à laquelle les blessures avaient été infligées. Il a déclaré qu'après l'autopsie, lorsqu'il a informé la police que les blessures ne remontaient qu'à quelques heures, il n'avait pas encore examiné les plaies au

microscope. Après avoir revu les éléments histologiques, il a tiré la conclusion que la blessure au foie de Jenna présentait un processus de guérison plus avancé, laissant entendre qu'elle avait été infligée dans un intervalle de 24 à 48 heures avant la mort. Il a déclaré n'avoir jamais pensé que les blessures mortelles avaient toutes été infligées de 24 à 48 heures plus tôt, mais a toujours reconnu, en fonction du processus de guérison observé au microscope, que certaines des blessures étaient beaucoup plus récentes que cela. Pourtant, selon lui, son opinion quant à l'intervalle de temps durant lequel les blessures mortelles avaient été infligées devait tenir compte de la blessure plus ancienne au foie, puisqu'elle aurait pu contribuer à la mort de Jenna. En conséquence, il a allongé cet intervalle dans les réunions qui ont suivi et dans son témoignage à l'enquête préliminaire. En fait, il a déclaré devant moi qu'il croyait toujours qu'il était possible que l'ancienne blessure au foie ait contribué à la mort de Jenna et qu'il désapprouvait donc l'opinion du D<sup>r</sup> Milroy selon laquelle Jenna était morte au maximum six heures après avoir été mortellement blessée.

Cependant, il est évident que le D<sup>r</sup> Smith approuvait l'avis formulé par le D<sup>r</sup> Ein en décembre 1998 et en avril 1999 selon lequel Jenna était morte au maximum six heures après avoir subi ses blessures. Lors de l'enquête, le D<sup>r</sup> Smith a tenté d'expliquer cette contradiction. Il a déclaré que l'avis du D<sup>r</sup> Ein reposait sur des renseignements cliniques, tels que le comportement de Jenna, que lui, le D<sup>r</sup> Smith, n'avait aucune raison de remettre en question. Toutefois, il avait fondé son opinion sur des éléments pathologiques, y compris l'analyse microscopique du foie, avec lesquels, selon lui, le D<sup>r</sup> Ein ne serait pas familier. Bien qu'il fût d'avis que les preuves pathologiques étayaient son opinion, il n'a pas contesté les preuves cliniques et n'a donc pas désapprouvé l'opinion du D<sup>r</sup> Ein lors des réunions de 1998 et de 1999.

Les cas pour lesquels il faut déterminer l'heure à laquelle des blessures multiples ont été infligées, comme celui de Jenna, figurent parmi les plus complexes que les médecins légistes aient à traiter. La difficulté que le D<sup>r</sup> Smith a rencontrée au moment de déterminer l'heure à laquelle Jenna avait subi ses blessures abdominales était donc compréhensible. J'accepte également le fait que, dans des cas où il est question de blessures multiples, le pathologiste n'attribue pas la mort de l'enfant à une blessure spécifique, mais considère plutôt que toutes les blessures, ou plusieurs d'entre elles, sont des facteurs ayant pu y contribuer. Cependant, je n'accepte pas l'explication du D<sup>r</sup> Smith quant à ses opinions contradictoires. J'ai examiné la transcription de son témoignage lors de l'enquête préliminaire. Il n'a jamais mentionné que la blessure au foie avait vraisemblablement été infligée à un moment différent des autres blessures. En réalité, il a affirmé le contraire. De plus, il a accordé plus de poids à cette blessure qu'aux autres au moment de

tirer une conclusion quant à l'heure à laquelle les blessures mortelles avaient été infligées.

De plus, rien n'indique que le D<sup>r</sup> Smith, en décembre 1998 et en avril 1999, a tout fait sauf appuyer l'avis du D<sup>r</sup> Ein selon lequel les blessures remontaient à seulement quelques heures avant la mort de Jenna. Si le D<sup>r</sup> Smith était d'avis, à la même époque, que la blessure au foie, plus ancienne, avait contribué à la mort de Jenna, je ne comprends pas pourquoi il aurait gardé cette opinion pour lui. Quoi qu'il en soit, s'il l'avait pensé, il aurait certainement dû l'indiquer clairement à la police, à la Couronne et au tribunal.

Je suis plutôt d'accord avec le point de vue du D<sup>r</sup> Pollanen concernant l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Sa principale erreur a été de supposer que toutes les blessures avaient été infligées au cours de la même période. En admettant qu'il y avait quelques incohérences quant à l'heure à laquelle les blessures avaient été infligées, le D<sup>r</sup> Smith aurait dû remettre en question son hypothèse de base (les blessures avaient été infligées au même moment) plutôt que d'essayer d'ajuster ces incohérences à un intervalle temporel. Si le D<sup>r</sup> Smith avait quelque peu approfondi son analyse, il aurait constaté que les preuves pathologiques appuyaient l'avis selon lequel Jenna avait en réalité été blessée à deux occasions. Le manque de connaissances du D<sup>r</sup> Smith pour déterminer l'heure à laquelle des blessures mortelles ont été infligées l'a conduit à commettre une grave erreur concernant l'heure à laquelle Jenna a été blessée.

Je retiens deux leçons principales de ces affaires. D'abord, le D<sup>r</sup> Smith manquait de connaissances en médecine légale. Il est vrai que peu de pathologistes étaient formés en médecine légale et que, dans plusieurs de ces cas, d'autres médecins ont commis les mêmes erreurs que lui. Il est évident, cependant, que de nombreux pathologistes sans formation appropriée en médecine légale évitaient complètement les cas de mort suspecte ou s'assuraient d'obtenir l'aide nécessaire de ceux qui avaient les connaissances requises en médecine légale. Aucun autre pathologiste ne s'est lancé sans formation dans le domaine difficile de la médecine pédiatrique légale comme l'a fait le D<sup>r</sup> Smith. En outre, ce dernier avait tendance à travailler seul. Il n'a pas d'emblée consulté ses collègues ou demandé conseil à ces derniers à propos de ses cas difficiles. Au fil du temps, comme nous l'avons vu, cette attitude a eu des conséquences inacceptables dans plusieurs cas.

Ensuite, lorsque le D<sup>r</sup> Smith dit aujourd'hui qu'il n'était pas conscient de ce qu'il ne savait pas ni des conséquences négatives de son manque de connaissance sur la validité de son travail, il a enfreint une règle fondamentale de l'expertise scientifique, surtout lorsque celle-ci est mise à contribution par le système de justice. L'expert doit connaître les limites de son expertise, ne pas les dépasser et ne pas les amplifier devant le tribunal. Le D<sup>r</sup> Smith a ignoré cette règle fondamentale.

Il est essentiel, pour que le système de médecine légale fonctionne correctement, que les cas de morts suspectes d'enfants soient traités par des pathologistes possédant la formation et l'expérience nécessaires en médecine légale. De plus, comme tous les experts, ils doivent connaître les limites de leurs connaissances et les respecter.

## L'AUTOPSIE

Nombre des pratiques de pathologie adoptées par le D<sup>r</sup> Smith témoignent des défaillances systémiques potentielles et avérées relatives à l'exercice de la médecine pédiatrique légale de 1981 à 2001. Le D<sup>r</sup> Smith ne se rendait presque jamais sur les lieux de la mort. Il ne s'assurait pas toujours d'être en possession de tous les renseignements médicaux pertinents avant de pratiquer une autopsie. Il faisait preuve de négligence et d'irrégularité dans sa façon de documenter les renseignements qu'il recevait. Il manquait de discernement en acceptant des renseignements relatifs aux antécédents sociaux des personnes supposément impliquées dans la mort et en ayant l'air de s'appuyer sur ces renseignements. Ses rapports étaient, en règle générale, une simple énumération des constatations effectuées lors de l'autopsie, et aucun raisonnement ou ouvrage de référence n'étayait ses conclusions afin de les relier aux faits de façon convaincante. Enfin, il présentait souvent ses rapports avec beaucoup de retard.

Ces pratiques avaient des répercussions importantes tant sur son travail que sur l'utilité de celui-ci pour le système de justice pénale. Les autopsies étaient pratiquées sans les renseignements pertinents nécessaires, mais comportaient des renseignements inutiles qui entraînaient des conclusions scientifiques faussées par des considérations non scientifiques. Des rapports d'autopsie présentés en retard avançant des conclusions imprécises étaient, au mieux, de peu d'utilité pour le système de justice pénale et, au pire, trompeurs. Dans l'ensemble, ces pratiques entravaient la possibilité de faire examiner de façon indépendante le travail du D<sup>r</sup> Smith, ce qui est essentiel à une pratique saine.

Le D<sup>r</sup> Smith déclare aujourd'hui qu'en suivant ces pratiques, il faisait simplement ce que faisaient habituellement les pathologistes à cette époque. Sur la base des témoignages que j'ai entendus, je peux concevoir qu'il y avait d'autres pathologistes qui faisaient la même chose que lui. Bien que je ne puisse me prononcer sur l'étendue de ces pratiques, elles font état de graves défaillances systémiques<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Toutefois, il est évident que les pathologistes visitaient rarement les lieux de la mort et que les rapports d'autopsie ne comprenaient généralement rien de plus que les conclusions des pathologistes et leur diagnostic quant à la cause de la mort. J'aborde ces pratiques plus en détail ci-après.



En raison des difficultés qu'elles ont engendrées, il est nécessaire de s'y attaquer si l'on souhaite regagner la confiance du public.

## **Obtenir des renseignements**

Il est essentiel que le pathologiste obtienne tous les renseignements pertinents et qu'il en tienne compte lorsqu'il pratique une autopsie. Cela augmentera les probabilités de pratiquer une autopsie exhaustive et de formuler une opinion exacte sur la cause de la mort. Le pathologiste doit également consigner les renseignements reçus et conserver des copies de ces dossiers. Cela est important pour permettre l'évaluation de l'autopsie par un tiers.

Les médecins légistes ne peuvent pas et ne devraient pas pratiquer d'autopsie en vase clos. Ils ont besoin d'avoir le plus de renseignements possible avant d'entrer dans la salle d'autopsie. Avant de débiter, ils peuvent avoir recours à un large éventail de sources afin d'obtenir des renseignements concernant une affaire. Parmi ces sources figurent le mandat d'autopsie, le coroner, la police, une visite des lieux, le médecin traitant et les dossiers médicaux. Ces renseignements peuvent être importants pour deux raisons. Premièrement, ils peuvent guider le pathologiste durant l'autopsie. Par exemple, les dossiers médicaux peuvent inciter un pathologiste à prélever un échantillon et à faire des tests afin de déceler certaines maladies ou certains états naturels. La consultation du médecin traitant d'un enfant pourrait mettre en évidence la nécessité d'effectuer d'autres examens. Ensuite, les renseignements peuvent aider le pathologiste à interpréter correctement les conclusions tirées durant l'autopsie. Par exemple, les dossiers médicaux pourraient indiquer la démarche qu'a suivie l'urgentologue pour réanimer l'enfant et faire en sorte que le pathologiste n'interprète pas de façon erronée les changements causés par ces efforts. De la même façon, les renseignements fournis par le coroner ou la police pourraient conduire le pathologiste à attribuer la mort à d'autres causes potentielles.

### ***Obtenir des renseignements pertinents***

Dans les années 1980 et 1990, il n'existait pas de système officiel permettant de s'assurer que le médecin légiste obtenait tous les renseignements pertinents concernant un cas. À cette époque, les mandats d'autopsie des coroners fournissaient en règle générale peu de renseignements et de détails. Les coroners ne communiquaient pas toujours avec le médecin légiste avant l'autopsie afin de compléter les renseignements contenus dans le mandat. C'était plutôt l'agent d'identité judiciaire qui assistait à l'autopsie qui fournissait aux pathologistes les renseignements concernant un cas. Ce manque de communication réduisait les

sources d'information dont disposait le pathologiste. De plus, dans certains cas, la police obtenait, après l'autopsie, des renseignements supplémentaires très importants permettant de formuler des opinions médico-légales, mais ne les communiquait pas au pathologiste.

Ce dernier est très dépendant des autres pour recueillir et fournir des renseignements pertinents. Par exemple, le pathologiste n'a pas les pouvoirs nécessaires pour obtenir des renseignements directement de l'hôpital ou du médecin de famille de l'enfant. En vertu du paragraphe 16 (2) de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, seul le coroner a ce pouvoir. Le pathologiste peut demander des renseignements supplémentaires au coroner, mais seulement s'il pose des questions précises.

En ne réussissant pas à obtenir les renseignements nécessaires dans une affaire ou à prendre les mesures qui s'imposent en fonction de ceux-ci, le pathologiste peut omettre d'effectuer des examens essentiels ou mal interpréter la signification d'un élément particulier. De telles erreurs augmentent le risque de mauvais diagnostic, comme cela a clairement été le cas dans les affaires Amber et Jenna.

Amber était sous la responsabilité de sa gardienne lorsqu'elle a subi son traumatisme crânien. La gardienne a déclaré qu'Amber était tombée. Avant que la fillette ne meure, elle a été transportée au SickKids, où un radiologue pédiatre a consulté les résultats de son examen de tomographie axiale et un neurochirurgien pédiatre a pratiqué une craniotomie et éliminé un hématome sous-dural. Un médecin de l'équipe SCAN est également intervenu. Cependant, avant de pratiquer l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith n'a consulté ni le radiologue pédiatre ni le neurochirurgien. Il a conclu qu'Amber était morte d'un traumatisme crânien causé après avoir été secouée par sa gardienne.

Dans les motifs du jugement invoqués pour acquitter la gardienne d'Amber de l'accusation d'homicide involontaire, le juge Patrick Dunn a rejeté l'avis du D<sup>r</sup> Smith selon lequel la cause de la mort était le syndrome du bébé secoué et a critiqué le médecin pour ne pas avoir consulté les médecins traitants. Le juge Dunn a écrit que si le D<sup>r</sup> Smith avait consulté le radiologue et le neurochirurgien, il aurait appris qu'aucun examen complet du squelette n'avait été pratiqué et que l'hématome sous-dural n'avait pas encore été analysé. Parce qu'il n'a pas consulté les médecins, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas ordonné d'examen complet du squelette ou d'analyse histologique du sang sous-dural, qui aurait pu faire la lumière sur la chute présumée. De plus, si le médecin de l'équipe SCAN avait été mieux informé sur cette chute et si elle avait fourni au D<sup>r</sup> Smith des renseignements plus détaillés, il aurait peut-être examiné de plus près certaines ecchymoses qu'il a considérées comme étant sans importance.

Je suis d'accord avec les critiques du juge Dunn. Le D<sup>r</sup> Smith a commis une

erreur en ne consultant pas les médecins concernés. Bien qu'il soit impossible de savoir si une telle consultation aurait influencé le diagnostic du D<sup>r</sup> Smith, un pathologiste devrait toujours s'efforcer de pratiquer une autopsie la plus approfondie possible. Le D<sup>r</sup> Smith ne l'a pas fait. Même s'il n'a pas eu la possibilité de s'entretenir avec les médecins avant l'autopsie, il aurait certainement dû le faire avant de terminer son rapport.

Dans l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas utilisé de trousse d'examen consécutif à une agression sexuelle ni n'a effectué de prélèvements sur les parties génitales pendant l'autopsie. Il a déclaré, devant la Commission, que sa méthode consistait à effectuer un prélèvement uniquement lorsqu'on le lui demandait officiellement et dans les cas où des preuves laissaient supposer qu'il pouvait y avoir eu agression sexuelle. À son avis, l'affaire Jenna ne présentait aucun de ces critères. Il a déclaré qu'aucun des renseignements qu'il avait reçus du coroner ou de la police n'indiquait une éventuelle agression sexuelle, que lui et le D<sup>r</sup> Dirk Huyer, le médecin de l'équipe SCAN, avaient examiné la région anogénitale de Jenna afin d'y relever des traces de violence sexuelle et que tous deux s'accordaient apparemment pour dire qu'il n'y en avait aucune. Le D<sup>r</sup> Smith avait tort. Les preuves indiquent qu'avant l'autopsie, il a reçu une copie du dossier des urgences de l'hôpital, dans lequel un médecin urgentiste précisait qu'il y avait de nombreuses ecchymoses, possiblement une distension rectale ainsi que des déchirures de la vulve, et qu'un poil avait été trouvé près des parties génitales de Jenna. Même si la police et le coroner auraient dû attirer son attention sur cette information, il incombait au D<sup>r</sup> Smith d'examiner avec soin tous les renseignements qui lui étaient fournis. Ceux-ci indiquaient que Jenna avait peut-être été agressée sexuellement.

En outre, il existait également des preuves physiques d'une possible agression sexuelle qui auraient dû influencer la façon dont le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie. Selon le D<sup>r</sup> Milroy, on pouvait voir des rougeurs sur les photos qui avaient été prises du vagin. De plus, le D<sup>r</sup> Smith a trouvé un poil près des parties génitales, ce qui aurait dû l'alerter sur la possibilité que Jenna pouvait avoir été victime de violence sexuelle. Selon moi, à la lumière de preuves laissant supposer qu'il y a eu une agression sexuelle, il est inexcusable que le D<sup>r</sup> Smith n'ait pas pratiqué un examen détaillé consécutif à une agression sexuelle, notamment des prélèvements sur les parties génitales ainsi qu'une dissection et un échantillonnage des tissus touchés.

### ***Se rendre sur les lieux***

Les lieux de la mort constituent une autre source d'information pour les pathologistes. Dans le cadre de cas de morts suspectes, les médecins légistes de certains territoires de compétence se rendent régulièrement sur les lieux de la mort (ou de l'incident qui l'a provoquée). Les experts qui ont témoigné devant la Commission

ont déclaré que cette visite pouvait être importante pour deux raisons. D'abord, le médecin légiste peut apporter rapidement son expertise à la police et s'assurer que les bons éléments de preuve sont recueillis de façon appropriée sur les lieux. Ensuite, et ce qui importe davantage, le fait de se rendre sur place peut fournir au pathologiste des renseignements auxquels il ne pourrait pas accéder autrement et qui l'aideront à analyser le cas. Selon les experts, de tels renseignements peuvent être précieux pour le pathologiste même si le corps de l'enfant ne se trouve plus sur les lieux à son arrivée.

Dans les années 1980 et 1990 en Ontario, les pathologistes ne se rendaient généralement pas sur les lieux de la mort. Lorsqu'ils le faisaient, c'était parce que le coroner-enquêteur et la police les y avaient invités. Dans la majeure partie de l'Ontario, cela se produisait peu fréquemment. L'exception était Hamilton, où, pendant un certain temps, les pathologistes se sont rendus régulièrement sur les lieux de la mort dans les cas de morts suspectes. Ces pathologistes ont déclaré devant la Commission que cette pratique leur avait été très précieuse.

Conformément à la pratique normale, le pathologiste ne s'est rendu sur les lieux de la mort dans aucune des affaires examinées par la Commission. Dans plusieurs cas, une visite des lieux aurait été utile. Les affaires Sharon et Joshua en constituent deux exemples. Le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie dans les deux cas. Personne ne lui a demandé de se rendre sur les lieux, et il ne l'a pas fait. Une visite des lieux de la mort dans l'affaire Sharon aurait pu l'aider à mieux évaluer les preuves qui appuyaient la théorie d'une possible attaque par un chien. De même, dans l'affaire Joshua, qui a été retrouvé sous un amas de couvertures par sa mère, une telle visite lui aurait fourni plus de preuves indiquant que l'environnement dans lequel Joshua dormait aurait pu causer sa mort.

À la lumière de la pratique dominante en Ontario dans les années 1980 et 1990, je ne blâme pas le D<sup>r</sup> Smith de ne pas s'être rendu sur les lieux dans les cas examinés par la Commission. Toutefois, comme nous le reconnaissons aujourd'hui, cette pratique constituait une défaillance systémique à cette époque.

### ***Ignorer les renseignements préjudiciables et superflus***

Comme je l'ai indiqué précédemment, il est essentiel que le médecin légiste reçoive tous les renseignements pertinents avant de pratiquer une autopsie et qu'il en tienne compte. De même, il est évident qu'il doit ignorer ceux qui sont préjudiciables et superflus. C'est le « B.A.-BA » de la science.

Souvent, le coroner et les agents de police ne savent pas de quels renseignements le pathologiste aura besoin. C'est pourquoi il semble exister un consensus entre les experts ayant témoigné devant la Commission selon lequel plus on fournit de renseignements au pathologiste, plus cela lui est utile.

Inévitablement, certains de ces renseignements n'aideront aucunement le pathologiste à exprimer une opinion médico-légale éclairée et objective. Le système de justice s'attend à ce que les médecins légistes écartent tous les renseignements superflus ou préjudiciables afin qu'ils ne les influencent pas au moment de poser leur diagnostic. Les conclusions médico-légales doivent reposer principalement sur les preuves de nature pathologique et non sur des renseignements historiques circonstanciels ou superflus.

Le pathologiste triera les renseignements selon son jugement. Il n'existe pas de liste de types de renseignements devant être automatiquement écartés par le pathologiste. Le D<sup>r</sup> Pollanen a expliqué que la meilleure façon d'éviter de se fier à des renseignements superflus est de mettre l'accent sur l'importance d'adopter des pratiques reposant sur des éléments probants. Comme cela sera expliqué en détail dans le volume 3, les preuves pertinentes pour formuler une opinion doivent être conservées et les renseignements superflus doivent être rejetés. Cette démarche est plus susceptible d'être appliquée si l'on demande aux pathologistes d'expliquer en quoi leurs opinions découlent d'éléments probants.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a nié avoir laissé des renseignements superflus ou préjudiciables influencer ses décisions dans des cas précis. Toutefois, il apparaît clairement qu'il a consigné des antécédents sociaux superflus dans ses rapports. Dans l'affaire Kenneth, par exemple, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué dans le rapport final d'autopsie du SickKids que le mari de la mère de Kenneth, qui n'était pas le père de ce dernier, était absent lorsque le corps de Kenneth a été découvert, car il était avec sa petite amie qui était en train d'accoucher. La raison de son absence n'a rien à voir sur le plan médico-légal, mais fait allusion à un jugement moral négatif. Dans l'affaire Tyrell, le D<sup>r</sup> Smith a précisé dans son rapport final d'autopsie que la mère de Tyrell l'avait laissé en Jamaïque lorsqu'il était jeune et que son père était incarcéré à cette époque pour avoir tué un tiers lors d'une fusillade. Dans l'affaire Joshua, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué dans son rapport final d'autopsie que la mère de Joshua était mariée, mais ne vivait pas officiellement avec son mari afin de continuer à bénéficier de l'aide sociale.

Aucun de ces renseignements n'est pertinent sur le plan médico-légal. Bien qu'il n'y ait rien de mal à ce que les médecins légistes consignent les antécédents sociaux qui leur sont communiqués, ils doivent rejeter ceux qui sont superflus et s'assurer que ceux-ci n'influencent pas leur jugement dans l'affaire. Si le D<sup>r</sup> Smith s'est appuyé sur ce type de renseignements, il n'aurait pas dû. Aucun des renseignements évoqués ci-dessus n'aurait dû apparaître dans un rapport final d'autopsie, car leur présence laisse supposer qu'ils ont pu, d'une certaine façon, influencer le raisonnement du D<sup>r</sup> Smith.

Dans l'affaire Jenna, il existe des preuves convaincantes indiquant que le

D<sup>r</sup> Smith s'est bel et bien appuyé sur ce type de renseignement superflu. Aux alentours du moment de l'autopsie, il a été informé que la mère de Jenna avait quitté la maison plusieurs heures avant la mort de sa fille, qu'elle était censée rentrer moins d'une heure après son départ, mais qu'elle était revenue bien plus tard. Le D<sup>r</sup> Smith a inclus cette information dans ses notes personnelles. Plusieurs années après l'autopsie, il a répété la même information à un évaluateur de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), et a déclaré que le vrai problème dans cette affaire était le fait que la mère de Jenna n'était rentrée à la maison que huit ou neuf heures après être sortie.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a expliqué qu'il considérait cette information comme étant importante parce qu'elle concernait une question essentielle à laquelle il aurait pu contribuer à répondre, à savoir si la mère de Jenna était la seule à avoir pu lui infliger ses blessures. Je rejette cette explication. Dans cette affaire, le travail du pathologiste était de déterminer l'heure à laquelle les blessures avaient été infligées en se fondant sur des preuves médico-légales. Que la mère rentre à la maison plus tard que prévu n'était d'absolument aucun intérêt pour s'acquitter de cette tâche. Le D<sup>r</sup> Smith n'aurait pas dû tenir compte de cet élément dans son analyse de l'affaire et encore moins lui accorder une importance centrale. Cela donne l'impression que le D<sup>r</sup> Smith a fondé son opinion en partie sur le fait qu'il trouvait que la mère de Jenna était irresponsable.

## **Consigner les renseignements**

Il est difficile de trop insister sur l'importance de la documentation écrite en médecine légale. Les dossiers écrits sont nécessaires à chaque étape du processus. Les pathologistes doivent noter tous les renseignements qui leur sont communiqués verbalement. Ils doivent noter ce qu'ils font, ce qu'ils observent et ce qu'ils recueillent durant l'autopsie. Ils doivent conserver ces notes et tout autre document découlant de l'autopsie de façon organisée et en lieu sûr. Leurs opinions doivent être remises par écrit et pas uniquement verbalement. Ces principes de base concernant la consignation des renseignements permettent de faire examiner le travail par d'autres pathologistes indépendants, ce qui est essentiel à l'assurance de la qualité et au système de justice pénale. Ces principes doivent être considérés comme nécessaires au travail d'un médecin légiste compétent.

### ***Noter les renseignements fournis verbalement***

Certains renseignements fournis au pathologiste avant l'autopsie sont déjà consignés sous une certaine forme : le mandat du coroner, les dossiers médicaux et les photos des lieux. Cependant, dans les années 1980 et 1990, les agents de police et

les coroners fournissaient verbalement aux pathologistes une quantité importante de renseignements, soit en personne au moment de l'autopsie, soit par téléphone. À cette époque, de nombreux pathologistes ne prenaient pas de notes détaillées de ces renseignements.

Les médecins légistes experts qui ont témoigné devant la Commission ont souligné que les pathologistes doivent consigner les renseignements qu'ils reçoivent. Cette pratique fait en sorte que le pathologiste possède une trace précise de l'élément de preuve, qui peut changer à mesure que l'enquête sur la mort avance. Le fait de consigner les renseignements tels qu'ils sont reçus permet à un éventuel vérificateur de comprendre de quels renseignements disposaient les pathologistes à chaque étape de leur intervention dans l'affaire, y compris au moment où ils ont posé leur diagnostic. Ne pas le faire nuit à la capacité du vérificateur d'évaluer les fondements des conclusions du pathologiste.

Comme beaucoup de pathologistes, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas toujours consigné les renseignements transmis verbalement par la police et les coroners. Bien qu'il ait parfois pris des notes, la majorité des cas que nous avons examinés indiquent qu'il ne l'a pas fait.

Dans l'affaire Sharon, les notes de l'agent d'identité judiciaire révèlent que, deux jours après l'autopsie, le 17 juillet 1997, l'agent a téléphoné au D<sup>r</sup> Smith au sujet des marques dans le dos de Sharon. Ce dernier lui a répondu qu'elles n'avaient pas été causées par un animal domestique ou sauvage. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré à l'enquête préliminaire sur la mère de Sharon, en avril 1998, qu'il n'avait conservé aucune note de ses conversations avec les agents de police ou toute autre personne. Parce que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas conservé de notes de cette conversation, ce que l'agent de police lui a dit concernant le rôle éventuel d'un animal domestique ou sauvage n'est pas clair. De plus, en avril 1998, lorsqu'il a été interrogé à propos de cette conversation devant le tribunal, il ne se souvenait plus de ce qui lui avait été confié. Par conséquent, il était impossible de déterminer ce qu'il savait d'une éventuelle attaque par un chien et le moment où il l'a su.

À la lumière des pratiques de bon nombre de pathologistes dans les années 1980 et 1990, je ne peux pas critiquer uniquement le D<sup>r</sup> Smith pour ne pas avoir consigné ses entretiens avec le coroner ou la police. Toutefois, le fait qu'il n'a pas pris de notes fait état d'une défaillance systémique. L'absence de notes entraîne d'importantes difficultés pour toute personne souhaitant examiner le cas et pour tout pathologiste essayant, a posteriori, de déterminer quels renseignements étaient connus et depuis quand.

### ***Consigner les actions du pathologiste***

Les pathologistes doivent consigner ce qu'ils font, voient ou recueillent durant l'autopsie au moment où ces événements sont survenus. Ils peuvent ensuite consulter ces notes lorsqu'ils analysent une preuve, rédigent leur rapport final ou se préparent à témoigner devant le tribunal. De plus, ce processus permet à toute personne examinant le dossier de savoir quelles procédures le pathologiste a suivies, dans quel ordre il l'a fait et quels éléments ou échantillons ont été recueillis durant l'autopsie.

Dans les années 1980 et 1990, aucun système ne permettait de s'assurer que les pathologistes conservaient des dossiers concomitants de leurs autopsies. À quelques exceptions près, le BCCO laissait le pathologiste libre de prendre des notes. Dans une exception remarquable mais apparemment unique de cette pratique, l'Unité de médecine légale de Hamilton utilisait un formulaire spécifique pour documenter tous les éléments et échantillons recueillis lors de chaque autopsie qui y était pratiquée.

Selon les médecins légistes experts que j'ai entendus, la méthode utilisée par le pathologiste – dictée, notes manuscrites ou dactylographiées – n'a pas d'importance. Ce qui importe est que les pathologistes créent et conservent un dossier concomitant complet de leurs autopsies, comprenant des observations sur les constatations pathologiques, les procédures suivies et tout élément ou échantillon recueilli.

Le D<sup>F</sup> Smith n'avait recours à aucun moyen systématique de consigner ce qu'il faisait, observait ou recueillait. Il prenait des notes de différentes façons, parfois sur un ordinateur portable, parfois sur une feuille de papier et parfois en les dictant. Dans plusieurs des cas examinés par la Commission, il n'a pas conservé de dossier approprié des autopsies. Ses notes contenaient habituellement ses observations, mais ne faisaient pas état des procédures suivies ni des échantillons prélevés. Il a déclaré qu'il prenait des notes du point de vue d'un pathologiste pédiatre. Il cherchait d'abord à poser le diagnostic approprié et à rédiger le rapport d'autopsie, ce qui ne demandait pas d'établir une liste des procédures suivies ou des échantillons prélevés.

Par exemple, dans l'affaire Tiffani, le D<sup>F</sup> Smith a pratiqué une seconde autopsie après exhumation, mais les dossiers n'indiquent pas clairement qui a examiné les lamelles porte-objets et à quel moment elles l'ont été – le pathologiste qui a pratiqué la première autopsie ou le D<sup>F</sup> Smith, qui a pratiqué la seconde. De même, dans l'affaire Sharon, pour laquelle l'autopsie s'est déroulée sur deux jours, le D<sup>F</sup> Smith n'a indiqué dans aucun document si certains événements s'étaient déroulés le premier ou le deuxième jour. De plus, avant de terminer l'autopsie le deuxième jour, il a examiné des photographies des lieux, ainsi qu'une



paire de ciseaux qui y avait été saisie, mais ne l'a pas mentionné. Étant donné l'absence de directives du BCCO, je ne blâme pas le D<sup>r</sup> Smith pour ce manquement. En revanche, omettre de consigner dans un dossier les étapes suivies au moment de l'autopsie initiale ou de toute autopsie subséquente peut laisser planer un doute sur ce qu'a fait le pathologiste et restreindre la capacité d'un autre pathologiste à examiner le cas. Les vérificateurs doivent savoir exactement ce que le pathologiste initial a fait ou a omis de faire au moment de l'autopsie afin d'examiner le cas correctement, et le pathologiste doit être en mesure de dire avec certitude au système de justice pénale ce qui a été fait (ou pas) pour arriver à cette opinion.

Dans d'autres cas, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas documenté de façon adéquate ni les échantillons prélevés ni les éléments recueillis durant l'autopsie. Dans les affaires Amber et Kasandra, la source de certains segments histologiques n'était pas claire. Dans l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Smith a recueilli un poil sur les parties génitales de Jenna, mais ne l'a indiqué dans aucun document. Cet oubli a fait en sorte que la police et la défense ne savaient pas si un poil avait été trouvé et, le cas échéant, ce qu'il était devenu. En fait, tout au long de l'enquête préliminaire sur la mort de Jenna et des instances criminelles contre sa mère, aucun membre de l'équipe menant l'enquête sur cette mort ne savait que le D<sup>r</sup> Smith avait recueilli ce poil. Ce n'est que plusieurs années plus tard, après que le procureur de la Couronne eut retiré les accusations contre la mère de Jenna, que la police a découvert l'existence et l'emplacement de cette preuve. Le D<sup>r</sup> Smith a admis, devant la Commission, que sa conduite à cet égard était fautive. Il aurait dû indiquer dans un document qu'il avait recueilli ce poil et s'assurer d'informer les enquêteurs de son existence.

Selon moi, le D<sup>r</sup> Smith aurait dû connaître l'importance de consigner correctement les échantillons et les éléments qu'il recueillait. Ce n'est qu'une simple question de bon sens. En outre, cette omission témoigne d'une autre défaillance systémique. Ne pas documenter correctement les échantillons peut non seulement nuire aux possibilités de révision du cas, mais également nuire à l'enquête en cours sur la mort et aux instances criminelles qui en découlent, surtout dans les cas de morts suspects.

### ***Conserver les dossiers de l'autopsie***

Une fois que les pathologistes ont consigné à la fois les renseignements reçus et ce qu'ils ont fait, observé et recueilli durant l'autopsie, ils doivent préserver précieusement ces notes et ces documents aux fins d'utilisation ultérieure par le système de justice pénale ou d'un examen indépendant. Que le pathologiste ait pratiqué l'autopsie ou qu'il ait simplement fourni un rapport de consultation, l'obligation est la même.

Les documents papier doivent être préservés dans des dossiers clairement étiquetés, et placés en lieu sûr. Les tissus sont entreposés de l'une des trois façons suivantes : premièrement, ils peuvent être fixés dans du formol liquide; deuxièmement, certains tissus fixés peuvent être déshydratés puis placés dans un bloc de paraffine, appelé bloc de tissus; troisièmement, une partie du bloc de tissus peut être coupée puis montée sur une lamelle porte-objets. Il incombe au médecin légiste de s'assurer que les échantillons sont préservés de façon adéquate et que les tissus humides, les lamelles et les blocs sont étiquetés, classés et entreposés en lieu sûr.

Dans les années 1980 et 1990, le BCCO ne disposait d'aucune procédure ou politique officielle prévoyant comment les pathologistes devaient entreposer les documents relatifs aux autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner. Chaque pathologiste et hôpital adoptait ses propres méthodes. Les pathologistes conservaient habituellement leurs notes et leurs ébauches de rapports dans un dossier de travail lié au cas, généralement dans un classeur situé dans leur bureau. Les spécimens prélevés durant l'autopsie, tels que les tissus humides, les blocs de tissus et les lamelles porte-objets, étaient habituellement conservés dans les installations d'entreposage des hôpitaux. Au SickKids, par exemple, les politiques en vigueur dans les années 1990 exigeaient que les spécimens soient entreposés dans des endroits précis au sein de l'hôpital et que leur retrait fasse l'objet d'une signature. De plus, la politique du SickKids exigeait que les pathologistes qui recevaient des éléments pour examen de l'extérieur de l'hôpital consignent ce fait et attribuent à ces éléments un numéro d'identification unique – une procédure appelée « enregistrement ». Après l'enregistrement, il était fréquent que des pathologistes conservent les éléments relatifs à l'affaire dans leur bureau jusqu'à ce qu'ils aient terminé leur rapport de consultation, après quoi ils les renvoyaient à l'institution d'origine.

Dans certains cas examinés par la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a commis de graves erreurs en ce qui a trait à la conservation des éléments relatifs à l'autopsie. Il a égaré à un moment les notes prises pendant des années. Dans certains cas, il a effectivement perdu des éléments de preuve, notamment des radiographies, des blocs de tissus, des lamelles et le moulage du crâne d'un enfant.

Dans l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas bien pris soin des notes prises avant et durant l'autopsie. Pendant et après son intervention dans les instances criminelles initiales, il a déclaré à au moins trois reprises qu'il n'avait pas pris de notes, y compris à l'enquête préliminaire en octobre 1998. Cependant, en octobre 2004, son avocat a fourni au BCCO sept pages de notes manuscrites du D<sup>r</sup> Smith. Ce dernier a déclaré, devant la Commission, qu'il était incapable de se souvenir de la façon dont les notes avaient été retrouvées.

La conduite du D<sup>r</sup> Smith à cet égard est inquiétante. Il incombe aux pathologistes de conserver leurs notes en lieu sûr et de les remettre au système de justice pénale lorsque cela leur est demandé. Le D<sup>r</sup> Smith ne l'a pas fait. Qu'il s'agisse du procureur de la Couronne, de l'avocat de la défense ou d'un autre pathologiste examinant le cas, ils ont tous le droit d'examiner ces notes concomitantes. L'incapacité du D<sup>r</sup> Smith à expliquer comment ses notes ont finalement été retrouvées est également problématique. Il semble qu'il ignorait jusqu'à leur existence, et encore plus leur emplacement. Dans les affaires Joshua et Sharon, le D<sup>r</sup> Smith a perdu des preuves physiques pendant les instances criminelles. Dans l'affaire Joshua, on lui a demandé de remettre à la défense les lamelles porte-objets et les radiographies relatives à ce cas avant l'enquête préliminaire. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas pu fournir les éléments demandés. En réalité, même s'il les a finalement retrouvées, il avait perdu ces lamelles pendant un certain temps. Par contre, les radiographies ont bel et bien été perdues. De même, dans l'affaire Sharon, le D<sup>r</sup> Smith a égaré deux preuves : un moulage du crâne de Sharon et un jeu de radiographies prises lors de l'autopsie initiale. Aucun des deux n'a été retrouvé. Que la perte de ces preuves ait eu des répercussions ou non sur le dénouement de ces deux affaires, la conduite du D<sup>r</sup> Smith est inexcusable. Les preuves doivent être convenablement préservées.

Enfin, dans l'affaire Valin, le D<sup>r</sup> Smith a dit qu'il était incapable de retrouver les lamelles et les blocs de tissus qui lui avaient été envoyés aux fins d'examen. Presque 18 mois après qu'on lui eut demandé de chercher ces documents, une assistante administrative diligente du SickKids a trouvé certaines des lamelles dans le bureau du D<sup>r</sup> Smith. Elle a trouvé le reste des éléments environ cinq mois plus tard.

Le fait que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas conservé ni surveillé correctement les éléments de l'autopsie dans l'affaire Valin a eu de terribles conséquences. Le D<sup>r</sup> Bhubendra Rasaiah a pratiqué l'autopsie sur le corps de Valin le 27 juin 1993. En août 1993, le D<sup>r</sup> Rasaiah a consulté un médecin de l'équipe SCAN au SickKids, ainsi que le D<sup>r</sup> Smith. Les deux médecins de l'établissement ont rédigé conjointement un rapport de consultation. En juin 1994, le D<sup>r</sup> Rasaiah a envoyé les blocs de tissus et les lamelles au D<sup>r</sup> Smith afin qu'il puisse se préparer à témoigner en septembre. Au procès, le D<sup>r</sup> Smith a exprimé l'opinion selon laquelle Valin était morte par strangulation manuelle et avait récemment été victime d'une agression sexuelle. M. Mullins-Johnson a été condamné à la prison à vie pour meurtre au premier degré.

En février 2003, l'Association in Defence of the Wrongly Convicted (AIDWYC) a demandé que le ministère du Procureur général lui fournisse les blocs de tissus et les lamelles afin qu'un autre pathologiste puisse les examiner. En

mai 2003, les services de police ont communiqué avec le D<sup>r</sup> Rasaiah concernant les éléments de l'autopsie. Ce dernier s'est rendu compte que le D<sup>r</sup> Smith ne les lui avait pas rendus. En juin 2003, le D<sup>r</sup> Rasaiah a appelé le D<sup>r</sup> Smith à ce sujet. Le D<sup>r</sup> Smith lui a répondu qu'il les chercherait. Il n'a pas recontacté le D<sup>r</sup> Rasaiah ni n'a retourné son appel de suivi.

En octobre 2003, l'avocat de la Couronne, Philip Downes, a écrit au D<sup>r</sup> Smith à propos de ces éléments. Ce dernier n'a pas répondu à sa lettre. M<sup>e</sup> Downes a ensuite fait un suivi par téléphone en décembre. Le D<sup>r</sup> Smith l'a informé qu'il avait chargé son assistante de fouiller dans les archives, mais que la recherche n'avait pas donné de résultat. Il a déclaré qu'il ne pensait plus être encore en possession des échantillons, mais qu'il vérifierait de nouveau dès le retour de son assistante cette même semaine. M<sup>e</sup> Downes a demandé au D<sup>r</sup> Smith de confirmer par écrit sa position quant à l'endroit où se trouvaient les éléments et le D<sup>r</sup> Smith a accepté. Cependant, il n'a pas recontacté M<sup>e</sup> Downes et a ignoré deux lettres de suivi, dont une envoyée par courrier recommandé.

Enfin, en novembre 2004, M<sup>e</sup> Downes a demandé l'aide du BCCO pour chercher les éléments. Peu après cette demande, le D<sup>r</sup> James Cairns, coroner en chef adjoint, et Dorothy Zwolakowski, agente administrative chargée des enquêtes au BCCO, ont rencontré le D<sup>r</sup> Smith au SickKids afin de discuter des lamelles et des blocs manquants. Au cours de cet entretien, le D<sup>r</sup> Smith a d'abord déclaré au D<sup>r</sup> Cairns qu'il ne se souvenait pas de cette affaire et, après que le D<sup>r</sup> Cairns la lui eut rappelée, qu'il avait retourné les lamelles au D<sup>r</sup> Rasaiah à Sault Ste. Marie. Le D<sup>r</sup> Smith a souligné qu'il s'était personnellement rendu au bureau de poste et qu'il avait retourné les lamelles par courrier recommandé. Il a déclaré qu'il n'avait pas les dossiers concernant cette affaire ni le rapport de consultation qu'il avait préparé. Le D<sup>r</sup> Cairns a demandé à Maxine Johnson, adjointe administrative principale au SickKids, et à M<sup>me</sup> Zwolakowski de fouiller le bureau du D<sup>r</sup> Smith pour y chercher les éléments. Le même jour, un vendredi, elles ont trouvé le dossier de travail du D<sup>r</sup> Smith relatif à l'affaire dans son classeur et plusieurs lamelles dans son bureau.

Le lundi suivant, M<sup>me</sup> Johnson y a également trouvé 20 lamelles supplémentaires sur une étagère. Devant la Commission, M<sup>me</sup> Johnson a déclaré qu'elle avait trouvé les lamelles facilement et rapidement ce lundi matin-là à un endroit où elle avait déjà cherché le vendredi précédent. Elle en a déduit que les lamelles y avaient été placées durant la fin de semaine. Malgré la découverte des lamelles supplémentaires, les blocs de tissus n'avaient toujours pas été retrouvés.

Ensuite, le D<sup>r</sup> Pollanen a examiné les lamelles afin de les indexer pour la Couronne et s'est aperçu des erreurs de diagnostic du D<sup>r</sup> Smith. En janvier 2005, il a déclaré qu'il n'avait trouvé aucune preuve de violence sexuelle et a conclu que la cause de la mort de Valin était indéterminée.

Plusieurs mois plus tard, en mai 2005, M<sup>me</sup> Johnson a trouvé dix autres lamelles et tous les blocs de tissus sur une étagère dans le bureau du D<sup>r</sup> Smith. Une fois de plus, M<sup>me</sup> Johnson a trouvé ces documents à un endroit où elle avait déjà cherché. Elle en a déduit qu'ils y avaient été placés entre la fin de novembre 2004 et mai 2005. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas pu expliquer comment ces documents avaient pu être perdus puis retrouvés.

À la suite de la découverte des lamelles et des blocs de tissus, les événements se sont déroulés rapidement. Après la réception de ces autres documents, le D<sup>r</sup> Pollanen a déposé un rapport complémentaire à la fin de mai 2005. Dans son premier rapport, il avait indiqué que la cause de la mort était indéterminée. En septembre 2005, M. Mullins-Johnson a déposé une requête en révision auprès du ministre en vertu de la Partie XXI.1 du *Code criminel*. Plus tard ce mois-là, il a été libéré sous caution en attendant la réponse à sa requête. Finalement, le ministère fédéral de la Justice a approuvé sa requête et a renvoyé l'affaire à la Cour d'appel de l'Ontario, qui a acquitté M. Mullins-Johnson en octobre 2007.

La conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Valin témoigne d'un manque troublant de compétence et de professionnalisme. Il n'a pas entreposé les lamelles et les blocs de tissus de façon qu'ils puissent être trouvés facilement. Il n'a pas consigné les éléments relatifs à l'affaire dans le système d'enregistrement du SickKids. Presque 18 mois se sont écoulés entre la première demande relative aux éléments et leur découverte (et 23 mois jusqu'à ce qu'ils soient tous retrouvés). M. Mullins-Johnson a passé ce temps en prison. Il incombe aux pathologistes de préserver convenablement les éléments d'autopsie et de les fournir lorsqu'on le leur demande. Le D<sup>r</sup> Smith ne l'a pas fait.

Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il avait fouillé son bureau pour retrouver les éléments de l'autopsie et son dossier, en vain. Pourtant, M<sup>me</sup> Johnson y a trouvé le dossier, les blocs de tissus et les lamelles. En fait, le dossier était dans son classeur. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré devant la Commission qu'il avait fouillé les classeurs se trouvant dans son bureau, mais qu'il n'avait pas vu le dossier. Le témoignage de M<sup>me</sup> Johnson, que j'accepte, selon lequel elle a finalement trouvé les éléments à des endroits où elle avait déjà cherché en vain est également étrange. Je trouve que le manque de professionnalisme du D<sup>r</sup> Smith en ce qui a trait à cet aspect de l'affaire Valin est inquiétant.

Devant la Commission d'enquête, le D<sup>r</sup> Smith a exprimé ses regrets concernant sa conduite dans cette affaire. Il a admis que son bureau était désordonné et qu'en conséquence, des documents importants n'avaient pas pu y être récupérés facilement. Il a aussi reconnu ne pas avoir conservé de registre des documents reçus ou envoyés. Le D<sup>r</sup> Smith a expliqué qu'il ne pouvait faire mieux. Il a déclaré que, même s'il savait que la continuité de la preuve est un principe de base du

système de justice pénale, il n'en comprenait pas pleinement toutes les conséquences.

Je rejette l'explication du D<sup>r</sup> Smith. Une personne possédant son expérience en matière de témoignage d'expert au moment où il est intervenu dans l'affaire Valin ne pouvait pas être aussi inconsciente qu'il le prétend relativement à l'importance de cette preuve dans une affaire criminelle grave. Son comportement est ici un exemple de négligence et non d'ignorance.

D'autres pathologistes, parmi lesquels bon nombre n'avaient pas non plus de formation officielle en médecine légale, ont reconnu l'importance de préserver l'intégrité et la continuité de la preuve ainsi que de consigner avec précision les spécimens envoyés et reçus. Par exemple, en mai 2003, neuf ans après être intervenu dans cette affaire, le D<sup>r</sup> Rasaiah a été capable de se reporter à son propre dossier et d'indiquer à la police les dates exactes auxquelles il avait envoyé les éléments de l'autopsie aux autres pathologistes reliés à cette affaire. Même si le D<sup>r</sup> Smith prétend qu'il n'avait pas l'intention d'entraver l'examen du dossier, sa conduite a certainement eu cet effet.

## **Méthode d'autopsie**

Chaque autopsie comporte trois étapes : un examen externe, un examen interne et la réalisation de tests complémentaires. Chaque étape est distincte, mais dépend de la précédente et repose sur celle-ci. Le pathologiste doit terminer chacune d'elles avant d'avoir assez d'éléments pour formuler une opinion. Les différents éléments d'une autopsie sont décrits au chapitre 4, Enquête sur les morts suspectes d'enfants.

Jusqu'au milieu des années 1990, il n'existait pas de procédure normalisée pour réaliser les autopsies médico-légales sur les enfants en Ontario. Cependant, le 10 avril 1995, le BCCO a publié la note de service 631, à laquelle il a joint le « Protocole d'enquête sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de deux ans » (le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons) à tous les coroners, pathologistes et chefs de police de l'Ontario. Pour la première fois, le Protocole et ses annexes offraient aux pathologistes ontariens une procédure normalisée à suivre dans tous les cas portant sur des enfants de moins de deux ans. Le D<sup>r</sup> Smith a rédigé l'annexe D du Protocole, qui établit la démarche uniforme que doivent suivre les pathologistes.

Une autopsie mal réalisée peut engendrer au moins deux problèmes importants. D'abord, comme le médecin légiste s'appuie sur les conclusions de l'autopsie pour se faire une opinion sur le cas, une autopsie pratiquée de façon incorrecte peut entraîner un mauvais diagnostic. Chaque étape dépendant de la précédente,

des erreurs dans l'une d'elles peuvent très bien provoquer des erreurs dans la suivante. Ensuite, des dissections, un échantillonnage ou des tests incorrects empêchent tout examen approfondi des conclusions et de l'opinion du médecin légiste. L'état du corps se modifiant de façon importante après l'autopsie, le médecin légiste doit s'assurer d'effectuer correctement les dissections, l'échantillonnage et les tests durant celle-ci. Il doit par ailleurs le faire de façon qu'un vérificateur soit en mesure de comprendre l'opinion initiale du pathologiste et d'examiner le cas. Les dossiers que nous avons examinés illustrent ces deux problèmes. Le premier est plus évident dans les affaires Sharon et Jenna. Fait révélateur, le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons, qui était en vigueur lorsque le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué les autopsies dans ces deux cas, n'a pas été d'une grande utilité : Sharon avait plus de deux ans et la note de service n'abordait pas un aspect essentiel de l'autopsie de Jenna, l'examen consécutif à une agression sexuelle.

Le corps de Sharon présentait de multiples blessures pénétrantes lorsque la police l'a amené au D<sup>r</sup> Smith pour l'autopsie. Les médecins légistes experts ont constaté que l'autopsie pratiquée par le D<sup>r</sup> Smith était inappropriée à un certain nombre d'égards. Premièrement, lorsqu'il a examiné la blessure au cuir chevelu de Sharon, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas rasé les cheveux afin d'examiner en détail les marges de la plaie. Selon les experts, le rasage des cheveux est une procédure standard en cas de blessure au cuir chevelu parce que ceux-ci cachent les détails de la plaie. Deuxièmement, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas effectué de prélèvements dans les plaies pour réaliser un examen de salive. Bien que les experts aient reconnu que des prélèvements ne sont pas régulièrement effectués dans les cas de blessures et qu'il était si évident que les blessures de Sharon étaient des marques de morsure qu'ils auraient pu penser que cela n'aurait pas été nécessaire, des prélèvements sur les blessures de Sharon auraient pu aider le D<sup>r</sup> Smith à déterminer si elles étaient en fait des coups de couteau ou des marques de morsure, comme le soutenait la défense. Troisièmement, lors de l'examen interne, le D<sup>r</sup> Smith n'a disséqué ni le canal rachidien ni la moelle épinière comme il aurait dû le faire, étant donné que les blessures allaient jusqu'à la colonne vertébrale. Il a également omis de mesurer la profondeur des blessures principales, comme les blessures profondes au cou. Une mesure précise et fiable de la profondeur de cette plaie aurait constitué une preuve importante permettant de déterminer si un chien avait pu provoquer les blessures de Sharon. Quatrièmement, à l'étape des tests complémentaires à l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas examiné le cuir chevelu de façon appropriée au microscope. Devant la Commission, il a reconnu qu'en conséquence, l'examen n'a pas révélé autant de renseignements qu'il aurait pu. Enfin, le D<sup>r</sup> Smith a conclu à tort que Sharon était morte après avoir reçu de multiples coups de couteau et non des morsures de chien.

Dans l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Smith a également commis de graves erreurs lors de l'autopsie. Bien qu'il ait observé une marque possible de morsure sur le genou de Jenna, il n'a pas effectué de prélèvement dans la plaie afin d'y trouver de la salive. Cela aurait pu aider à déterminer si la marque était vraiment une trace de morsure et, le cas échéant, le prélèvement aurait pu permettre une analyse d'ADN. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas non plus effectué d'examen adéquat consécutif à une agression sexuelle. Bien qu'il semble avoir envisagé la possibilité d'une agression sexuelle lors de l'examen externe du corps de Jenna, il n'a pas achevé cet examen. Il n'a pas utilisé de trousse d'examen médico-légal consécutif à une agression sexuelle, n'a pas fait de prélèvement et n'a pas disséqué les organes génitaux ou l'anus de Jenna pour en faire un examen histologique. Il a finalement trouvé un poil près des parties génitales de cette dernière, mais ne l'a pas remis au Centre des sciences judiciaires pour examen.

Enfin, le D<sup>r</sup> Smith a conclu qu'il n'y avait pas de preuve de violence sexuelle dans cette affaire. Cependant, plusieurs années plus tard, le gardien de Jenna a avoué à la police qu'il avait agressé Jenna sexuellement. Les erreurs du D<sup>r</sup> Smith se sont soldées par une occasion manquée de réunir des preuves qui auraient pu permettre d'identifier l'agresseur de Jenna ou de mettre en évidence une agression sexuelle. Le fait que le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons et ses annexes, bien qu'ils aient pour objet de faire en sorte que les pathologistes pratiquent des autopsies complètes, n'abordent pas un aspect essentiel de l'autopsie de Jenna est important. Ils n'indiquaient pas la façon de réaliser un examen complet consécutif à une agression sexuelle sur un enfant ni le moment pour le faire, pas plus que le BCCO n'avait d'autres protocoles ou directives afin de procéder à cet examen.

Dans plusieurs autres cas concernant des enfants de moins de deux ans, les examinateurs experts ont constaté que d'autres pathologistes n'avaient pas effectué les examens complémentaires requis. Dans certains cas, les tests microbiologiques et biochimiques ainsi que les études métaboliques n'étaient pas faits. Bien que le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons n'exigeât pas spécifiquement que ces examens soient pratiqués, ceux-ci étaient considérés comme habituels au milieu et à la fin des années 1990. Ils auraient pu avoir une grande importance en vue d'exclure la possibilité de mort naturelle. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas été le seul à ne pas effectuer une autopsie approfondie et complète.

Dans un cas de mort d'enfant de moins de deux ans, les examinateurs experts ont conclu que le pathologiste qui a pratiqué l'autopsie en août 1996 aurait dû effectuer des examens supplémentaires, notamment des tests microbiologiques et toxicologiques ainsi qu'une étude plus approfondie des éléments histologiques. Le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons, en vigueur en 1996,



abordait spécifiquement les questions de toxicologie et d'histologie. On a demandé aux pathologistes d'ordonner des tests toxicologiques dans tous les cas de mort subite et inattendue d'un enfant de moins de deux ans. L'annexe D du Protocole recommandait également que des tissus spécifiques soient prélevés aux fins d'examen histologique. Les agissements du pathologiste allaient donc à l'encontre de la politique du BCCO à cette époque. De plus, les tests microbiologiques, même s'ils n'étaient pas prévus par le protocole, étaient systématiquement ordonnés par les pathologistes. Le fait que le pathologiste n'ait pas demandé que des tests microbiologiques soient effectués constituait donc une faute, même en vertu des normes de l'époque.

Malheureusement, hormis les tests toxicologiques et histologiques, aucun autre examen n'était prescrit par le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons en ce qui a trait aux morts d'enfants. Bien que les tests biochimiques et microbiologiques fussent systématiquement pratiqués en 1995 lorsque le BCCO a préparé le Protocole, celui-ci ne les prescrivait pas de façon spécifique. Si le BCCO les avait inclus dans le protocole ou si le D<sup>r</sup> Smith les avait prévus à l'annexe D, les pathologistes de toute la province auraient été davantage susceptibles d'effectuer tous les tests et examens requis dans tous les cas de mort d'enfants.

Ces exemples démontrent que, malgré les progrès qu'il a entraînés en matière de détection de violence faite aux enfants, le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons s'appliquait à trop peu de morts d'enfants, prescrivait trop peu de tests et d'examens et était parfois suivi avec négligence. C'est en partie pour ces raisons que des autopsies inappropriées ont été pratiquées dans plusieurs des autres cas examinés par la Commission. D'importantes occasions de relever toutes les preuves médico-légales existantes ou d'aider à identifier un auteur potentiel ont été manquées.

### ***Manipuler les pièces à examiner***

Pendant l'autopsie, le médecin légiste prélève des tissus et des fluides et peut recueillir d'autres preuves physiques, telles que des fibres ou des poils. Ces éléments servent de base aux tests complémentaires pratiqués soit par le médecin légiste, soit par un laboratoire d'analyse judiciaire – le Laboratoire judiciaire de la région du Nord pour le Nord de l'Ontario ou le Centre des sciences judiciaires (CSJ) pour toutes les autres régions de la province.

Il importe que le pathologiste manipule ces éléments correctement, car ils peuvent avoir une grande incidence sur l'opinion concernant la cause de la mort et jouer un rôle important dans tout procès criminel. Les tests toxicologiques peuvent, par exemple, révéler la présence d'alcool ou d'autres toxines et les analyses d'ADN peuvent aider à identifier l'auteur des blessures du mort. Comme les

pathologistes sont conscients de la valeur de telles preuves, il leur incombe de déterminer si celles-ci devraient être prélevées sur le corps et examinées. Évidemment, la police et le coroner peuvent également demander à ce que certaines preuves soient recueillies pour examen. Les échantillons sont envoyés au laboratoire soit par le pathologiste, soit par les services de police chargés de l'enquête pour y faire l'objet de tests complémentaires.

Dans les années 1980 et 1990, aucune politique n'était officiellement en vigueur au sein du BCCO concernant la cueillette et la présentation des éléments à examiner. Les pathologistes élaboraient généralement leurs propres procédures, qui étaient conçues pour protéger l'intégrité et la continuité de la preuve. Une fois les preuves réunies, le pathologiste était, en règle générale, responsable des échantillons provenant de l'examen interne du corps, tels que les fluides corporels, et la police, des autres éléments de preuve, tels que les fibres et les vêtements trouvés sur le corps.

Les graves erreurs commises par le D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Jenna illustrent parfaitement l'importance de la mise en place de procédures adéquates et du suivi de celles-ci. En janvier 1997, lors de l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a trouvé un poil près des parties génitales de Jenna. Il l'a recueilli, l'a placé dans une enveloppe, l'a étiqueté « poil provenant de la région pubienne » et a apposé un sceau séquentiel sur la preuve. Toutefois, il ne l'a pas fait examiner par le CSJ. Finalement, la police a appris en 2001, soit quatre ans après l'autopsie, que le D<sup>r</sup> Smith avait recueilli et gardé le poil. Elle a obtenu celui-ci et l'a ensuite soumis à des fins d'analyse au CSJ et au laboratoire du Federal Bureau of Investigation (FBI), à Washington, D.C. Le CSJ a expliqué qu'il n'était pas possible d'effectuer une analyse d'ADN parce que le poil n'avait pas de racine. De plus, à cause notamment du temps qui s'était écoulé entre l'autopsie de Jenna (moment où le poil a été trouvé) et l'analyse médico-légale, la comparaison microscopique avait peu ou pas de valeur. Toutefois, grâce à une analyse de l'ADN mitochondrial, le laboratoire du FBI a pu déterminer que le poil ne provenait ni de la mère de Jenna ni de son gardien.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a offert diverses explications pour justifier le fait qu'il n'avait pas soumis le poil aux fins d'examen immédiatement après l'autopsie. Il a déclaré qu'à l'époque de l'autopsie, les services de police n'étaient pas intéressés par le poil parce qu'ils pensaient qu'il s'agissait d'un contaminant laissé lors des tentatives de réanimation. Il a fourni la même explication à plusieurs autres personnes au début des années 2000 et a ajouté que l'agent de police présent avait effectivement refusé de le prendre. Le D<sup>r</sup> Smith a également déclaré être personnellement d'avis que le poil était un contaminant parce qu'on retrouve fréquemment ce type de poil sur les corps d'enfants, que l'endroit où il avait été trouvé indiquait qu'il avait été laissé là pendant ou après la réanimation, qu'il ressemblait à un poil provenant du tronc ou à un cheveu et non à un poil pubien et,

finalement, que tout élément se trouvant dans la région pelvienne avant le début de la réanimation aurait été modifié ou déplacé à la fin de celle-ci. Il a par ailleurs déclaré que, selon lui, une fois l'autopsie terminée, il n'y avait aucun autre élément laissant supposer que Jenna avait été agressée sexuellement. Il a donc dit n'avoir eu aucune raison de faire analyser le poil.

Je rejette l'assertion du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle la police a refusé de prendre le poil. L'agent Scott Kirkland, des services de police de la collectivité de Peterborough Lakefield, était le seul agent présent lors de l'autopsie. Il a déclaré devant la Commission qu'il n'avait pas connaissance de l'existence de ce poil et qu'il n'avait certainement pas refusé de le prendre. Il a expliqué qu'il ne prendrait jamais seul la décision de ne pas faire analyser un échantillon. Il a déclaré : « Cela irait à l'encontre de toute ma formation, de mon expérience, de mon éthique personnelle et n'aurait même pas de sens ». Je partage cet avis. Aucun agent d'identité judiciaire ne refuserait de prendre un poil prélevé par un pathologiste dans la région génitale d'un d'enfant mort si ce dernier a été victime de traumatismes physiques importants.

Je rejette également l'explication du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle il était d'avis que le poil était un contaminant et un élément non pertinent. Un examen du poil sert exactement à répondre à la question que le D<sup>r</sup> Smith a évitée : le poil était-il réellement pertinent? Il n'appartenait pas au D<sup>r</sup> Smith de répondre à cette question sur la foi d'un simple examen visuel et sans procéder à des tests complémentaires. À l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith savait qu'au moment où ses blessures lui ont été infligées, Jenna était en compagnie soit de sa mère, soit d'un gardien d'enfant. La détermination de l'origine du poil aurait facilement pu être pertinente en ce qui a trait à l'enquête sur la mort de Jenna. Il en est ainsi indépendamment du fait que ce poil provient du tronc ou de la région pubienne, qu'il a été modifié ou déplacé lors de la réanimation ou qu'il y a d'autres preuves de violence sexuelle. Si le D<sup>r</sup> Smith avait réellement été d'avis que le poil était un contaminant, je ne comprends pas pourquoi il l'aurait saisi, mis sous enveloppe, scellé et offert à l'agent d'identité judiciaire.

Le D<sup>r</sup> Smith a pour la première fois donné cette explication tordue lorsque le D<sup>r</sup> Cairns l'a confronté à ce sujet. Le D<sup>r</sup> Cairns l'a trouvée tout simplement non crédible. Je suis d'accord. Quelle que soit l'explication et indépendamment du fait que le poil s'est révélé inutile, le manquement du D<sup>r</sup> Smith en ce qui a trait à la consignation de cette pièce et à son envoi aux fins d'analyse médico-légale illustre une défaillance systémique grave en matière de pratique de la médecine pédiatrique légale.

Même sans politique ou système officiel en vigueur dans les années 1980 et 1990 concernant la saisie et la collecte de pièces, je trouve la conduite du

D<sup>r</sup> Smith inexcusable dans cette affaire. Rien ne prouve que d'autres pathologistes ayant pratiqué des autopsies en vertu de mandats du coroner à cette époque aient commis de si graves erreurs. Les preuves laissent plutôt entendre l'inverse. Conscients de l'importance de conserver la continuité de la preuve et de s'assurer que celle-ci n'est pas compromise, la plupart des pathologistes ont élaboré leurs propres méthodes. Même si elles n'offraient pas la même protection qu'une politique uniforme et même si elles semblent avoir fonctionné dans une certaine mesure, comme l'illustre cet exemple, il est évident qu'elles n'étaient pas suffisantes.

## OPINION DU PATHOLOGISTE

Une fois l'autopsie terminée, la tâche du médecin légiste consiste à formuler une opinion sur la cause de la mort et sur les autres questions se rapportant à l'enquête sur la mort, que la pathologie peut aider à résoudre. Ces questions peuvent comprendre notamment le moment où les blessures mortelles ont été infligées ou la façon dont elles sont survenues.

Au cours de son examen systématique, la Commission a entendu les témoignages détaillés des examinateurs experts, tous des médecins légistes réputés, au sujet des graves erreurs de diagnostic commises par le D<sup>r</sup> Smith dans les 18 cas que nous avons examinés en détail.

Pour plusieurs raisons, il importe que je rende compte de ces mauvais diagnostics. Tout d'abord, ces erreurs et les résultats tragiques qu'elles ont entraînés constituent les causes principales de l'importante perte de confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale, et donc de la création de la présente commission d'enquête. Il importe que je rende compte des faits sous-jacents à ces mauvais diagnostics. Ensuite, il est essentiel de comprendre ces erreurs dans le contexte où on les a commises si l'on veut déterminer les changements systémiques à apporter afin d'éviter que de telles erreurs se reproduisent.

Le D<sup>r</sup> Smith a commis un certain nombre d'erreurs de diagnostic. Je les ai regroupées en plusieurs catégories.

## Interprétation des artéfacts

En ce qui a trait aux autopsies, un artéfact est un signe ou une constatation qui imite une pathologie, une maladie ou une blessure survenant au cours de la vie<sup>3</sup>. Les artéfacts peuvent découler d'un traitement, d'une réanimation ou d'un

---

<sup>3</sup> Le glossaire au début du présent volume contient les définitions des termes médicaux utilisés dans le présent rapport.

phénomène post mortem. Mis à part le traitement ou la réanimation, ils sont généralement causés de deux façons. Ils peuvent survenir de manière naturelle. Par exemple, la gravité et la position du corps d'un enfant au moment de la mort peuvent entraîner une accumulation de sang dans certaines parties du corps. Cette accumulation peut ressembler à une ecchymose, qui, par définition, serait survenue avant la mort. Dans le même ordre d'idée, l'anus d'un enfant peut se relâcher et s'élargir après la mort, ce qui peut être interprété à tort comme une preuve d'agression sexuelle. En outre, les médecins légistes peuvent créer des artéfacts lorsqu'ils dissèquent des tissus pendant l'autopsie. Par exemple, si du sang s'écoule pendant la dissection, le tissu prend exactement la même apparence que s'il y avait eu une hémorragie.

Puisque des artéfacts post mortem peuvent apparaître à chaque autopsie, le pathologiste doit en tenir compte dans chaque cas. Le fait de reconnaître la présence d'une certaine caractéristique, que cela semble être une ecchymose, une hémorragie ou un autre type de blessure, n'est pas suffisant. Si le corps a été trouvé dans une certaine position, le pathologiste devrait se demander si certaines ecchymoses apparentes ont en fait été infligées avant la mort. Si des hémorragies microscopiques ont été découvertes dans certains tissus sans qu'il y ait d'autres constatations, le pathologiste devrait envisager la possibilité qu'elles ont été causées pendant la dissection.

La médecine légale est décrite comme une science interprétative en raison de ce besoin d'interpréter les constatations et les signes apparents à l'autopsie. C'est souvent l'interprétation d'une caractéristique particulière par le pathologiste qui détermine son importance. Les artéfacts illustrent bien les risques liés à la nature interprétative de cette science. Sans une formation adéquate ni une connaissance des divers changements qui surviennent dans l'organisme après la mort, il existe un réel danger d'attribuer de l'importance à une constatation qui n'en a pas.

Malheureusement, les principaux manuels de médecine légale ont toujours contenu relativement peu de renseignements sur les artéfacts post mortem. Le phénomène n'a toujours pas fait l'objet d'une recherche approfondie. Comme pour les autres domaines de la médecine légale, l'ensemble des connaissances s'est accru au fil du temps et, dans les années 1980 et 1990, l'état des recherches sur certains changements post mortem n'était pas aussi avancé qu'aujourd'hui. Par exemple, même si les médecins légistes étaient au courant au début des années 1990 que l'anus pouvait se dilater après la mort, ce n'est qu'en 1996 que l'on a pu obtenir une étude faisant autorité sur la question, qui a confirmé et révélé l'étendue potentielle de la dilatation.

L'établissement de critères diagnostiques pour certaines conclusions pourrait permettre à un pathologiste d'éviter quelques-uns des pièges de cette science. Les

critères diagnostiques pourraient aider le pathologiste à déterminer, par exemple, si les hémorragies microscopiques dans le cou révèlent une compression cervicale ou une strangulation manuelle, ou si certaines observations relatives à l'anus confirment un traumatisme anal par pénétration. Sans critère diagnostique, il peut s'avérer difficile pour un pathologiste de déterminer ce qui peut être considéré comme une preuve suffisante pour poser un diagnostic et ce qui constitue un artéfact. Malheureusement, dans les années 1990, aucun critère diagnostique universellement accepté n'était établi concernant la compression cervicale ou le traumatisme anal. Cette lacune rend d'autant plus difficile l'interprétation des résultats associés à ces diagnostics et d'autant plus grand le risque lié aux artéfacts.

Le D<sup>r</sup> Smith a mal interprété à la fois les artéfacts naturels et ceux qui ont été occasionnés par le pathologiste dans plusieurs des cas examinés par la Commission. Il n'était pas le seul dans certains cas. D'autres pathologistes ont commis les mêmes erreurs ou des erreurs semblables. Les cas Valin, Nicholas et Joshua en fournissent trois exemples.

Dans l'affaire Valin, le D<sup>r</sup> Smith a commis de graves erreurs dans son interprétation des résultats de l'autopsie. La théorie de la Couronne était que Valin avait été victime d'agression sexuelle chronique et était décédée au cours d'une agression sexuelle perpétrée par M. Mullins-Johnson. Deux des principales questions médico-légales soulevées au procès étaient la cause de la mort et l'existence ou non de preuves d'agression sexuelle.

Le D<sup>r</sup> Rasaiah a procédé à l'autopsie. Après avoir examiné les éléments de l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a constaté ce qui suit : des pétéchies et de petites ecchymoses sur le visage et le haut du thorax, des ecchymoses à l'intérieur des cuisses et dans la région anale, une dilatation de l'anus ainsi qu'une lacération de l'anus et des fissures. En se fondant sur ces constatations, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré lors du procès de M. Mullins-Johnson que la cause de la mort était l'asphyxie, possiblement causée par une strangulation manuelle, et qu'il y avait des preuves d'agression sexuelle récente. D'autres pathologistes, y compris ceux dont les services ont été retenus par la défense, se sont dits d'accord avec lui à divers degrés. Toutefois, il appert que les observations du D<sup>r</sup> Smith concernant une lacération et des fissures dans l'anus étaient probablement attribuables à la dissection du tissu ou à sa préparation aux fins d'examen microscopique. La dilation de l'anus était un phénomène post mortem naturel. La majorité de ce qui a été décrit comme des ecchymoses représentait des artéfacts liés à la lividité. De la même façon, les hémorragies pétéchiales faciales auraient également pu être expliquées par la lividité, particulièrement à la lumière du fait que Valin avait été trouvée le visage tourné vers le bas. En d'autres termes, les conclusions étaient attribuables à un

artéfact sans importance. Les experts qui ont par la suite examiné le cas ont conclu que la cause de la mort de Valin était indéterminée et qu'il n'y avait aucune preuve de violence sexuelle.

Dans l'affaire Nicholas, une première autopsie a été pratiquée, puis une exhumation et une deuxième autopsie ont eu lieu 18 mois après la mort. À la seconde autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a trouvé une certaine décoloration du crâne au-dessus de l'os pariétal droit et le long des sutures, ce qui correspondait selon lui à un traumatisme contondant. Il a conclu que la cause de la mort était un œdème cérébral correspondant à un traumatisme contondant.

Les examinateurs experts qui ont ensuite examiné le cas Nicholas se sont dits en désaccord. Le D<sup>r</sup> Jack Crane, pathologiste d'État pour l'Irlande du Nord, a déclaré sous serment que cette décoloration se voyait couramment lorsqu'un corps était exhumé après avoir été enterré. Il s'agissait d'un artéfact sans importance qui ne révélait aucune présence de lésion. En outre, le pathologiste qui a pratiqué la première autopsie n'a trouvé aucun indice d'ecchymose sur le cuir chevelu qui laisserait supposer un traumatisme contondant.

Enfin, dans l'affaire Joshua, le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué la première autopsie et a constaté une hémorragie microscopique dans les tissus conjonctifs du cou de Joshua. Il a conclu que la cause de la mort était l'asphyxie et a déclaré à l'enquête préliminaire que l'hémorragie constituait une constatation « inquiétante », laissant supposer que Joshua avait été étouffé. Le diagnostic était faux. Les experts qui ont examiné les lamelles porte-objets ont déterminé que l'hémorragie avait probablement été causée pendant la dissection à l'autopsie. Il s'agissait probablement d'un artéfact post mortem et n'était donc pas relié à la cause de la mort de Joshua. Le D<sup>r</sup> Smith a reconnu son erreur devant la Commission et a expliqué que son erreur avait été de surestimer ses propres compétences en matière de dissection.

Dans les trois cas, le D<sup>r</sup> Smith a commis des erreurs de diagnostic en s'appuyant sur des artéfacts post mortem. Bien que ce sujet demeure un défi pour les médecins légistes, ces cas illustrent les risques d'une formation médico-légale inadéquate.

## Diagnostic d'asphyxie

L'asphyxie peut être un terme portant à confusion s'il est utilisé pour décrire la cause d'une mort. Les experts se demandent si le terme devrait être utilisé et, le cas échéant, à quel moment et de quelle façon. Deux problèmes sont associés à l'établissement d'un diagnostic d'asphyxie comme cause de la mort. Il existe tout d'abord une simple question de terminologie. Devant la Commission, les examinateurs

experts ont déclaré que l'asphyxie ne constitue pas réellement la cause d'une mort. Elle décrit au mieux le mode ou le mécanisme par lequel une personne est morte, soit le manque d'oxygène. Le problème réside dans le fait que le terme ne décrit pas la cause du manque d'oxygène; il est donc nettement ambigu. Le fait que divers pathologistes utilisent ce terme de différentes façons accroît cette ambiguïté. Certains peuvent l'utiliser pour indiquer une asphyxie mécanique qui peut être accidentelle. D'autres peuvent vouloir dire qu'une autre personne a causé le manque d'oxygène de façon délibérée. En l'absence d'indication sur la façon dont un pathologiste a utilisé le terme dans un cas particulier, ce terme peut facilement être mal compris. Toutefois, dans les années 1980 et 1990, les pathologistes de l'Ontario ont souvent diagnostiqué la seule « asphyxie » comme étant la cause de la mort. Le D<sup>r</sup> Smith l'a sans aucun doute fait, tout comme d'autres pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner à cette époque.

Ensuite, le fondement sur lequel s'appuie le diagnostic d'asphyxie pose un problème. Les critères diagnostiques qui étaient fréquemment utilisés pour établir l'asphyxie – hémorragies pétéchiales dans les viscères thoraciques, congestion et œdème des poumons, cyanose des ongles et œdème cérébral – sont en fait des constatations non spécifiques. Autrement dit, ces phénomènes peuvent apparaître dans un corps pour diverses raisons, y compris, mais sans aucunement s'y limiter, l'asphyxie. Elles sont sans importance en l'absence de preuves supplémentaires et on ne peut pas dire à juste titre qu'elles constituent un diagnostic d'asphyxie.

Dès 1974, les manuels de médecine légale faisaient référence à ces critères comme étant « désuets », compte tenu du fait qu'ils étaient non spécifiques et donc non diagnostiques. Par conséquent, dans les années 1980 et 1990, les médecins légistes auraient dû être au courant que certaines observations, comme les pétéchies intrathoraciques et la congestion des poumons, étaient non spécifiques et insuffisantes pour justifier à elles seules le diagnostic d'asphyxie.

Néanmoins, le D<sup>r</sup> Smith a déterminé que l'asphyxie était la cause de la mort dans 9 des 18 cas examinés en détail par la Commission. Dans plusieurs autres dossiers, il a conclu que la mort présentait un élément d'asphyxie, mais que celui-ci n'était pas la cause de la mort. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré sous serment qu'il était au courant que certaines observations, comme les hémorragies pétéchiales dans les viscères thoraciques, étaient non spécifiques et ne constituaient donc pas un diagnostic d'asphyxie. Par conséquent, il a dit qu'il a diagnostiqué l'asphyxie uniquement après avoir effectué ces observations non spécifiques à l'autopsie et après avoir remarqué d'autres indices qui laissaient supposer qu'un mécanisme d'asphyxie avait causé la mort. Ces autres indices s'étaient présentés sous deux formes : des conclusions pathologiques spécifiques ou des antécédents laissant supposer l'asphyxie.



J'ai examiné les neuf cas et ai conclu que le D<sup>r</sup> Smith a adopté dans certains cas la démarche qu'il a décrite, mais pas dans d'autres. Parfois, il a semblé faire exactement le contraire; il a diagnostiqué l'asphyxie en se fondant uniquement sur des observations non spécifiques.

Dans l'affaire Tiffani, le D<sup>r</sup> Smith a conclu que la cause de la mort était l'asphyxie. Il a ajouté un « notanda » au rapport d'autopsie, indiquant que l'étiologie de l'asphyxie ne pouvait pas être déterminée. Dans ce cas, toutefois, la seule preuve appuyant le diagnostic d'asphyxie comprenait des observations d'hémorragies pétéchiales à la plèvre viscérale, de congestion pulmonaire et d'œdème cérébral. Ces observations étaient toutes non spécifiques et donc non diagnostiques. Aucun élément de la preuve pathologique ou circonstancielle n'appuyait le diagnostic du D<sup>r</sup> Smith. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu ce fait et a expliqué qu'il avait inclus le notanda afin de reconnaître le fait que son diagnostic s'appuyait entièrement sur des résultats non spécifiques. Je ne peux pas accepter cette explication. Ce n'est pas ce qu'indique le notanda et, ce qui importe encore plus, il ne pouvait pas parvenir à un diagnostic d'asphyxie en s'appuyant sur ces observations. Elles étaient non spécifiques.

Dans l'affaire Taylor, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas conclu que l'asphyxie était la cause de la mort, mais a déterminé que celle-ci comportait un « élément d'asphyxie ». Toutefois, comme dans l'affaire Tiffani, le D<sup>r</sup> Smith a fondé cette conclusion entièrement sur des observations non spécifiques, soit des hémorragies pétéchiales du thymus et de la plèvre viscérale. Aucune autre preuve ne laissait supposer que l'asphyxie avait joué un rôle dans la mort de Taylor. Contrairement à son affirmation selon laquelle il n'a pas diagnostiqué l'asphyxie en s'appuyant uniquement sur des observations non spécifiques, le D<sup>r</sup> Smith a fait exactement cela dans l'affaire Taylor.

Passons maintenant à l'explication du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle il a diagnostiqué l'asphyxie lorsqu'il a effectué la série d'observations non spécifiques et « d'autre chose » – des constatations pathologiques spécifiques ou des renseignements circonstanciels. Je considère les affaires Delaney et Katharina comme étant les exemples qui illustrent le mieux le fait que le D<sup>r</sup> Smith s'est fondé sur cette « autre chose ».

Dans l'affaire Delaney, le coroner a informé le D<sup>r</sup> Smith que Delaney avait été laissé seul le soir avec sa mère et son cousin de deux ans. Lorsque des membres de la famille ont découvert le corps de Delaney le lendemain matin, ils ont trouvé sa mère assise dans la même pièce, couverte de sang, serrant un morceau de verre brisé. La police a avisé le D<sup>r</sup> Smith que la mère de Delaney avait avoué avoir inséré ses doigts dans la gorge de Delaney à trois reprises jusqu'à ce qu'il cesse de respirer.

Dans son rapport d'autopsie rédigé en août 1994, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué « Asphyxie (obstruction des voies respiratoires avec les doigts) » comme observation anormale. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a expliqué qu'il est parvenu à sa conclusion en se fondant sur trois observations : premièrement, des pétéchies intrathoraciques, deuxièmement, une hémorragie dans la région supérieure du larynx, la région épiglottique et le bas du cou et, troisièmement, l'histoire voulant que la mère de Delaney ait inséré ses doigts dans les voies respiratoires de Delaney à trois reprises. Il a cru que cette histoire constituait un fondement suffisant pour le diagnostic et que, compte tenu de la preuve circonstancielle accablante, d'autres pathologistes seraient arrivés à la même conclusion.

Les examinateurs experts ont divergé d'opinion. Le premier examinateur affecté au cas, le D<sup>r</sup> Pekka Saukko, médecin légiste accrédité, n'a trouvé aucune preuve pathologique appuyant l'hypothèse selon laquelle le mécanisme ayant entraîné la mort était une obstruction des voies respiratoires avec les doigts. Selon le D<sup>r</sup> Saukko, les examens toxicologiques, radiologiques et histologiques n'ont pas révélé d'indices spécifiques ou importants qui pourraient expliquer la mort de Delaney. Bien que les circonstances aient laissé croire à un homicide, aucune observation pathologique ne venait corroborer ou exclure cette supposition. Par conséquent, le D<sup>r</sup> Smith, en tant que pathologiste, aurait dû classer la cause de la mort comme étant indéterminée.

Le D<sup>r</sup> Smith a adopté le même type de raisonnement dans l'affaire Katharina, où il a conclu que la cause de la mort était l'« asphyxie (filicide) ». Une fois de plus, les examinateurs experts se sont dits en désaccord avec le diagnostic et ont trouvé une quantité insuffisante de preuves pathologiques pour appuyer la conclusion selon laquelle la cause de la mort était l'asphyxie. Dans les affaires Delaney et Katharina, les examinateurs experts ont ajouté que, si le D<sup>r</sup> Smith avait diagnostiqué l'asphyxie en s'appuyant sur la preuve circonstancielle plutôt que sur la preuve pathologique, il aurait au moins dû le mentionner dans son rapport. Au contraire, ses rapports n'indiquaient rien à ce sujet.

Ces affaires soulèvent deux questions. Premièrement, le D<sup>r</sup> Smith aurait-il dû complètement s'abstenir d'utiliser le terme « asphyxie »? Ensuite, le cas échéant, a-t-il correctement diagnostiqué l'asphyxie dans chaque cas?

Compte tenu du fait qu'il a été prouvé que, dans les années 1980 et 1990, de nombreux pathologistes en Ontario indiquaient uniquement l'« asphyxie » comme cause de la mort, je ne critique pas le D<sup>r</sup> Smith pour avoir fait de même. Les problèmes associés au terme sont néanmoins très réels. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a donné sa définition du terme : « un état où l'apport en oxygène ou son utilisation par les tissus de l'organisme est compromis ». Il a reconnu que cette définition était plus générale que celle que pourraient utiliser

d'autres pathologistes. L'absence d'uniformité et de spécificité concernant ce terme est problématique. Si un pathologiste l'utilise pour décrire un état et qu'un autre s'en sert pour décrire un autre état très différent, comment est-ce que la famille, la police, la Couronne, le tribunal ou les autres personnes peuvent connaître la différence? À mon avis, l'utilisation par le D<sup>r</sup> Smith du terme « asphyxie » pouvait à elle seule porter à confusion.

En ce qui a trait à la seconde question, à savoir si le D<sup>r</sup> Smith a diagnostiqué correctement l'asphyxie dans les affaires Delaney et Katharina, je reviens à son témoignage devant la Commission. Le D<sup>r</sup> Smith a témoigné qu'il était au courant que certaines observations étaient non spécifiques, mais qu'il a cru que celles-ci, conjointement avec des résultats d'autopsie spécifiques ou un historique laissant supposer une asphyxie, offriraient un fondement suffisant pour le diagnostic. Je suis d'accord avec la moitié de cette déclaration. Selon moi, si des observations pathologiques spécifiques laissent supposer qu'un enfant est mort d'asphyxie causée par une strangulation, par exemple, un pathologiste peut donc arriver à juste titre à un diagnostic de strangulation. Cela est tout à fait logique; en règle générale, le pathologiste peut arriver à une opinion si la pathologie la justifie. Dans les affaires Delaney et Katharina, toutefois, le diagnostic du D<sup>r</sup> Smith ne pouvait reposer sur aucune preuve pathologique.

Je suis en désaccord avec la seconde moitié de l'assertion du D<sup>r</sup> Smith, à savoir que des observations non spécifiques combinées à un historique laissant croire à l'asphyxie sont suffisantes pour poser un diagnostic. L'historique et les observations non spécifiques ne suffisent pas à elles seules à appuyer un diagnostic pathologique. La tâche du médecin légiste consiste à parvenir à une opinion sur la cause de la mort en s'appuyant sur la pathologie. En l'absence de toute observation pathologique spécifique laissant supposer qu'un enfant est mort d'une certaine forme d'asphyxie, comme la strangulation, les observations pathologiques non spécifiques sont sans importance. Le pathologiste ne peut pas recourir à l'historique et aux renseignements circonstanciels pour donner un sens aux observations non spécifiques. Au contraire, le pathologiste devrait simplement indiquer que la cause de la mort est indéterminée, mais que les renseignements circonstanciels pourraient laisser supposer une cause.

Le D<sup>r</sup> Smith a toutefois soulevé deux points importants devant la Commission. Ces deux points se rapportent à la culture de la médecine pédiatrique légale en Ontario dans les années 1990. Premièrement, au début et au milieu des années 1990, à l'époque où il a rédigé les rapports d'autopsie dans les affaires Delaney et Katharina, les pathologistes en Ontario n'avaient pas l'habitude d'indiquer que la cause de la mort était « indéterminée ». Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que des termes comme « indéterminée » ou « aucune cause anatomique de la mort » ont

commencé à faire partie du vocabulaire des pathologistes. En effet, les examinateurs experts eux-mêmes ont déclaré qu'ils utilisent maintenant davantage le terme « indéterminée » que par le passé. Deuxièmement, dans les années 1980 et 1990, en Ontario, les rapports d'autopsie préparés pour le coroner ne contenaient généralement pas de référence à l'historique ou aux renseignements circonstanciels dont le pathologiste était au courant ou sur lesquels il s'appuyait pour arriver à un diagnostic.

Toutefois, cela ne permet toujours pas de justifier les opinions du D<sup>r</sup> Smith dans bon nombre de « cas d'asphyxie ». Je peux comprendre que, parce que la pratique courante était d'indiquer une cause de la mort et non de conclure que cette cause était indéterminée, un pathologiste pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner dans les années 1980 et au début des années 1990 aurait pu avoir tendance à poser un diagnostic final malgré le peu de preuves appuyant ce diagnostic. Je ne peux toutefois pas comprendre comment un pathologiste peut arriver à un tel diagnostic en l'absence de preuve pathologique pour la soutenir. Comme je l'ai souligné, dans bon nombre de « cas d'asphyxie », le D<sup>r</sup> Smith a posé un diagnostic en s'appuyant sur des observations non spécifiques seules ou combinées à des renseignements circonstanciels. Lorsqu'aucune preuve pathologique n'appuyait les conclusions du D<sup>r</sup> Smith, son diagnostic était faux.

De plus, comme je l'indique plus loin, le D<sup>r</sup> Smith aurait dû, quoi qu'il en soit, rendre son raisonnement transparent. En règle générale, si le pathologiste s'appuie en partie sur l'historique ou sur d'autres renseignements circonstanciels pour parvenir à une conclusion, il doit le mentionner. Cette transparence permet à ceux qui examinent l'opinion de comprendre le fondement des conclusions initiales du pathologiste. Cependant, la principale défaillance systémique illustrée par ces cas est que l'utilisation du simple terme « asphyxie » comme cause de la mort est problématique. S'il est utilisé, il doit être expliqué. Je reviendrai sur cette question dans le volume 3.

## **Diagnostic de traumatisme crânien**

Comme je le décris au chapitre 6, La science et la culture de la médecine légale, la compréhension des traumatismes crâniens chez les nourrissons et les enfants a évolué depuis les années 1980. À cette époque, de nombreuses personnes croyaient que trois observations pathologiques, connues sous le nom de « triade », constituaient un diagnostic de syndrome du bébé secoué (SBS) : une hémorragie sous-durale, une hémorragie rétinienne et une encéphalopathie hypoxo-ischémique. Au fil du temps, toutefois, l'opinion dominante a changé. Bien des gens ont commencé à se demander si la triade constituait réellement un

diagnostic de SBS ou si l'on pouvait constater cet ensemble d'observations dans d'autres circonstances, y compris une chute accidentelle.

À mesure que les connaissances sur le SBS se sont accrues, les connaissances sur un autre aspect des traumatismes crâniens chez les enfants ont fait de même. Dans les années 1980, l'opinion dominante voulait que les chutes d'une faible hauteur à la maison ne pouvaient pas causer de blessures graves ou la mort chez les nourrissons et les enfants. Toutefois, au fil du temps, des preuves empiriques ont commencé à laisser supposer que les petites chutes à la maison pouvaient effectivement tuer, bien que cela se produise rarement.

Le D<sup>r</sup> Smith a commis de graves erreurs en ce qui concerne son diagnostic de traumatisme crânien dans plusieurs des cas qui m'ont été présentés. Parfois, son diagnostic, qui serait considéré déraisonnable aujourd'hui, était acceptable compte tenu de l'état des connaissances à ce moment-là. D'autres fois, il n'était pas valable à l'époque et ne le serait toujours pas aujourd'hui.

Dans l'affaire Amber, l'histoire relatée voulait qu'Amber ait déboulé les escaliers recouverts de moquette. Au cours de l'autopsie qu'il a pratiquée en 1988, le D<sup>r</sup> Smith a découvert une hémorragie sous-durale, des hémorragies rétiniennes et une encéphalopathie hypoxo-ischémique. Il a conclu qu'Amber était morte du SBS. Bien que, dans les années 1980, le diagnostic de SBS ait souvent été posé en s'appuyant uniquement sur la triade, il ne s'agissait pas ici d'un tel cas. Les résultats de l'autopsie, qui comprenaient une ecchymose sur le front et une hémorragie sous-durale unilatérale envahissante, fournissaient une preuve pathologique claire d'un traumatisme crânien contondant et non de secousses<sup>4</sup>. Le fait que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas tenu compte de ces résultats est abordé plus en détail ci-dessous. Ce qu'il faut retenir, c'est que, bien que les critères de diagnostic du SBS aient évolué de façon importante depuis les années 1980, cette évolution n'explique pas l'erreur de diagnostic du D<sup>r</sup> Smith dans tous les cas de traumatisme crânien examinés en détail par la Commission. Dans l'affaire Amber, les observations pathologiques et la preuve circonstancielle, qui comprenaient un historique de chute, laissaient croire à une chute accidentelle. Le D<sup>r</sup> Smith a mal diagnostiqué un SBS en s'appuyant sur la triade, alors qu'en fait, elle n'était pas présente du tout telle qu'elle est traditionnellement comprise.

Dans l'affaire Tyrell, la gardienne a déclaré que Tyrell avait sauté sur le divan, avait glissé et était tombé vers l'arrière, se frappant la tête contre la table de salon en marbre ou une tuile du plancher. Le D<sup>r</sup> Smith a conclu avec raison que Tyrell était mort d'un traumatisme crânien. Il a toutefois omis de reconnaître que les

---

<sup>4</sup> La triade, telle qu'elle est traditionnellement comprise, comprend une hémorragie sous-durale bilatérale et non une hémorragie sous-durale unilatérale envahissante, comme c'était le cas dans l'affaire Amber.

observations pathologiques soutenaient l'opinion voulant que Tyrell ait subi une blessure au cerveau par *contrecoup*, ce qui est généralement associé à une chute vers l'arrière. Lorsque les gens heurtent l'arrière de leur tête, ils peuvent souffrir d'une ecchymose au cuir chevelu ou d'une fracture du crâne au point d'impact. Cependant, les dommages au cerveau se trouvent du côté opposé (*contrecoup*), puisque l'impact entraîne le cerveau vers l'avant à l'intérieur du crâne. Tyrell avait des ecchymoses du côté arrière gauche de son cuir chevelu et une contusion sur le lobe frontal droit de son cerveau. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas mis ces observations pathologiques en corrélation avec une blessure par *contrecoup* et il a incorrectement conclu que Tyrell n'était pas tombé de la manière suggérée par sa gardienne.

De plus, en 2000, lorsqu'il a témoigné pour la Couronne à l'enquête préliminaire de la gardienne de Tyrell, le D<sup>r</sup> Smith a incorrectement affirmé que l'explication de cette dernière concernant les blessures de Tyrell était impossible. Il est allé jusqu'à dire au tribunal que la documentation laissait supposer que les enfants ne meurent pas d'une chute de moins de trois ou quatre étages. Cela était clairement faux. Avant 2000, il y avait déjà eu un certain nombre de rapports empiriques de petites chutes à la maison causant des blessures graves et même la mort chez des nourrissons et des enfants. L'opinion catégorique du D<sup>r</sup> Smith ne tenait pas compte de l'état des connaissances en 2000.

## **Prise en compte des preuves contradictoires**

Comme les examinateurs experts l'ont bien fait comprendre, les médecins légistes doivent tenir compte de toutes les preuves pertinentes au moment de se faire une opinion sur la cause de la mort, c'est-à-dire tant les preuves qui soutiennent un diagnostic particulier que celles qui le contredisent. Le pathologiste doit commencer chaque autopsie sans idée préconçue et suivre les preuves jusqu'à ce qu'elles le mènent à une conclusion. Certaines observations pourraient suggérer un diagnostic et d'autres, un diagnostic différent. Dans ces circonstances, la tâche du pathologiste consiste à tenir compte de toutes les preuves et de déterminer s'il est possible de poser un diagnostic. Lorsqu'une contradiction concernant une preuve persiste, le pathologiste doit tenir compte de la façon dont elle réduit le poids de toute conclusion proposée et de la mesure dans laquelle elle le fait. Bien que la présence d'une preuve contradictoire n'exclue pas nécessairement un diagnostic, elle exige que le pathologiste évalue si le diagnostic est le bon. Dans tous les cas, les pathologistes doivent déterminer si la preuve contradictoire influe sur leur opinion et pour quelles raisons. S'ils ne le font pas, ils risquent de négliger des renseignements importants et, en bout de ligne, de poser un mauvais diagnostic.

De même, les pathologistes doivent prendre en compte les preuves dont ils apprennent l'existence après avoir terminé le rapport d'autopsie. Ils doivent tenir compte de la nouvelle preuve à la lumière de l'ancienne et déterminer si elle a une incidence sur l'opinion déjà formulée et de quelle façon, le cas échéant. Dans un tel cas, ils doivent être prêts à modifier cette opinion en conséquence.

Dans plusieurs cas, soit que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas tenu compte de la preuve contradictoire pour formuler son opinion, soit qu'il n'a pas envisagé de modifier son opinion en fonction des nouveaux renseignements. Cela a contribué à des erreurs de diagnostic, qui ont eu des conséquences importantes.

Dans l'affaire Amber, le D<sup>r</sup> Smith a conclu qu'une petite chute dans les escaliers ne pouvait pas expliquer le traumatisme crânien mortel de l'enfant. Il a plutôt conclu qu'Amber avait été secouée jusqu'à ce qu'elle meure. Comme nous l'avons décrit précédemment, le D<sup>r</sup> Smith a fait trois observations importantes durant l'autopsie, qui soutenaient sa conclusion : une hémorragie sous-durale, une hémorragie rétinienne et une encéphalopathie hypoxo-ischémique. Bien des gens croyaient à la fin des années 1980 que cette triade d'observations constituait un diagnostic de syndrome du bébé secoué. Il y avait toutefois des preuves qui étaient incompatibles avec ce diagnostic.

Au cours de l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a observé plusieurs ecchymoses sur le front, la joue, la hanche et les jambes d'Amber. Les examinateurs experts ont conclu que de telles ecchymoses, en particulier celle trouvée sur le front, indiquaient une blessure provoquée par un impact et non par une secousse. Le D<sup>r</sup> Smith a accordé peu d'importance à ces conclusions au procès. Il a indiqué au tribunal que « très peu d'ecchymoses » étaient présentes et que celle du front était située à un endroit où l'on s'attendrait à en trouver une chez un enfant de l'âge d'Amber. Il a supposé, en s'appuyant sur une déclaration de la mère d'Amber, que les ecchymoses situées sur le front et la joue étaient présentes avant la chute d'Amber. Il a également considéré que les ecchymoses sur la hanche et les jambes étaient sans intérêt et indépendantes les unes des autres ainsi que d'une chute présumée.

En fait, plusieurs experts de la défense ont déclaré au procès que l'ecchymose sur le front que le D<sup>r</sup> Smith a qualifiée de sans intérêt était en réalité une ecchymose sous-galéale importante. De plus, il s'agissait de quelque chose que l'on s'attendrait à observer après une chute. Dans les motifs de son jugement acquittant la gardienne d'Amber, le juge Dunn a critiqué le D<sup>r</sup> Smith pour avoir supposé que les ecchymoses sur le front et la joue étaient antérieures à la chute d'Amber. Le juge Dunn a conclu que le D<sup>r</sup> Smith n'en savait pas suffisamment sur l'affaire pour justifier son hypothèse.

De plus, l'hémorragie sous-durale était unilatérale, ce qui signifie qu'elle était davantage présente d'un côté que de l'autre. Dans la majorité des cas de syndrome

du bébé secoué, toutefois, on constate une hémorragie des deux côtés du cerveau. L'observation d'une hémorragie sous-durale unilatérale a réduit la valeur du diagnostic de secousse et est venue appuyer la conclusion selon laquelle Amber avait subi une blessure contondante, peut-être lors d'une chute.

Un chirurgien a pratiqué une opération sur le cerveau d'Amber et a retiré un hématome sous-dural (sang résultant de l'hémorragie sous-durale). Le chirurgien a décrit l'hématome enlevé comme étant « très gros » et « très étendu ». Comme il ne l'a toutefois pas envoyé aux fins d'analyse pathologique, il ne disposait pas des mesures exactes de l'hématome. Les experts internationaux m'ont indiqué que généralement, dans les cas de secousse, le sang résultant de l'hémorragie sous-durale forme une mince pellicule sur les hémisphères du cerveau. L'observation par le chirurgien d'un hématome très gros et très étendu était donc incompatible avec un cas de secousse. Lorsqu'on lui a présenté la preuve contradictoire au cours du procès, le D<sup>r</sup> Smith a souligné l'absence de mesure exacte de l'hématome et a répliqué qu'un caillot de sang pouvant sembler gros n'est parfois pas si gros une fois qu'il est examiné « à la douce lumière du jour ». Selon moi, sa réponse était inadéquate. On a demandé au D<sup>r</sup> Smith d'évaluer et d'expliquer comment l'observation d'un gros hématome sous-dural aurait une incidence sur son analyse. Il s'est plutôt attaqué à l'exactitude de l'observation du chirurgien, alors que rien ne laissait supposer que le chirurgien avait mal décrit l'hématome.

Enfin, il existait d'autres preuves dont le D<sup>r</sup> Smith aurait dû tenir compte pour arriver à son diagnostic. Un pathologiste doit prendre en compte les caractéristiques physiques de la victime dans un cas de secousse. Toutefois, au procès, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il avait diagnostiqué le syndrome du bébé secoué avant de connaître la taille et le poids d'Amber. Bien qu'il ait reconnu qu'il serait plus difficile de blesser un enfant de l'âge d'Amber (16 mois) qu'un enfant plus jeune, il a indiqué au tribunal que l'âge d'Amber ne l'a pas amené à revoir son diagnostic. Devant la Commission, la D<sup>re</sup> Helen Whitwell, neuropathologiste respectée spécialisée en médecine légale, a exprimé l'opinion selon laquelle le D<sup>r</sup> Smith aurait dû tenir compte des caractéristiques physiques d'Amber avant de diagnostiquer le syndrome du bébé secoué et que l'âge d'Amber aurait dû l'amener à se demander à nouveau si elle avait été secouée à mort ou non.

J'accepte le fait que la présence de la triade était considérée par certains comme un diagnostic de syndrome du bébé secoué dans les années 1980. Toutefois, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas sérieusement tenu compte de toutes les preuves existantes, surtout de celles qui étaient incompatibles avec son opinion.

Dans l'affaire Nicholas, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas reconsidéré son premier diagnostic malgré la découverte de nouveaux renseignements. Il a préparé un rapport de



consultation en janvier 1997, après avoir examiné les premiers résultats de l'autopsie, et a conclu que la mort de Nicholas était attribuable à un traumatisme crânien contondant. Il a appuyé sa conclusion sur cinq principales observations : l'œdème cérébral, l'augmentation de la circonférence de la tête, la blessure au cuir chevelu, les os du crâne non suturés et la fracture mandibulaire du côté gauche.

Devant la Commission, l'inspecteur intérimaire Robert Keetch, du Service de police du grand Sudbury, a déclaré qu'il avait fourni les dossiers médicaux de Nicholas au D<sup>r</sup> Smith en mai 1997. Ces dossiers démontraient que Nicholas avait toujours eu une grosse tête et que la circonférence de sa tête après sa mort correspondait à ce à quoi on aurait pu s'attendre. Elle ne présentait pas d'« augmentation ». En outre, lorsque le D<sup>r</sup> Smith a examiné le corps de Nicholas après l'exhumation, il a confirmé qu'il n'y avait aucune fracture mandibulaire. Par conséquent, les cinq observations sur lesquelles s'était fondé le D<sup>r</sup> Smith pour arriver à son premier diagnostic étaient réduites à trois. Ces nouveaux renseignements n'ont toutefois pas semblé modifier la pensée du D<sup>r</sup> Smith.

Dans son rapport d'autopsie, daté d'août 1997, le D<sup>r</sup> Smith a donné la même opinion qu'auparavant – la cause de la mort était un œdème cérébral, correspondant à un traumatisme crânien contondant – malgré l'élimination de deux des fondements factuels du diagnostic. En effet, le D<sup>r</sup> Smith a continué de faire référence à sa conclusion initiale d'une « augmentation » de la circonférence de la tête contenue dans son rapport d'août 1997 et a écrit que l'exhumation était en partie attribuable à cette conclusion.

À mon avis, le fait que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas reconsidéré sa première opinion, compte tenu des nouveaux renseignements contradictoires, était problématique. En effet, sa réaction à l'égard des dossiers médicaux de Nicholas, qui montraient que la circonférence de la tête de ce dernier avait toujours été grande, était semblable à sa réaction dans l'affaire Amber. Jusqu'en mars 2001, dans une lettre adressée à l'OMCO, il a persisté à dire que la circonférence de la tête de Nicholas était « clairement anormale ». Lorsque les pathologistes arrivent à un diagnostic en s'appuyant sur les résultats d'une autopsie, ils doivent être prêts à revoir ce diagnostic si une autre preuve vient remettre ces résultats en question. Dans plusieurs cas, le D<sup>r</sup> Smith ne l'a pas fait.

Le fait de ne pas sérieusement tenir compte de la preuve supplémentaire qui contredit un premier diagnostic est symptomatique de ce que l'on appelle le préjugé de confirmation. Ce préjugé doit à tout prix être évité. En aucun cas il ne revient au médecin légiste de trouver une preuve pour confirmer ou rejeter une théorie. Sa tâche consiste plutôt à aborder une affaire en gardant l'esprit ouvert et à laisser la preuve lui montrer le chemin. Comme je l'indique dans le

volume 3, la profession doit se prémunir contre le préjugé de confirmation en médecine légale.

## Utilisation du diagnostic par défaut

Un diagnostic par défaut en est un que l'on suppose être le bon parce que la preuve ne l'exclut pas. Il ne faut pas le confondre avec le diagnostic par exclusion, une méthode de raisonnement médical traditionnelle qui permet d'arriver à un diagnostic en utilisant la preuve pour éliminer les autres diagnostics possibles. Supposons, par exemple, un cas où les seuls résultats médicaux sont X, Y et Z et où les seuls diagnostics possibles sont 1, 2 et 3. Un médecin utilisant le diagnostic par exclusion raisonnerait de la façon suivante : les résultats X, Y et Z excluent 2 et 3, mais pas 1. Le diagnostic est donc 1. Un médecin utilisant le diagnostic par défaut dirait simplement ce qui suit : X, Y et Z n'excluent pas 1. Le diagnostic est donc 1. Dans la dernière situation, le fait de conclure que 1 est le bon diagnostic serait arbitraire et trompeur. Cette forme de raisonnement n'a aucun fondement scientifique.

Comme les examinateurs experts me l'ont bien fait comprendre, l'adoption d'une démarche axée sur le diagnostic par défaut par un médecin légiste est problématique. Ce n'est pas parce qu'il n'existe aucune preuve excluant un diagnostic qu'il s'agit de la seule conclusion possible. Le fait de se fier à une opinion par défaut n'est donc pas scientifique.

Dans des cas comme ceux de Valin et de Nicholas, le D<sup>r</sup> Smith a conclu que ses résultats d'autopsie découlaient d'une blessure non accidentelle parce qu'il n'y avait aucune explication de blessure accidentelle qu'il considérait comme crédible. Son raisonnement dans ces cas est une variante de la démarche axée sur le diagnostic par défaut. La blessure non accidentelle devient la conclusion « par défaut » du pathologiste et il incombe aux autres de l'exclure. Cette démarche devient encore plus inquiétante lorsqu'elle est transposée dans le système de justice pénale.

Dans l'affaire Valin, le D<sup>r</sup> Smith et un médecin de l'équipe SCAN ont examiné les photographies d'autopsie et ont rédigé un rapport de consultation conjoint daté du 6 août 1993. Dans leur rapport, ils ont indiqué que l'anus de Valin présentait une large ouverture et qu'il semblait y avoir des fissures à l'intérieur. Ils ont écrit : « En l'absence d'antécédents de constipation grave, ces observations laisseraient supposer qu'il y a eu pénétration anale, probablement vigoureuse, avec un objet rond et non tranchant ». Les médecins du SickKids ont également observé une ecchymose sur le visage et le haut de la poitrine de Valin et ont conclu ce qui suit : « En l'absence d'une explication raisonnable appuyée

par des antécédents, ces signes révèlent un traumatisme non accidentel, notamment d'origine sexuelle ».

Dans l'affaire Nicholas, le D<sup>r</sup> Smith a d'abord rédigé un rapport de consultation, concluant que Nicholas présentait un œdème cérébral, une augmentation de la circonférence de la tête, des os du crâne non suturés, une fracture au côté gauche de la mandibule et une blessure au cuir chevelu. Il a conclu ce qui suit : « En l'absence de toute autre explication, la mort de ce jeune garçon est due à un traumatisme crânien contondant ». Après l'exhumation du corps de Nicholas, le D<sup>r</sup> Smith a procédé à une deuxième autopsie. Dans son rapport d'autopsie, il a écrit qu'il y avait une décoloration le long des sutures du crâne de Nicholas. Il a conclu ce qui suit : « En l'absence d'une explication crédible, selon moi, les résultats de l'autopsie font croire à une blessure non accidentelle ». Le D<sup>r</sup> Smith a utilisé un raisonnement semblable dans les affaires Amber, Tiffani et Tyrell. Son raisonnement est contraire à la démarche fondée sur des éléments probants en matière de médecine légale. Dans un cadre axé sur les éléments probants, les médecins légistes partent d'une position d'objectivité, font preuve d'ouverture d'esprit et tiennent compte de toutes les possibilités avant de tirer une conclusion. Ils ne tiennent pas un diagnostic pour acquis en l'absence d'une autre explication et ne rendent pas les autres responsables de trouver une preuve contraire. L'utilisation du diagnostic par défaut est une autre défaillance systémique contre laquelle il faut se prémunir à l'avenir.

## LE RAPPORT D'AUTOPSIE

Les médecins légistes préparent un rapport de chaque autopsie qu'ils pratiquent en vertu de mandats du coroner. Ce rapport a pour objet de communiquer par écrit ce qu'ils ont découvert durant l'autopsie ainsi que leur opinion sur la cause de la mort. En vertu du paragraphe 28 (2) de la *Loi sur les coroners*, les pathologistes doivent présenter un rapport écrit de leurs conclusions à certaines personnes seulement : le coroner qui a émis le mandat d'autopsie, le coroner régional, le coroner en chef et le procureur de la Couronne. D'autres personnes ou institutions, y compris les membres de la famille, le service de police chargé de l'enquête, l'avocat de la défense et les organismes de protection de l'enfance, peuvent toutefois tôt ou tard recevoir le rapport du pathologiste et s'y fier.

Dans les années 1980 et 1990, les rapports préparés par de nombreux pathologistes de l'Ontario comportaient un certain nombre de lacunes. Dans la présente section, je tiens compte de ces lacunes en examinant les rapports préparés par le D<sup>r</sup> Smith pour les cas que nous avons examinés. Je tiens à souligner que la plupart de ces lacunes ne se limitaient pas au D<sup>r</sup> Smith. Bon nombre des problèmes

associés à ses rapports étaient symptomatiques d'un problème systémique beaucoup plus important. À bien des égards, les rapports du D<sup>r</sup> Smith n'étaient pas les seuls du genre et étaient plutôt révélateurs du caractère inadéquat des pratiques de rédaction de rapport d'autopsie en Ontario à cette époque.

## **Les limites des formulaires 12 et 14**

Jusqu'en 1999, la présentation des rapports d'autopsie était prescrite par les règlements pris en application de la *Loi sur les coroners*. Dans les années 1970, le formulaire prescrit était appelé le formulaire 12. Dans les années 1980 et 1990, il s'agissait du formulaire 14. Les deux formulaires étaient pratiquement identiques. Ils exigeaient tous deux que les pathologistes fournissent les renseignements suivants : le nom des personnes qui ont identifié le corps et qui étaient présentes à l'autopsie, les observations faites pendant les examens externes et internes, les résultats des examens radiologiques et microscopiques et des tests de laboratoire ainsi qu'un résumé des observations anormales du pathologiste. Les formulaires se terminaient par une déclaration finale présentant l'opinion du pathologiste sur la cause de la mort. Puisque ces formulaires étaient pratiquement identiques, j'utiliserai simplement le terme « formulaire » dans la présente analyse.

Dans les années 1980 et 1990, les pathologistes suivaient généralement le modèle présenté dans le formulaire. Par conséquent, les rapports d'autopsie comprenaient généralement une liste des observations du pathologiste et une conclusion finale sur la cause de la mort, rien d'autre. En 1999, le règlement exigeant l'utilisation d'un formulaire a été abrogé et la loi ne l'a pas remplacé. Par conséquent, depuis 1999, la *Loi sur les coroners* ne précise plus le contenu du rapport d'autopsie. Jusqu'à ce moment-là, toutefois, le formulaire a été utilisé et a constitué une source de problèmes.

### ***Limites relatives à l'historique et à l'explication***

Le formulaire n'exigeait pas que les pathologistes incluent l'historique et les renseignements circonstanciels sur lesquels ils avaient pu s'appuyer pour poser un diagnostic ou expliquer leur raisonnement. Les rapports du D<sup>r</sup> Smith suivaient cette démarche. Le fait de ne pas inclure ces renseignements est non conforme à une démarche fondée sur des éléments probants en matière de médecine légale, qui exige que l'on tienne compte de l'historique et des résultats d'autopsie ainsi que de la recherche et de la documentation publiées sur le sujet. Le pathologiste raisonne essentiellement à partir de ces éléments de preuve pour arriver à une conclusion. Un rapport d'autopsie qui contient uniquement une énumération des résultats d'autopsie et une déclaration finale sur la cause de la mort ne fournit

pas ces deux éléments importants de cette démarche.

Cette situation est illustrée dans le rapport d'autopsie du D<sup>r</sup> Smith relativement au cas de bébé M. Le D<sup>r</sup> Smith a présenté un résumé des observations anormales, qui comprenaient :

1. une asphyxie (infanticide), avec
  - 1.1 la découverte du corps dans les toilettes (grossesse à terme);
  - 1.2 la présence d'air dans les poumons et l'estomac;
  - 1.3 une hémorragie localisée et des tissus mous au niveau du cou;
  - 1.4 des hémorragies pétéchiales
    - 1.4.1 du thymus;
    - 1.4.2 de la plèvre viscérale;
    - 1.4.3 de l'épicarde;
  - 1.5 un œdème cérébral minime.

La cause de la mort indiquée a été l'« asphyxie (infanticide) ». Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas inclus d'explication ou de raisonnement concernant ses conclusions. De plus, un tel rapport laconique limite la capacité d'une autre personne d'examiner l'opinion du pathologiste. L'examineur ne connaîtrait pas les renseignements sur lesquels s'est fondé le pathologiste ni la façon dont celui-ci a raisonné à partir des observations et des résultats énumérés dans la conclusion finale. En effet, l'une des difficultés que les examinateurs experts ont rencontrées relativement aux rapports du D<sup>r</sup> Smith a été de déterminer si des résultats d'autopsie particuliers avaient influencé son diagnostic sur la cause de la mort et, le cas échéant, de quelle façon.

Cela dit, je ne blâme pas le D<sup>r</sup> Smith pour ne pas avoir intégré l'historique pertinent et ne pas avoir expliqué son raisonnement. Compte tenu du fait que le formulaire ne demandait pas de tels renseignements et que la pratique des pathologistes en Ontario consistait à ne pas intégrer ces éléments, les rapports du D<sup>r</sup> Smith étaient conformes à la pratique courante à cette époque. Cette présentation inadéquate des rapports constituait clairement une défaillance systémique.

### ***Limites relatives aux opinions***

Le formulaire n'exigeait pas que les pathologistes expriment une opinion sur toute question autre que la cause de la mort – comme le moment où les blessures ont été infligées ou par quel mécanisme – même si cela était essentiel. Bien que la police ait demandé souvent au D<sup>r</sup> Smith de donner une opinion sur ces questions importantes, les rapports d'autopsie de ce dernier, en ce qui a trait aux cas qui m'ont été soumis, ne contenaient pas ces opinions.

Le moment où les blessures mortelles ont été infligées était d'une importance cruciale pour l'enquête sur la mort de Jenna. Si Jenna avait été blessée avant 17 h le jour précédant sa mort, sa mère était impliquée. Si elle avait été blessée après 17 h, son gardien était impliqué. La police, le procureur de la Couronne et l'avocat de la défense ont demandé de façon répétée au D<sup>r</sup> Smith de formuler son opinion sur le moment où les blessures ont été infligées. Son rapport d'autopsie, soit la seule fois où il a donné une opinion par écrit, n'abordait toutefois pas cette question.

À mon avis, l'opinion du pathologiste sur des questions importantes autres que la cause de la mort devrait être intégrée au rapport d'autopsie ou à un rapport complémentaire. Les opinions doivent être fournies par écrit afin de cristalliser le diagnostic et de faire en sorte que toutes les personnes concernées, y compris l'avocat de la défense, connaissent l'opinion du pathologiste sur la question. L'avocat de la défense doit recevoir ces renseignements importants bien avant l'enquête préliminaire ou le procès.

Une fois de plus, je désire souligner que le D<sup>r</sup> Smith n'était pas le seul à adopter cette démarche. Le formulaire n'exigeait pas de renseignements sur les questions autres que la cause de la mort et les pathologistes ne fournissaient généralement pas spontanément ces renseignements dans leurs rapports.

### ***Limites relatives à la consultation d'autres experts***

Le formulaire n'exigeait pas que les pathologistes incluent une description des procédures suivies, des éléments recueillis ou des opinions obtenues en consultation auprès d'autres experts. Le D<sup>r</sup> Smith a rarement consigné ces renseignements dans ses rapports d'autopsie. La preuve laisse supposer que les pathologistes s'adonnaient généralement à des conversations en coulisses et consultaient d'autres experts de façon officieuse. Ces conversations et ces consultations étaient rarement consignées dans le rapport du pathologiste, voire jamais. Les rapports inadéquats du D<sup>r</sup> Smith étaient conformes à la pratique courante à l'époque et témoignaient d'une défaillance systémique.

Plusieurs cas illustrent l'importance de consigner dans le rapport d'autopsie les opinions obtenues en consultation par le pathologiste. Dans les affaires Nicholas et Jenna, un doute a été soulevé concernant le fait que le D<sup>r</sup> Smith aurait pu en fait avoir obtenu l'opinion d'un autre expert. Dans les deux cas, il n'a pas consigné la présumée consultation dans son rapport et l'expert consulté n'arrivait pas à se rappeler précisément sa participation au dossier.

Dans l'affaire Nicholas, le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué la deuxième autopsie en août 1997. Un pathologiste dont les services ont été retenus par la mère et le grand-père de Nicholas a soutenu que le D<sup>r</sup> Smith aurait dû consulter un neuropathologiste,

mais qu'il ne l'a pas fait. En juin 1998, le D<sup>r</sup> Smith a répondu que la D<sup>re</sup> Venita Jay, une neuropathologiste pédiatre du SickKids, a examiné le dossier et lui a donné son opinion verbalement. Elle n'a pas remis de rapport écrit sur le cas. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas documenté la consultation dans son propre rapport ou dans ses propres notes. Interrogée sur sa participation, la D<sup>re</sup> Jay a reconnu qu'elle avait pu participer à l'affaire Nicholas d'une manière accessoire et accidentelle, mais qu'elle n'avait aucun souvenir précis du dossier ou de toute opinion qu'elle aurait pu formuler.

De même, dans l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il avait consulté le D<sup>r</sup> Huyer, de l'équipe SCAN, au cours de l'autopsie qu'il a pratiquée en janvier 1997, afin qu'il voie s'il y avait des preuves d'agression sexuelle. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas consigné cette consultation dans son rapport et, interrogé sur le cas, le D<sup>r</sup> Huyer n'avait aucun souvenir précis d'une telle participation.

Dans l'affaire Amber, le fait de ne pas avoir consigné une consultation a causé un problème connexe. Le D<sup>r</sup> Smith a procédé à l'autopsie en août 1988 et témoigné au procès de la gardienne d'Amber en février 1990. Le juge du procès a acquitté la gardienne en juillet 1991. Six mois plus tard, l'équipe SCAN du SickKids a tenu une réunion pour examiner la décision et en discuter. Au cours de cette réunion, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré pour la première fois qu'il avait consulté un expert aux États-Unis. Il n'a pas consigné ce fait dans son rapport d'autopsie et n'a pas informé la procureure de la Couronne de la consultation. Terri Regimbal, la procureure principale dans le cas, a été mise au courant de cette prétendue consultation pour la première fois à la réunion. Devant la Commission, M<sup>re</sup> Regimbal a déclaré que, si elle avait été au courant de la consultation avant le procès, elle aurait probablement parlé à l'expert consulté et envisagé de l'appeler à témoigner au procès.

Il est essentiel que les pathologistes indiquent s'ils ont consulté d'autres experts. Si l'opinion obtenue en consultation éclaire leur diagnostic, ils doivent le mentionner. Une telle indication permet à un examinateur de connaître l'ensemble de la preuve sur laquelle s'est appuyé le pathologiste. Sinon, cela nuit considérablement à la capacité d'examiner le cas. Une telle mention permet également au procureur de la Couronne et à l'avocat de la défense d'apprendre qu'un autre expert a fourni une opinion et de parler directement à cet expert, afin de déterminer l'incidence de l'opinion de cet expert sur le cas.

## Utilisation des parenthèses

Dans plusieurs cas, les rapports d'autopsie du D<sup>r</sup> Smith contenaient des observations énumérées entre parenthèses. Ces parenthèses semblent avoir été utilisées de

deux façons. D'abord, il consignait parfois des observations médicales entre parenthèses. Par exemple, dans son rapport sur le cas de Kasandra, il a indiqué « (état de mal épileptique) », « (décollement rétinien, bilatéral) » et « (atrophie cérébrale) » en tant qu'observations anormales. Ensuite, il a parfois inclus des conclusions juridiques entre parenthèses. Par exemple, dans le cas de bébé M, il a indiqué « Asphyxie (infanticide) » comme étant une observation anormale. Bien que les deux types d'utilisation manquent de transparence, le second est bien plus problématique.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a expliqué qu'il utilisait les parenthèses pour indiquer un renseignement qu'il ne pouvait pas prouver ou vérifier au moyen de l'autopsie, mais qui pourrait servir à expliquer une partie des observations anatomiques effectuées durant l'autopsie. Il a précisé avoir appris cet usage lorsqu'il était résident en pathologie à l'Université de la Saskatchewan, mais l'avoir également vu mis en pratique à l'Université de Toronto. Le D<sup>r</sup> Pollanen nous a mentionné que, pour les autopsies pratiquées à l'hôpital, on enseignait aux résidents de l'Université de Toronto d'indiquer entre parenthèses les renseignements qui leur étaient communiqués, par exemple, par l'entremise des fiches médicales, mais qui ne pouvaient pas être vérifiés de façon indépendante pendant l'autopsie.

Aucun des examinateurs experts n'était au courant de cet usage et tous ont désapprouvé la pratique. Il est inapproprié d'inclure de simples spéculations sous forme de conclusions apparentes, même si le pathologiste les met entre parenthèses. Par exemple, une personne vérifiant le rapport du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Tiffani n'aurait pas su que la conclusion de malnutrition n'était pas fondée. Un examinateur serait plutôt susceptible de conclure que la malnutrition était comme les autres conclusions indiquées dans le rapport ou qu'elle constituait à tout le moins une opinion fondée sur les observations du pathologiste pendant l'autopsie.

Il est vrai que les pathologistes peuvent tenir compte des renseignements qui leur sont communiqués par d'autres et s'y appuyer. Parfois, ils doivent tenir compte de renseignements qu'ils n'ont pas observés personnellement et s'appuyer sur ceux-ci. Cela peut être particulièrement vrai si le pathologiste pratique une deuxième autopsie à la suite d'une exhumation ou s'il offre une opinion dans le cadre d'une consultation. Toutefois, le fait d'inscrire de telles observations entre parenthèses n'indique pas les limites de ces observations aux lecteurs. Il peut induire en erreur ceux qui lisent le rapport d'autopsie, notamment les médecins, les agents de police, les avocats, les juges et les membres de la famille. Si le rapport n'indique pas ce que le pathologiste voulait dire en plaçant certains termes et certaines expressions entre parenthèses, les lecteurs ne comprendront pas que les



« observations » entre parenthèses n'ont pas été faites par le pathologiste au cours de l'autopsie, ce qui accroît considérablement le risque d'interprétation fautive.

L'utilisation des parenthèses par le D<sup>r</sup> Smith afin de souligner des conclusions juridiques, toutefois, est bien plus problématique. Dans le cas de bébé M, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué « Asphyxie (infanticide) » comme étant la cause de la mort. De même, dans son rapport relatif à l'affaire Katharina, il a indiqué « Asphyxie (filicide) » comme observation anormale. L'utilisation des parenthèses par le D<sup>r</sup> Smith dans ces cas est allée bien au-delà de sa propre explication, puisque l'infanticide et le filicide ne sont pas des conclusions médicales, mais des conclusions juridiques. On peut soulever au moins trois objections relativement à cette pratique.

Premièrement, les pathologistes ne devraient jamais inclure une conclusion d'ordre juridique dans un rapport d'autopsie. Ce type de conclusion se situe en dehors de leur expertise. Il n'existe aucune convention permettant de soutenir l'intégration de conclusions juridiques entre parenthèses. Le faire peut entraver le fonctionnement même du système de justice pénale.

Ensuite, en utilisant ces termes, le D<sup>r</sup> Smith ne faisait que spéculer sur la personne qui aurait pu causer la mort du nourrisson ou de l'enfant. Le D<sup>r</sup> Crane et le D<sup>r</sup> Milroy ont déclaré que le devoir du pathologiste est d'examiner et de consigner dans son rapport les observations objectives effectuées pendant l'autopsie. Il est inapproprié d'inclure de simples spéculations sous forme de conclusions qui ne peuvent pas être étayées, même si le pathologiste les met entre parenthèses.

Enfin, la question de transparence décrite précédemment se pose toujours. Si des termes sont placés entre parenthèses, le pathologiste doit indiquer au lecteur la signification de ces parenthèses. Sans cette indication, les lecteurs qui ne sont pas familiers avec cet usage courent le risque de mal interpréter l'opinion du pathologiste et le degré de certitude avec lequel cette opinion a été formulée. L'indication, entre parenthèses, de conclusions juridiques et d'« observations » fondées sur des suppositions – qui n'ont pas leur place dans un rapport d'autopsie – ne fait qu'amplifier le problème et accroît les risques de confusion.

Bien que j'accepte le fait que certaines écoles de médecine enseignent à leurs résidents en pathologie à utiliser les parenthèses dans les cas cliniques de la manière décrite par le D<sup>r</sup> Pollanen, la convention s'applique aux autopsies pratiquées dans les hôpitaux et non aux autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner. À mon avis, un tel usage ne devrait pas exister dans un contexte médicolégal.

## Ajout d'une opinion sur les circonstances de la mort

En Ontario, le pathologiste donne son opinion sur la cause de la mort, tandis que le coroner est chargé de déterminer à la fois la cause de la mort et les circonstances entourant celle-ci. Les cinq catégories de circonstances entourant la mort utilisées par le BCCO sont les suivantes : mort naturelle, mort accidentelle, suicide, homicide et cause indéterminée.

Malgré cette division des responsabilités entre le pathologiste et le coroner, le D<sup>r</sup> Smith a fourni à l'occasion une opinion sur les circonstances de la mort dans ses rapports d'autopsie. Il l'a fait dans le cas de bébé M, émettant l'avis que l'« asphyxie (infanticide) » était une observation anormale. De même, dans celui de bébé F, il a attribué la mort à l'« infanticide » dans son rapport de consultation. Enfin, dans son rapport relatif à l'affaire Katharina, il a indiqué « Asphyxie (filicide) » comme observation anormale. Ces termes, « infanticide » et « filicide », désignent les circonstances de la mort, en l'occurrence l'homicide. En effet, le terme « infanticide », qui est un terme juridique, sous-entend le meurtre volontaire d'un nouveau-né par sa mère. Le terme « filicide » laisse également supposer que l'auteur de l'homicide est l'un des deux parents.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Pollanen a souligné que, bien qu'une opinion sur les circonstances de la mort ne fasse pas officiellement partie des tâches du pathologiste, on demande souvent à ce dernier d'aborder d'une certaine façon les circonstances entourant la mort, puisque c'est ce qui intéresse le système de justice pénale. En fait, le médecin légiste peut donner indirectement une opinion sur les circonstances de la mort dans son interprétation des résultats, en suggérant par exemple que la distribution et la gravité des blessures indiquent que celles-ci n'étaient pas accidentelles. Dans certains cas, la cause de la mort peut forcément indiquer les circonstances dans lesquelles elle est survenue. Par exemple, une cause de nature médicale pourrait inévitablement mener à une conclusion de mort naturelle. Ou encore, un diagnostic de strangulation manuelle pourrait diriger le coroner vers une conclusion d'homicide.

Tous les experts s'entendent pour dire que les pathologistes ne devraient en aucun cas donner de conclusion sur les circonstances de la mort sous forme d'observation dans leur rapport d'autopsie. Le fait d'inclure une telle opinion dépasserait clairement les limites du mandat des pathologistes, qui est d'examiner principalement les preuves pathologiques et d'arriver à une opinion sur la cause de la mort fondée sur ces preuves. À mon avis, le fait que le D<sup>r</sup> Smith a inclus une opinion sur les circonstances de la mort dans les cas énumérés ci-dessus était incorrect et dépassait ses compétences professionnelles. Un pathologiste ne devrait en aucun cas formuler de « conclusion » selon laquelle la mort

était attribuable à un homicide, même si la preuve circonstancielle est des plus accablantes.

## **Remise des rapports en temps opportun**

Le paragraphe 28 (2) de la *Loi sur les coroners* exige que le médecin légiste remette son rapport d'autopsie « sans délai » dans un cas relevant du coroner. En réalité, toutefois, l'importance de produire le rapport sans délai varie en fonction de l'affaire. Dans les cas de mort suspecte, la présentation de rapports en temps opportun est essentielle puisque les membres de l'équipe d'enquête sur la mort peuvent avoir besoin de l'opinion écrite du pathologiste pour prendre des décisions importantes, comme le fait de porter ou non des accusations criminelles. Dans les cas où des accusations ont été portées avant la remise du rapport final du pathologiste, la Couronne doit recevoir le rapport en temps opportun pour pouvoir en fournir une copie à la défense.

Bien entendu, l'importance de la remise des rapports en temps opportun ne se limite pas à son incidence sur l'enquête sur la mort et sur les instances criminelles. Les membres de la famille seront normalement impatients de recevoir le rapport du pathologiste pour pouvoir comprendre la cause de la mort d'un proche qu'ils aimaient. Le fait de combler rapidement cette attente constitue également un objectif important. Cependant, dans les cas non suspects sur le plan criminel, le délai de réception du rapport d'autopsie peut s'avérer moins critique, surtout si le pathologiste a déjà fourni oralement une opinion au coroner et à la police et si le coroner a déjà transmis cette opinion à la famille.

Le rapport d'autopsie n'est pas le seul rapport que doivent produire les pathologistes. Dans certains cas, une fois que le pathologiste a terminé le rapport d'autopsie, le procureur de la Couronne peut demander une autre opinion par écrit. Cette demande peut s'appuyer sur plusieurs raisons. Le procureur de la Couronne peut demander des clarifications sur l'opinion du pathologiste ou il peut vouloir une opinion sur une question qui n'est pas abordée dans le rapport d'autopsie. Ou encore, le pathologiste peut, une fois le rapport terminé, recevoir ou découvrir des renseignements importants qui pourraient avoir une incidence sur l'opinion exprimée dans le rapport. Le pathologiste devrait fournir un rapport complémentaire à la Couronne, par écrit et en temps opportun, pour les raisons indiquées ci-dessus : cela évite les interprétations erronées, permet un examen indépendant, permet à l'équipe d'enquête sur la mort de prendre des décisions importantes et en permet la divulgation.

Dans les années 1980 et 1990, les retards concernant la production des rapports d'autopsie des pathologistes constituaient un problème systémique en

Ontario. Généralement, il fallait plusieurs mois pour rédiger les rapports d'autopsie. Au milieu des années 1990, le délai d'exécution moyen pour les rapports d'autopsie à l'UOMLP était de quatre à cinq mois. Le temps nécessaire pour effectuer les analyses complémentaires qui doivent précéder la rédaction du rapport et les lourdes charges de travail des pathologistes pratiquant les autopsies en vertu de mandats du coroner constituaient à l'époque deux causes de retard courantes. En 1995, le BCCO a publié le Protocole d'enquête de 1995 sur la mort de nourrissons en vertu duquel les analyses toxicologiques sont devenues obligatoires dans toutes les autopsies sur les enfants où une cause anatomique de la mort ne pouvait pas être clairement établie. Dans les années 1990, les analyses toxicologiques prenaient généralement de 9 à 16 semaines et la politique du BCCO prévoyait que le pathologiste ne pouvait pas remplir le rapport d'autopsie avant d'avoir reçu les résultats de ces analyses. Les retards causés par les analyses toxicologiques étaient en grande partie hors de la volonté des pathologistes, mais ils augmentaient les délais d'exécution.

À cette époque, la plupart des pathologistes essayaient de gérer leurs retards en s'occupant des éléments sur lesquels ils exerçaient un contrôle. Ils accordaient la priorité aux cas d'homicide et de mort suspecte et essayaient de répondre rapidement aux demandes de rapports particuliers. De cette façon, les pathologistes géraient le problème systémique de façon ponctuelle. Bien que leur démarche n'ait pas réglé le problème, elle constituait en règle générale une solution satisfaisante. Les coroners, les agents de police, les procureurs de la Couronne et les avocats de la défense recevaient les rapports d'autopsie dont ils avaient besoin lorsque ces besoins devenaient plus urgents.

Le D<sup>r</sup> Smith n'a toutefois pas produit ses rapports ou ses rapports complémentaires en temps opportun dans un grand nombre des dossiers relevant du coroner sur lesquels il a travaillé. Dans certains cas, ses retards atteignaient de huit à dix mois, soit le double du délai d'exécution moyen à l'UOMPL. Contrairement à la plupart des pathologistes, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas géré ses retards de façon satisfaisante. Il a continué à reporter la présentation de ses rapports, malgré de nombreuses demandes répétées, même lorsque l'on en avait clairement besoin de toute urgence.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu ses nombreux retards et les a attribués à sa désorganisation et à sa tendance à tout remettre au lendemain, ainsi qu'à sa charge de travail imprévisible et parfois lourde. Cette explication ne peut toutefois pas tout justifier. Contrairement à d'autres pathologistes, le D<sup>r</sup> Smith a ignoré les demandes répétées de rapports même lorsqu'il savait que le système de justice pénale en avait besoin de toute urgence. Il a fréquemment jeté le blâme sur les autres pour ses retards. Dans trois cas, le D<sup>r</sup> Smith a produit

son rapport d'autopsie uniquement après avoir reçu une assignation exigeant qu'il apporte son rapport avec lui au tribunal. Dans un autre cas, il a produit un rapport uniquement après qu'un juge eut rendu une ordonnance l'y obligeant. À mon avis, cela montre simplement une indifférence totale à l'égard des besoins de l'équipe d'enquête sur les morts et du système de justice pénale.

Dans l'affaire Tiffani, le D<sup>r</sup> Smith a ignoré les demandes relatives à la fois à son rapport d'autopsie et à un rapport complémentaire. Il a pratiqué la deuxième autopsie relativement à ce cas le 13 juillet 1993. Tout au long du mois de novembre 1993, la police lui a constamment demandé son rapport, en vain. Finalement, en janvier 1994, la police a obtenu une assignation exigeant que le D<sup>r</sup> Smith comparaisse devant le tribunal deux semaines plus tard. Le D<sup>r</sup> Smith a fini par présenter son rapport d'autopsie à la police près d'un mois après avoir reçu l'assignation, soit six mois et demi après avoir pratiqué l'autopsie et trois mois après que la police lui eut demandé son rapport pour la première fois.

Dans son rapport d'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a seulement exprimé l'opinion que Tiffani était morte d'asphyxie. Il s'est entretenu avec le procureur de la Couronne à plusieurs reprises avant et après la publication de son rapport. Au cours de ces conversations, il a fourni une opinion plus détaillée sur ce qui avait causé la mort de Tiffani. En avril 1994, en préparation à l'enquête préliminaire, la procureure de la Couronne Sheila Walsh a écrit au D<sup>r</sup> Smith pour lui demander de produire une opinion supplémentaire par écrit. Elle a précisé sa compréhension de ses nouvelles conclusions et a demandé qu'il aborde ces questions dans un rapport complémentaire. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu à cette lettre ni à une lettre de suivi. Puis, quelque temps plus tard, M<sup>e</sup> Walsh a communiqué avec lui au téléphone. Il l'a informée qu'il avait consulté un avocat au bureau du coroner et qu'il n'avait aucune obligation de fournir par écrit un autre document que le rapport d'autopsie qu'il avait déjà préparé.

Quatre semaines après avoir reçu la demande de M<sup>e</sup> Walsh, le D<sup>r</sup> Smith a finalement répondu par écrit. Il a écrit que Tiffani était morte par asphyxie, mais que l'asphyxie n'indiquait pas forcément à elle seule que la mort était accidentelle ou non accidentelle, puisqu'elle pouvait également découler d'une maladie naturelle. Selon le D<sup>r</sup> Smith, les résultats d'autopsie ne révélaient pas la cause de l'asphyxie. Bien que les observations « correspondaient » à un événement non accidentel, comme la suffocation, elles ne permettaient pas d'écarter la possibilité d'une cause naturelle.

À mon avis, le retard du D<sup>r</sup> Smith en ce qui a trait à la production de son rapport d'autopsie et son retard supplémentaire concernant la clarification par écrit de son opinion font état de problèmes systémiques qui doivent être réglés. La police ne devrait pas avoir à recourir à une assignation pour obtenir qu'un pathologiste

produise un rapport. De plus, lorsque le procureur de la Couronne demande expressément la clarification par écrit de l'opinion d'un pathologiste, ce dernier doit se comporter de manière professionnelle et se conformer rapidement à la demande. Il est inacceptable que des pathologistes soient la cause de retards supplémentaires dans le système de justice pénale.

Dans l'affaire Taylor, le D<sup>F</sup> Smith a également causé des retards inexcusables. Il a été consulté pour une deuxième opinion en août 1996. La police et le procureur de la Couronne lui ont demandé à maintes reprises, sans succès, de fournir son rapport. Finalement, neuf mois et demi plus tard, la veille de l'enquête préliminaire, le juge a ordonné à la Couronne de présenter le rapport du D<sup>F</sup> Smith. Confronté à l'ordonnance du juge, le D<sup>F</sup> Smith a finalement répondu. Il a signé son rapport de consultation trois jours plus tard et a envoyé un exemplaire non signé à la police le lendemain.

De même, dans l'affaire Sharon, le D<sup>F</sup> Smith a produit son rapport d'autopsie uniquement après avoir reçu une assignation exigeant qu'il l'apporte au tribunal. Il a pratiqué l'autopsie en juin 1997. En décembre 1997, la police et le coroner régional lui avaient demandé son rapport à plusieurs reprises, sans succès. En décembre et en janvier, le D<sup>F</sup> Smith n'a pas accusé réception des lettres de l'avocat de la défense demandant le rapport. À la fin de janvier 1998, le procureur de la Couronne, Jack McKenna, a lui aussi écrit au D<sup>F</sup> Smith, lui indiquant ce qui suit : « Nous retardons l'avocat de la défense depuis un certain temps. En fait, il a menacé de vous assigner à comparaître plus tôt pour obtenir le rapport. Cela est devenu quelque peu embarrassant pour mon bureau ». Le D<sup>F</sup> Smith n'a pas répondu non plus à M<sup>e</sup> McKenna. Au cours de la deuxième semaine de février 1998, la police a remis une assignation au D<sup>F</sup> Smith, lui enjoignant de comparaître devant le tribunal avec son rapport au début du mois de mars. Deux jours avant la date prévue de sa comparution, le D<sup>F</sup> Smith a terminé son rapport d'autopsie et l'a envoyé par télécopieur à la Couronne.

Enfin, l'affaire Athena offre l'exemple le plus net à la fois de l'incapacité du D<sup>F</sup> Smith de produire ses rapports en temps opportun et de son refus de coopérer avec la police et le procureur de la Couronne. Dans ce cas, deux rapports posaient problème : le rapport d'autopsie et un rapport complémentaire.

Le D<sup>F</sup> Smith a procédé à l'autopsie sur Athena en mars 1998. Six semaines plus tard, il a soumis des échantillons du sang, du foie et du contenu de l'estomac d'Athena au CSJ aux fins d'analyse. Les motifs pour lesquels le D<sup>F</sup> Smith a attendu si longtemps pour soumettre les échantillons ne sont pas clairs; de plus, il n'aurait pas dû le faire. Le toxicologue du CSJ a ensuite pris cinq mois pour effectuer l'analyse requise et présenter le rapport de toxicologie. Ce délai est lui aussi trop long. Le D<sup>F</sup> Smith a terminé son rapport d'autopsie un mois après avoir reçu le

rapport de toxicologie. Il y a eu un retard de sept mois et demi entre le moment de l'autopsie et la remise du rapport d'autopsie du D<sup>r</sup> Smith.

De nombreux mois plus tard, le D<sup>r</sup> Smith a rencontré la police et le procureur de la Couronne. Au cours de cette rencontre, il a donné un aperçu du moment où les blessures d'Athena avaient été infligées, y compris une blessure grave au foie. Il a indiqué à la police et au procureur de la Couronne que la blessure au foie avait probablement été infligée dans les 12 heures précédant la mort d'Athena. Les parents d'Athena avaient mentionné à la police qu'ils étaient avec Athena durant les 24 heures précédant sa mort. Compte tenu de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith sur le moment où la blessure au foie avait été infligée, la police a cru qu'elle avait des motifs raisonnables et probables d'accuser les deux parents de meurtre au deuxième degré. Mais elle voulait l'opinion du D<sup>r</sup> Smith par écrit. Peu après cette rencontre, le sergent-détective Matthew Crone, du Service de police de Toronto, a demandé au D<sup>r</sup> Smith de préparer un addenda à son rapport initial, énonçant son opinion sur le moment où les blessures d'Athena avaient été infligées.

Par la suite, le sergent-détective Crone a communiqué avec le D<sup>r</sup> Smith à maintes reprises, à la fois par téléphone et par écrit. À la fin d'octobre 1999, le sergent-détective Crone a appelé le D<sup>r</sup> Smith, qui a dit que l'addenda serait terminé le soir même. Le D<sup>r</sup> Smith ne l'a pas rédigé ce soir-là. La semaine suivante, le sergent-détective Crone a de nouveau téléphoné au D<sup>r</sup> Smith et lui a laissé un message. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas retourné l'appel. Quatre semaines plus tard, le sergent-détective Crone a téléphoné au D<sup>r</sup> Smith une fois de plus. Ce dernier l'a informé que l'addenda serait prêt le lendemain. Il ne l'a pas été.

En février 2000, le sergent-détective Crone a envoyé une lettre au D<sup>r</sup> Smith lui demandant officiellement de remettre l'addenda. Il a indiqué que les instances contre le père d'Athena avaient été retardées en raison de l'incapacité du D<sup>r</sup> Smith de produire cet addenda : « [L]a situation est maintenant critique et je dois officiellement demander, en les termes les moins équivoques possible, que les renseignements supplémentaires que j'ai demandés me soient envoyés le plus tôt possible. » Même confronté à une telle lettre fermement rédigée, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu.

Au milieu du mois de mars 2000, la procureure de la Couronne a écrit au D<sup>r</sup> Smith. Elle lui a dit qu'à moins que la Couronne ne fournisse l'addenda du D<sup>r</sup> Smith, la défense présenterait une requête en suspension de l'accusation d'homicide involontaire précédemment portée contre le père d'Athena en se fondant sur le retard. L'affaire devait être traitée en cour au début d'avril 2000. Une fois de plus, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu. Une semaine avant la date prévue pour l'audience en avril, le sergent-détective Crone a demandé à un membre du service de police de remettre une assignation au D<sup>r</sup> Smith l'obligeant à comparaître devant

le tribunal. Plus tard le même jour, le D<sup>r</sup> Smith a finalement envoyé son addenda d'une page et demie par télécopieur au sergent-détective Crone.

En mai 2002, le D<sup>r</sup> Smith s'est entretenu avec un agent de police au sujet des raisons expliquant le retard de huit mois et demi dans la production de cet addenda. Il a indiqué à l'agent que la demande était inappropriée parce que la cause de la mort était la seule opinion qu'il était obligé de fournir. Il a indiqué qu'il avait voulu obtenir un avis juridique avant de répondre, ce qui expliquait en partie le retard selon lui.

Finalement, le 23 juin 2003, le juge du procès, W. Brian Trafford, a suspendu l'instance contre les parents d'Athena tenant compte du fait que le retard avait violé leur droit d'être jugé dans les délais raisonnables garantis par la *Charte*. Le 15 avril 2005, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'appel de la Couronne concernant l'ordonnance du juge Trafford. Dans les motifs de son jugement, la Cour a conclu que l'affaire avait été retardée pendant près de deux ans en raison des manquements du D<sup>r</sup> Smith. Elle n'a trouvé aucune justification pour les huit mois et demi qu'il a fallu au D<sup>r</sup> Smith pour rédiger l'addenda d'une page et demie. En effet, il n'y avait aucune raison justifiant le fait que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas pu préparer l'addenda quelques jours après la rencontre du 20 juillet 1999.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a offert deux explications pour son retard. Dans son témoignage écrit, il a indiqué qu'il ne connaissait pas les règles relatives à la divulgation d'éléments de preuve dans les instances criminelles et qu'il avait l'impression qu'il n'était pas obligé de fournir des rapports écrits sur des questions autres que la cause de la mort. Il a reconnu qu'il a peut-être eu tort et qu'il aurait dû demander immédiatement des précisions sur les attentes à son égard et rédiger rapidement l'addenda, peu importe si cela était sa pratique courante ou non. Dans son témoignage oral, le D<sup>r</sup> Smith a affirmé qu'au moment où il a participé à l'affaire Athena en 1998, il était au courant qu'il devait fournir des opinions complémentaires écrites sur demande. Il a reconnu que, contrairement à ce qu'il avait dit à l'agent en mai 2002, il n'a pas demandé d'opinion juridique sur le fait qu'il devait ou non remplir un rapport complémentaire relativement à l'affaire Athena. Il a souligné que le problème dans ce cas était le fait qu'il n'avait pas accordé la priorité à l'addenda.

J'accepte la deuxième explication du D<sup>r</sup> Smith. En 1998, le D<sup>r</sup> Smith connaissait l'importance de se conformer aux demandes d'opinion écrite présentées par la police et le procureur de la Couronne. Bien que j'accepte le témoignage du D<sup>r</sup> Smith selon lequel il a considéré que c'était un fardeau de préparer un rapport complémentaire, le fait qu'il n'a pas répondu rapidement aux demandes de la police et du procureur de la Couronne était inexcusable. Son opinion sur le moment où les blessures d'Athena avaient été infligées avait une incidence directe



sur l'enquête policière et la poursuite de la Couronne. En tant que professionnel, le pathologiste a le devoir de s'assurer de répondre en temps opportun à toute demande raisonnable présentée par la police et la Couronne, quel que soit le fardeau que la demande impose.

Examinés seuls, l'inaction et le retard du D<sup>r</sup> Smith dans les affaires Tiffani, Taylor, Sharon et Athena sont troublants. Pris ensemble, ils font état d'habitudes incompatibles avec les besoins du système de justice pénale. La nécessité d'empêcher ce genre de conduite ne pourrait pas être plus claire.

Les témoignages indiquent également que, plutôt que d'admettre avec franchise les raisons de son retard, le D<sup>r</sup> Smith a malheureusement rejeté la responsabilité de ses propres fautes sur les autres à maintes reprises. Dans l'affaire Kenneth, le D<sup>r</sup> Smith a présenté son rapport en avril 1994, six mois après l'autopsie. En septembre 1994, il a témoigné à l'enquête préliminaire sur le cas. Le procureur de la défense l'a questionné sur ce retard de six mois. Le D<sup>r</sup> Smith a mentionné au tribunal que la principale raison du retard était un manque de soutien administratif au SickKids. Il a déclaré ce qui suit : « En raison des compressions du gouvernement, je n'ai plus de secrétaire; je dois donc taper mes propres rapports et, si un rapport est remis, c'est parce que je me suis assis à huit heures du soir pour le taper moi-même ». Il a ajouté : « Je dois faire tout le travail moi-même ».

Cette explication était tout simplement fautive. Le D<sup>r</sup> Smith n'a jamais perdu d'assistant en raison des « compressions gouvernementales » ou pour d'autres raisons. À aucun moment il n'a eu à taper ses rapports d'autopsie lui-même. Durant les années 1990, des assistants administratifs étaient à sa disposition. Ils étaient minutieux et plus que prêts à accomplir le travail qui leur était assigné. En fait, le D<sup>r</sup> Smith préférait taper ses propres rapports.

Le D<sup>r</sup> Smith a fourni un prétexte semblable en ce qui concerne l'affaire Joshua. Il a procédé à l'autopsie en janvier 1996. Vers la fin du mois de mars, il a indiqué au sergent Greg MacLellan, de la Police provinciale de l'Ontario, qu'il avait terminé son rapport d'autopsie final, mais que celui-ci devait être tapé. Il a mentionné qu'il n'avait pas d'adjoint administratif et qu'il était le seul pathologiste de service au cours des prochains jours; il tapait donc le rapport lui-même chez lui le soir. Cela était faux. Le D<sup>r</sup> Smith avait accès à un adjoint administratif et le calendrier des pathologistes de 1996 indiquait qu'il n'était pas le seul à effectuer des quarts de travail durant les quelques jours qui ont suivi sa conversation avec le sergent MacLellan. Malgré cela, lorsque le sergent MacLellan l'a informé qu'il avait besoin du rapport avant le mardi suivant parce que les instances judiciaires étaient prévues pour le mercredi, le D<sup>r</sup> Smith lui a répondu qu'il ne pensait pas que le rapport serait prêt à cette date.

De façon générale, lorsque des membres de la haute direction du BCCO lui demandaient d'expliquer ses retards chroniques, le D<sup>r</sup> Smith leur racontait la même histoire : il était très occupé et ne disposait pas d'un soutien administratif suffisant au SickKids. Les déclarations du D<sup>r</sup> Smith concernant l'insuffisance du soutien administratif étaient toutes fausses.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'à certaines occasions, il avait rejeté la responsabilité sur d'autres, en particulier le personnel de soutien du SickKids, pour ce manque de rapidité et qu'il avait eu tort de le faire. Il s'est excusé auprès de ses assistants pour les avoir mis en cause. Il a admis qu'il n'avait pas utilisé le soutien administratif qui était à sa disposition au SickKids. En outre, comme le D<sup>r</sup> Smith avait affirmé que le soutien administratif constituait un problème au SickKids, les membres de la haute direction du BCCO ont passé du temps à essayer de remédier à cette situation, alors qu'ils auraient pu passer du temps à examiner les vraies raisons derrière ses retards. Ce triste problème de retard illustre un aspect troublant de la personnalité complexe du D<sup>r</sup> Smith.

## **INTERACTION DES MÉDECINS LÉGISTES AVEC LES AUTRES PARTICIPANTS AU SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE**

L'interaction des pathologistes avec les autres participants au système de justice pénale, soit la police, les procureurs de la Couronne et les coroners, est essentielle à son bon fonctionnement. La façon dont le D<sup>r</sup> Smith interagissait avec ces intervenants soulevait une autre série de problèmes systémiques liés à la pratique de la médecine pédiatrique légale. Dans un certain nombre de cas, les opinions hâtives qu'il formulait, de façon officieuse, à l'intention de la police, étaient trop catégoriques et risquaient de biaiser l'enquête criminelle. Ce qu'il a retenu de ces échanges est aussi désordonné que les notes qu'il prenait durant les autopsies. Les demandes de réponses rapides à des questions ou d'opinions supplémentaires étaient fréquemment remises à plus tard ou négligées. Ces cas sont des exemples de pratiques qui peuvent entraîner de grandes difficultés pour le système de justice pénale, et qui l'ont fait. Le défi systémique ici est de s'assurer qu'elles ne se poursuivent pas.

### **Interaction avec la police durant l'autopsie**

Comme le décrit le chapitre 4, Enquête sur les morts suspectes d'enfants, un agent d'identification judiciaire assistait souvent aux autopsies relatives aux cas de mort suspecte d'un enfant et renseignait le médecin légiste sur les antécédents connus et ce qui avait été découvert par la police au début de son enquête. Malgré

l'échange continu d'information entre la police et les pathologistes, ces derniers préféraient généralement limiter la participation des agents de police durant l'autopsie à la prise de photo et à la collecte de preuves matérielles. Au cours des examens externe et interne, les pathologistes ne discutaient habituellement pas de leurs constatations avec la police. Ils attendaient plutôt après l'autopsie, alors qu'ils avaient une idée plus précise, même si elle était préliminaire, pour donner leur opinion à la police.

Une fois l'autopsie terminée, le pathologiste exprimait généralement une opinion préliminaire sur la cause de la mort à l'intention de la police et du coroner. Lorsqu'il n'y avait aucune cause apparente, le BCCO demandait simplement aux pathologistes d'indiquer à la police que la cause de la mort était « en suspens en attendant des analyses supplémentaires ». Malheureusement, ce ne sont pas tous les pathologistes qui ont suivi cette démarche. Parfois, plutôt que de signaler à la police qu'ils ne connaissaient pas encore la cause de la mort de l'enfant, les pathologistes exprimaient une opinion préliminaire hypothétique sans fondement.

Dans les années 1980 et 1990, les pathologistes avaient tendance à donner verbalement des opinions préliminaires à la police. Cependant, certains d'entre eux, tels que ceux qui travaillaient à l'Unité de médecine légale de Hamilton, avaient comme habitude de consigner par écrit leurs opinions préliminaires. Lorsque l'opinion était donnée verbalement, l'agent de police présent tentait habituellement de noter exactement ce que le pathologiste lui disait sur la cause de la mort afin de réduire au minimum les possibilités de mauvaise interprétation. Dans plusieurs cas, l'interaction du D<sup>r</sup> Smith avec la police pendant l'autopsie a entraîné des difficultés.

Par exemple, dans l'affaire Joshua, le D<sup>r</sup> Smith a donné comme consigne au sergent MacLellan de ne prendre aucune note durant l'autopsie. Puisque ce dernier considérait que la prise de note faisait partie de son travail, il n'a pas tenu compte de l'opposition du D<sup>r</sup> Smith. Il n'a pas tenté de noter exactement ce qui était dit. Il a uniquement pris en note les noms des personnes qui ont participé à l'autopsie, le fait qu'un agent de police ainsi qu'un membre de l'équipe du SickKids ont pris des photos, l'heure à laquelle les divers événements ont eu lieu et celle où les participants entraient et sortaient de la salle d'autopsie, ainsi que certaines des activités courantes relatives à l'autopsie, telles que l'enlèvement du crâne. Devant la Commission, le sergent MacLellan a déclaré qu'il croyait qu'il était important de noter de tels renseignements aux fins de continuité de la preuve. Puisque les participants à l'autopsie manipulaient le corps, il estimait qu'il devait au moins noter leur nom. Son intention n'avait jamais été de noter ce qui avait été dit durant l'autopsie.

En février 1997, au cours d'une rencontre entre le procureur de la Couronne, le sergent MacLellan et le D<sup>r</sup> Smith, le procureur de la Couronne a questionné le D<sup>r</sup> Smith au sujet des photos prises par l'employé du SickKids durant l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Smith ne semblait pas savoir que des photos avaient été prises. Le procureur de la Couronne a alors renvoyé le D<sup>r</sup> Smith aux notes du sergent MacLellan portant sur ce point. Devant la Commission, le sergent MacLellan s'est souvenu que « le [D<sup>r</sup> Smith] s'est tourné vers moi et, vous savez, il était assez vexé. Il m'a pointé du doigt [et a dit], je vous avais dit de ne pas prendre de notes. »

Le D<sup>r</sup> Smith n'était pas le seul à tenter de dissuader les agents de police de prendre des notes exhaustives durant les autopsies. Dans les années 1980 et 1990, les pathologistes avaient tendance à dissuader les policiers de noter ce qui était dit au cours d'une autopsie. Bien qu'ils ne se soient pas opposés à ce qu'un agent prenne des notes sur certaines questions d'ordre général, ils leur interdisaient de noter les commentaires qu'ils formulaient au cours de l'examen.

J'accepte la raison donnée pour dissuader les agents de police d'enregistrer mot à mot ce qu'un pathologiste dit au cours d'une autopsie, soit qu'un compte rendu exhaustif effectué par une personne qui n'est pas familière avec les autopsies et les termes de pathologie qui y sont utilisés pourraient causer un malentendu. Afin de s'assurer que les conclusions ne sont pas mal comprises et que les termes ne sont pas mal interprétés, le pathologiste devrait indiquer aux agents de police ce qu'ils doivent noter au sujet des observations importantes effectuées pendant l'autopsie. Les policiers ne devraient pas uniquement noter tout ce qu'ils croient entendre.

Cette restriction ne s'applique pas à d'autres aspects plus généraux de l'autopsie. Certains renseignements – qui était présent, à quel moment ces personnes sont arrivées ou ont quitté, est-ce que des photos ont été prises et, le cas échéant, par qui, et quelles pièces ont été recueillies, ainsi de suite – sont essentiels au travail des agents de police. Le sergent MacLellan a raison de souligner que la continuité est impérative et que l'une des façons de la préserver est de noter avec justesse le nom des personnes qui ont manipulé le corps et le moment où elles l'ont fait.

Un deuxième élément préoccupant est le fait que le D<sup>r</sup> Smith exprimait, de temps à autre, des opinions officieuses à l'intention de la police, dans des termes bien trop catégoriques. Ces erreurs ont eu pour effet de biaiser les enquêtes policières. Dans l'affaire Kasandra, le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie et a découvert une hémorragie en « forme de beigne » sur le cuir chevelu de Kasandra. Après avoir examiné la forme de la blessure, le D<sup>r</sup> Smith a dit à la police de chercher, dans la maison de Kasandra, des objets arrondis tels qu'une poignée d'armoire ou un objet de forme géométrique particulière présentant une surface plane ou un élément en forme d'anneau. La police a apporté une montre de femme provenant

de la maison de Kasandra au D<sup>r</sup> Smith, qui a considéré qu'elle correspondait bien à la blessure.

À l'enquête préliminaire relative à cette affaire, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré au tribunal que la forme de la montre était compatible avec celle de l'hémorragie. Par conséquent, il était raisonnable de conclure que la montre était à l'origine du coup fatal qui avait été porté à la tête de Kasandra.

Cette méthode d'interprétation était erronée. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Whitwell et le D<sup>r</sup> Pollanen ont déclaré que la démarche employée par le D<sup>r</sup> Smith pour interpréter la blessure, soit de superposer la montre sur la contusion au cuir chevelu, était incorrecte et trompeuse. Bien qu'il puisse être utile, dans certains cas, de superposer des objets sur une blessure, par exemple lorsqu'il s'agit d'un objet à motif et d'une blessure externe, cela était inapproprié dans ce cas en raison de la profondeur et de l'emplacement de la blessure. La contusion n'était pas une lésion externe – elle se trouvait dans les tissus profonds du cuir chevelu plutôt qu'en surface – et la présence de cheveux épais et des tissus modifiait son apparence, rendant ainsi une telle technique inutile. Selon le D<sup>r</sup> Pollanen, l'interprétation du D<sup>r</sup> Smith était réellement « une analyse pseudoscientifique d'une association blessure-arme ». Dans ce cas, tout ce qui pouvait être déterminé à partir de la lésion du cuir chevelu était qu'il y avait eu un impact quelconque. Le fait de suggérer qu'un objet particulier avait causé la blessure était trompeur. Cette suggestion formulée par le D<sup>r</sup> Smith à l'endroit de la police, qui était fondée sur une analyse superficielle, a conduit à une interprétation inappropriée, inexacte et trompeuse de la preuve. Elle n'aurait pas dû être formulée.

Il n'est pas forcément mauvais de fournir à la police des renseignements tels qu'une suggestion d'enquête ou une opinion préliminaire. En effet, lorsque cela est approprié, une telle opinion peut être d'une grande utilité, mais les pathologistes doivent se prononcer avec prudence. Ils doivent s'assurer que leurs opinions préliminaires reposent sur des fondements suffisants et qu'ils les qualifient de manière adéquate, à défaut de quoi elles pourraient causer un préjudice durable en biaisant l'enquête policière.

Enfin, le D<sup>r</sup> Smith a omis de consigner les opinions préliminaires qu'il avait données à la police. Là encore, il n'a pas été pas le seul. Dans les années 1980 et 1990, de nombreux pathologistes exprimaient leur opinion préliminaire verbalement plutôt que par écrit. Bien qu'à ma connaissance, les agents de police étaient habituellement très méticuleux en prenant note de ces opinions, les pathologistes devaient également l'être. Une telle consignation évite les confusions concernant ce qu'un pathologiste avait en tête à la fin d'une autopsie. Le fait de consigner adéquatement ce qu'un pathologiste a dit à la police après l'autopsie assure la

transparence. En revanche, le fait de ne disposer que d'opinions verbales rend l'examen complet et détaillé du dossier impossible.

## **Communication continue avec la police**

L'échange d'information entre le médecin légiste et la police ne se termine pas à l'autopsie. Lorsque des accusations criminelles sont portées, cette communication se poursuit du début de l'autopsie jusqu'au témoignage du pathologiste devant le tribunal. Généralement, lorsque le pathologiste pratique l'autopsie, l'enquête policière en est encore à ses débuts. Tout au long de l'enquête, il est possible que la police découvre des preuves pouvant avoir une incidence sur l'opinion du pathologiste. De même, après l'autopsie, au fur et à mesure que le pathologiste reçoit les résultats des analyses complémentaires, il peut découvrir des éléments influant sur sa première opinion. La police veut être informée de tout changement d'opinion puisque cela peut influencer le déroulement de l'enquête. Il est essentiel que le pathologiste tienne compte de l'ensemble des preuves disponibles et qu'il exprime une opinion juste et raisonnée en fonction de celles-ci. Une communication continue entre la police et le pathologiste est par conséquent indispensable.

Malgré l'importance de la communication entre le pathologiste et la police, la réalité voulait qu'une telle communication n'ait pas toujours lieu dans les années 1980 et 1990. Dans certains cas, des mois pouvaient s'écouler sans qu'aucun échange ne se produise entre les parties. Devant la Commission, plusieurs pathologistes ont déclaré que, bien qu'ils aient échangé une importante quantité de renseignements avec la police au moment de l'autopsie, la fréquence de ces communications avait ensuite tendance à diminuer assez brusquement. Dans les cas où les pathologistes exprimaient une opinion préliminaire une fois l'autopsie terminée, ils n'avaient en règle générale aucune nouvelle de la police jusqu'à peu de temps avant l'enquête préliminaire.

Les cas examinés par la Commission ont permis de révéler deux problèmes importants concernant cet échange continu. Premièrement, si un pathologiste ne remet pas son opinion préliminaire par écrit à la police, elle risque d'être mal interprétée. Si elle n'est pas consignée, l'examen du dossier devient d'autant plus difficile que l'examineur ne peut déterminer ce que croyait le pathologiste ou l'agent de police ni à quel moment.

Deuxièmement, les médecins légistes doivent s'assurer en tout temps que leurs opinions reposent effectivement sur les preuves pathologiques disponibles. Dans certains cas, le D<sup>r</sup> Smith a présenté des opinions préliminaires inappropriées à la police. Dans d'autres, il a omis de tenir compte d'importants renseignements

recueillis durant l'enquête policière ou a présenté des opinions qui n'étaient pas fondées sur les preuves pathologiques. Enfin, dans un cas, il est allé bien au-delà des preuves pathologiques en disant que certaines caractéristiques indiquaient que la mère de l'enfant était une meurtrière. Ces opinions étaient non seulement fausses, mais aussi irresponsables. Les pathologistes doivent comprendre que leurs opinions peuvent avoir des conséquences importantes. Il est essentiel de prendre le temps de réfléchir tout en agissant prudemment.

Ces deux difficultés sont illustrées dans les affaires Tiffani et Joshua. Dans l'affaire Tiffani, le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué la deuxième autopsie le 13 juillet 1993, après l'exhumation du corps. Lors de l'autopsie, il a indiqué à la police qu'il avait observé des côtes fracturées, ce qui était probablement attribuable à un impact brutal direct et que Tiffani n'avait pu survivre. Cependant, d'autres examens microscopiques étaient nécessaires pour qu'il puisse exprimer une opinion sur la cause de la mort. La police a accusé les parents de Tiffani de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie et de voies de fait graves.

À la suite de l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith s'est entretenu à plusieurs reprises avec la police et le procureur de la Couronne. Un mois après l'autopsie, il a indiqué à la police qu'il croyait que la cause de la mort était l'« asphyxie », mais que d'autres examens étaient nécessaires pour déterminer la façon dont cela s'était produit. Le 17 janvier 1994, avant de terminer son rapport d'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a rencontré le coroner régional, la police et le procureur de la Couronne. Selon la déclaration de l'agent de police qui était présent lors de la rencontre, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué que Tiffani était morte d'asphyxie, probablement par strangulation.

Le 25 février 1994, après avoir achevé son rapport d'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a rencontré la police, le procureur de la Couronne et les représentants du BCCO. Au cours de cette rencontre, il a indiqué qu'il ne pouvait pas déterminer le mécanisme exact qui avait causé la mort puisqu'il ne disposait pas d'assez d'éléments provenant de la première autopsie. Selon les notes de l'agent de police qui était présent : « Soupçonne un homicide, mais ne peut établir une détermination scientifique absolue. » De même, le procureur de la Couronne a compris que le D<sup>r</sup> Smith était d'avis que ses observations « correspondaient à » l'hypothèse selon laquelle Tiffani avait été étouffée intentionnellement, mais qu'il ne pouvait pas exclure certaines maladies ou certains troubles extrêmement rares. Un mois plus tard, la police a mis les parents de Tiffani en état d'arrestation et a ajouté une accusation d'homicide involontaire aux accusations déjà portées contre eux.

Juste avant l'enquête préliminaire, le procureur de la Couronne a compris que le D<sup>r</sup> Smith avait changé d'opinion. Selon une note versée au dossier rédigée par le procureur de la Couronne, le D<sup>r</sup> Smith lui avait indiqué, en février 1995, que la mort de Tiffani pouvait avoir été causée par une maladie naturelle, mais il était

difficile de l'affirmer puisque la première autopsie avait été pratiquée de façon inadéquate. Bien que la mort fût associée à la suffocation, le D<sup>r</sup> Smith ne pouvait prouver, uniquement en se fondant sur les preuves pathologiques, qu'un crime avait été commis. Le procureur de la Couronne croyait que le D<sup>r</sup> Smith « revenait de façon importante » sur son opinion originale.

Le 1<sup>er</sup> mars 1995, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré pendant l'enquête préliminaire que Tiffani était morte par asphyxie, mais qu'il ne savait pas ce qui avait causé cette asphyxie. La mort de Tiffani aurait pu être naturelle, accidentelle ou non accidentelle. Les parents de Tiffani ont plaidé coupable à l'accusation de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie. Le juge de l'enquête préliminaire les a acquittés des accusations d'homicide involontaire et de voies de fait graves.

Les événements qui se sont produits dans l'affaire Tiffani révèlent plusieurs problèmes de communication entre le D<sup>r</sup> Smith et la police et le procureur de la Couronne. Comme dans le cas des opinions initialement formulées dans la salle d'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith a exprimé verbalement d'autres opinions qu'il n'a pas consignées. Cette conduite aurait pu créer de la confusion. Lors de la rencontre du 17 janvier 1994, la police a compris que le D<sup>r</sup> Smith soupçonnait que Tiffani était morte par strangulation. Cependant, dans son témoignage écrit présenté à la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il n'aurait probablement pas dit cela puisqu'il n'y avait aucune preuve qui laissait supposer que Tiffani avait été étranglée à mort.

Ce cas souligne l'importance de remettre des opinions écrites à la police et au procureur de la Couronne. Des problèmes importants peuvent survenir si la police ou le procureur de la Couronne comprennent mal l'opinion du pathologiste. Cette opinion mal comprise peut engager l'enquête dans une fausse direction ou mener la police et le procureur de la Couronne à prendre de mauvaises décisions. Selon moi, si, le 17 janvier 1994, le D<sup>r</sup> Smith avait remis son opinion par écrit à la police, le risque d'erreur d'interprétation aurait été réduit de façon importante. La fâcheuse réalité est que le D<sup>r</sup> Smith n'était pas le seul à adopter cette démarche. Dans les années 1980 et 1990, les pathologistes avaient tendance à ne pas remettre leur opinion par écrit à la police et à ne pas consigner ce qu'ils disaient à la police dans leurs propres dossiers.

De plus, dans la mesure où les notes prises par les agents de police et le procureur de la Couronne représentaient exactement les opinions du D<sup>r</sup> Smith, ces opinions étaient fausses. Le D<sup>r</sup> Milroy a émis l'opinion qu'aucune preuve n'a jamais étayé un soupçon raisonnable de strangulation ou d'asphyxie. Les commentaires du D<sup>r</sup> Smith lors de la rencontre du 25 février 1994 étaient par conséquent erronés. Ces opinions sans fondement ont eu de lourdes conséquences. Elles ont incité la police, du moins en partie, à arrêter les parents de Tiffani et à les accuser d'homicide involontaire.



Dans l'affaire Joshua, la mère de l'enfant, Sherry Sherret, a dit à sa mère qu'elle pensait qu'elle pourrait faire du mal à Joshua en raison du lien qui existait entre ce dernier et son père, qu'elle ne partageait pas. Joshua est mort un mois plus tard, le 23 janvier 1996. Le D<sup>r</sup> Smith a procédé à l'autopsie. Il a ensuite indiqué à la police que Joshua était mort asphyxié, mais qu'il était incertain de la cause de cette asphyxie. Il a émis l'opinion que ces observations correspondaient à un étouffement, mais qu'il ne pouvait exclure les causes naturelles.

Le 8 février 1996, le D<sup>r</sup> Smith a participé à une rencontre avec la police. Lorsqu'on l'a questionné à ce sujet, il a dit qu'il croyait que M<sup>me</sup> Sherret avait tué Joshua. Il a dit que les mères qui tuent leurs bébés ont certaines caractéristiques en commun. Par exemple, elles en parlent habituellement d'avance ou peuvent être impliquées dans des disputes de couple ou des litiges entourant la garde d'un enfant, après quoi elles peuvent tenter de se venger auprès du père du bébé.

Le 11 avril 1996, le D<sup>r</sup> Smith a assisté à une autre rencontre, cette fois avec la police, le procureur de la Couronne et les représentants du BCCO. Le sergent MacLellan a noté qu'à cette rencontre, quelqu'un avait déclaré que les résultats de l'autopsie « correspondaient à une personne droitère enfonçant la tête du bébé ». Devant la Commission, le sergent MacLellan a témoigné qu'il ne pouvait se rappeler exactement qui avait dit cela.

Selon moi, les deux points soulevés dans l'affaire Tiffani sont également illustrés dans cette situation. Premièrement, comme l'opinion du D<sup>r</sup> Smith n'a pas été consignée, on ne sait pas si c'est lui qui a dit à la police que les observations indiquaient que l'auteur du crime était droitier. La présentation d'une opinion écrite à la police aurait clairement indiqué si l'opinion enregistrée par le sergent MacLellan était celle du pathologiste, ce qui aurait réduit au minimum les probabilités que le sergent MacLellan ait simplement mal compris ce qui avait été dit à la rencontre. Deuxièmement, les opinions exprimées au cours de la rencontre étaient problématiques. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Crane a déclaré que le commentaire voulant que l'auteur présumé du crime soit droitier était faux et trompeur et qu'il n'y avait aucune preuve scientifique pour l'appuyer. Les commentaires du D<sup>r</sup> Smith au sujet des caractéristiques des mères qui tuent leurs enfants étaient aussi inappropriés puisqu'ils allaient au-delà de son expertise.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a expliqué que, même si les indices relatifs aux mères qui tuent leurs enfants ne se rapportaient pas aux preuves pathologiques, il les a fournis à la police pour tenter d'aider celle-ci et attirer son attention sur les facteurs de risque connus qui ne lui étaient peut-être pas familiers. Cependant, il a reconnu qu'il était peu judicieux d'énumérer ce qu'il a appelé les « caractéristiques d'une mère qui tue ». Je suis d'accord. Bien que j'accepte le fait que les pathologistes veulent aider la police et peuvent l'orienter vers certains

renseignements, le D<sup>r</sup> Smith est allé bien au-delà de cette limite. Le fait de dire qu'il croyait que M<sup>me</sup> Sherret avait tué son fils en se fondant sur ces « caractéristiques » était inapproprié. Il n'avait pas l'expertise voulue pour affirmer cela.

## **PARTICIPATION AU SYSTÈME JUDICIAIRE**

### **Témoignages en cour**

La mort d'un nourrisson ou d'un enfant qui se solde par des accusations criminelles s'avère aussi difficile et complexe que toute autre question qui doit être résolue par le système de justice pénale. Les accusations sont habituellement graves et les enjeux sont élevés. Lorsque la cause de la mort constitue un enjeu, il est souvent essentiel que le pathologiste témoigne à titre d'expert. Le rôle du pathologiste, en tant que témoin expert, est de demeurer impartial et de ne pas plaider en faveur soit de la Couronne, soit de la défense. Conformément à ce rôle, les pathologistes doivent s'assurer que leur témoignage devant le tribunal est compréhensible, raisonnable, équitable et soutenu par les preuves pathologiques. La capacité de faire son travail dans une salle d'audience est aussi importante pour les médecins légistes que celle de faire le travail qui s'impose dans la salle d'autopsie.

La façon dont le D<sup>r</sup> Smith s'est acquitté de cet aspect important de son rôle de médecin légiste comportait de grandes failles. Dans un grand nombre de cas examinés par la Commission, il y avait omniprésence de problèmes concernant ses témoignages. Cela allait de la mauvaise compréhension de son rôle à une préparation inadéquate, à l'expression d'opinions erronées ou sans valeur scientifique et, ce qui est peut-être le point le plus important, à la façon dont il témoignait, tantôt déroutante, tantôt dogmatique.

Malgré que ses témoignages n'aient pas toujours été déficients, il y a eu un bon nombre d'exemples troublants. Ceux-ci ont démontré clairement les façons dont, dans ces années, l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario avait gravement dérapé. Dans des cas tels que ceux que nous avons examinés ici, lorsque l'opinion de l'expert est un élément essentiel et que les accusations sont très graves, il n'est pas surprenant de constater qu'il y ait des conséquences tragiques au sein du système de justice pénale. Bien que le D<sup>r</sup> Smith, témoignant à titre de pathologiste expert, doive assumer la responsabilité première de ces déficiences, les personnes responsables de sa supervision ne peuvent nier leur part de responsabilité. En effet, il en est de même pour les autres participants au système de justice pénale, soit la Couronne, la défense et la cour. Chacun avait un rôle important à jouer afin de faire en sorte que, dans la mesure du possible, les

résultats du système ne soient pas entachés par des témoignages d'experts lacunaires, y compris ceux des médecins légistes.

Le défi systémique pour l'avenir est de s'assurer que les médecins légistes fournissent au système de justice pénale des opinions fondées sur des preuves pathologiques et qu'ils les communiquent de façon claire et objective. Cependant, il importe de comprendre les différents éléments qui ont fait en sorte que le D<sup>r</sup> Smith ait échoué dans son rôle de témoin expert. J'aborderai les dix plus importants.

### ***L'expert en tant que défenseur d'une cause***

Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas compris que son rôle en tant que témoin expert n'était pas d'appuyer la Couronne. Devant la Commission, il a été sincère à ce sujet. Il n'avait jamais reçu de directive officielle concernant les témoignages d'expert. Il a reconnu que, dans les années 1980, au moment où il a entrepris sa carrière, il croyait que son rôle était d'agir à titre de défenseur des intérêts de la Couronne et de « faire en sorte qu'une affaire paraisse bien ». Il a expliqué que cette perception émanait, en quelque sorte, de la culture de défense d'une cause qui était dominante à l'époque au SickKids. Au début des années 1980, on craignait réellement au SickKids que la violence faite aux enfants n'était pas suffisamment signalée ni décelée, et qu'elle ne faisait pas assez fréquemment l'objet de poursuites. Le D<sup>r</sup> Smith a adopté cette culture et a cru que son travail était, du moins en partie, de renverser cette tendance.

Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'au milieu des années 1990, il en est venu à comprendre que son rôle n'était pas de présenter des arguments en faveur de la Couronne, mais plutôt d'être impartial. Bien qu'il ait reconnu cette limite, il ne l'a pas toujours respectée. Dans l'affaire Sharon, le D<sup>r</sup> Smith a dit qu'il se sentait forcé par la Couronne à agir en sa faveur et c'est exactement ce qu'il a fait, allant à l'encontre de l'impartialité qu'on attendait de lui. Avant l'enquête préliminaire, il a dit que le procureur de la Couronne, M<sup>e</sup> McKenna, lui a indiqué que la Couronne n'allait pas appeler l'autre expert à témoigner, soit le D<sup>r</sup> Wood, parce qu'elle ne voulait pas accrédi-ter la théorie de la morsure de chien qu'avancait la défense, en obtenant le témoignage d'un odontologiste légiste pour la réfuter. Durant cette conversation, le D<sup>r</sup> Smith a compris que M<sup>e</sup> McKenna voulait qu'il présente au tribunal une opinion catégorique qui indiquait que les blessures de Sharon n'étaient pas des morsures de chien, sans avoir à appeler le D<sup>r</sup> Wood à la barre.

C'est en effet ce qu'a déclaré le D<sup>r</sup> Smith dans son témoignage à l'enquête préliminaire, bien qu'il dise aujourd'hui qu'il n'en était lui-même pas aussi certain. Lorsqu'on l'a questionné au sujet d'une possible attaque de chien, il a déclaré catégoriquement au tribunal que Sharon n'était pas morte des suites de morsures

de chien. Il est même allé jusqu'à dire : « Il est aussi absurde de penser qu'un ours polaire a attaqué Sharon que de penser que ces plaies ont été faites par un chien. » Le juge de l'enquête préliminaire a renvoyé la mère de Sharon à son procès pour une accusation de meurtre au deuxième degré. Bien entendu, nous savons maintenant que l'opinion catégorique du D<sup>r</sup> Smith était fautive. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que la plupart des blessures de Sharon, sinon la totalité, avaient été causées par un chien.

Le D<sup>r</sup> Smith a avoué qu'il avait été malavisé et que son témoignage dans l'affaire Sharon avait été trop dogmatique. Il a dit que trois facteurs ont mené à ce dogmatisme. Premièrement, il a indiqué que, plutôt que d'indiquer son propre degré de certitude au sujet de la nature des blessures, il a communiqué celui des autres experts qui avaient examiné le cas, en particulier celui du D<sup>r</sup> Wood. Deuxièmement, il croyait que son travail consistait à rejeter, au nom de la Couronne, la théorie de l'attaque de chien. Troisièmement, il a adopté une attitude défensive lorsqu'il a été confronté à la possibilité qu'un diagnostic aussi évident ait pu lui échapper. En rétrospective, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'il aurait dû dire à M<sup>e</sup> McKenna d'appeler un autre expert à témoigner si la Couronne voulait rejeter définitivement la théorie de la morsure de chien, puisqu'il n'était pas aussi certain que d'autres concernant la nature des blessures. Je remarque qu'avant l'enquête préliminaire, il n'y a aucune preuve indiquant que le D<sup>r</sup> Smith avait dit à quiconque qu'il n'était pas certain de son diagnostic ou qu'il s'appuyait sur les opinions d'autres personnes. Je ne conclus pas que M<sup>e</sup> McKenna a fait ce que prétend le D<sup>r</sup> Smith. Quoi qu'il en soit, si le D<sup>r</sup> Smith s'appuyait sur le D<sup>r</sup> Wood pour présenter son opinion tranchée concernant la théorie de la défense relative à la morsure de chien, il aurait dû le dire.

Le D<sup>r</sup> Smith a certainement été malavisé dans l'affaire Sharon. Le rôle du pathologiste n'est pas de défendre une cause. Bien que ce soit la Couronne, et non la défense, qui ait appelé le D<sup>r</sup> Smith à témoigner à l'enquête préliminaire, il n'était censé à aucun moment agir comme témoin expert défendant les intérêts de la Couronne. Il était témoin expert, un point c'est tout. Sa tâche était de transmettre au tribunal ses résultats d'autopsie, son opinion et le degré de certitude associé à cette opinion, et non de discréditer la théorie de la défense. De plus, sa tâche ne consistait pas à transmettre au tribunal l'opinion d'un autre expert à propos de l'affaire.

### ***L'expert mal préparé***

Le D<sup>r</sup> Smith a également omis de bien se préparer à témoigner. Il n'a pas passé en revue son dossier ou les éléments de l'autopsie avant de comparaître devant le tribunal. Il s'est plutôt préparé en imprimant son rapport d'autopsie et en le relisant

avant de se rendre au tribunal afin de se rappeler l'affaire. Cette préparation était insuffisante et il n'est pas surprenant que cela ait causé des difficultés. En tant que témoin expert, les pathologistes doivent préparer leur témoignage. Après tout, ils ne peuvent venir en aide au tribunal que s'ils comprennent entièrement l'affaire ainsi que le fondement de leur opinion d'expert. Ils ne peuvent arriver à une telle compréhension qu'en se préparant adéquatement.

L'affaire Jenna constitue peut-être le pire exemple d'une piètre préparation. Le D<sup>r</sup> Smith a témoigné à l'enquête préliminaire en octobre 1998, presque deux ans après avoir procédé à l'autopsie. Lors du contre-interrogatoire, l'avocat de la défense lui a demandé s'il avait pris des notes durant l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré devant le tribunal qu'il n'avait aucune note qui se rapportait à ce cas. Cela était faux. Si le D<sup>r</sup> Smith avait passé son dossier en revue avant de comparaître à l'enquête préliminaire, il se serait probablement rendu compte qu'il avait conservé des notes. Cependant, en raison de ce manque de préparation, l'avocat de la défense n'a jamais eu la possibilité de lire les notes du D<sup>r</sup> Smith avant la fin des instances criminelles.

Le D<sup>r</sup> Smith a tenté d'expliquer son manque de préparation par le fait qu'il ne savait pas qu'il fallait faire autrement, qu'il ne savait pas qu'il devait réviser l'ensemble des éléments concernant une affaire avant de témoigner devant le tribunal ou qu'il devait apporter son dossier avec lui. Au moment de cette enquête préliminaire, toutefois, le D<sup>r</sup> Smith était un témoin expert expérimenté et savait certainement qu'au cours des enquêtes préliminaires et des procès, il devait être en mesure de présenter un témoignage détaillé sur les observations pathologiques et que cela pouvait avoir des répercussions importantes. Assurément, il savait qu'il était essentiel de se préparer adéquatement afin d'accomplir convenablement cette partie de son travail et de bien servir le système de justice pénale.

### ***L'exagération de l'expertise de l'expert***

Les témoignages démontrent aussi que le D<sup>r</sup> Smith, plutôt que de reconnaître les limites de son expertise, a parfois induit le tribunal en erreur en exagérant ses connaissances dans un domaine particulier. Lorsque le D<sup>r</sup> Smith a procédé à l'autopsie de Sharon, il avait peu d'expérience des blessures par arme blanche ou des morsures de chien. Il n'avait vu que un ou deux cas de ce genre. Cependant, à l'enquête préliminaire, le D<sup>r</sup> Smith a donné l'impression qu'il possédait une grande expertise de ces deux types de blessures. Il a déclaré devant le tribunal : « J'ai vu des blessures causées par des chiens, des coyotes, des loups. Je suis récemment allé à un archipel qui appartient à un autre pays et qui se trouve près du pôle Nord. J'ai eu la chance d'y étudier l'ostéologie et de voir des marques de blessures causées pas des ours polaires. » Sa tentative d'exagérer ainsi ses capacités cachait son manque d'expertise pertinente.

De même, lorsque l'avocat de la défense a interrogé le D<sup>r</sup> Smith au sujet de ses compétences lui permettant d'exprimer une opinion sur l'origine d'une blessure, le D<sup>r</sup> Smith a omis de mentionner qu'il n'avait vu que un ou deux cas de blessure perforante ou de blessure par coup de couteau. Il a plutôt fait le contraire. Il a donné l'impression qu'il avait une grande expertise dans ce domaine. Il a déclaré devant le tribunal que les médecins légistes accrédités avaient tendance à éviter les cas de pédiatrie et que, puisque la forme d'une blessure est différente chez les enfants et chez les adultes, il était plus en mesure d'évaluer l'origine des blessures chez un enfant qu'un médecin légiste accrédité. Bien qu'il ait reconnu qu'il est plus habituel d'observer des blessures par arme blanche chez les adultes que chez les enfants, il a dit au tribunal : « J'ai peut-être plus d'expérience des blessures par arme blanche chez les jeunes que d'autres qui ont de l'expérience avec les adultes. »

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a admis qu'il aurait dû faire savoir au tribunal qu'il n'avait vu que un ou deux cas d'enfants poignardés. Il a dit que ses remarques étaient le reflet d'une trop grande confiance en lui-même et de son attitude défensive face aux questions de l'avocat de la défense. Le D<sup>r</sup> Smith n'aurait pas dû livrer ce témoignage. Il était trompeur et faux. Comme nous l'a dit le D<sup>r</sup> Milroy, les blessures par arme blanche sont beaucoup plus fréquentes chez les adultes que chez les enfants, mais il n'y a absolument aucune différence entre une telle blessure chez un adulte et chez un enfant.

Je crois que l'exagération du D<sup>r</sup> Smith concernant son expertise en matière de blessures perforantes est très problématique. Lorsqu'un expert témoigne, il lui incombe d'indiquer au tribunal les limites de son expertise, à défaut de quoi le tribunal ne peut déterminer adéquatement s'il doit lui permettre de présenter le témoignage d'opinion. Les témoins experts ne sont pas tenus d'être bien informés dans tous les domaines importants. Lorsqu'ils n'ont pas les connaissances ni l'expérience suffisantes dans un domaine touchant leur analyse, ils doivent être honnêtes à ce sujet.

### ***L'expert et les témoignages non scientifiques***

À plusieurs reprises, le D<sup>r</sup> Smith a livré des témoignages inappropriés sans valeur scientifique en ayant recours à sa propre expérience en tant que parent. Cela peut être constaté dans deux cas, soit les affaires Amber et Kenneth. Dans le cas d'Amber, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que les petites chutes à la maison ne sont pas mortelles pour les enfants. Afin d'appuyer sa conclusion, il a déclaré devant le tribunal qu'il était père d'une jeune fille et d'un jeune garçon. Il a vu ses enfants « débouler » l'escalier. Ce dont ses enfants avaient besoin après une telle chute était « un câlin, un peu d'amour, un petit baiser sur la partie du corps de [son] fils ou de

[sa] fille qui avait été blessée, un examen visant à voir si une ecchymose apparaissait, parfois après un certain moment, ou si cela enflait ». Le D<sup>r</sup> Smith a dit : « Mes enfants sont tombés et [...] malheureusement ont déboulé plus de marches que ceux dont il est question ici et ils sont toujours heureux et en santé et cela est personnel, vous pouvez le rejeter si vous le voulez. » Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que cette référence à son expérience en tant que parent n'avait aucune valeur scientifique et était inappropriée. Je suis d'accord.

J'ai noté que le D<sup>r</sup> Smith n'était pas le seul expert à ce procès qui avait fait référence, durant son témoignage, à son expérience personnelle en tant que parent. Deux des experts appelés par la défense s'étaient également reportés à leurs expériences empiriques comme parents.

Selon moi, toutes ces références aux expériences personnelles des experts n'étaient pas appropriées. Les témoins experts sont appelés à fournir des opinions parce qu'ils sont des experts dans un domaine particulier. Bien qu'un témoignage anecdotique faisant référence à une expérience personnelle puisse aider le tribunal à comprendre un élément particulier, il ne devrait pas servir de fondement à une opinion sur un sujet précis. Je considère que la référence du D<sup>r</sup> Smith à ses enfants qui « déboulent » les escaliers est particulièrement problématique. Son idée voulant que les petites chutes ne puissent être mortelles puisque ses enfants sont « heureux et en santé » était non seulement sans valeur scientifique, mais aussi illogique. Le simple fait que ses enfants ne sont pas morts après être tombés dans un escalier ne signifie pas qu'aucun enfant ne pourrait pas mourir à la suite d'une telle chute.

Dans l'affaire Kenneth, le D<sup>r</sup> Smith s'est aussi appuyé sur son expérience personnelle en tant que père lors de son témoignage. Encore une fois, il a reconnu devant la Commission que cette référence à son expérience personnelle n'avait aucune valeur scientifique et était inappropriée.

### ***L'expert et les témoignages boiteux***

Parfois, le D<sup>r</sup> Smith omettait de présenter une appréciation équilibrée de la preuve et de reconnaître l'existence d'une controverse. Il présentait son opinion d'une façon dogmatique et avec certitude lorsque la preuve était loin d'être sûre.

Comme je l'indique au chapitre 6, La science et la culture de la médecine légale, la médecine légale est une science interprétative. Certains domaines sont moins certains que d'autres. Dans les années 1980 et 1990, il y avait déjà beaucoup de controverse entourant le diagnostic du syndrome du bébé secoué et la possibilité que de petites chutes puissent entraîner la mort. Le D<sup>r</sup> Smith a été confronté à ces controverses dans les affaires Amber et Tyrell. Plutôt que d'indiquer au tribunal

que ces cas concernaient des domaines controversés et incertains de la médecine pédiatrique légale, il a exprimé des opinions dogmatiques et tranchées.

En février 1990, le D<sup>r</sup> Smith a témoigné devant le tribunal relativement à l'affaire Amber. Il n'a, à aucun moment au cours des cinq jours où il a livré son témoignage, fait mention de la controverse qui existait au sujet du caractère possiblement mortel des petites chutes. Il a plutôt livré un témoignage catégorique : les enfants ne peuvent mourir à la suite de telles chutes. Selon lui, « il faut laisser tomber [les enfants] d'une hauteur de trois étages pour en tuer plus de la moitié. Il faut les laisser tomber d'une hauteur de plus de trois étages pour en tuer l'autre moitié ». Il a déclaré devant le tribunal qu'il n'y avait « ab-so-lu-ment aucune possibilité » qu'une petite chute dans les escaliers puisse avoir causé la mort d'Amber, comme le prétendait sa gardienne.

La défense a appelé plusieurs de ses propres experts pour réfuter l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Plusieurs ont déclaré que, même si la documentation sur le sujet indiquait le contraire, il existait des preuves empiriques qui indiquaient que de petites chutes pouvaient causer la mort. Finalement, les experts de la défense ont convaincu le juge du procès, le juge Dunn. Il a considéré que la version de la gardienne d'Amber était plausible et l'a acquittée de l'accusation d'homicide involontaire.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que son témoignage dans l'affaire Amber était « possiblement plus tranché qu'il aurait dû l'être ». Il a reconnu qu'en se fondant sur les preuves pathologiques, il ne pouvait clairement exclure le fait qu'Amber avait effectué une chute. Cependant, c'est exactement ce qu'il a fait au procès.

Le D<sup>r</sup> Smith a fait la même chose dix ans plus tard, dans l'affaire Tyrell. Dans ce cas, la personne qui en avait la garde a déclaré que Tyrell sautait sur le sofa, qu'il a glissé et qu'il s'est cogné la tête soit contre la table de salon en marbre ou le plancher en carrelage. Le D<sup>r</sup> Smith a procédé à l'autopsie et en est venu à la conclusion que Tyrell était mort d'un traumatisme crânien. Cependant, il ne croyait pas que cette blessure pouvait être causée par la courte chute décrite par la personne qui s'occupait de Tyrell. La police a accusé cette dernière de meurtre au deuxième degré.

En janvier 2000, le D<sup>r</sup> Smith a témoigné à l'enquête préliminaire. Comme dans l'affaire Amber, son témoignage était tranché : le traumatisme crânien de Tyrell ne pouvait être expliqué par la courte chute décrite par la personne qui avait la garde de l'enfant. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré devant le tribunal que les recherches avaient démontré qu'à moins d'observation anormale, comme une hémorragie épidurale, ce que ne présentait pas le corps de Tyrell, « les enfants ne meurent pas d'une chute de moins de 15 pieds ». Il a été jusqu'à dire que « pour



qu'il y ait une probabilité raisonnable qu'une chute cause la mort, un enfant doit tomber non pas de 15 pieds, mais d'au moins trois étages, sinon quatre ». Et, même là, selon le D<sup>r</sup> Smith, l'enfant a 50 pour cent de chances de survie.

L'avocat de la défense a contre-interrogé le D<sup>r</sup> Smith au sujet de l'affaire Amber. Bien qu'il ait pu à ce moment signaler la controverse entourant les morts entraînées par de petites chutes, il ne l'a pas fait. Il a plutôt déclaré que, depuis l'affaire Amber, « la documentation [était] de [son] côté ».

Cet aspect des témoignages du D<sup>r</sup> Smith dans les affaires Amber et Tyrell soulève des questions. Un expert doit s'assurer que le juge des faits comprend les controverses au sein de la discipline. Dans ces deux cas, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas fait savoir au tribunal qu'en dépit de son opinion tranchée selon laquelle les petites chutes ne peuvent entraîner la mort, des experts étaient en désaccord avec lui. En effet, selon le D<sup>r</sup> Crane, il y a trop de paramètres et de variables, notamment la façon dont un enfant tombe et quelle partie de son corps touche d'abord le sol, pour faire des déclarations générales sur la possibilité qu'une petite chute puisse causer la mort. Comme je l'ai mentionné ci-dessus, le rôle du D<sup>r</sup> Smith à titre de témoin expert était de donner une opinion objective et équilibrée, fondée sur les preuves pathologiques. Cette obligation aurait dû l'amener à situer son opinion de manière explicite par rapport à la controverse existante. Il ne l'a pas fait.

Le D<sup>r</sup> Smith a expliqué qu'il donnait des opinions trop tranchées parce qu'il ne savait pas qu'il devait en être autrement. Devant la Commission, il a déclaré qu'en 1990, quand il a témoigné dans l'affaire Amber, il ne savait pas qu'il avait l'obligation d'informer le tribunal des controverses contenues dans la documentation : « Personne ne me l'avait dit. Cela ne m'avait pas du tout traversé l'esprit. » Il avait compris que son rôle consistait simplement à donner une opinion en fonction de son interprétation des résultats de l'autopsie et de la documentation. Cette démarche fait en sorte qu'il soit très difficile d'évaluer correctement l'opinion et sert mal le système de justice pénale.

### ***Les attaques de l'expert à l'endroit de ses collègues***

La sixième erreur du D<sup>r</sup> Smith a été sa façon injustifiée et peu professionnelle de critiquer d'autres professionnels. Dans plusieurs cas, il a exprimé devant le tribunal des opinions désobligeantes, arrogantes et, surtout, injustifiées à l'égard d'autres experts.

Dans l'affaire Dustin, une pathologiste locale a pratiqué la première autopsie. Le coroner régional a consulté le D<sup>r</sup> Smith afin d'obtenir une contre-expertise. En mars 1994, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré dans le cadre de l'enquête préliminaire que ce pathologiste avait pratiqué une « autopsie bâclée ». Il a déclaré ce qui suit à propos du travail du pathologiste : « [L]e papier sur lequel [le rapport] est écrit n'est

pas digne d'être déposé comme preuve. Il devrait être déposé dans la poubelle. »

L'avocat de la défense l'a alors questionné au sujet de l'affaire Amber et des experts de la défense qui avaient critiqué son travail, particulièrement un expert de Winnipeg. Le D<sup>r</sup> Smith a répondu à cela : « Le vendu. Il y a un expert de Winnipeg qui est considéré comme étant un vendu. »

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que les mots employés pour décrire le travail de la pathologiste locale dans l'affaire Dustin étaient très forts. Il a reconnu que ses critiques à l'égard de l'autopsie qu'elle avait pratiquée étaient excessivement dures. Il a aussi admis que son commentaire selon lequel un expert était un « vendu » était peu indulgent. Cependant, il a soutenu qu'au moment de l'enquête préliminaire, d'autres personnes et lui avaient cette opinion de l'expert en question.

Selon moi, ces critiques exprimées par le D<sup>r</sup> Smith étaient non seulement peu indulgentes, mais aussi non professionnelles, arrogantes et injustifiées. Bien qu'un expert puisse critiquer le travail d'un autre, il doit donner une raison pour cela. Un langage à l'effet que l'autopsie pratiquée sur Dustin était « bâclée » et que le rapport devrait être « déposé dans la poubelle » ne devrait jamais être utilisé. Le D<sup>r</sup> Smith aurait plutôt dû expliquer au tribunal ce qui, selon lui, était inadéquat concernant l'autopsie et le rapport qui en a découlé. Si, par exemple, la pathologiste locale avait omis de procéder à certains examens durant l'autopsie ou si le rapport ne décrivait pas adéquatement les résultats de l'autopsie, le D<sup>r</sup> Smith aurait dû l'indiquer. De plus, même si le D<sup>r</sup> Smith et d'autres pathologistes croyaient qu'un expert était un « vendu », ce point de vue n'aurait pas dû être exprimé sans fournir de raisons pour discréditer son travail. Il n'est pas professionnel d'injurier une personne et cela n'aide aucunement le tribunal à réaliser la tâche qui lui incombe.

Le D<sup>r</sup> Smith a aussi témoigné de façon peu indulgente dans l'affaire Athena. En novembre 2001, lors de son témoignage à l'enquête préliminaire, l'avocat l'a questionné au sujet de son opinion sur plusieurs experts, notamment le D<sup>r</sup> James (Rex) Ferris, médecin légiste. Lorsqu'on lui a demandé s'il respectait le travail du D<sup>r</sup> Ferris, il a déclaré qu'il ne respectait pas les opinions de médecine pédiatrique légale de ce dernier et qu'il ne connaissait personne dans la profession qui les respectait. Selon le D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Ferris n'avait aucune connaissance spécialisée de ce domaine et ses opinions étaient souvent « trompeuses »; le D<sup>r</sup> Smith n'en avait jamais vu une qui était « presque raisonnable ». Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré devant le tribunal que le D<sup>r</sup> Ferris avait été « exclu » de la pratique de la médecine pédiatrique légale en Colombie-Britannique pour un bon nombre d'années avant de perdre complètement son poste.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a expliqué que ses réponses aux questions

étaient honnêtes, quoique peu indulgentes et peu aimables. Selon moi, les commentaires du D<sup>r</sup> Smith au sujet du D<sup>r</sup> Ferris étaient non seulement peu indulgents et peu aimables, mais aussi faux. En effet, le D<sup>r</sup> Smith avait auparavant témoigné sous serment que l'opinion du D<sup>r</sup> Ferris était raisonnable. En septembre 1994, lors du procès de M. Mullins-Johnson, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que l'opinion du D<sup>r</sup> Ferris, selon laquelle il était possible que Valin soit morte par strangulation, était une conclusion raisonnable. De plus, rien n'indiquait que le D<sup>r</sup> Ferris n'était pas un expert respecté en Colombie-Britannique.

J'accepte le fait que les avocats demandent souvent à des experts des renseignements au sujet des forces et faiblesses d'autres experts ainsi que des opinions de ces derniers, et il convient de répondre à de telles requêtes. Toutefois, le témoignage du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Athena était inacceptable. Si le D<sup>r</sup> Smith n'estimait pas le travail du D<sup>r</sup> Ferris, il aurait dû clairement en expliquer la raison. Dans son témoignage, ses commentaires désobligeants au sujet du D<sup>r</sup> Ferris n'étaient nullement étayés. Cela était non professionnel et totalement inutile pour le tribunal.

### ***L'expert et les preuves qui vont au-delà de son expertise***

De temps à autre, le D<sup>r</sup> Smith a témoigné sur des sujets qui allaient au-delà de son domaine d'expertise. À deux reprises, dans les affaires Amber et Tyrell, il a exprimé une opinion au sujet du « profil » ou des caractéristiques de la personne qui secoue un bébé ou lui inflige un traumatisme crânien contondant.

Lors du procès dans l'affaire Amber, le D<sup>r</sup> Smith a présenté les caractéristiques d'un cas type du syndrome du bébé secoué. Il a décrit la victime comme étant un nourrisson de moins de deux ans, qui ne présente aucun autre signe de lésion, l'auteur comme étant la personne qui en est responsable ou la « gardienne » (mais qui n'est pas le père ou la mère biologique) et les circonstances comme se produisant en fin d'après-midi – les « heures maudites » – lorsque l'enfant est irritable et que la personne qui en est responsable « perd simplement le contrôle » et le secoue violemment afin qu'il arrête de pleurer.

Dans l'affaire Tyrell, le D<sup>r</sup> Smith a procédé à l'autopsie et a conclu que l'enfant était mort d'un traumatisme crânien. Au cours du contre-interrogatoire, le D<sup>r</sup> Smith a exprimé une opinion au sujet des personnes susceptibles de causer différents types de blessures. Il a déclaré devant le tribunal qu'il est plus probable que ce soit un homme qui secoue un bébé et lui inflige des blessures abdominales ou des traumatismes crâniens contondants, alors qu'il est plus probable qu'une femme soit à l'origine d'une mort par asphyxie. Il a présenté un « profil » très précis de la personne qui secoue un bébé ou est à l'origine d'un traumatisme contondant ou de blessures abdominales. Il a dit devant le tribunal que l'auteur était

probablement un homme (mais pas le père biologique de l'enfant) ayant un dossier criminel et un passé violent, sans diplôme d'études secondaires ni de travail stable, et bénéficiaire de l'aide sociale.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'un tel témoignage était inapproprié et qu'il n'aurait pas dû le présenter. Je suis d'accord. Selon moi, les témoignages du D<sup>r</sup> Smith dans les affaires Amber et Tyrell allaient bien au-delà de son domaine d'expertise. Le D<sup>r</sup> Smith était pathologiste. Son expertise consistait en l'interprétation des preuves pathologiques et son rôle en tant que témoin expert était de communiquer cette interprétation au tribunal. Les témoins experts sont appelés à témoigner afin d'aborder des questions qui se rapportent à leur expertise. Ils n'ont pas carte blanche pour discuter d'autres sujets sur lesquels ils ont une opinion.

Cependant, j'ai noté que, dans son témoignage concernant les affaires Amber et Tyrell, le D<sup>r</sup> Smith avait répondu de façon inappropriée aux questions du tribunal et des avocats. Ni le tribunal ni les avocats ne se sont opposés à son témoignage. Ainsi, je ne rejette pas uniquement la responsabilité sur le D<sup>r</sup> Smith pour son témoignage inapproprié. Bien que les experts doivent toujours reconnaître les limites de leur expertise et ne pas les dépasser, il est aussi important que les juges et les avocats assurent le respect de ces limites.

### *L'expert qui spéculé*

Dans certains cas, le D<sup>r</sup> Smith a exprimé des opinions basées sur des suppositions, non étayées et non fondées sur des observations pathologiques. Il a présenté un témoignage reposant sur des suppositions dans l'affaire Joshua. En effet, il a procédé à l'autopsie de Joshua et a conclu que la cause de la mort était l'asphyxie. Lors de l'enquête préliminaire, il a déclaré qu'il « soupçonnait fortement » que l'asphyxie était la cause de la mort. Le D<sup>r</sup> Smith n'aurait pas dû présenter ce témoignage puisqu'il n'y avait aucune preuve pathologique pour appuyer son opinion. Bien qu'il soit possible que l'asphyxie ne laisse aucune trace pathologique, le fait de dire qu'il « soupçonnait fortement » cela parce qu'il n'y avait aucune trace pathologique était simplement une supposition.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que, dans l'affaire Joshua, il n'aurait pas dû fournir ce témoignage. Il a admis que cette supposition était inutile et préjudiciable. Cependant, il a expliqué qu'à ce moment-là, il ne lui était pas venu à l'esprit qu'il ne devait pas avancer d'hypothèses au cours de ces témoignages. Il croyait que, lorsqu'on lui posait une question et que le tribunal ou les avocats ne s'y objectaient pas, il devait répondre.

Il est difficile pour moi d'accepter l'explication du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle il ne savait pas qu'il ne devait pas avancer d'hypothèse. Les pathologistes expriment

des opinions pathologiques. Je ne vois pas comment ils peuvent croire qu'en l'absence de preuves pathologiques, il leur est permis d'avancer une hypothèse sur ce qui s'est produit. Bien que je me rende compte que les pathologistes veulent aider le tribunal, avancer des hypothèses concernant les différentes possibilités sans s'appuyer sur une preuve pathologique est inutile et potentiellement préjudiciable. J'accepte également le fait que le tribunal et les avocats ont le devoir de s'assurer que les pathologistes ne présentent pas de témoignage inapproprié. Si le juge ou les avocats se rendent compte que le pathologiste présente une hypothèse, l'un d'entre eux devrait s'objecter et mettre fin à ce genre de questionnement. Cependant, les pathologistes sont les mieux placés pour s'assurer que leur témoignage n'est pas hypothétique et qu'il est étayé par les preuves nécessaires. Cela doit être leur seule responsabilité.

### ***L'expert et le langage désinvolte***

De temps à autre, le D<sup>r</sup> Smith a aussi employé des termes vagues et un langage non scientifique. Certaines expressions inappropriées se retrouvent dans ses témoignages. Les mots se rapportant aux « paris » en font partie. Dans l'affaire Kenneth, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que l'asphyxie peut ne pas laisser de traces et que, s'il était un « parieur », il dirait que l'asphyxie explique mieux la mort de Kenneth que la strangulation manuelle ou par ligature. Dans l'affaire Taylor, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré devant le tribunal que, « si vous voulez parier », il est plus probable que l'impact à la tête de Taylor vînt de la droite que de la gauche. Dans l'affaire Joshua, il a témoigné que, s'il était un « parieur », il dirait que la mort de Joshua n'était pas accidentelle.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a admis que la façon dont il avait tenté d'exprimer le degré de certitude de son opinion était parfois trop désinvolte. Ses efforts pour traduire des concepts techniques à l'aide d'une terminologie non technique ont entraîné une apparence de désinvolture inappropriée dans les circonstances. Je suis d'accord. Même si je comprends qu'il peut être très difficile pour les experts d'exprimer le degré de certitude de leurs opinions, il est peu scientifique et d'une inexactitude mal à propos qu'ils emploient des termes se rapportant au jeu. Dans bon nombre de cas, le langage cachait le vrai problème du témoignage : il était fondé sur des suppositions.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu avoir employé des expressions familières trop désinvoltées. Encore une fois, je suis d'accord. Le langage employé par les témoins experts constitue une partie importante de leur rôle. La façon dont ils transmettent leur opinion au tribunal influence la manière dont celui-ci recevra cette opinion ainsi que le poids qu'il lui accordera. L'emploi par le D<sup>r</sup> Smith d'un langage désinvolte afin de transmettre d'importantes opinions

pathologiques était inadéquat et, plutôt que de permettre une meilleure compréhension, a probablement entraîné de la confusion.

### *L'expert qui induit en erreur*

Enfin, le D<sup>F</sup> Smith n'a pas toujours témoigné avec l'honnêteté qu'on exige d'un témoin expert. Dans certains cas, il a fait des déclarations fausses et trompeuses devant le tribunal.

Lors de l'enquête préliminaire concernant l'affaire Dustin, en mars 1994, l'avocat de la défense a interrogé le D<sup>F</sup> Smith au sujet des critiques que le juge Dunn avait faites à son égard relativement à l'affaire Amber. Le D<sup>F</sup> Smith a répondu d'abord qu'il ne savait pas ce que le juge Dunn avait écrit et, ensuite, que « le juge Dunn, [...] avant d'avoir entendu les témoignages des experts de la défense, en fait, [lui] avait dit à plus d'une reprise au [cours de] conversations privées à quel point il avait réagi avec empressement concernant le travail effectué à l'hôpital par le [D<sup>F</sup> Smith] et les autres. » Ces deux déclarations étaient fausses. Le D<sup>F</sup> Smith a admis devant la Commission qu'il avait certainement lu la décision rendue par la juge Dunn avant le mois de mars 1992, lorsqu'il a écrit à l'OMCO concernant cette affaire. De plus, comme j'en parle plus loin, son affirmation selon laquelle il avait discuté en privé avec le juge Dunn au sujet de son témoignage dans cette affaire était fausse.

Le D<sup>F</sup> Smith a aussi fait des déclarations trompeuses devant le tribunal dans l'affaire Sharon. Lors de l'enquête préliminaire de la mère de Sharon, il a déclaré qu'il avait demandé au D<sup>F</sup> Wood d'examiner les éléments. Bien que le D<sup>F</sup> Wood ait examiné les photographies de l'autopsie de Sharon, il ne l'avait pas fait à la demande du D<sup>F</sup> Smith. L'avocat de la Couronne, par l'entremise du coroner régional, a exigé que l'on consulte le D<sup>F</sup> Wood, ce qui a été fait.

Ces exemples sont troublants. Il va sans dire qu'un expert qui témoigne sous serment devrait être entièrement franc et honnête. Aucune déclaration fausse et trompeuse ne devrait faire partie de son témoignage.

## **Le rôle d'un expert dans le système de justice pénale préalablement au procès**

Les pathologistes contribuent souvent à l'enquête policière et aux instances criminelles en aidant la police et le procureur de la Couronne à comprendre les preuves pathologiques ainsi que leurs limites. Parfois, la défense retiendra les services d'un pathologiste afin de venir en aide à son avocat. Peu importe qui retient ses services, le pathologiste a pour tâche de ne pas choisir de camp au sein du système de justice pénale. Son rôle est de demeurer neutre, à toutes les étapes de sa participation, et non seulement lorsqu'il témoigne.

En réalité, il est toutefois possible que les pathologistes qui pratiquent des autopsies en vertu de mandats du coroner connaissent davantage les agents de police et les avocats de la Couronne, ce qui accroît les risques qu'ils se rangent de leur côté, consciemment ou non. Il faut résister à cette tentation. Les pathologistes doivent comprendre que leur rôle en tant qu'experts participant au système de justice pénale est de présenter une opinion indépendante et équilibrée à la police, à la Couronne, à la défense et au tribunal tout en demeurant objectif. L'expert ne peut prendre parti.

Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas compris que son rôle en tant qu'expert au sein du système de justice pénale exigeait qu'il soit indépendant et objectif. Dans l'affaire connue sous le nom de bébé X, le D<sup>r</sup> Smith a participé directement à l'enquête policière sur la mère de bébé X, ne respectant pas l'impartialité qu'on exigeait de lui. Bébé X est mort au printemps de 1996. Le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué l'autopsie et a conclu que le décès de bébé X était dû à un traumatisme contondant, ce qui correspondait à une blessure infligée ou non accidentelle. Il savait que la police croyait qu'il s'agissait d'un cas d'homicide et que la mère de bébé X faisait partie des suspects.

Environ six mois après l'autopsie, la mère du bébé a communiqué avec le D<sup>r</sup> Cairns concernant les résultats. Le D<sup>r</sup> Cairns a à son tour demandé au D<sup>r</sup> Smith qu'il rencontre la mère de bébé X afin de discuter des résultats de l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Smith a accepté et le D<sup>r</sup> Cairns lui a demandé de se rendre à Barrie pour la rencontrer. Le 4 septembre 1996, le D<sup>r</sup> Smith a reçu un appel de la mère de bébé X et ils ont convenu de se rencontrer le lendemain à la demeure de celle-ci, qui était située à Barrie. La Police provinciale de l'Ontario, qui avait précédemment installé des appareils d'écoute dans la maison, a intercepté leur conversation téléphonique. Lorsqu'il a appris que le D<sup>r</sup> Smith rencontrerait la mère de bébé X chez elle, l'inspecteur-détective Don McNeil a communiqué avec lui. L'agent lui a indiqué que des appareils d'écoute avaient été installés dans la maison et intercepteraient probablement sa conversation avec la mère de bébé X. Ce même jour, le D<sup>r</sup> Cairns a également appris l'existence des appareils d'écoute. Néanmoins, le D<sup>r</sup> Smith a accepté d'aller à la rencontre, et le D<sup>r</sup> Cairns ne l'en a pas empêché.

Le lendemain, soit le 5 septembre 1996, le D<sup>r</sup> Smith a rencontré des membres du Service de police de Barrie ainsi que l'inspecteur-détective McNeil au poste de police de Barrie, avant sa rencontre prévue avec la mère de bébé X. Le D<sup>r</sup> Smith et les agents ont discuté de ce cas de façon générale. Les agents n'ont pas dit au D<sup>r</sup> Smith ce qu'il devait faire pendant sa rencontre avec la mère de bébé X et ne lui ont pas demandé non plus de tenter de lui soutirer des renseignements. Cependant, il était clair que le D<sup>r</sup> Smith lui donnerait l'occasion de discuter de la façon dont son bébé était mort.

Le D<sup>r</sup> Smith s'est ensuite rendu à la maison et a discuté avec la mère de bébé X au sujet de l'autopsie, de ses conclusions et des différentes façons dont l'enfant aurait pu subir ses blessures. Après avoir quitté la maison, il a rencontré à nouveau les membres du Service de police de Barrie ainsi que l'inspecteur-détective McNeil. Il leur a raconté ce dont ils avaient discuté et a exprimé son point de vue concernant le comportement de la mère lorsqu'ils parlaient de la mort de son enfant. Le D<sup>r</sup> Smith aurait dit : « C'était comme si je lui parlais d'un tas de roches ». Les agents ont compris qu'il s'agissait d'un commentaire sur l'affect inadéquat et sans émotion dont la mère avait fait preuve lors de la conversation. Cependant, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas indiqué s'il croyait que les preuves pathologiques appuyaient ou non la culpabilité de la mère de bébé X.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il lui semblait inhabituel que le D<sup>r</sup> Cairns lui demande de discuter avec la mère de bébé X, pour deux raisons. Premièrement, il savait qu'il s'entreferait avec un suspect visé par une enquête sur un homicide et, deuxièmement, il rencontrerait la mère de bébé X chez elle plutôt qu'au BCCO ou au SickKids. Malgré ces circonstances inhabituelles, il a accepté de la rencontrer puisqu'il voulait satisfaire à la demande du D<sup>r</sup> Cairns. Même après avoir été informé de l'existence des appareils d'écoute, il ne croyait pas que cet entretien était inapproprié, compte tenu notamment du fait que le D<sup>r</sup> Cairns connaissait aussi leur existence et ne s'était pas opposé à ce que la rencontre ait lieu.

Cependant, en rétrospective, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que sa conduite dans cette partie de l'affaire bébé X était inadéquate. Je suis d'accord. Le rôle du médecin légiste est de pratiquer une autopsie, d'en examiner les résultats et de formuler une opinion sur la cause de la mort et sur toute autre question d'ordre pathologique. Bien qu'on puisse lui demander de discuter avec un membre de la famille au sujet des résultats, cette tâche ne doit en aucun cas donner lieu à l'enregistrement clandestin d'une conversation avec un suspect dans un cas d'homicide, dans le cadre d'une enquête policière en cours. Le pathologiste ne devrait pas non plus exprimer son opinion sur le comportement du suspect au cours de cette conversation. Ces agissements ne correspondent tout simplement pas au principe d'indépendance, qui est d'une si grande importance pour assurer l'intégrité d'une preuve d'expert dans le cadre d'une enquête sur une mort.



## La coopération avec d'autres experts

Dans plusieurs cas, on a demandé au D<sup>r</sup> Smith de retrouver des éléments d'autopsie afin qu'un autre pathologiste puisse examiner l'affaire. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu à ces demandes. Dans l'affaire Dustin, une pathologiste locale a procédé à la première autopsie. Le coroner régional a consulté le D<sup>r</sup> Smith pour obtenir une contre-expertise et lui a fourni les blocs de tissus et les lamelles provenant de l'autopsie.

Le 2 mars 1994, la pathologiste locale a témoigné à l'enquête préliminaire concernant cette affaire. Ce jour-là, avant de se présenter devant le tribunal, elle a tenté de retrouver certains des éléments de l'autopsie, y compris les lamelles porte-objets, afin de se rafraîchir la mémoire au sujet de ce cas. Elle a communiqué avec le D<sup>r</sup> Smith, qui lui a indiqué qu'il les lui avait retournés. Ce n'était pas le cas. Durant son témoignage à l'enquête préliminaire, la pathologiste a déclaré que, puisqu'elle n'avait pu retracer les lamelles avant de se présenter devant le tribunal, elle n'avait pas eu l'occasion de les examiner à nouveau. À la demande de l'avocat de la défense, le tribunal a ajourné le témoignage de la pathologiste jusqu'au 30 mars 1994 afin qu'elle ait le temps d'examiner les éléments de l'autopsie.

Le lendemain, soit le 3 mars 1994, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué au coroner régional qu'il était toujours en possession des lamelles. Le 10 mars 1994, l'avocate de la Couronne, M<sup>e</sup> Sheila Walsh, a écrit au D<sup>r</sup> Smith afin de lui demander d'envoyer à la pathologiste locale les lamelles, son rapport de consultation et le résumé des faits qui lui avait été transmis lorsque le coroner régional l'avait consulté pour la première fois. Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu à M<sup>e</sup> Walsh. Malgré les demandes subséquentes, il n'a pas envoyé les éléments avant la reprise de l'enquête préliminaire, le 30 mars 1994. Lorsque le D<sup>r</sup> Smith a finalement transmis les éléments à la pathologiste, il était trop tard pour qu'elle puisse poursuivre son témoignage dans le cadre de l'enquête préliminaire, qui s'était terminée le 25 mai 1994.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'il avait l'obligation de s'assurer que la pathologiste locale avait accès aux éléments et qu'en agissant de la sorte, il a, par inadvertance, retardé l'administration de la justice et frustré une collègue. Son omission de fournir en temps opportun les éléments exigés par la pathologiste a empêché un témoin à l'enquête préliminaire de poursuivre son témoignage, un résultat qu'il avait sans doute prévu. Il s'agissait d'une façon peu professionnelle de traiter une collègue.

Dans l'affaire Joshua, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas non plus répondu aux demandes qu'on lui avait envoyées afin qu'il retrace les éléments de l'autopsie et qu'il les transmette à un autre pathologiste aux fins d'examen. Encore une fois, ce manquement a entraîné l'ajournement d'un témoignage.

Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que son intention n'était pas de faire entrave ou de nuire à l'examen de ses conclusions par la défense. Il a déclaré qu'il n'avait pas répondu en raison de son manque général d'organisation et parce qu'il ne comprenait pas bien le fonctionnement du système de justice. Je rejette l'explication du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle il ne comprenait pas l'importance de sa coopération en raison de sa naïveté concernant le système de justice. Devant le public, il n'a cessé de se donner l'image d'un participant expérimenté et bien informé sur ce type de débat.

Enfin, comme je l'ai indiqué précédemment, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas coopéré aux tentatives de trouver les éléments reliés à l'affaire Valin afin qu'ils puissent être examinés par un autre pathologiste. Le comportement du D<sup>r</sup> Smith dans ce cas constitue l'un des exemples les plus flagrants de son indifférence totale à l'égard de demandes raisonnables présentées par le procureur de la Couronne et un autre pathologiste. Puisque j'ai déjà décrit ce malheureux incident, je ne répéterai pas ce que j'ai dit à propos de celui-ci. Il suffira de dire qu'absolument rien ne justifiait l'indifférence complète du D<sup>r</sup> Smith envers les demandes présentées par le D<sup>r</sup> Rasaiah et le procureur de la Couronne.

## **ENTRAVE AU PROCESSUS DE SUPERVISION**

Comme je l'expliquerai dans le chapitre suivant, les mécanismes de supervision de la médecine légale qui existaient dans les années 1980 et 1990 étaient, à plusieurs égards, mal définis, inadéquats et, en fin de compte, inefficaces. Néanmoins, les personnes qui assuraient cette supervision n'avaient d'autre choix que de dépendre de la franchise des pathologistes à leur égard. Malheureusement, la façon dont le D<sup>r</sup> Smith a interagi avec elles a entravé cette supervision. Nous devons tirer certaines leçons systémiques de cette situation.

En termes simples, le D<sup>r</sup> Smith a sérieusement induit en erreur ceux qui auraient pu superviser son travail de façon significative. Lorsque des cadres supérieurs du BCCO ont exprimé des inquiétudes quant à sa conduite dans plusieurs des cas examinés par la Commission, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu franchement. De même, lorsque l'OMCO a enquêté sur des plaintes concernant son travail dans les affaires Amber, Nicholas et Jenna, il a fait des déclarations fausses et trompeuses. Cette déformation des faits par le D<sup>r</sup> Smith a entravé toute supervision significative que les deux institutions auraient pu effectuer. Ses tentatives d'induire en erreur ont marqué toute sa carrière en tant que directeur de l'UOMLP et se sont poursuivies même après qu'il eut quitté ce poste.

## Déclarations inexactes concernant le juge Dunn

Dès 1992, le D<sup>r</sup> Smith a répondu aux inquiétudes concernant son travail dans l'affaire Amber avec une histoire qui était tout simplement fausse. Avec d'autres médecins du SickKids, il a témoigné au procès de la gardienne d'Amber, S.M. Le 25 juillet 1991, le juge Dunn, juge du procès, a acquitté la gardienne. Dans les motifs de son jugement, il critiquait lourdement le D<sup>r</sup> Smith ainsi que d'autres médecins du SickKids. Il critiquait particulièrement le D<sup>r</sup> Smith pour son manque d'objectivité, de compétences et de connaissance de la documentation récente.

Peu après l'acquittement, le père de S.M., D.M., a déposé une plainte auprès de l'OMCO concernant le travail du D<sup>r</sup> Smith et de plusieurs autres médecins du SickKids qui avaient témoigné lors du procès. Le 4 mai 1992, le D<sup>r</sup> Smith a répondu par écrit à l'OMCO et a déclaré qu'il « demeurait plus convaincu que jamais » qu'Amber avait été victime d'un traumatisme crânien non accidentel. Il a ajouté qu'« à deux reprises au cours de la semaine durant laquelle j'ai témoigné, le juge, Patrick Dunn, a longuement discuté avec moi de mon témoignage. Il m'a plusieurs fois précisé qu'il était d'avis que S.M. était coupable et qu'il partageait mon opinion et celles [des médecins du SickKids] ».

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a admis qu'il avait fait une fausse déclaration à l'OMCO concernant le juge Dunn. Il a reconnu qu'à aucun moment lors du procès, le juge Dunn n'avait discuté avec lui de son témoignage, n'avait déclaré être d'avis que la gardienne d'Amber était coupable, ni n'avait dit qu'il approuvait l'opinion du D<sup>r</sup> Smith et des autres médecins du SickKids. Cependant, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il s'était bel et bien entretenu avec le juge Dunn à deux reprises au cours du procès. D'abord, un vendredi après son témoignage, il était assis à côté du juge Dunn à bord d'un avion qui quittait Timmins pour Toronto. Il a déclaré que, lors de cette conversation, lui et le juge Dunn avaient discuté des antécédents des médecins du SickKids qui avaient témoigné pendant le procès ainsi que d'une affaire bien connue mais sans lien concernant Susan Nelles, une infirmière du même établissement. Ensuite, le dimanche après-midi suivant, le D<sup>r</sup> Smith et le juge Dunn se sont retrouvés sur le même vol allant de Toronto à Timmins, mais n'étaient pas assis côte à côte. Le D<sup>r</sup> Smith a reconnu devant la Commission qu'à cette occasion, ils n'avaient échangé que quelques civilités à l'aéroport.

Le 19 décembre 2007, le juge Dunn a remis une déclaration sous serment à la Commission d'enquête, dont la teneur n'a pas été contestée par le D<sup>r</sup> Smith. Il n'était donc pas nécessaire que le juge se présente devant la Commission pour témoigner. Dans sa déclaration sous serment, le juge Dunn a écrit que, bien qu'il

ait pris l'avion avec le D<sup>r</sup> Smith au cours du procès, tous deux s'étaient contentés d'échanger des civilités et n'avaient pas abordé l'affaire. Même s'il ne se souvenait pas précisément de sa discussion avec le D<sup>r</sup> Smith, le juge Dunn a juré ce qui suit : « Je suis sûr de n'avoir pas discuté du bien-fondé de l'affaire ou de la preuve avec le D<sup>r</sup> Smith. Je peux avoir formulé des commentaires sur l'affaire de Susan Nelles parce que, selon ce que j'en savais, le D<sup>r</sup> Smith y avait participé d'une certaine façon. » Selon le juge Dunn, « [e]n aucun moment au cours du procès je n'ai abordé le témoignage du D<sup>r</sup> Smith avec ce dernier ni ne lui ai indiqué que j'étais d'avis que [S.M.] était coupable. Je n'ai pas non plus dit au D<sup>r</sup> Smith, comme il le prétend dans sa lettre à l'OMCO, que je partageais les avis des [médecins du SickKids]. »

Lors de l'enquête, le D<sup>r</sup> Smith a tenté d'expliquer sa fausse déclaration à l'OMCO. Selon lui, au cours de leur première conversation, le juge « a fait des remarques très élogieuses » à propos des témoins du SickKids. Il a ajouté qu'il avait mal interprété ces remarques élogieuses et qu'il avait compris que le juge Dunn approuvait l'opinion des médecins : « J'ai pensé que ces remarques signifiaient non seulement qu'il était impressionné par les témoins et par leurs compétences professionnelles, mais qu'il partageait également [leur] avis. Parce qu'il est certain qu'au moment de descendre de l'avion, j'étais absolument convaincu, de par ses commentaires, qu'il approuvait les opinions présentées. » Le D<sup>r</sup> Smith a ajouté : « Je pense que j'ai entendu ce que je voulais entendre et non ce qu'il a réellement dit. »

Je rejette l'explication du D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Smith a admis devant la Commission que le juge Dunn n'avait jamais discuté avec lui du témoignage d'aucun des experts qui ont comparu au procès. En fait, ils n'ont pas du tout abordé l'affaire Amber, à l'exception peut-être d'une vague conversation concernant les témoins du SickKids ayant comparu au procès. Selon moi, il n'y avait rien que le D<sup>r</sup> Smith pouvait mal interpréter de la façon dont il prétend l'avoir fait. Par contre, je trouve totalement intéressée et volontairement trompeuse sa déclaration à l'OMCO selon laquelle le juge Dunn lui a « fait savoir à plusieurs reprises » que la gardienne d'Amber était coupable. Je trouve qu'il a tenté, par l'explication qu'il a fournie devant la Commission, de défendre l'indéfendable, soit qu'il avait inventé la teneur d'une conversation avec le juge du procès.

Malheureusement, cela n'était pas un incident isolé. Bien que le D<sup>r</sup> Smith n'ait pas réussi à attirer l'attention des cadres supérieurs du BCCO sur la décision du juge Dunn, le D<sup>r</sup> James Young, coroner en chef, et son adjoint, le D<sup>r</sup> Cairns, ont finalement appris l'acquittement de S.M. À ce moment-là, le D<sup>r</sup> Smith a caché la nature des critiques du juge Dunn, inventant encore une autre histoire à propos de ce dernier. Pour être plus précis, vers le début ou le milieu des années 1990,

tant le D<sup>r</sup> Young que le D<sup>r</sup> Cairns se sont entretenus avec le D<sup>r</sup> Smith concernant la décision du juge Dunn. Au cours de ces conversations, le D<sup>r</sup> Smith a non seulement rejeté les critiques du juge Dunn, mais a fortement induit en erreur le coroner en chef et son adjoint en les convainquant qu'il n'y avait pas de problème avec son travail et que le juge Dunn avait simplement mal saisi le dossier. Le D<sup>r</sup> Smith a indiqué au D<sup>r</sup> Young que l'affaire Amber était compliquée, mais que les motifs de l'acquittement reposaient sur le témoignage d'un expert de la défense selon lequel le syndrome du bébé secoué n'existait pas. Le D<sup>r</sup> Smith a également précisé au D<sup>r</sup> Young que les critiques du juge Dunn quant à son travail concernaient une radiographie perdue.

Les déclarations du D<sup>r</sup> Smith au D<sup>r</sup> Young ont dénaturé les critiques du juge Dunn et faussé leur portée. En réalité, de nombreux experts de la défense avaient présenté une preuve complète lors du procès selon laquelle de petites chutes, comme celle évoquée par la gardienne d'Amber, pouvaient être mortelles. Les critiques du juge Dunn à l'endroit du D<sup>r</sup> Smith ne concernaient pas qu'une radiographie; elles remettaient en question son rôle même de pathologiste pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner et critiquaient son manque d'objectivité et de compétence.

Le D<sup>r</sup> Smith a aussi déclaré aux D<sup>rs</sup> Young et Cairns que, quelque temps après la fin du procès, il avait rencontré le juge Dunn et que celui-ci lui avait dit avoir changé d'avis à propos des preuves médicales présentées lors du procès. Selon le D<sup>r</sup> Smith, le juge Dunn lui aurait dit qu'il n'avait pas bien compris ce qu'était le syndrome du bébé secoué lorsqu'il présidait le procès et que, s'il avait mieux saisi ce concept à l'époque, il aurait condamné S.M. pour homicide involontaire.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a admis que sa déclaration concernant une rencontre ultérieure avec le juge Dunn était elle aussi fautive. Selon lui, probablement en janvier 1998, il a parlé au juge dans le cadre d'une conférence de la magistrature. Au cours de cette brève conversation, le D<sup>r</sup> Smith aurait déclaré au juge Dunn que de nouvelles découvertes avaient été faites concernant le diagnostic du syndrome du bébé secoué depuis le procès de 1990 et aurait laissé entendre que le dénouement de certaines affaires anciennes, telles que celle d'Amber, aurait été différent si elles avaient été jugées plus tard.

Dans sa déclaration sous serment, le juge Dunn s'est souvenu avoir parlé au D<sup>r</sup> Smith à une conférence sur le droit de la famille. Il ne se souvient pas précisément de cette conversation, mais a juré ce qui suit : « Je ne me souviens pas d'avoir abordé l'affaire [Amber] avec le D<sup>r</sup> Smith lors de la conférence sur le droit de la famille ni à aucun autre moment. Je n'en aurais pas parlé avec lui. Je laisserais le jugement parler de lui-même. »

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré avoir mal interprété cette

conversation avec le juge Dunn parce qu'il avait compris que ce dernier approuvait ses déclarations concernant les avancées en matière de diagnostic du syndrome de bébé secoué : « J'ai entendu ce que je voulais entendre. J'étais gêné de ce qui était arrivé par le passé et j'en suis arrivé à penser que ce que je voulais entendre était vrai, et je n'aurais pas dû. » Le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'à aucun moment le juge Dunn n'avait réellement dit avoir changé d'avis concernant les témoignages médicaux ou que, s'il avait présidé l'affaire Amber à cette époque, il aurait condamné la gardienne d'Amber.

Je rejette une fois de plus l'explication du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle « [il a] entendu ce qu'[il voulait] entendre ». J'accepte la déclaration du juge Dunn selon laquelle il n'aurait discuté de l'affaire avec le D<sup>r</sup> Smith, un témoin dans cette affaire, en aucun cas. Il n'y avait donc rien que le D<sup>r</sup> Smith pouvait mal interpréter. Je conclus que le D<sup>r</sup> Smith a volontairement inventé deux histoires concernant le juge d'un tribunal provincial afin d'induire l'OMCO et le BCCO en erreur, de se protéger et de protéger sa réputation. Ce triste épisode offre un aperçu très peu flatteur de l'intégrité du D<sup>r</sup> Smith.

Lorsqu'il a répondu à l'OMCO et lorsqu'il s'est entretenu avec le coroner en chef et son adjoint au sujet de l'affaire, le D<sup>r</sup> Smith aurait dû être honnête à propos des critiques formulées à son égard. Le fait qu'il ne l'a pas été et qu'il a inventé des déclarations supposément faites par un juge d'une cour provinciale est inexcusable. Ses déclarations ont entravé de façon évidente la supervision efficace de son travail par l'OMCO et le BCCO. L'OMCO ne s'est pas interrogé ni n'a mené d'enquête sur les allégations du D<sup>r</sup> Smith concernant les multiples déclarations du juge Dunn au sujet de la culpabilité de la gardienne d'Amber. De plus, les D<sup>rs</sup> Young et Cairns ont pris les commentaires du D<sup>r</sup> Smith concernant le juge Dunn au pied de la lettre. Même si l'histoire du D<sup>r</sup> Smith était peu probable, ni le D<sup>r</sup> Young ni le D<sup>r</sup> Cairns n'ont entrepris d'examen plus approfondi de la décision du juge Dunn.

## **Déclarations inexactes concernant les retards des rapports**

Au cours des années 1990, les tentatives du D<sup>r</sup> Smith visant à induire en erreur le BCCO ne se sont pas limitées à des déclarations effectuées en réponse aux critiques concernant son travail. Comme je l'ai expliqué précédemment, le D<sup>r</sup> Smith avait beaucoup de mal à remettre ses rapports d'autopsie en temps opportun. Les cadres supérieurs du BCCO ont abordé les raisons de ces retards avec le D<sup>r</sup> Smith à plusieurs reprises. Dans les années 1990, plutôt que d'admettre que ses difficultés à respecter les délais étaient dues au fait qu'il était désorganisé et qu'il remettait tout au lendemain, comme il l'a fait devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a

rejeté la responsabilité de ses fautes sur d'autres. Il a déclaré au D<sup>r</sup> Cairns et au D<sup>r</sup> David Chiasson, médecin légiste en chef, que ses retards étaient dus à un manque de soutien administratif au SickKids.

Comme je l'ai expliqué précédemment, cela n'était pas vrai. En réalité, le D<sup>r</sup> Smith disposait de suffisamment de soutien administratif au SickKids, mais a simplement choisi de ne pas le mettre à contribution. Devant la Commission, il a reconnu avec franchise qu'il avait rejeté à tort la responsabilité de ses propres fautes sur le personnel de soutien du SickKids et s'en est excusé.

En attribuant ses retards au manque de soutien administratif au SickKids, le D<sup>r</sup> Smith a dévié l'attention du BCCO de ses propres fautes. De 1994 à 2002, le BCCO a tenté de résoudre un problème inexistant : un soutien administratif insuffisant pour le D<sup>r</sup> Smith. Si ce dernier avait avoué ses erreurs au BCCO dans les années 1990, le BCCO aurait pu tenter d'apporter une solution à ces défaillances de façon plus active.

## **Déclarations inexactes en réponse aux inquiétudes grandissantes**

Au début des années 2000, alors que les inquiétudes concernant son travail et son professionnalisme augmentaient, le D<sup>r</sup> Smith a continué de réagir en induisant en erreur le BCCO et l'OMCO. En 1998 et en 1999, le grand-père de Nicholas a déposé deux plaintes auprès de l'OMCO concernant le travail du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Nicholas. En mai 2001, la mère de Jenna a déposé une plainte contre le D<sup>r</sup> Smith auprès de l'OMCO. La réponse du D<sup>r</sup> Smith aux deux plaintes était trompeuse.

En novembre 1999, le grand-père de Nicholas, Maurice Gagnon, a déposé une plainte contre le D<sup>r</sup> Smith auprès de l'OMCO. M. Gagnon soutenait, entre autres choses, que le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas examiné les dossiers médicaux antérieurs de Nicholas mentionnant la circonférence de sa tête lorsqu'il était en vie. Le D<sup>r</sup> Smith a répondu à la plainte de M. Gagnon le 2 mars 2001. Dans sa lettre à l'OMCO en réponse à la plainte de M. Gagnon, il a déclaré qu'on ne lui avait pas communiqué la circonférence de la tête de Nicholas alors qu'il était en vie.

Cette déclaration était fausse. L'enquêteur principal, le sergent Keetch, a remis ces dossiers au D<sup>r</sup> Smith au cours d'une rencontre en mai 1997.

Le 12 mars 2001, M. Gagnon a répondu à la lettre du D<sup>r</sup> Smith datée du 2 mars 2001. Il déclarait que, même après que le D<sup>r</sup> Smith eut reconnu les faiblesses de son témoignage, il continuait d'affirmer à la Société d'aide à l'enfance (SAE) qu'il était convaincu à 99 pour cent que M<sup>me</sup> Gagnon avait tué Nicholas, « donnant du poids » aux instances de la SAE dans l'affaire. Le D<sup>r</sup> Smith a

répondu à cette allégation le 20 avril 2001, indiquant ceci à l'OMCO : « J'ai essayé de m'abstenir de formuler des allégations contre Lianne Gagnon ou toute autre personne et me suis plutôt contenté de donner mon opinion concernant une blessure non accidentelle sur laquelle la Société d'aide à l'enfance s'est peut-être fondée, en tenant compte d'autres renseignements en sa possession, pour tirer ses propres conclusions. » Il a déclaré ce qui suit à l'OMCO : « Jamais la SAE ne m'a consulté relativement à cette affaire, de quelque manière que ce soit. »

Cette déclaration était également fausse. Le D<sup>r</sup> Smith avait participé directement aux instances de la SAE. Il a assisté à une conférence préparatoire avec la SAE le 8 mai 1998. Un employé de la SAE a déclaré sous serment qu'au cours de la conférence préparatoire, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué qu'il « était certain à 99 % que Nicholas était mort des suites d'un traumatisme non accidentel qui lui avait été infligé uniquement par la personne qui en avait la garde, c'est-à-dire la mère, et qui avait eu la possibilité de le faire pendant le délai associé à ce type de blessure ». Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Cairns, qui avait également assisté à la rencontre, n'a pas remis en cause ce souvenir et a rappelé que le D<sup>r</sup> Smith présentait un très haut degré de certitude quant à ses conclusions. De plus, le D<sup>r</sup> Smith a signé deux déclarations sous serment, datées du 29 juin 1998 et du 20 juillet 1998, au cours des instances de la SAE. L'allégation du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle « jamais la SAE ne [l]'a consulté relativement à cette affaire, de quelque manière que ce soit » n'était pas vraie.

En 2001, concernant l'affaire Jenna, M<sup>me</sup> Waudby a déposé une plainte contre le D<sup>r</sup> Smith auprès de l'OMCO, soutenant entre autres choses que le pathologiste n'avait pas pratiqué correctement un examen consécutif à une agression sexuelle, qu'il avait perdu un poil recueilli sur le corps de Jenna au cours de l'autopsie et qu'il n'avait pas exprimé d'opinion précise sur l'heure à laquelle les blessures de Jenna lui avaient été infligées. À peu près à la même époque, en juillet 2001, la police a rouvert l'enquête sur la mort de Jenna. En octobre 2001, l'agent responsable de l'enquête, l'agent-détective (maintenant sergent) Larry Charmley, des services de police communautaires de Peterborough Lakefield, a communiqué avec le D<sup>r</sup> Smith au sujet de ce poil. En novembre 2001, il a établi que le D<sup>r</sup> Smith possédait toujours le poil recueilli lors de l'autopsie et l'a récupéré dans le bureau de ce dernier.

Le 21 décembre 2001, le D<sup>r</sup> Smith a répondu à la plainte de M<sup>me</sup> Waudby. Deux des affirmations du D<sup>r</sup> Smith méritent d'être soulignées. D'abord, il a déclaré qu'un médecin de l'équipe SCAN, le D<sup>r</sup> Huyer, avait assisté à l'autopsie et qu'ils étaient tous deux d'avis qu'il n'y avait pas de preuve de violence. Il a déclaré ce qui suit à l'OMCO : « Toutefois, un échantillon approprié a été prélevé. La police, à laquelle il incombe de fournir les preuves dans une enquête sur un homicide, a choisi de ne pas faire examiner cet élément. Je l'ai conservé, sous scellé. »



Concernant l'emplacement de cet élément, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré à l'OMCO qu'à la suite de la plainte de M<sup>me</sup> Waudby, « [il avait] demandé aux enquêteurs de la police de revenir sur leur décision et ils ont accepté. Ensuite, [il avait] fourni cet élément à un agent des services de police de Peterborough, qui l'a remis au Bureau du coroner en chef pour le mettre en lui sûr jusqu'à ce qu'une décision finale soit prise pour savoir s'il devait être examiné. »

Ensuite, concernant son opinion sur l'heure à laquelle les blessures de Jenna lui avaient été infligées, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré à l'OMCO qu'il avait conscience qu'un examen des renseignements cliniques serait important afin de déterminer l'heure à laquelle Jenna avait subi ses blessures mortelles. Il a écrit ce qui suit : « J'ai même suggéré à l'avocat de M<sup>me</sup> Waudby de demander l'avis du D<sup>r</sup> Sigmund Ein, un chirurgien pédiatre de l'Hospital for Sick Children. »

Le 14 février 2002, alors que l'enquête de l'OMCO était en cours, les médias ont appris que l'agent-détective Charmley avait retrouvé et récupéré le poil et ont critiqué ouvertement l'enquête de police ainsi que l'autopsie du D<sup>r</sup> Smith relativement à cette affaire. Peu de temps après, le D<sup>r</sup> Smith et sa femme ont participé à une réunion avec le D<sup>r</sup> Cairns, au cours de laquelle ils ont abordé cet aspect du dossier. Au cours de cette rencontre, le D<sup>r</sup> Smith a, une fois de plus, manqué de franchise dans ses réponses concernant les inquiétudes du D<sup>r</sup> Cairns. Comme il l'a fait dans sa réponse à l'OMCO, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré au D<sup>r</sup> Cairns qu'il avait recueilli le poil et l'avait donné à l'agent d'identité judiciaire présent lors de l'autopsie, mais que celui-ci avait refusé de le prendre. Lorsque le D<sup>r</sup> Cairns a demandé au D<sup>r</sup> Smith pourquoi il n'avait pas indiqué au tribunal, pendant l'enquête préliminaire en octobre 1998, qu'il avait recueilli le poil quand on l'avait questionné spécifiquement sur un poil trouvé sur le corps de Jenna, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas su répondre. En revanche, il a dit au D<sup>r</sup> Cairns qu'il avait en fait apporté le poil avec lui au tribunal ce jour-là et qu'il était dans une enveloppe dans la poche de son veston durant son témoignage.

Le D<sup>r</sup> Smith a maintenu cette version des faits devant la Commission d'enquête. Cependant, il n'était plus sûr que c'était l'agent d'identité judiciaire qui lui avait dit que le poil n'intéressait pas la police. Il aurait pu s'agir d'un agent de police, du coroner local ou du coroner régional, mais il ne se souvenait pas précisément de la personne qui l'en avait informé. Néanmoins, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'il avait recueilli le poil et qu'il avait placé l'enveloppe le contenant dans son dossier, qu'il conservait dans un classeur dans son bureau. Il a déclaré qu'en octobre 1998, il avait apporté avec lui au tribunal l'enveloppe qui contenait le poil lorsqu'il a témoigné à l'enquête préliminaire, mais a nié avoir connaissance de son existence lorsqu'on le lui a demandé. Il n'a pas pu se souvenir de la raison pour laquelle il avait apporté le poil avec lui ce jour-là.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré qu'il trouvait « absurde » l'affirmation du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle l'agent d'identité judiciaire avait refusé de prendre le poil au cours de l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Cairns n'arrivait pas à comprendre pourquoi, si l'agent avait refusé de prendre le poil, le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas immédiatement signalé ce refus au BCCO. Le D<sup>r</sup> Cairns ne comprenait pas non plus pourquoi le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas consigné le fait qu'il avait recueilli cet élément, soit dans son rapport d'autopsie, soit dans ses notes personnelles. De plus, concernant l'affirmation du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle il avait le poil avec lui dans sa poche lorsqu'il a témoigné à l'enquête préliminaire, alors qu'il n'a pas su répondre correctement aux questions que lui posait l'avocat de la défense à ce sujet, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré : « C'était tout simplement incompréhensible. »

Je comprends la réaction du D<sup>r</sup> Cairns. Selon moi, ce que le D<sup>r</sup> Smith a déclaré au D<sup>r</sup> Cairns au début de 2002 et ce qu'il a soutenu devant la Commission d'enquête n'a pas de sens. L'agent Kirkland, l'agent d'identité judiciaire présent durant l'autopsie de Jenna, a témoigné devant la Commission. Il a nié avoir eu connaissance de l'existence du poil lors de l'autopsie et a déclaré qu'il ne refuserait jamais de prendre un échantillon remis par le pathologiste. Il a déclaré : « Cela irait à l'encontre de toute ma formation, de toute mon expérience, de mon éthique personnelle et n'aurait même pas de sens. » J'accepte le témoignage de l'agent Kirkland à ce sujet. La déclaration du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle un poil recueilli au cours d'une autopsie suivant une mort suspecte, dans la région génitale d'un enfant mort, n'intéressait pas la police défie toute logique. Même si cela avait été le cas, je ne comprends pas pourquoi le D<sup>r</sup> Smith n'a pas consigné ce fait dans ses notes et son rapport d'autopsie. Au lieu de cela, il a attendu jusqu'en octobre 2001, presque quatre ans après l'autopsie, pour révéler pour la première fois qu'il avait recueilli le poil et que la police l'avait supposément refusé. Selon moi, ses déclarations avaient pour but de faire croire au D<sup>r</sup> Cairns qu'il avait effectué une autopsie appropriée et qu'il avait géré la collecte du poil de façon adéquate et consciencieuse.

L'affirmation du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle il avait le poil avec lui à l'enquête préliminaire est tout simplement déroutante. Comme je l'ai expliqué précédemment, le D<sup>r</sup> Smith ne revoyait habituellement pas son dossier avant de comparaître devant le tribunal. De plus, il a menti au tribunal durant l'enquête préliminaire en prétendant qu'il ne possédait pas de notes de l'autopsie. Ce témoignage démontre, selon moi, que le D<sup>r</sup> Smith n'a pas revu son dossier avant de participer à l'enquête préliminaire. Je ne comprends pas ce qui aurait poussé le D<sup>r</sup> Smith, selon sa version des faits, à ouvrir son dossier concernant l'affaire Jenna avant le procès, en retirer l'enveloppe contenant le poil que la police considérait apparemment comme un contaminant, l'apporter avec lui au tribunal ce jour-là sans

prendre le reste du dossier et ne pas faire référence au poil lorsqu'on l'a interrogé à ce sujet. Cela défie toute explication logique. C'est faux.

La déclaration du D<sup>r</sup> Smith à l'OMCO selon laquelle il avait suggéré à l'avocat de la défense de demander l'avis du D<sup>r</sup> Ein était également fautive. Bien que l'avocat ait en fait consulté le D<sup>r</sup> Ein au sujet de l'heure à laquelle Jenna avait été blessée, le D<sup>r</sup> Smith n'était pour rien dans sa décision de le faire.

La déclaration du D<sup>r</sup> Smith selon laquelle le poil avait finalement été remis à la police pour examen parce qu'il avait insisté était également fautive. Cela est dû à l'initiative de l'avocat de M<sup>me</sup> Waudby, James Hauraney, et à l'insistance de l'agent-détective Charmley.

Les réponses du D<sup>r</sup> Smith à l'OMCO ont malheureusement mis un terme à toute supervision efficace que cet organisme aurait pu exercer. Ses réponses ont en fait convaincu le D<sup>r</sup> Stephen Cohle, l'évaluateur expert nommé par l'OMCO, de sa version des faits. Le D<sup>r</sup> Cohle a accepté les dires du D<sup>r</sup> Smith et a déclaré ce qui suit au comité des plaintes de l'OMCO : « Le D<sup>r</sup> Smith a bien recueilli un poil sur le corps, que la police a apparemment refusé de soumettre au laboratoire médico-légal. Le D<sup>r</sup> Smith, et c'est à son honneur, a conservé le poil, et la police l'a finalement accepté aux fins d'examen. » De plus, selon le D<sup>r</sup> Cohle, « c'est tout à l'honneur du D<sup>r</sup> Smith d'avoir suggéré le D<sup>r</sup> Ein comme conseiller, mais cela ne s'est pas produit jusqu'à ce que la cause soit entendue par le tribunal ». Par conséquent, l'enquête de l'OMCO n'a pas été aussi approfondie que ce qu'on aurait pu espérer.

Enfin, les tentatives du D<sup>r</sup> Smith d'entraver la supervision de son travail ne se sont pas limitées à l'OMCO et se sont poursuivies même après son départ du SickKids. En septembre 2005, après avoir démissionné du SickKids, le D<sup>r</sup> Smith a présenté une demande d'adhésion au College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan. Dans le cadre de ce processus, il devait remplir un questionnaire dans lequel on lui demandait s'il avait déjà fait l'objet d'une enquête d'un organisme habilité à accorder un permis d'exercice ou d'un hôpital. Le D<sup>r</sup> Smith a répondu : « Non. » Cela était faux. Comme nous l'avons vu précédemment, le D<sup>r</sup> Smith a fait l'objet de trois enquêtes approfondies de l'OMCO relativement aux affaires Amber, Nicholas et Jenna.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'il avait tort. Il a expliqué la réponse au questionnaire de l'ordre en disant qu'il avait mal interprété la question. Il a déclaré que bien qu'il sût que plusieurs plaintes avaient été déposées auprès de l'OMCO concernant son travail, celles-ci avaient été rejetées. Je ne peux pas croire que le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas conscience que sa réponse était trompeuse.

Les nombreux renseignements trompeurs, aux responsables du BCCO, à l'OMCO ou au College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan, ont tous

contribué à empêcher la supervision efficace et la réglementation professionnelle du travail du D<sup>r</sup> Smith. Même si tous ces événements ont sans aucun doute permis de faire la lumière sur certains aspects du caractère du D<sup>r</sup> Smith, il convient de garder à l'esprit les leçons systémiques à en tirer.

La responsabilité professionnelle est une qualité aussi importante pour un pathologiste que pour n'importe quel autre professionnel. La franchise et l'intégrité sont essentielles en tout temps, particulièrement au moment de traiter avec ceux qui supervisent ou réglementent le travail du professionnel. Toutefois, la démarche de ceux qui ont des responsabilités de supervision compte également. Un scepticisme légitime est préférable à une acceptation fondée sur la confiance. L'histoire du D<sup>r</sup> Smith et du poil dans l'affaire Jenna en sont une bonne illustration.

## RÉSUMÉ

Mon examen démontre clairement les types de défaillances graves qui se sont produites dans l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario dans les années 1980 et 1990. Associés à des fautes de supervision de la même gravité, que je décrirai au chapitre 9, Supervision de la médecine pédiatrique légale, les résultats ont été malheureusement souvent funestes.

Dans le cadre de cet examen de l'exercice de la médecine pédiatrique légale, j'ai inévitablement eu recours aux éléments de preuves recueillis sur le travail du D<sup>r</sup> Smith dans les cas suspects sur le plan criminel qui ont fait l'objet de l'examen du coroner en chef. Comme je l'ai indiqué précédemment, je n'ai pas essayé de déterminer la fréquence de ces défaillances, ou l'étendue des pratiques douteuses qui ont par la suite été suivies, par le D<sup>r</sup> Smith ou par d'autres, à cette époque. Ce n'était pas mon travail. L'important est de déterminer comment des défaillances graves pouvaient se produire, et se sont produites, dans l'exercice de la médecine pédiatrique légale, afin que les problèmes ainsi révélés puissent être réglés et, dans la mesure du possible, qu'ils ne se reproduisent plus.

Les défaillances décelées couvrent la plupart des aspects de l'intervention d'un pathologiste dans un cas de mort suspecte. Pour commencer, le D<sup>r</sup> Smith a exercé ce rôle avec une formation terriblement inadéquate en médecine légale. Il s'agit malgré tout de l'expertise essentielle à laquelle on a recours. Il n'était pas le seul. À cette époque, très peu de pathologistes en Ontario possédaient les compétences qu'ils auraient dû avoir.

De nombreuses pratiques employées par le D<sup>r</sup> Smith au cours des autopsies proprement dites dans des cas tels que ceux dont traite le présent rapport ont soulevé des inquiétudes sur le plan systémique. Le D<sup>r</sup> Smith ne se rendait habituellement pas sur les lieux, malgré tous les renseignements utiles que cela aurait

pu lui rapporter. Il se souciait peu d'obtenir les renseignements nécessaires, de les consigner soigneusement, d'éliminer les renseignements inutiles, de noter ce qu'il faisait, ce qu'il voyait et ce qu'il recueillait, et de conserver et d'évaluer les éléments de l'autopsie. Encore une fois, il n'était pas le seul. D'autres pathologistes ont suivi ces pratiques douteuses. Elles ont toutes accru de façon importante le risque d'opinions pathologiques erronées.

Comme l'ont conclu les examinateurs experts, les opinions finales du D<sup>r</sup> Smith concernant ces cas étaient fondamentalement fausses. J'ai examiné en quoi elles l'étaient, non seulement en raison de l'incidence qu'elles ont eu sur les personnes touchées par ces cas, mais aussi parce qu'il s'agit de défaillances qui peuvent et doivent être corrigées à l'avenir.

Il en est de même pour les problèmes relatifs à la manière dont le D<sup>r</sup> Smith préparait ses rapports. Ainsi, un certain nombre de pratiques douteuses auxquelles il a eu recours ne semblent pas avoir été suivies par lui seul. Ces défaillances doivent être corrigées pour contribuer à regagner et à accroître la confiance du public.

La façon dont le D<sup>r</sup> Smith interagissait avec le système de justice pénale constituait aussi une source importante de difficulté. Ces interactions comprennent ses rapports avec la police, la Couronne et les coroners. Toutefois, les leçons qui doivent être tirées de la manière dont il jouait son rôle en tant qu'expert, y compris la présentation de ses témoignages, sont particulièrement importantes. Le type de comportement qu'il affichait crée d'importants problèmes pour le système de justice pénale. Il est essentiel de réduire au minimum le risque que ce comportement se reproduise chez les pathologistes.

L'examen a également permis d'étudier en quoi le D<sup>r</sup> Smith faisait obstacle à la supervision de son travail. Une fois de plus, il y a des leçons à retenir, qui permettront d'améliorer la contribution de l'exercice de la médecine pédiatrique légale au système de justice pénale.

L'examen a ainsi déterminé un large éventail de défaillances relatives à l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001. Les défaillances constituent la base à partir de laquelle il faut concevoir les changements systémiques à apporter aux pratiques des pathologistes, particulièrement dans les cas de morts suspectes d'enfants. Les recommandations formulées dans le volume 3 donnent directement suite à ces constatations et feront en sorte, je l'espère, que l'exercice de la médecine pédiatrique légale serve correctement le système de justice pénale.

Enfin, bien qu'il s'agisse d'une enquête systémique, il importe de prêter attention aux caractéristiques personnelles du D<sup>r</sup> Smith qui peuvent avoir contribué aux défaillances que j'ai relevées. Il est vrai que ces caractéristiques ne peuvent pas

être changées en modifiant les pratiques des pathologistes, mais leurs répercussions peuvent être contrôlées. En ce sens, les caractéristiques personnelles particulières du D<sup>r</sup> Smith représentent un important défi. Ce défi consiste principalement à s'assurer que les mécanismes d'assurance de la qualité et de supervision mis en place permettent de détecter les défauts personnels des pathologistes et d'empêcher ces derniers de causer des préjudices. S'il devait y avoir à l'avenir un pathologiste incompetent, le défi du système sera de faire en sorte que les responsables du maintien d'un système de justice pénale juste et efficace soient en mesure de le faire.

Dans ce contexte, je procède à une brève évaluation de quelques caractéristiques ayant influencé les pratiques douteuses du D<sup>r</sup> Smith. Lors de sa comparution devant la Commission d'enquête, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu sincèrement à quel point il était désorganisé. Il a également avoué sa propre arrogance et la façon dogmatique dont il présentait souvent ses opinions. Ces caractéristiques étaient présentes dans bon nombre de cas examinés par la Commission. Elles ont rendu impossible l'exécution du travail qui était exigé de lui en tant qu'expert. De plus, je crois que les profondes convictions qu'il maintenait à l'égard du mal que représente la violence faite aux enfants l'ont amené à trop s'investir dans nombre de ces cas. Par conséquent, l'objectivité et la discipline personnelle qui doivent être le fondement du rôle des experts le dépassaient.

Le D<sup>r</sup> Smith a maintenu catégoriquement que ses erreurs n'étaient jamais intentionnelles. Je ne peux simplement pas accepter une telle tentative ambitieuse d'échapper à ses responsabilités morales. Les exemples de comportement les plus manifestes qui contredisent l'affirmation du D<sup>r</sup> Smith étaient ses tentatives de contrecarrer la surveillance, que j'ai examinées. Aux moments où le besoin de responsabilisation et de supervision aurait pu devenir encore plus apparent aux yeux de ceux qui étaient placés pour intervenir, le D<sup>r</sup> Smith allait jusqu'à utiliser la tromperie pour essayer de s'en débarrasser.

Le D<sup>r</sup> Smith est une personne complexe et multidimensionnelle. La terrible ironie est que, de certaines façons, les défauts que j'ai décrits s'accompagnaient de qualités. Il était prêt à se charger des cas pédiatriques difficiles qu'aucun de ses collègues ne voulait accepter. Il possède un sens des responsabilités qui l'a amené à coopérer avec la présente Commission dans le cadre de ses travaux. Dans son témoignage, il a admis un grand nombre de ses défauts, révélés par les éléments de preuve. Bien que beaucoup trop tard, il en a avoué une grande partie. De plus, il est clair, en se fondant sur les preuves, que d'autres personnes le trouvaient attachant. Le personnel de soutien aimait travailler avec lui et de nombreuses personnes le considéraient comme un locuteur charismatique et efficace. Comme nous le savons maintenant, bien qu'il ait agi ainsi en se fondant sur une formation

terriblement déficiente et des pratiques fondamentalement défailtantes, il semblait complètement assuré, et souvent convaincu, dans des circonstances où la science ne pouvait pas offrir de certitude. Ces caractéristiques n'ont pas seulement accru les risques qu'il représentait en tant qu'expert au sein du système de justice pénale, mais ont aussi eu tendance à inspirer une confiance injustifiée à des superviseurs déjà laxistes.

Un tel expert peut causer bien des dommages s'il ne fait pas l'objet d'une supervision efficace par les personnes qui en sont responsables et d'une vigilance constante de la part des participants au système de justice pénale qui peuvent protéger le système contre les preuves d'experts déficientes. Ici, rien de cela ne s'est produit. Le défi est de s'assurer que cette histoire ne se reproduise plus.

# 9

## Supervision de la médecine pédiatrique légale

### INTRODUCTION

L'histoire tragique de la médecine pédiatrique légale en Ontario, entre 1981 et 2001, n'est pas uniquement celle du D<sup>r</sup> Charles Smith. C'est aussi celle d'un manque de supervision. Les mécanismes de supervision et de responsabilisation qui existaient alors n'étaient pas seulement inadéquats pour effectuer ces tâches, mais étaient aussi mal employés par ceux qui en avaient la responsabilité. Le rôle du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) constitue donc le principal sujet de ce chapitre. Cependant, afin de comprendre comment il a été possible que le travail du D<sup>r</sup> Smith, qui comportait des lacunes, ait pu ne pas faire l'objet de vérifications pendant si longtemps, il est important d'examiner les rôles de deux autres institutions : l'Hospital for Sick Children (SickKids) de Toronto, là où il a travaillé, et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), l'organisme de réglementation professionnel de tous les médecins de la province. Elles aussi font l'objet de ce chapitre. Dans la partie finale, je décris les changements qui ont été apportés à la supervision de la médecine légale depuis 2001.

Dans sa forme la plus simple, la responsabilisation est l'obligation de répondre d'une responsabilité qui nous est conférée. Lorsqu'une partie est appelée à rendre des comptes, elle doit expliquer et justifier ses actions et ses décisions, normalement en les comparant à certains critères. La supervision est le second élément de l'équation. Une fois qu'une responsabilité a été conférée, la supervision vise à s'assurer que ceux qui en sont les dépositaires sont tenus responsables de leurs actes et décisions. Les mesures de contrôle ou d'assurance de la qualité peuvent s'avérer des outils importants pour s'acquitter avec succès des fonctions de supervision. L'établissement de normes, la surveillance de la conformité et la correction des lacunes représentent tous des mesures importantes de contrôle de la qualité qui font partie d'une supervision efficace.

Tout comme je l'ai fait en ce qui concerne les pratiques employées en médecine pédiatrique légale, mon examen de la supervision et de la responsabilisation



doit nécessairement décrire ce qui se passait en général en médecine légale. Très peu de mécanismes de supervision et de responsabilisation visaient précisément la médecine pédiatrique légale. De façon générale, ces mécanismes et leurs lacunes s'appliquaient à l'ensemble de la médecine légale.

J'ai procédé à l'évaluation du travail de ceux qui étaient responsables de la supervision de la médecine légale en observant principalement les cas traités par le D<sup>r</sup> Smith qui ont été examinés par la Commission. Comme je l'ai fait pour mon examen de l'exercice de la médecine pédiatrique légale, il est important de souligner que cette enquête ne représente ni une étude complète ni un échantillonnage aléatoire du travail de supervision effectué dans ce même domaine par les personnes qui en avaient la responsabilité en Ontario entre 1981 et 2001. Ce que ces cas nous offrent est une image claire des façons dont la supervision pouvait mal tourner, ce qui a été le cas, entraînant ainsi les conséquences tragiques que j'ai décrites. Dans le volume 3, je propose un certain nombre de recommandations qui, je l'espère, contribueront à prévenir un autre échec de la supervision qui serait tout aussi dommageable.

Les manquements en matière de supervision sont le mieux illustrés par une série d'événements qui se sont produits dans les années 1990 et qui nécessitaient la supervision du D<sup>r</sup> Smith, mais à l'égard desquels les mesures adoptées ont été terriblement inadéquates. J'ai déjà décrit certains de ces événements de façon générale parce que ceux-ci se trouvaient à la base des préoccupations relatives au travail du D<sup>r</sup> Smith qui, au cours des dix dernières années, se sont intensifiées. Dans ce chapitre, je me concentre sur les rôles des personnes qui avaient la responsabilité du D<sup>r</sup> Smith parce qu'il est évident que, pendant trop longtemps, ce dernier n'a pas eu à rendre de comptes. Cette défaillance au chapitre de la responsabilité de la supervision ne peut être réglée simplement en remplaçant ceux qui doivent l'assumer. Les manquements représentent plutôt les lacunes systémiques de la supervision qui doivent être corrigées si l'on veut rétablir la confiance du public.

La série d'événements troublants qui ont eu lieu dans les années 1990 se sont déroulés dans un contexte de faiblesses institutionnelles et organisationnelles qui ont nui à l'efficacité de la supervision. Je décris la plupart d'entre elles au chapitre 7, Organisation de la médecine pédiatrique légale. Pour être plus précis, le cadre législatif créé par la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, ne prévoit aucun fondement permettant la surveillance efficace de la médecine légale en Ontario. Malgré que la *Loi sur les coroners* détermine la structure du système des coroners en Ontario et prévoit que le coroner est responsable des enquêtes relatives à la mort, elle ne fait aucune mention d'un service de médecine légale, de ceux qui pourraient en assurer la direction (comme le médecin légiste en chef) ou

de ceux qui devraient être autorisés à pratiquer des autopsies. Elle ne fait aucune référence à la médecine pédiatrique légale. Elle prévoit uniquement que le coroner peut émettre un mandat exigeant qu'une autopsie soit pratiquée sur le corps d'un défunt et que la personne qui procède à l'autopsie (qui, selon la *Loi sur les coroners*, n'est pas tenue d'être pathologiste) doit, sans délai, faire rapport de ses constatations au coroner et à l'avocat de la Couronne, entre autres. En d'autres mots, il n'existait et n'existe toujours aucun cadre légal permettant d'assurer une supervision et une responsabilisation adéquates de la médecine légale en général ni de la médecine pédiatrique légale en particulier.

En plus d'avoir été omis dans la loi, le rôle de supervision du médecin légiste en chef n'était pas bien défini par les politiques et les pratiques du BCCO à l'époque. Les relations entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, en particulier avec l'unité de médecine pédiatrique légale (UPML) de l'Ontario du SickKids, n'étaient pas bien définies et n'attribuaient pas de responsabilités claires en matière de supervision ni ne prévoyaient de hiérarchie claire des responsabilités. Aucun pouvoir de supervision n'était expressément dévolu aux directeurs des unités régionales de médecine légale (directeurs régionaux).

Ces faiblesses sur le plan des mesures institutionnelles faisaient en sorte que les relations de travail dans chaque cas soient laissées à la discrétion du pathologiste et du coroner chargé de l'enquête. Sur le plan individuel, les coroners locaux, qui étaient plus souvent qu'autrement des omnipraticiens, n'avaient tout simplement pas les connaissances nécessaires pour assurer le contrôle de la qualité du travail du pathologiste, particulièrement dans les cas de médecine légale plus complexe.

Comme nous l'avons vu, malgré le manque de clarté à propos de son rôle et de ses responsabilités, le D<sup>r</sup> David Chiasson a tenté, pendant qu'il était médecin légiste en chef, d'établir certaines mesures de contrôle de la qualité concernant l'exercice individuel de la médecine légale. Cependant, les lignes directrices relatives aux pratiques étaient limitées, l'examen des cas par les pairs était superficiel et l'examen des rapports d'autopsie effectué par le médecin légiste en chef ne se faisait que sur papier. Les vérifications se sont avérées inefficaces pour assurer le contrôle de la qualité dans les cas de mort suspecte. Il n'y avait aucun suivi organisé des délais de transmission des rapports ou de la participation des pathologistes aux dossiers en cours et il n'y avait non plus aucun examen de leur témoignage ou de leurs commentaires judiciaires à ce sujet. Il n'existait aucun mécanisme institutionnel permettant de recevoir les plaintes des autres participants au système de justice pénale et d'y répondre de façon rapide et objective. Le manque d'outils mis à la disposition du médecin légiste en chef pour assurer la conformité des pathologistes, ajouté à la rémunération à l'acte employée dans de si nombreux cas, a fait en sorte qu'il soit encore plus difficile d'assurer une

supervision efficace. Ces lacunes ont toutes contribué aux difficultés d'effectuer une assurance de la qualité adéquate dans chacun des cas.

Ces faiblesses institutionnelles étaient bien plus qu'il n'en fallait pour empêcher toute supervision réellement efficace. Dans le contexte des pratiques fautives du D<sup>r</sup> Smith, elles étaient accentuées par les relations professionnelles qui existaient entre lui et ceux qui auraient pu intervenir lorsqu'il commettait des erreurs.

En tant que médecin légiste en chef, le D<sup>r</sup> Chiasson ne croyait pas qu'il avait la responsabilité générale de l'UPML ou du D<sup>r</sup> Smith. Il n'avait aucune autorité précise en matière de supervision qui lui permettait de tenir le D<sup>r</sup> Smith responsable. Il n'était pas non plus dans une position personnelle lui permettant d'exercer une pression professionnelle sur lui. Il avait moins d'expérience que le D<sup>r</sup> Smith qui, déjà en 1994, était devenu celui que l'on considérait comme le principal expert en médecine pédiatrique légale. Le D<sup>r</sup> Smith ne lui a jamais demandé son avis ou son aide, même dans les cas les plus complexes tels que celui de Sharon, où l'expertise médico-légale du D<sup>r</sup> Chiasson aurait été très précieuse. Dans l'ensemble, le D<sup>r</sup> Chiasson sentait que le D<sup>r</sup> Smith n'acceptait pas la moindre supervision de sa part.

Il est tout aussi important de souligner qu'au moment où le D<sup>r</sup> Chiasson est devenu médecin légiste en chef, le D<sup>r</sup> Smith entretenait déjà d'étroites relations de travail avec le D<sup>r</sup> James Young et le D<sup>r</sup> James Cairns, respectivement coroner en chef et coroner en chef adjoint de l'Ontario. Au milieu ou à la fin des années 1990, le D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Cairns se consultaient sur certains cas au moins trois ou quatre fois par semaine. Comme le D<sup>r</sup> Smith l'a dit devant la Commission, il se tournait vers le D<sup>r</sup> Cairns pour obtenir des conseils et être évalué par un pair à l'égard de questions médico-légales. Lorsqu'il devait traiter avec le BCCO, le D<sup>r</sup> Smith était clairement habitué à travailler directement avec ces deux fonctionnaires supérieurs. Il ne fait aucun doute dans mon esprit qu'il les percevait comme les superviseurs de son travail de médecine pédiatrique légale. Tout au long des années 1990, il s'agissait essentiellement de la réalité. Au fur et à mesure que les problèmes s'aggravaient et qu'il devenait impossible d'en faire fi, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ont finalement, et beaucoup trop tard, exercé leur responsabilité de supervision pour tenir le D<sup>r</sup> Smith responsable.

Ainsi, l'histoire du manque de supervision à l'époque du D<sup>r</sup> Smith est aussi celle des échecs du D<sup>r</sup> Young et du D<sup>r</sup> Cairn ainsi que celle du contexte dans lequel tout cela s'est produit – les mécanismes de supervision et de responsabilisation complètement inadéquats.

## **SUPERVISION DU D<sup>r</sup> SMITH PAR LE BCCO**

Dans les années 1990, le travail du D<sup>r</sup> Smith présentait des signes clairs et sans équivoque de danger. À la fin des années 1990, ses erreurs à titre de médecin légiste et le fait qu'il ne comprenait pas le rôle qu'il devait jouer dans le système de justice étaient très évidents. Cependant, les faiblesses systémiques des mécanismes de supervision et de responsabilisation, des mesures de contrôle de la qualité et des dispositions institutionnelles en matière de médecine pédiatrique légale en Ontario, entre 1981 et 2001, ont fait en sorte que le système soit vulnérable aux erreurs commises par le D<sup>r</sup> Smith et les autres pathologistes qui travaillaient sur des dossiers de médecine pédiatrique légale. Le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns, les personnes qui supervisaient dans les faits le travail du D<sup>r</sup> Smith, n'ont pas perçu un bon nombre de ces signes inquiétants et ceux qu'ils ont décelés n'ont provoqué que des réactions inadéquates. L'histoire de ces signes avant-coureurs a commencé au début de la décennie, avec la participation du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Amber.

### **Juillet 1991 : les motifs du jugement du juge Dunn**

Comme je l'ai décrit au chapitre 2, Préoccupations grandissantes, le 25 juillet 1991, le juge Patrick Dunn de la Cour de l'Ontario (Division provinciale) a acquitté S.M. d'une accusation d'homicide involontaire pour la mort d'Amber, suite au procès qui a eu lieu à Timmins. Le juge Dunn a fortement critiqué le D<sup>r</sup> Smith dans les motifs détaillés de son jugement, ce que les témoins experts devant la Commission ont décrit comme « une analyse magistrale » des questions de médecine légale soulevées dans ce cas. Le juge Dunn avait aussi décelé des failles dans la démarche des médecins du SickKids sur les plans de l'établissement des faits, des communications, de la documentation et des consultations auprès d'autres experts.

Le juge Dunn a relevé 16 sujets de préoccupation en ce qui concerne la conduite des médecins du SickKids dans l'affaire Amber. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young a reconnu que, si les cadres supérieurs du BCCO avaient été informés de la décision, ils se seraient inquiétés de chacun de ces points, particulièrement des critiques du juge Dunn à l'égard de l'objectivité et des aptitudes du D<sup>r</sup> Smith ainsi que de ses connaissances de la documentation la plus récente. Cependant, le BCCO semble n'avoir été mis au courant de la teneur de la décision du juge Dunn que plusieurs années après sa publication. Il n'avait mis en place aucun système pour surveiller le progrès ou les résultats des causes criminelles à l'égard desquelles les pathologistes effectuaient des autopsies en vertu d'un mandat du coroner.

La décision du juge Dunn a été transmise au D<sup>r</sup> Robin Williams, pédiatre, lorsqu'elle a été publiée. Le D<sup>r</sup> Williams, l'actuel médecin hygiéniste de la région de Niagara, siège au Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) depuis 1990. Le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission que ni le D<sup>r</sup> Williams ni le D<sup>r</sup> Smith n'avaient transmis le jugement au BCCO. Puisqu'il n'y avait aucun moyen en place pour obtenir les jugements afférents aux pathologistes pratiquant des autopsies, la capacité du BCCO de réagir à la décision du juge Dunn était compromise.

Le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'en 1991, il n'avait pas eu connaissance de la décision du juge Dunn, qu'il n'était pas au courant des détails du procès et ne connaissait pas les raisons pour lesquelles il avait acquitté S.M. Ce n'est que quelque temps plus tard qu'il a entendu parler pour la première fois de ce dénouement, au moment où le D<sup>r</sup> Smith lui a indiqué qu'un expert de la défense avait soutenu que le syndrome du bébé secoué n'existait pas et que le juge Dunn avait acquitté S.M.

De même, le D<sup>r</sup> Cairns ne se souvenait pas d'avoir entendu parler de la décision du juge Dunn lorsque celle-ci a été publiée en 1991. Il en a pris connaissance quelque temps avant de lire un extrait de la décision qu'un avocat lui avait envoyée en 1998 dans l'affaire Nicholas. À peu près à la même époque, le D<sup>r</sup> Cairns a parlé de la décision du juge Dunn dans l'affaire Amber au D<sup>r</sup> Chiasson, mais ce dernier ne l'a pas lue à ce moment-là non plus.

Après le procès, le D<sup>r</sup> Smith a faussement déclaré au D<sup>r</sup> Young et au D<sup>r</sup> Cairns que le juge Dunn lui avait subséquemment dit qu'il avait changé d'avis au sujet des preuves médicales et que, si sa compréhension du syndrome du bébé secoué avait été aussi complète au moment du procès, il aurait reconnu S.M. coupable. À l'époque, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns considéraient les déclarations du D<sup>r</sup> Smith comme étant crédibles. Ils ont tous deux choisi de croire l'histoire invraisemblable du D<sup>r</sup> Smith sans le questionner davantage et sans même lire la décision en question.

Le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'il n'a lu les motifs du juge Dunn dans l'affaire Amber qu'en 2007, pendant qu'il se préparait à comparaître devant cette Commission. Il a dit qu'avant l'enquête, il ne savait pas qu'un certain nombre d'experts avaient témoigné pour la défense dans cette affaire. Malgré qu'il ait reconnu qu'il aurait pu, à de nombreuses reprises, prendre connaissance de la décision, il a déclaré qu'il n'avait pas appris, avant 2007, que le juge Dunn avait fortement critiqué le SickKids ainsi que le D<sup>r</sup> Smith et sa méthodologie. Comme je l'explique plus loin, suite à la rencontre qu'il a eue en février 1997 avec un enquêteur de l'OMCO au sujet de cette affaire, le D<sup>r</sup> Young aurait dû savoir que les motifs du jugement du juge Dunn critiquaient vivement le D<sup>r</sup> Smith.

## Mai 1995 : préoccupations de l'avocat de la Couronne à l'égard du D<sup>r</sup> Smith

Tiffani est morte le 4 juillet 1993, à l'âge de trois mois. Ses parents ont été accusés de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie, de voies de fait graves et d'homicide involontaire. Dans son rapport d'autopsie daté du 17 janvier 1994, le D<sup>r</sup> Smith en venait à la conclusion que la cause du décès était l'asphyxie. Le D<sup>r</sup> Smith a témoigné à l'enquête préliminaire relative aux accusations portées contre les parents de Tiffani que, malgré que la cause du décès n'ait pas été déterminée, il « soupçonnait » que ce qui avait tué Tiffani était un « mécanisme entraînant l'asphyxie<sup>1</sup> ».

Selon l'avocate de la Couronne, M<sup>e</sup> Sheila Walsh, le D<sup>r</sup> Smith « [était] revenu carrément » sur l'opinion verbale qu'il avait donnée à l'origine, selon laquelle la mort de Tiffani n'était pas accidentelle. Elle a dit à un autre avocat de la Couronne que le témoignage du D<sup>r</sup> Smith l'avait fait passer pour « une vraie imbécile dans cette affaire à la fin de la journée ». En fin de compte, les parents de Tiffani ont plaidé coupable à l'accusation de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie.

En 2000, M<sup>e</sup> Walsh a déclaré dans un courriel envoyé à un autre avocat de la Couronne qu'elle avait parlé au D<sup>r</sup> Young au sujet du cas de Tiffani durant une conférence de la Couronne peu après que les instances criminelles eurent pris fin en mai 1995. M<sup>e</sup> Walsh se souvenait d'avoir « discuté en privé avec le D<sup>r</sup> Young pour lui faire part de [ses] inquiétudes au sujet de la conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire [Tiffani] » et que le D<sup>r</sup> Young lui a répondu qu'il « prévoyait organiser une rencontre au sujet du cas de [Tiffani] ». M<sup>e</sup> Walsh n'a plus jamais entendu parler de cette affaire. Dans une note de service subséquente rédigée en 2003, elle a encore fait référence à cette conversation, mais, à ce moment-là, elle ne se souvenait pas à quel membre du BCCO elle avait fait part de ses inquiétudes.

Les D<sup>rs</sup> Young et Cairns ont tous deux déclaré devant la Commission ne pas être au courant des préoccupations de M<sup>e</sup> Walsh au sujet de la conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Tiffani. Il n'est pas nécessaire de déterminer si M<sup>e</sup> Walsh avait parlé au D<sup>r</sup> Cairns, au D<sup>r</sup> Young ou à un autre cadre du BCCO. Ce qui est important est le fait que le BCCO n'avait mis en place aucun système pour prendre connaissance des préoccupations des avocats de la Couronne ou de la défense à l'égard du travail des pathologistes qui pratiquent des autopsies judiciaires, en faire le suivi et prendre les mesures qui s'imposent. Cette lacune a fait en sorte qu'il était difficile d'enquêter à propos de telles préoccupations et d'intervenir de façon

<sup>1</sup> Voir les résumés des 20 cas déclarés problématiques par le comité d'examen à l'annexe 28, à la fin du volume 4.

efficace et cohérente. Même si les préoccupations ne s'avèrent pas toutes bien fondées, il est essentiel d'enquêter sur celles-ci en raison du rôle important que jouent les pathologistes dans le système de justice pénale.

Malgré qu'il ait témoigné ne pas avoir été au courant des préoccupations de M<sup>e</sup> Walsh, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré devant la Commission qu'à quatre ou cinq autres reprises, on lui avait souligné que le D<sup>r</sup> Smith « adoptait une opinion plus ferme au début et qu'ensuite, il en exprimait une moins tranchée [...] en cour ». Le D<sup>r</sup> Cairns s'est entretenu de ses préoccupations avec le D<sup>r</sup> Smith à un certain nombre de reprises au sujet du fait qu'il fournissait, durant son témoignage au procès, des renseignements différents de ceux qu'il avait donnés au moment où les accusations avaient été portées. À cela, le D<sup>r</sup> Smith répliquait habituellement qu'il avait reçu plus de renseignements à ce moment-là ou que la police avait mal compris l'opinion qu'il avait exprimée à l'origine. Le D<sup>r</sup> Cairns a dit au D<sup>r</sup> Smith qu'il aurait dû communiquer avec les avocats de la Couronne avant le procès afin de les informer qu'il avait changé d'opinion en raison de nouveaux renseignements. Le D<sup>r</sup> Cairns avait raison. Cependant, il n'a consigné aucune de ses préoccupations ou de ses conversations avec le D<sup>r</sup> Smith.

Au chapitre 8, Le D<sup>r</sup> Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale, j'examine les graves problèmes qui peuvent survenir lorsque les pathologistes ne consignent pas leurs opinions par écrit, y compris la possibilité que celles-ci soient mal interprétées par les policiers et les avocats de la Couronne. Le fait que le D<sup>r</sup> Cairns a eu à aborder ces préoccupations à plus d'une reprise avec le D<sup>r</sup> Smith était un signe avant-coureur. La nature répétitive du problème aurait dû donner lieu à une réaction plus officielle que de simples discussions occasionnelles qui n'ont pas été consignées.

## **Septembre 1996 : l'affaire bébé X**

L'affaire bébé X est un exemple qui démontre clairement une situation où le D<sup>r</sup> Cairns n'a pas effectué la supervision nécessaire auprès du D<sup>r</sup> Smith. Au lieu de cela, il a permis au D<sup>r</sup> Smith de délaissé son rôle d'expert scientifique pour aider de façon inappropriée la police à faire son enquête. Dans cette affaire, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Smith, qui avaient assisté, avec la police, à des conférences préparatoires en avril et mai 1996, savaient que la mère de bébé X revêtait un intérêt particulier dans l'enquête policière. Par la suite, la mère de bébé X a communiqué avec le D<sup>r</sup> Cairns afin de se renseigner sur les résultats de l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Cairns a demandé au D<sup>r</sup> Smith de rencontrer la mère de bébé X, ce qu'il a accepté. Le 4 septembre 1996, comme la Police provinciale de l'Ontario surveillait légalement la maison, elle a intercepté la conversation téléphonique entre le D<sup>r</sup> Smith et la

mère de bébé X et appris que le D<sup>r</sup> Smith avait l'intention de rencontrer la mère chez elle. La Police provinciale de l'Ontario a ensuite dit au D<sup>r</sup> Smith qu'elle avait installé des appareils d'écoute dans la maison qui intercepteraient probablement la conversation prévue. Bien qu'on ne sache pas exactement à quel moment le D<sup>r</sup> Cairns a appris que la maison était surveillée, il connaissait certainement ce fait avant que le D<sup>r</sup> Smith rencontre la mère de bébé X. Malgré cela, il ne s'est pas opposé à ce que le D<sup>r</sup> Smith aille à ce rendez-vous.

En bref, le D<sup>r</sup> Cairns a permis au D<sup>r</sup> Smith de se rendre à la demeure d'une suspecte et de discuter du contenu du rapport d'autopsie avec elle pendant que la police enregistrerait secrètement leur conversation. Le D<sup>r</sup> Smith a rencontré les agents du Service de police de Barrie et de la Police provinciale de l'Ontario avant et après cette rencontre avec la mère de bébé X le 5 septembre 1996. La police n'a pas dit au D<sup>r</sup> Smith ce qu'il devait faire pendant sa rencontre avec la mère de bébé X et ne lui a pas demandé de tenter d'obtenir des renseignements de sa part. Néanmoins, le D<sup>r</sup> Smith a contribué, avec l'approbation du D<sup>r</sup> Cairns, de façon inappropriée à une enquête policière.

Plusieurs médecins légistes et coroners qui ont témoigné devant la Commission ont souligné qu'un pathologiste ne devait pas rencontrer une personne suspecte dans une enquête policière en cours. Cette rencontre inappropriée a eu un effet encore plus grave parce que la conversation était interceptée par la police. À titre de coroner en chef adjoint et de témoin expert, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Smith ont mis en péril l'objectivité de leurs positions respectives. Ce cas était un signe avant-coureur du fait que le D<sup>r</sup> Smith comprenait mal le rôle approprié d'un pathologiste dans un cas de mort suspecte. Le D<sup>r</sup> Cairns n'a pas reconnu ce signe et, en effet, a permis que la rencontre ait lieu.

## **Février 1997 : le D<sup>r</sup> Young est informé que le juge Dunn a critiqué le D<sup>r</sup> Smith**

En février 1997, le D<sup>r</sup> Young a rencontré C. Michèle Mann, une enquêteuse de l'OMCO, afin de discuter d'une plainte déposée par D.M., le père de S.M., concernant la conduite du D<sup>r</sup> Smith et de deux autres médecins du SickKids qui avaient participé à l'affaire Amber. Le D<sup>r</sup> Young et M<sup>me</sup> Mann ont tous deux témoigné devant la Commission au sujet de leur rencontre. Ils se sont entendus pour dire qu'ils avaient discuté du cas d'Amber en général ainsi que de certaines des questions toujours sans réponse de D.M. au sujet des éléments de l'enquête du coroner, tels que l'ordre d'exhumation et le pouvoir du coroner en chef de demander à un pathologiste de participer à une enquête. Cependant, ils n'étaient pas d'accord sur les autres points abordés lors de leur rencontre.



M<sup>me</sup> Mann a témoigné que, au début de la rencontre, elle a passé en revue l'affaire Amber avec le D<sup>r</sup> Young afin qu'il connaisse le contexte dans lequel la plainte de D.M. avait été déposée. Elle s'est particulièrement souvenu d'avoir discuté avec le D<sup>r</sup> Young du fait que plusieurs témoins étrangers avaient contredit le D<sup>r</sup> Smith et que la décision du juge Dunn « avait été très critique à l'égard des actes du D<sup>r</sup> Smith dans l'enquête portant sur la mort d'Amber ». M<sup>me</sup> Mann a déclaré qu'elle avait été surprise lorsque le D<sup>r</sup> Young lui a dit croire « très fortement que S.M. avait tué cette enfant ». M<sup>me</sup> Mann ne savait pas si le D<sup>r</sup> Young avait préalablement lu la décision du juge Dunn, mais aucune information qu'elle lui fournissait ne semblait le surprendre. Il ne lui a pas posé d'autres questions ou demandé une copie de la décision du juge Dunn.

Le D<sup>r</sup> Young s'est souvenu que sa rencontre avec M<sup>me</sup> Mann en février 1997 avait porté surtout sur les questions précises que D.M. avait soulevées dans sa plainte, telles que l'ordre d'exhumation et le rôle des coroners et des pathologistes. Il savait déjà que le D<sup>r</sup> Smith avait fait l'objet de critiques dans l'affaire Amber pour avoir perdu une radiographie<sup>2</sup>. Alors qu'il est possible que lui et M<sup>me</sup> Mann aient discuté des critiques à l'égard du D<sup>r</sup> Smith ainsi que d'autres témoignages en cour, il a compris que le procès avait été « chaudement disputé » et qu'un ou deux des témoins avaient déclaré que le syndrome du bébé secoué n'existait pas. Sa rencontre avec M<sup>me</sup> Mann n'a pas modifié ce qu'il avait compris.

Selon moi, le D<sup>r</sup> Young n'a pas entièrement saisi l'importance de ce que M<sup>me</sup> Mann lui a dit, malgré tout ce qu'elle lui a révélé au sujet du procès de S.M. et, plus précisément, du jugement rendu par le juge Dunn qui était très critique à l'égard du D<sup>r</sup> Smith. Ses opinions étaient teintées par sa confiance en la qualité du D<sup>r</sup> Smith en tant que principal médecin légiste pédiatre de la province, par le compte rendu trompeur de ce dernier au sujet de ce procès ainsi que par sa propre incompréhension de l'affaire qui était déjà bien enracinée. Puisque, lors de cette rencontre, il n'avait pas adopté la démarche ouverte et objective à laquelle on s'attend d'un superviseur, cela n'a pas changé son point de vue au sujet de l'importance de ce jugement. Une autre occasion de régler les problèmes décelés par le juge avait été perdue.

---

<sup>2</sup> Le juge Dunn avait effectivement critiqué le D<sup>r</sup> Smith pour avoir omis de demander des radiographies complètes. Dans sa réponse à l'OMCO, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que les radiographies avaient été prises, mais égarées.

## **Milieu et fin des années 1990 : plaintes de nature générale à l'égard du D<sup>r</sup> Smith**

Dans les années 1990, les coroners, les policiers et les avocats de la Couronne ont, à de très nombreuses occasions, signifié au BCCO leurs inquiétudes concernant les pratiques du D<sup>r</sup> Smith. Les gens se sont plaints à plusieurs reprises au sujet du fait que le D<sup>r</sup> Smith ne produisait pas ses rapports en temps opportun, qu'il était indolent et négligent et qu'il y avait des contradictions entre ses rapports écrits, ses commentaires précédant le procès et ses témoignages sous serment. Dans plusieurs cas, le BCCO n'a rien fait pour atténuer ces préoccupations. Lorsqu'il est intervenu, c'était surtout sous forme de demandes verbales officieuses et non consignées priant le D<sup>r</sup> Smith de tenter de s'améliorer, qui se sont toutes révélées inadéquates et sans effet.

À la fin des années 1990, le D<sup>r</sup> Smith a souvent omis de retourner les appels téléphoniques de la police, des coroners et des coroners régionaux et, en procédant ainsi, a fait obstacle à l'efficacité du système de justice pénale. Lorsque les gens n'arrivaient pas à communiquer avec le D<sup>r</sup> Smith, ils appelaient le D<sup>r</sup> Cairns qui semblait avoir plus de facilité à le joindre. Le D<sup>r</sup> Smith retournait rapidement les appels du D<sup>r</sup> Cairns. Le D<sup>r</sup> Cairns exerçait un rôle de supervision auprès du D<sup>r</sup> Smith à cet égard et lui a dit qu'il devait répondre plus promptement aux appels téléphoniques. Le D<sup>r</sup> Smith a répondu qu'il était très occupé et qu'il ferait de son mieux. Cependant, les plaintes concernant les délais de réponse du D<sup>r</sup> Smith ont continué et, malgré leur fréquence, le D<sup>r</sup> Cairns ne lui a pas signifié par écrit ses préoccupations à cet égard.

Comme je le décris au chapitre 8, Le D<sup>r</sup> Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale, il arrivait fréquemment que le D<sup>r</sup> Smith ne fournisse pas en temps opportun ses rapports d'autopsie écrits aux participants au système de justice pénale. Les agents de police ont exprimé leurs inquiétudes au BCCO au sujet du délai dans lequel le D<sup>r</sup> Smith remettait ses rapports et demandaient parfois au D<sup>r</sup> Cairns de communiquer avec le D<sup>r</sup> Smith. À quelques reprises entre le milieu et la fin des années 1990, des assignations ont dû être délivrées à l'intention du D<sup>r</sup> Smith afin qu'il réponde.

Des préoccupations d'ordre général concernant les délais dans le travail du D<sup>r</sup> Smith étaient, à l'occasion, exprimées durant les rencontres de la haute direction du BCCO. Le D<sup>r</sup> Smith n'était pas le seul à avoir des difficultés à respecter les délais, mais les siennes étaient bien plus importantes que celles des autres pathologistes.

Les coroners régionaux ont discuté des délais entourant les travaux du D<sup>r</sup> Smith dans un certain nombre de leurs propres rencontres et ils ont abordé le

D<sup>r</sup> Cairns au sujet du manque de réactivité du D<sup>r</sup> Smith à répondre aux demandes et du fait qu'il ne produisait pas ses rapports en temps opportun. Ces plaintes sont devenues plus nombreuses avec le temps. Le D<sup>r</sup> Cairns a finalement dit aux coroners régionaux d'envisager d'envoyer les demandes de consultation ailleurs en raison du délai important requis pour recevoir les rapports du D<sup>r</sup> Smith.

Bien que le BCCO n'ait mis en place aucun système ou mécanisme central permettant de suivre les rapports en souffrance ni aucune ligne directrice relative aux délais de remise des rapports d'autopsie, ces plaintes des membres des équipes d'enquête sur les morts ont, sans doute en 1994, éveillé l'attention de l'organisme à propos des retards chroniques du D<sup>r</sup> Smith dans la production de ses rapports, même après des demandes répétées. Comme l'a décrit le D<sup>r</sup> Young devant la Commission, le BCCO faisait face à « un problème chronique avec le D<sup>r</sup> Smith à propos de ses retards, de sa lenteur et du besoin d'avoir à le pousser pour obtenir les rapports ».

Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Chiasson ont tenté de remédier à ces préoccupations entourant la rapidité d'exécution avec laquelle le D<sup>r</sup> Smith produisait ses rapports dans une série de rencontres avec le D<sup>r</sup> Lawrence Becker, un neuropathologiste qui était pathologiste en chef et chef du Département de médecine de laboratoire pédiatrique au SickKids. Selon ce que leur a dit le D<sup>r</sup> Smith, ils ont compris que ses rapports étaient en retard en raison d'un manque de personnel de secrétariat. Ils ont rencontré le D<sup>r</sup> Becker à ce sujet parce que le D<sup>r</sup> Smith a continué à leur dire qu'il ne recevait pas le soutien administratif nécessaire et préférerait avoir une secrétaire attitrée. Pendant un certain nombre d'années, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Chiasson ont suggéré que le D<sup>r</sup> Smith ait une assistante ou un assistant attitré. Le SickKids ne le lui a pas accordé et le BCCO n'a pas insisté. Malgré que nous sachions maintenant que le manque de soutien en matière de secrétariat ne contribuait pas aux problèmes de rapidité d'exécution du D<sup>r</sup> Smith, le BCCO ne le savait pas à ce moment-là.

Le BCCO a tenté de résoudre les problèmes de délais du D<sup>r</sup> Smith lors de conversations privées. À certaines occasions, le D<sup>r</sup> Young a dit au D<sup>r</sup> Smith de « s'y mettre » en parlant de ses rapports. Le D<sup>r</sup> Cairns a souvent appelé le D<sup>r</sup> Smith afin de le pousser à terminer un rapport d'autopsie particulier qui avait été retardé. Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young n'ont pas consigné leurs tentatives de régler directement ces problèmes avec le D<sup>r</sup> Smith. Le BCCO croyait que l'expertise du D<sup>r</sup> Smith était unique et inestimable et qu'il devait continuer à l'employer malgré les délais. Il estimait qu'il valait mieux continuer à avoir recours aux services du D<sup>r</sup> Smith, tout en le poussant à réduire les délais critiques pouvant avoir une incidence sur les causes portées devant les tribunaux, que de ne pas l'avoir pour pratiquer les autopsies de coroner.

Même si le BCCO n'avait pas la capacité d'assurer le suivi des délais de préparation des rapports d'autopsie, il disposait de plus de données qu'il n'en fallait pour connaître les problèmes du D<sup>r</sup> Smith concernant la production de rapports en temps opportun. En raison de la fréquence des plaintes et de la gravité du problème, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns auraient dû en faire plus pour résoudre le problème chronique des délais du D<sup>r</sup> Smith. Il est vrai que le problème était d'autant plus compliqué que le D<sup>r</sup> Smith n'était pas un employé du BCCO, que les sanctions administratives ou disciplinaires dont le Bureau disposait étaient peu nombreuses et que très peu de pathologistes étaient prêts à travailler dans le domaine de la médecine légale et encore moins de la médecine pédiatrique légale. Néanmoins, avec le temps, les délais du D<sup>r</sup> Smith se sont allongés et le prix à payer a augmenté.

### **Été 1997 : l'affaire Nicholas**

L'affaire Nicholas constitue un exemple particulièrement troublant des faiblesses organisationnelles du BCCO et des erreurs de jugement du D<sup>r</sup> Young et du D<sup>r</sup> Cairns qui, ensemble, ont empêché la supervision efficace du D<sup>r</sup> Smith.

Alors que Nicholas est mort le 30 novembre 1995, à Sudbury (Ontario), le D<sup>r</sup> Smith n'est pas intervenu jusqu'à ce qu'il produise un rapport de consultation daté du 24 janvier 1997 pour le CEDE. Le D<sup>r</sup> Smith a conclu qu'« en l'absence de toute autre explication, la mort de ce jeune garçon [était] due à un traumatisme crânien contondant ».

En mai 1997, le D<sup>r</sup> Cairns a assisté à une rencontre avec le D<sup>r</sup> Smith, le coroner régional et la police de Sudbury où lui et le D<sup>r</sup> Smith ont dit à la police que le dossier allait être classé dans la catégorie des syndromes de mort subite inexplicquée (SMSI) et que l'exhumation était nécessaire pour déterminer si la cause du décès était un traumatisme crânien. Le D<sup>r</sup> Cairns a par la suite écrit à la police de Sudbury et indiqué que lui et le D<sup>r</sup> Smith croyaient que Nicholas était mort d'une blessure à la tête dans des circonstances très suspectes. Le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré qu'il était nécessaire de déterrer le corps pour éclaircir cette question. Il n'a pas demandé au D<sup>r</sup> Chiasson de prendre part à la décision de recommander que le corps de Nicholas soit déterré. En effet, le D<sup>r</sup> Chiasson n'a pas participé à ce cas avant que la SAE ait introduit une instance l'année suivant le déterrement.

L'exhumation et la seconde autopsie ont eu lieu le 25 juin 1997. Le D<sup>r</sup> Smith a emmené son fils de 11 ans au déterrement. En 1998, Maurice Gagnon, le grand-père de Nicholas, a déposé une plainte auprès de l'OMCO au sujet de la conduite du D<sup>r</sup> Smith à cet égard. En octobre 1998, l'OMCO a refusé d'exercer

sa compétence dans cette affaire et a transmis la plainte au BCCO. Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ont consulté le D<sup>r</sup> Smith, qui a expliqué qu'il avait emmené son fils à Sudbury afin de l'aider à rester éveillé pendant qu'il conduisait et qu'il n'avait nulle part où le laisser durant le déterrement. Le D<sup>r</sup> Cairns a dit au D<sup>r</sup> Smith qu'il était inapproprié que son fils ait assisté au déterrement. Par la suite, le D<sup>r</sup> Young a écrit au grand-père de Nicholas pour lui fournir l'explication du D<sup>r</sup> Smith relativement à cet incident et lui présenter ses excuses.

Le D<sup>r</sup> Smith a préparé un rapport d'autopsie daté du 6 août 1997, dans lequel il concluait que la cause de la mort était un œdème cérébral correspondant à un traumatisme contondant. Il a ajouté qu'« [e]n l'absence d'une explication crédible, selon moi, les résultats de l'autopsie font croire à une blessure non accidentelle ». Lors d'une rencontre, en novembre 1997, entre l'avocat de la Couronne, le D<sup>r</sup> Smith et la police, les personnes présentes ont déterminé que, si des accusations criminelles étaient portées, l'acquittement serait inévitable. Ils croyaient que la formulation particulière que le D<sup>r</sup> Smith avait utilisée laissait entendre qu'une explication crédible (et par conséquent un doute raisonnable) pourrait bien être fournie par les preuves. Malgré cette décision, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré devant la Commission qu'il continuait à faire entièrement confiance au D<sup>r</sup> Smith et que les conclusions de ce dernier dans cette affaire ne l'inquiétaient nullement.

La société d'aide à l'enfance (SAE) locale est intervenue auprès de la famille de Nicholas en 1998, lorsque la mère de ce dernier est devenue enceinte. Le 7 avril 1998, le D<sup>r</sup> Cairns a assisté à une conférence préparatoire, avec la SAE, durant laquelle il a dit que Nicholas était mort d'un œdème cérébral et non du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Le mois suivant, soit le 7 mai, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Smith ont assisté à une autre conférence préparatoire avec la SAE. Dans une déclaration sous serment subséquente, un travailleur social de la SAE a dit que, pendant cette rencontre, le D<sup>r</sup> Smith avait déclaré être « sûr à 99 % que cet enfant était mort à la suite d'un traumatisme non accidentel qui lui avait été infligé par l'unique personne qui en avait la garde, soit la mère ». Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Cairns n'a pas contesté cette déclaration et s'est rappelé que le niveau de certitude du D<sup>r</sup> Smith au sujet de ses conclusions était très élevé. Le D<sup>r</sup> Cairns partageait l'opinion du D<sup>r</sup> Smith voulant que la blessure ne soit pas accidentelle. Plus tard, en mai 1998, la SAE a décidé de déposer une requête en protection pour que l'enfant à naître de Lianne Gagnon, la mère de Nicholas, soit placé sous la tutelle de la Couronne.

Le 16 juin 1998, le D<sup>r</sup> William Halliday, un neuropathologiste de Winnipeg, a fait une déclaration sous serment au nom de la mère de Nicholas dans le cadre de l'instance introduite par la SAE. Il a déclaré que les conclusions du D<sup>r</sup> Smith « allaient bien au-delà des limites de ce qui pouvait être soutenu par les faits scientifiques

et médicologaux présentés ». Le D<sup>r</sup> Chiasson a passé en revue la première opinion du D<sup>r</sup> Halliday et en a discuté avec le D<sup>r</sup> Cairns, mais a laissé ce dernier prendre les devants. La déclaration du D<sup>r</sup> Halliday n'avait pas convaincu le D<sup>r</sup> Cairns. Au lieu de cela, il était influencé par la réputation du D<sup>r</sup> Smith, déclarant que « à ce moment-là, le D<sup>r</sup> Smith était un éminent pathologiste pédiatre, non seulement en Ontario mais dans presque tout le Canada ». Il ne connaissait pas le D<sup>r</sup> Halliday de réputation, mais savait qu'il ne pratiquait pas la pédiatrie.

Le 16 juin 1998, après avoir reçu la déclaration sous serment du D<sup>r</sup> Halliday, la SAE a communiqué avec le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Smith et leur a demandé si l'opinion du D<sup>r</sup> Halliday, selon laquelle il n'y avait aucune preuve d'œdème cérébral résultant d'un traumatisme crânien contondant, était valable d'un point de vue médical. Selon l'avocat de la SAE, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Smith « ont été très clairs [...] à l'effet que les théories avancées par le D<sup>r</sup> Halliday ne pouvaient être soutenues et que la position du Bureau du coroner à l'égard de la cause de la mort n'avait pas changé ».

Dès le lendemain, l'avocat de la SAE, M<sup>e</sup> Réjean Parisé, a télécopié au D<sup>r</sup> Cairns un extrait des motifs du juge Dunn dans l'affaire Amber. Dans cet extrait, le juge Dunn critiquait la démarche du D<sup>r</sup> Smith et concluait que ce dernier refusait d'envisager des causes autres que celle voulant que l'enfant ait été secoué. Le juge Dunn concluait aussi que le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas fourni suffisamment de détails dans son rapport d'autopsie, qu'il n'avait pas consulté d'autres spécialistes avant de procéder à l'autopsie et ne connaissait pas les nouvelles recherches qui avaient été publiées sur les petites chutes, qui étaient au centre de l'affaire Amber. Le D<sup>r</sup> Cairns a lu l'extrait de la décision du juge Dunn que lui avait transmis M<sup>e</sup> Parisé.

Malgré les critiques bien précises du juge Dunn, le D<sup>r</sup> Cairns n'a ni obtenu de copie de la décision complète ni pris d'autres mesures pour se renseigner sur les conclusions du juge. Le D<sup>r</sup> Young a témoigné que le D<sup>r</sup> Cairns ne l'a pas informé de la réception par télécopieur de l'extrait de la décision du juge Dunn. Le D<sup>r</sup> Cairns a avoué avoir été influencé par ce qu'avait prétendu le D<sup>r</sup> Smith, à savoir que le juge Dunn avait changé d'opinion au sujet des preuves médicales après le procès. Essentiellement, le D<sup>r</sup> Cairns a cru l'histoire invraisemblable du D<sup>r</sup> Smith au sujet du juge Dunn sans se poser de questions, même après avoir lu l'extrait de la décision de ce dernier. On avait, une deuxième fois, présenté les motifs du juge Dunn à un cadre supérieur du BCCO et, encore une fois, l'organisme n'a pris aucune mesure. Le fait de n'avoir pas pris au sérieux les motifs du jugement constitue un manquement important en matière de supervision.

Plus tard, en juin 1998, après que la Couronne eut déterminé qu'elle ne pouvait procéder en se fondant sur l'opinion du D<sup>r</sup> Smith, ce dernier a fait une déclaration sous serment dans le cadre de l'instance introduite par la SAE. Il a

déclaré qu'il était très certain que la mort de Nicholas était due à une blessure non accidentelle. Il pensait qu'elle était probablement due à un œdème cérébral grave causé par un coup porté à la tête, mais que l'asphyxie était aussi une cause possible.

Le 19 juin 1998, le D<sup>r</sup> Cairns a aussi fait une déclaration sous serment dans le cadre de l'instance introduite par la SAE qui comprenait ce qui suit : « Je suis entièrement d'accord avec les conclusions précises et déterminantes du D<sup>r</sup> Smith selon lesquelles l'œdème cérébral dont le nourrisson avait souffert était grave plutôt que léger, tel qu'il a été qualifié par [le pathologiste qui a pratiqué la première autopsie]. » Dans cette déclaration, le D<sup>r</sup> Cairns exprimait une opinion de nature pathologique sans avoir l'expertise nécessaire pour ce faire. Son témoignage reposait entièrement sur les points de vue du D<sup>r</sup> Smith et il n'avait étudié aucune des preuves médicales sous-jacentes dans cette affaire. Le D<sup>r</sup> Cairns a dit devant la Commission que, dans sa déclaration sous serment, il voulait uniquement indiquer que le BCCO acceptait l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Cependant, la déclaration du D<sup>r</sup> Cairns allait bien plus loin : elle comprenait ce qui prétendait être l'opinion pathologique d'un expert.

Dans sa déclaration, le D<sup>r</sup> Cairns s'était présenté comme étant un expert possédant les compétences nécessaires pour formuler des commentaires sur les constatations précises et déterminantes d'œdème cérébral grave et la SAE avait préparé ses arguments en croyant que le D<sup>r</sup> Cairns allait témoigner à titre d'expert au sujet des conclusions de nature pathologique. La SAE et l'avocat de la défense avaient donc l'impression que le D<sup>r</sup> Cairns pouvait présenter sa propre opinion d'expert sur la cause de la mort de Nicholas, ce qui était compréhensible mais erroné. De plus, la SAE croyait, avec raison selon moi, qu'en sa qualité de coroner en chef adjoint de l'Ontario, le D<sup>r</sup> Cairns allait probablement renforcer cette opinion devant le tribunal.

Le D<sup>r</sup> Cairns n'a pris aucune mesure pour contrer ce malentendu de la part de la SAE. Au lieu de cela, il a expliqué à M<sup>e</sup> Berk Keaney, l'avocat de M<sup>me</sup> Gagnon et de son époux, la nature limitée de son expertise lors d'une rencontre qui a eu lieu en décembre 1998. M<sup>e</sup> Keaney a donc pris l'initiative de faire comprendre ce point à M<sup>e</sup> Parisé.

Il est extrêmement important pour le bon fonctionnement du système de justice que les experts respectent les limites de leur expertise et les fassent connaître. Le fait qu'on n'ait pas respecté cela dans ce cas est un exemple d'un plus grand problème systémique. Si le D<sup>r</sup> Cairns s'était clairement limité aux questions relevant de son champ d'expertise, le BCCO ou la SAE aurait probablement obtenu une opinion pathologique indépendante bien plus tôt.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1998, M<sup>e</sup> Parisé a écrit au D<sup>r</sup> Cairns et au D<sup>r</sup> Smith afin de

leur suggérer qu'une autre opinion d'expert soutiendrait et étayerait l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Lors de leur rencontre, qui a eu lieu en décembre 1998, le D<sup>r</sup> Cairns et M<sup>e</sup> Keaney ont aussi parlé du fait que des pathologistes respectés avaient exprimé des opinions différentes sur le caractère accidentel ou non du traumatisme crânien. Ce n'est que suite aux suggestions de M<sup>e</sup> Parisé et de M<sup>e</sup> Keaney, soit environ six mois après que le D<sup>r</sup> Halliday eut d'abord remis sérieusement en question l'opinion du D<sup>r</sup> Smith, que le BCCO a finalement décidé, vers le mois de janvier 1999, d'obtenir une opinion indépendante afin de résoudre les divergences ressortant des opinions d'expert dans cette affaire.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a aidé le D<sup>r</sup> Cairns à obtenir une opinion indépendante de la D<sup>re</sup> Mary Case, médecin légiste américaine chevronnée accréditée en médecine légale et en neuropathologie, qui s'intéresse aux traumatismes crâniens chez les enfants. Dans son rapport daté du 6 mars 1999, la D<sup>re</sup> Case a conclu que la cause de la mort de Nicholas et la manière dont elle s'était produite auraient dû être désignées comme étant indéterminées. Elle a dit que rien ne soutenait la conclusion selon laquelle la mort avait été causée soit par un traumatisme crânien, soit par asphyxie. Le BCCO a accepté l'opinion de la D<sup>re</sup> Case et l'a considérée comme étant valable et définitive.

Le 23 mars 1999, le BCCO a fourni une copie du rapport de la D<sup>re</sup> Case aux parties. La SAE a immédiatement laissé tomber toutes les instances contre M<sup>me</sup> Gagnon, annulé toutes les ordonnances temporaires, retiré la requête en protection de l'enfant et retiré l'inscription de la mère au Registre des mauvais traitements infligés aux enfants.

L'avocat de la défense a reçu un autre rapport d'expert après le retrait des instances par la SAE. Le D<sup>r</sup> Derek de Sa, professeur de pathologie à l'Université de la Colombie-Britannique, a déclaré qu'il avait du mal à comprendre comment le D<sup>r</sup> Smith était arrivé à ses conclusions. Il a dit qu'il avait discuté du cas de Nicholas avec plusieurs de ses collègues chevronnés dans son département et qu'aucun d'entre eux n'était d'accord avec le D<sup>r</sup> Smith. Le 25 mai 1999, M<sup>e</sup> Keaney a transmis le rapport du D<sup>r</sup> de Sa au BCCO, où il a été remis aux D<sup>rs</sup> Cairns, Chiasson et Young. Le BCCO n'a pris aucune mesure supplémentaire afin de répondre au rapport du D<sup>r</sup> de Sa.

En examinant l'opinion de la D<sup>re</sup> Case, le D<sup>r</sup> Chiasson en est venu à la conclusion que le D<sup>r</sup> Smith avait exprimé une opinion qui allait au-delà de ce que les preuves permettaient d'établir. Cependant, il ne s'est pas assis avec le D<sup>r</sup> Smith pour discuter de l'affaire. Il n'était pas à l'aise avec les questions d'ordre pédiatrique, particulièrement avec la neuropathologie pédiatrique, et il croyait que le cas tombait dans une sorte de zone grise. De plus, selon ce qu'avait pu constater le D<sup>r</sup> Chiasson, le D<sup>r</sup> Smith n'acceptait pas bien la critique. Cette situation illustre la



difficulté engendrée par l'absence de hiérarchie claire des responsabilités entre le médecin légiste en chef et un pathologiste exerçant la médecine légale. Les points de vue professionnels divergents dans cette affaire exigeaient qu'il y ait une conversation professionnelle bien franche. Il est malheureux que cela ne se soit jamais produit.

Le D<sup>r</sup> Cairns a témoigné devant la Commission que sa confiance envers le jugement du D<sup>r</sup> Smith n'avait pas été ébranlée par la décision du BCCO d'accepter l'opinion de la D<sup>re</sup> Case dans l'affaire Nicholas. À la lumière des opinions d'expert de la D<sup>re</sup> Case et du D<sup>r</sup> de Sa, selon lesquelles celle du D<sup>r</sup> Smith ne reposait sur aucune preuve pathologique, une telle attitude est troublante. Le D<sup>r</sup> Cairns, qui a entendu le D<sup>r</sup> Smith dire à la SAE qu'il était « sûr à 99 % » que la mère de Nicholas avait tué son enfant, croyait que ce cas n'était que le reflet d'une différence d'opinions entre des experts respectés. Ce scénario souligne le problème qui survient lorsque des coroners qui n'ont aucune formation en médecine légale tentent d'assurer la supervision de médecins légistes.

En revanche, le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'il a commencé à se préoccuper du travail du D<sup>r</sup> Smith après que le BCCO a reçu l'opinion de la D<sup>re</sup> Case. Il a déclaré que c'était la première fois qu'il a eu connaissance de la remise en question de la qualité du travail du D<sup>r</sup> Smith. Afin de discuter de ses préoccupations, le D<sup>r</sup> Young a rencontré le D<sup>r</sup> Smith pour lui dire que son rapport dans l'affaire Nicholas était allé trop loin et qu'il n'était pas fondé sur des preuves valables. Il a conseillé au D<sup>r</sup> Smith d'être plus prudent dans ses opinions et de demeurer dans le courant dominant des points de vue ayant cours en matière de pathologie. Le D<sup>r</sup> Young ne voulait pas que les opinions du D<sup>r</sup> Smith soient « avant-gardistes » et il a utilisé l'image d'un arbre. Il a dit que l'opinion du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Nicholas était à l'extrémité d'une branche, que celles du D<sup>r</sup> Halliday se trouvaient à différents endroits de l'autre côté de l'arbre et que la D<sup>re</sup> Case étreignait l'arbre. Le D<sup>r</sup> Young a dit au D<sup>r</sup> Smith que le BCCO voulait que, dorénavant, il étreigne l'arbre. Le D<sup>r</sup> Young a déclaré qu'il avait aussi discuté avec le D<sup>r</sup> Smith au sujet du besoin de réduire les délais de préparation de ses rapports et qu'il devait consigner les consultations officieuses auprès d'autres experts.

Le médecin légiste en chef aurait dû participer à cette conversation. Le problème que soulevait l'opinion du D<sup>r</sup> Smith n'était pas qu'elle était avant-gardiste, mais qu'il n'y avait aucune preuve pathologique pour l'appuyer. Une fois de plus, ce cas démontre les faiblesses d'un système de supervision professionnelle mené par un coroner. Il démontre aussi comment le BCCO a sous-estimé l'importance de la formation en médecine légale et le fait qu'il n'a pas demandé au médecin légiste en chef de participer à d'importantes conversations avec les pathologistes au sujet de leur pratique.

Mis à part la conversation décrite avec le D<sup>r</sup> Young, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas été réprimandé après l'affaire Nicholas. Le D<sup>r</sup> Young n'a consigné par écrit aucune de ses préoccupations au sujet du D<sup>r</sup> Smith. Il n'a pris aucune mesure pour accroître les compétences ou les connaissances du D<sup>r</sup> Smith et n'a pas dressé de plan d'action pour améliorer la situation.

### **Mai 1998 : le BCCO demande à l'OMCO de refuser d'exercer sa compétence en matière d'enquête au sujet du D<sup>r</sup> Smith**

Dans les rencontres, les discussions et la correspondance qu'ils ont eues avec l'OMCO en 1997 et 1998, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns étaient d'avis que l'Ordre n'avait pas la compétence nécessaire pour enquêter sur les plaintes formulées au sujet des actes posés par les coroners ou les pathologistes dans l'exercice de leurs fonctions. À ce moment-là, l'OMCO avait reçu une plainte au sujet du D<sup>r</sup> Smith déposée par D.M. dans l'affaire Amber. Le D<sup>r</sup> Young a donné deux raisons principales pour s'opposer à la compétence de l'Ordre. D'abord, il croyait que l'OMCO n'était pas en mesure de gérer certains aspects des cas mettant des pathologistes en cause, tels que les témoignages en cour et les opinions d'expert, et il craignait que l'Ordre soit perçu comme tentant de contester les tribunaux dans certains cas. Ensuite, il redoutait de soumettre les pathologistes à un autre niveau d'examen. Si l'OMCO faisait valoir sa compétence sur les pathologistes, il croyait qu'il serait encore plus difficile d'en recruter et de les maintenir au service du BCCO. Le BCCO composait déjà avec un manque important de pathologistes et il croyait que cette institution devait défendre ceux qui étaient à son service ainsi que leur travail.

En octobre 1997, les dirigeants du BCCO et de l'OMCO ont convenu que le Comité des plaintes de l'Ordre traiterait les plaintes déposées à l'égard des actes posés par un coroner dans le cadre de l'exercice de la médecine, mais que celles relatives aux gestes accomplis dans l'exercice du travail de coroner seraient renvoyées au BCCO. Si un plaignant insistait pour que le Comité des plaintes de l'Ordre traite son dossier, le coroner devait donc uniquement répondre de manière à déterminer que les actes visés dans la plainte ne relevaient pas de l'exercice de la médecine, mais étaient posés dans le cadre du travail de coroner. À ce moment-là, le Comité des plaintes pouvait rejeter l'affaire et la renvoyer au BCCO. Si un plaignant portait cette décision en appel, l'OMCO et le BCCO avaient convenu de collaborer pour signifier à l'organisme instruisant l'appel que le BCCO devait traiter le dossier.

Pour ce qui est des pathologistes, le D<sup>r</sup> Young a pris position dans une lettre datée du 4 mars 1998 transmise à l'OMCO, en y écrivant que l'Ordre n'avait

aucune compétence pour traiter les plaintes formulées à l'égard des gestes posés par les pathologistes en vertu de la *Loi sur les coroners*. La même année, le BCCO et l'OMCO ont convenu que, selon toute probabilité, une allégation de manque de compétence de l'Ordre à l'égard des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner échouerait devant la loi. Cependant, en raison du manque de pathologistes acceptant de travailler sur les dossiers relevant du coroner, le D<sup>r</sup> Young s'est senti obligé de faire semblant de protéger les pathologistes. L'OMCO voulait aussi éviter le dédoublement de travail créé par la multiplication des forums. Le BCCO et l'OMCO ont convenu que la compétence de l'Ordre à l'égard des pathologistes ne devait pas être débattue en cour et ont décidé que, en première instance, les plaintes reçues par l'Ordre au sujet des actes posés par un pathologiste à titre de mandataire du coroner seraient renvoyées au BCCO.

De façon générale, le D<sup>r</sup> Young avait raison de s'inquiéter du manque de médecins légistes en Ontario. La rareté de ces professionnels était, et est toujours, un enjeu systémique majeur dans la province. Cette pénurie a influencé, et non pour le mieux, la façon dont le BCCO a traité de nombreuses questions en matière de pathologie. À cet égard cependant, le fait de se concentrer sur le manque d'effectif s'est produit aux dépens du maintien de la confiance du public envers le système par la responsabilisation qui découle du fait d'exiger que les pathologistes répondent de leurs actes devant un organisme de réglementation indépendant.

L'OMCO pouvait offrir un processus d'enquête indépendant et objectif sur les plaintes formulées contre les pathologistes. L'opposition à ce type de supervision était regrettable et n'a qu'aggravé les faiblesses organisationnelles du BCCO. Cela est d'autant plus vrai que le BCCO n'avait mis en place aucun mécanisme adéquat et indépendant de traitement des plaintes relatives aux pathologistes. L'OMCO était bien plus en mesure de les traiter.

En mai 1998, le Comité des plaintes de l'OMCO a décidé qu'il n'avait aucune compétence pour traiter la plainte de D.M., formulée en 1991, à l'égard du D<sup>r</sup> Smith parce que la participation de ce dernier dans l'affaire Amber découlait du travail qu'il accomplissait pour le coroner. Le 16 juin 1998, D.M. a demandé à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (CARPS) de revoir la décision de l'OMCO. Le 1<sup>er</sup> septembre 2000, la CARPS a rendu sa décision et maintenu que l'OMCO avait la compétence nécessaire pour traiter cette affaire et a renvoyé la plainte au Comité des plaintes pour enquête.

## Février à mai 1999 : plainte de M. Gagnon devant le Conseil des coroners

En février 1999, M. Gagnon, le grand-père de Nicholas, a déposé une plainte d'une vingtaine de pages au sujet du D<sup>r</sup> Smith auprès du Conseil des coroners, un organisme qui traitait les plaintes importantes portant sur le travail des coroners. Cependant, ce conseil avait été dissous le 18 décembre 1998, lorsque la législature a révoqué son fondement législatif, soit les articles 6 et 7 de la *Loi sur les coroners*, et il ne restait donc aucun mécanisme indépendant pour traiter les plaintes au sujet des coroners. Le D<sup>r</sup> Young a donc répondu personnellement à la plainte. Devant la Commission, il a témoigné qu'il aurait, en temps normal, transmis une plainte portant sur la substance du travail d'un pathologiste au médecin légiste en chef. Cependant, il n'a ni renvoyé cette plainte, qui comprenait un certain nombre de critiques précises au sujet des conclusions pathologiques du D<sup>r</sup> Smith, au D<sup>r</sup> Chiasson, ni délégué l'enquête à un membre de son personnel. En effet, il n'y a aucune preuve indiquant que le D<sup>r</sup> Young a pris quelque mesure que ce soit pour enquêter sur les préoccupations de M. Gagnon à l'égard des pratiques du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Nicholas. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'il ne lui était pas possible de répondre à chaque aspect d'une plainte détaillée. Il a dit que les plaignants tentaient souvent de « confondre les faits » relatifs à différents cas qui n'avaient pas directement rapport à leur plainte. Il a dit qu'il avait l'habitude d'ignorer les sections des plaintes qu'il ne croyait pas être pertinentes.

Dans sa plainte, M. Gagnon exposait plusieurs préoccupations au sujet de la conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Nicholas, y compris l'exagération d'un « diastasis léger » en « sutures largement écartées du crâne », le fait qu'il se soit fondé sur des consultations « de couloir » non consignées, ses constatations contradictoires relatives aux lésions au cuir chevelu et l'identification des artéfacts post mortem comme étant des éléments anormaux. Il faisait aussi référence à la décision du juge Dunn dans l'affaire Amber, incluant de longues citations des conclusions du juge et de ses critiques à l'endroit du D<sup>r</sup> Smith.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'il ne se souvenait pas d'avoir lu la partie de la plainte de M. Gagnon où il citait la décision du juge Dunn. Il croyait probablement avoir omis de lire cette section en raison de son sous-titre – « Précédent (Couronne c. [S.M.] ») – qui lui indiquait que cette partie portait sur une affaire autre que celle de Nicholas et qu'elle n'avait aucun rapport avec la plainte de M. Gagnon.

Le 6 mai 1999, après que l'instance introduite par la SAE a pris fin, le D<sup>r</sup> Young a répondu à la plainte de M. Gagnon. Avant d'envoyer la lettre, il en a transmis la version préliminaire au D<sup>r</sup> Cairns, au D<sup>r</sup> Chiasson, à la D<sup>re</sup> Bonita Porter, coroner

en chef adjointe, enquêtes, ainsi qu'aux avocats du BCCO, M<sup>e</sup> Al O'Marra et M<sup>e</sup> Ed Maksimowski. Dans sa réponse, le D<sup>r</sup> Young a déclaré qu'il avait lu « en détail » la plainte de M. Gagnon et qu'il l'avait étudiée très attentivement. Il a dit avoir rencontré le D<sup>r</sup> Smith afin de discuter de la plainte et a expliqué à M. Gagnon que « [l]es différentes opinions exprimées par les D<sup>rs</sup> Halliday, Case et Smith illustrent clairement la complexité de la pathologie dans cette affaire. Ce dont tous semblent convenir à ce moment-ci, ce qui est aussi l'avis de notre bureau, est que la cause du décès de [Nicholas] a été convenablement classée comme étant "indéterminée". »

Le D<sup>r</sup> Young a écrit à M. Gagnon qu'au cours du mois précédent, le 12 avril 1999, lui et le D<sup>r</sup> Chiasson avaient distribué la note de service 99-02 sur les pièges de la médecine légale à l'ensemble des coroners et des pathologistes. Préparée en partie en raison de la plainte, elle soulignait l'importance pour les pathologistes de ne pas dépasser les limites de leur expertise et de consigner leurs consultations. Dans l'affaire Nicholas, où le D<sup>r</sup> Smith avait omis de consigner ses consultations auprès d'un neuropathologiste du SickKids, le BCCO a reconnu que de telles lacunes au chapitre de la documentation, particulièrement dans les cas de médecine légale, peuvent être à l'origine de problèmes importants.

Cependant, le D<sup>r</sup> Young ne pouvait pas garantir à M. Gagnon que le BCCO avait réglé la question de fond soulevée dans l'affaire Nicholas dans l'optique de ses responsabilités en matière de supervision du D<sup>r</sup> Smith, c'est-à-dire du manque de preuves pathologiques pour soutenir son opinion. Cette évaluation du travail du D<sup>r</sup> Smith n'avait tout simplement pas été faite.

La réponse du D<sup>r</sup> Young contenait certaines imprécisions regrettables et importantes. Il a déclaré que, dès que le BCCO a été mis au courant de l'opinion du D<sup>r</sup> Halliday, il a demandé l'opinion d'un troisième médecin légiste indépendant. En fait, le BCCO n'a pas envisagé de consulter un expert indépendant jusqu'à ce que M<sup>e</sup> Parisé et M<sup>e</sup> Keaney soulèvent la question six mois après que le D<sup>r</sup> Halliday eut donné sa première opinion. En outre, le D<sup>r</sup> Young a déclaré qu'il avait lu « en détail » la plainte de M. Gagnon et qu'il l'avait étudiée très attentivement. Ce n'était pas vrai. Le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission qu'il avait probablement omis de lire la partie de la plainte où était citée la décision du juge Dunn.

J'ai trouvé très troublant le témoignage du D<sup>r</sup> Young à ce sujet. Il a insisté sur le fait que l'OMCO devait renvoyer le dossier au BCCO afin qu'il enquête sur ces plaintes. Pourtant, ces actes ont démontré qu'il faisait très peu de cas de sa responsabilité de lire les plaintes du public, d'enquêter à leur sujet et d'y répondre avec impartialité. Il n'a pas accordé à la plainte de M. Gagnon l'attention qu'elle méritait.

## Février à mai 1999 : l'affaire Sharon

Au moment où le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns répondaient à la plainte de M. Gagnon au sujet du D<sup>r</sup> Smith, ils ont appris que plusieurs experts éminents n'étaient pas d'accord avec l'opinion de ce dernier dans l'affaire Sharon et craignaient qu'il en résulte possiblement une erreur judiciaire.

À la mi-février 1999, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young se sont engagés activement dans l'affaire Sharon, au cours d'une rencontre de l'American Academy of Forensic Sciences (AAFS) à laquelle ils ont assisté. Le D<sup>r</sup> Young a dit devant la Commission que, lors de cette rencontre, le D<sup>r</sup> Michael Baden, médecin légiste et ex-médecin légiste en chef de la ville de New York, a indiqué au D<sup>r</sup> Young qu'il avait compris que certains experts étaient d'avis qu'un chien avait causé les blessures dans l'affaire Sharon. Le collègue du D<sup>r</sup> Baden, le D<sup>r</sup> Lowell Levine, odontologue légiste, était aussi au courant de l'affaire. Le D<sup>r</sup> Young a ensuite rencontré par hasard le D<sup>r</sup> Robert Dorion, odontologue légiste de Montréal, qui avait été consulté par l'avocat qui défendait la mère de Sharon. Le D<sup>r</sup> Dorion était d'avis qu'un chien avait causé les blessures de Sharon. Le D<sup>r</sup> Cairns a aussi appris que le D<sup>r</sup> James (Rex) Ferris, médecin légiste de la Colombie-Britannique, avait été consulté par l'avocat qui défendait la mère de Sharon et était en désaccord avec l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Les quatre experts remettaient tous en question les constatations du D<sup>r</sup> Smith, qui indiquaient que la cause du décès était l'exsanguination résultant de multiples coups de couteau, et croyaient qu'il y avait risque d'une erreur judiciaire dans ce cas. Le D<sup>r</sup> Young était préoccupé par ces positions « diamétralement opposées » à celles des experts du BCCO.

Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ont décidé qu'ils devaient obtenir une évaluation indépendante des preuves. À cet égard, la démarche du BCCO face aux opinions divergentes d'experts dans l'affaire Sharon était différente de celle qu'il avait adoptée à l'origine dans l'affaire Nicholas. Dans l'affaire Sharon, il faut reconnaître qu'il a réagi très rapidement. Selon le D<sup>r</sup> Cairns, la différence était que les experts qui avaient manifesté leurs préoccupations au sujet de l'affaire Sharon étaient des « poids lourds ». Ils avaient tous une excellente réputation et étaient plus compétents que le D<sup>r</sup> Smith pour faire la différence entre des coups de couteau et des morsures de chien.

Après la réunion de l'AAFS en février 1999, le D<sup>r</sup> Cairns a rencontré le D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Chiasson, le D<sup>r</sup> Robert Wood, un odontologue légiste qui avait, dans l'affaire Sharon, fourni à l'avocat de la Couronne une opinion selon laquelle les blessures n'étaient « catégoriquement » pas des morsures de chien, et Barry Blenkinsop, chef assistant en anatomopathologie au BCCO, qui avait assisté le D<sup>r</sup> Smith lors de la première autopsie. Le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré qu'ils devaient se

pencher sur l'allégation d'erreur judiciaire éventuelle. Lors de la rencontre, le D<sup>r</sup> Wood, le D<sup>r</sup> Smith et M. Blenkinsop ont soutenu que ce n'était pas un chien qui avait causé les blessures de Sharon. Néanmoins, tous ceux présents à la rencontre ont convenu qu'une exhumation et une deuxième autopsie étaient nécessaires pour éliminer l'hypothèse du chien une bonne fois pour toutes.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a témoigné devant la Commission qu'il se percevait comme un médiateur à la rencontre de 1999 quant à la question d'un possible déterrement. Il avait peu d'expérience relativement aux morsures de chien et ne croyait pas être en mesure de contester les opinions des autres experts, dont il respectait le travail. Le D<sup>r</sup> Smith, plus particulièrement, semblait être catégorique et ferme quant à son opinion et c'était lui qui avait procédé à l'autopsie, étant ainsi le mieux placé pour examiner les traces de blessure.

Le D<sup>r</sup> Cairns, le D<sup>r</sup> Chiasson et le D<sup>r</sup> Benoit Béchar, coroner régional, ont rencontré l'avocat de la Couronne et la police à Kingston le 29 mars 1999. Le BCCO a informé l'avocat de la Couronne et la police des différences d'opinions qui existaient entre les divers pathologistes et odontologistes. Le D<sup>r</sup> Cairns a dit à l'avocat de la Couronne et à la police que, selon lui, une exhumation et une deuxième autopsie, en présence des experts de la défense, étaient nécessaires pour résoudre cette question. Tous étaient d'accord.

Pendant qu'ils envisageaient la possibilité d'exhumer le corps, le D<sup>r</sup> Cairns a examiné la transcription du témoignage du D<sup>r</sup> Smith à l'enquête préliminaire. Lors de cette audience, le D<sup>r</sup> Smith a exprimé des opinions très fermes et s'est montré très sceptique à l'égard d'une possible attaque de chien. Il a tourné cette possibilité en dérision en disant qu'elle était tout aussi probable qu'une attaque par un ours polaire.

Le D<sup>r</sup> Cairns savait aussi que le D<sup>r</sup> Smith avait perdu un moulage du crâne de Sharon et une série de radiographies qui provenaient de la première autopsie (malgré qu'ils ne semblent pas avoir eu une grande valeur sur le plan de la preuve). Le fait que le D<sup>r</sup> Smith avait perdu ces éléments était un signe de manque d'organisation et de soin et de négligence. Cependant, le BCCO croyait que les preuves en question n'avaient pas d'importance et n'a donc pris aucune mesure à cet égard. Bien entendu, cela porte à faux, car ces pertes étaient symptomatiques des défauts plus graves du D<sup>r</sup> Smith.

Avant la rencontre de Kingston, le D<sup>r</sup> Chiasson avait examiné, pour la première fois, le rapport d'autopsie rédigé par le D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Sharon. À l'origine, ce rapport n'avait pas suivi le processus de révision habituel puisque, suite à un délai important qui avait exigé la délivrance d'une assignation à l'intention du D<sup>r</sup> Smith, ce dernier l'avait remis directement à l'avocat de la Couronne. Lorsque, en 1999, le D<sup>r</sup> Chiasson l'a finalement examiné, il croyait

que les blessures, particulièrement les traces de blessure internes, n'avaient pas été bien définies ou décrites et que la profondeur des blessures n'avait pas été délimitée de manière appropriée. Le D<sup>r</sup> Chiasson a transmis cette information à l'avocat de la Couronne et à la police, qui s'en sont servi dans la demande de déterrement. Cependant, il n'a jamais discuté de ses préoccupations avec le D<sup>r</sup> Smith. Il n'a pris aucune mesure pour améliorer les capacités du D<sup>r</sup> Smith à rédiger des rapports ou ses aptitudes à décrire les blessures. À titre de médecin légiste en chef, le D<sup>r</sup> Chiasson aurait dû se charger de cette tâche dans le cadre de ses responsabilités envers la qualité de la médecine légale dans la province. Cependant, la hiérarchie des responsabilités était si vague que cette supervision, nécessaire pour remédier aux problèmes, n'a jamais eu lieu.

### **Mai 1999 : conclusion contradictoire de la D<sup>re</sup> Porter dans l'affaire Jenna**

En mai 1999, le BCCO n'a pas réussi à capter un autre signal d'alarme important lorsque, dans l'affaire Jenna, la D<sup>re</sup> Porter est arrivée à une conclusion concernant le moment où les blessures ont été infligées qui était très différente de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith.

Jenna est morte aux premières heures du matin du 22 janvier 1997. Le D<sup>r</sup> Smith, qui a pratiqué l'autopsie, a dit à la police que la cause du décès était un traumatisme contondant à l'abdomen. Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ont assisté à des rencontres avec la police et le D<sup>r</sup> Smith au début de l'enquête. La question principale à laquelle il fallait répondre était le moment où avaient été infligées les blessures mortelles non accidentelles. Lors de ces rencontres, le D<sup>r</sup> Smith a dit à la police que les blessures de Jenna avaient été infligées dans les 24 heures précédant sa mort. En octobre 1998, lors de l'enquête préliminaire, le D<sup>r</sup> Smith a indiqué que les blessures fatales pouvaient avoir eu lieu entre 24 et 28 heures avant sa mort.

Après l'enquête préliminaire, la défense a retenu les services du D<sup>r</sup> Sigmund Ein, chirurgien du Département de chirurgie générale du SickKids, qui a conclu que Jenna avait subi les blessures qui lui ont été fatales pas plus de six heures avant sa mort. En décembre 1998, contrairement à ce qui avait été avancé dans son témoignage déroutant à l'enquête préliminaire, le D<sup>r</sup> Smith s'est dit d'accord avec l'opinion du D<sup>r</sup> Ein selon laquelle les blessures fatales avaient été infligées dans la soirée précédant la mort de Jenna. L'avocat de la défense a transmis cette information à l'avocat de la Couronne qui, à son tour, a communiqué avec le BCCO.

La D<sup>re</sup> Porter a accepté d'examiner le dossier et de donner une opinion sur le moment où ont eu lieu les blessures fatales. L'on n'a pas demandé au D<sup>r</sup> Chiasson



de fournir une opinion dans cette affaire ni d'examiner l'opinion de la D<sup>re</sup> Porter, même si le moment où les blessures ont été infligées relève de la médecine légale. Le 26 mai 1999, la D<sup>re</sup> Porter a fourni son opinion qui reposait à la fois sur sa propre expertise à titre de clinicienne et, en partie, sur les opinions d'experts pathologistes et selon laquelle le délai entre les blessures et la mort de Jenna était de moins de six heures. Le 15 juin 1999, l'avocat de la Couronne a retiré l'accusation de meurtre au deuxième degré contre la mère de Jenna puisqu'il n'était pas possible de prouver à l'aide des preuves médicales qu'elle avait la garde de Jenna au moment où les blessures fatales lui ont été infligées.

Le fait que la coroner en chef adjointe, enquêtes, avait donné une opinion si différente de celle du D<sup>r</sup> Smith, bien que d'un point de vue clinique et non médico-légal, aurait dû signaler au BCCO le besoin d'une forme quelconque d'examen. L'opinion de la D<sup>re</sup> Porter aurait dû, à tout le moins, être transmise au médecin légiste en chef afin qu'elle soit comparée avec celle du D<sup>r</sup> Smith. Encore une fois, il s'agit d'une de ces occasions qui aurait dû susciter plus de réflexion qu'il y en a eu. Finalement, il s'agit d'un autre signal d'alarme qui n'a pas été capté.

Cela est en partie dû aux faiblesses organisationnelles du BCCO. Le médecin légiste en chef n'a joué aucun rôle dans l'examen d'opinions qui étaient si nettement différentes. Il n'y avait aucun mécanisme d'assurance de la qualité en place qui aurait permis de déterminer la cause de la controverse ou de recommander des mesures afin d'éviter de telles erreurs à l'avenir.

Même lorsque le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission, il ne voyait aucun problème en ce qui concerne les preuves pathologiques fournies par le D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Jenna. Il ne se préoccupait pas du fait que d'autres experts étaient en désaccord avec le D<sup>r</sup> Smith au sujet du moment où ont été infligées les blessures fatales. Il a déclaré qu'il voyait un problème à ce qu'un expert indique une période trop courte, mais qu'une période trop longue ne l'inquiétait pas du tout. Le D<sup>r</sup> Young a soutenu que le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas commis d'erreur puisque les blessures avaient été infligées dans les 24 heures précédant la mort. Selon lui, le D<sup>r</sup> Smith n'avait tout simplement pas réduit la période autant qu'il l'aurait pu pour déterminer qu'elle était de six heures avant la mort. Le D<sup>r</sup> Michael Pollanen, l'actuel médecin légiste en chef, a témoigné devant la Commission que l'analyse faite par le D<sup>r</sup> Young de l'opinion pathologique du D<sup>r</sup> Smith était tout simplement erronée. Il a dit que, malgré qu'il soit souvent prudent d'indiquer une période plus longue durant laquelle la mort est survenue ou les blessures ont été infligées, ce principe ne s'applique pas lorsqu'une partie de cette période est exclue par les preuves pathologiques, comme c'était le cas ici. Il est d'une importance fondamentale que, dans la mesure du possible, le moment où les blessures ont été infligées soit déterminé avec précision. En

l'occurrence, la pathologie indiquait clairement que les blessures fatales avaient été infligées dans les heures qui ont précédé la mort et qu'elles ne pouvaient pas l'avoir été plus tôt.

L'affaire Jenna illustre le danger qui existe lorsque ce sont des coroners qui supervisent les pathologistes dans le cadre de l'exercice de la médecine légale. Cette faiblesse structurelle a contribué grandement à l'échec de la supervision du D<sup>r</sup> Smith. Sans la formation en médecine légale nécessaire à la supervision des pathologistes, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns ne pouvaient simplement pas percevoir ce signal de danger.

### **Juillet à septembre 1999 : l'exhumation dans l'affaire Sharon**

L'exhumation et la seconde autopsie de Sharon ont eu lieu le 13 juillet 1999. Le D<sup>r</sup> Chiasson a pratiqué l'autopsie en présence du D<sup>r</sup> Smith, du D<sup>r</sup> Wood, du D<sup>r</sup> Ferris et du D<sup>r</sup> Dorion. M. Blenkinsop a agi comme assistant à l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Young était présent à une partie de l'autopsie. Le D<sup>r</sup> Chiasson a signé son rapport le 30 septembre 1999. Il a conclu que : « Selon les résultats de cette deuxième autopsie et mon examen du rapport du D<sup>r</sup> Wood, je suis d'avis que : 1° un chien est responsable d'au moins certaines des blessures de la défunte et 2° la possibilité qu'une arme ait aussi été utilisée pour infliger les blessures n'est pas exclue par cette deuxième autopsie ». Le D<sup>r</sup> Chiasson a accepté l'opinion que le D<sup>r</sup> Wood a exprimée dans son rapport du 13 septembre 1999 selon laquelle un chien avait causé au moins certaines des blessures au crâne, au cou et au haut du bras gauche de Sharon. Le D<sup>r</sup> Wood a aussi conclu qu'il y avait des marques sur les os qui ne correspondaient pas à des morsures de chien. Le D<sup>r</sup> Chiasson s'en est remis à l'expertise du D<sup>r</sup> Wood pour l'évaluation des os puisqu'il ne croyait pas que les lésions des os faisaient partie de son domaine d'expertise.

Dans son rapport complémentaire, qu'il n'a pas terminé avant le 14 février 2000, le D<sup>r</sup> Smith a conclu que « [p]uisque la mort n'a pas été causée par une seule blessure, mais par l'effet combiné de nombreuses blessures, il n'est pas possible de déterminer, sur une base uniquement morphologique, la part de responsabilité des blessures causées par un chien et de celles qui n'ont pas été causées par cet animal dans la mort de Sharon ». En septembre 2000, le D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Wood ont rencontré la police de Kingston ainsi que l'avocat de la Couronne. Le D<sup>r</sup> Smith a continué à soutenir que, même si la majorité des blessures pouvaient être attribuées à des morsures de chien, il y avait d'autres blessures graves, surtout au niveau de l'orifice supérieur du thorax, qui n'avaient pas été causées par un animal. Le D<sup>r</sup> Wood a aussi soutenu que certaines des blessures n'avaient pas été causées par un animal.

Ces nouvelles opinions différaient énormément de celle que le D<sup>r</sup> Smith a exprimée à l'origine, selon laquelle aucune blessure trouvée sur le corps de Sharon n'avait été causée par un animal et qu'il était absurde de suggérer le contraire. Avec le temps, l'opinion catégorique du D<sup>r</sup> Smith voulant que Sharon soit morte de coups de couteau avait été graduellement ébranlée par des opinions d'experts contraires à la sienne. Finalement, même le D<sup>r</sup> Smith a dû reconnaître et accepter les opinions des experts adverses.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a témoigné que, même s'il avait pratiqué la seconde autopsie, il n'était pas à l'aise de donner une opinion dans l'affaire Sharon. Il avait peu d'expérience relativement aux morsures de chien. Il sentait qu'il était en conflit d'intérêts en raison des relations professionnelles qu'il entretenait régulièrement avec le D<sup>r</sup> Wood, le D<sup>r</sup> Smith et M. Blenkinsop. Il se sentait coincé entre l'arbre et l'écorce puisque des opinions crédibles étaient formulées de part et d'autre. Le D<sup>r</sup> Chiasson avait raison de s'inquiéter des relations professionnelles qu'il entretenait. En l'absence de hiérarchie bien définie des responsabilités entre les pathologistes et le médecin légiste en chef, il était dans une position difficile.

Après la seconde autopsie, le D<sup>r</sup> Chiasson n'a pas discuté de l'affaire avec M. Blenkinsop, le D<sup>r</sup> Wood ou le D<sup>r</sup> Smith. Entre le moment de la seconde autopsie et le retrait des accusations en janvier 2001, il n'a jamais parlé directement avec le D<sup>r</sup> Smith au sujet de ce cas. Malgré sa position difficile, cette omission était regrettable. Le dialogue entre experts, particulièrement lorsqu'il est question de sujets controversés ou de désaccords, est une partie essentielle d'un service de médecine légale professionnel de grande qualité.

Les résultats de la seconde autopsie constituent un autre signal de danger qui n'a pas été perçu. Le BCCO aurait dû être profondément préoccupé par le fait que les résultats de la seconde autopsie étaient si différents de l'opinion originale du D<sup>r</sup> Smith au sujet de la cause du décès et de son témoignage à l'enquête préliminaire. Cette divergence, tout comme le changement d'opinion dans l'affaire Jenna, aurait dû inciter le BCCO à procéder à un examen plus officiel. Le BCCO disposait désormais de preuves qui, d'un point de vue objectif, soulevaient des inquiétudes au sujet du travail du D<sup>r</sup> Smith dans les affaires Amber, Nicholas, Jenna et Sharon. Ces preuves n'ont toutefois pas été prises en compte, leur importance a été minimisée ou elles ont tout simplement échappé à l'organisme.

Au lieu de cela, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns ont continué à faire confiance aux capacités du D<sup>r</sup> Smith, même après qu'on eut démontré que son opinion était erronée, attribuant ses erreurs à un « échec de l'équipe ». Le D<sup>r</sup> Cairns a conclu que les opinions démesurément exagérées que le D<sup>r</sup> Smith a exprimées à l'enquête préliminaire étaient moins inquiétantes parce que ce dernier a pu se fonder sur les opinions fermes du D<sup>r</sup> Wood et de M. Blenkinsop pour soutenir la sienne.

Une fois de plus, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young n'ont pris aucune mesure corrective à l'égard du D<sup>r</sup> Smith. Ils n'ont aucunement supervisé le D<sup>r</sup> Smith ni exigé aucune forme de reddition de compte de sa part.

### **Novembre 1999 : l'émission *the fifth estate***

Le 10 novembre 1999, l'émission télévisée de la CBC *the fifth estate* a diffusé un reportage sur le D<sup>r</sup> Smith qui portait principalement sur son travail dans les affaires Nicholas, Amber et Sharon. Le D<sup>r</sup> Cairns a accepté d'être interviewé pour l'émission. Il a déclaré à *the fifth estate* que le D<sup>r</sup> Smith était « de première classe » et qu'il exerçait la médecine légale depuis 1990. Il a défendu les titres de compétence du D<sup>r</sup> Smith en médecine légale, déclarant à l'interviewer que le D<sup>r</sup> Smith avait obtenu une bourse de recherche d'une université américaine en pathologie pédiatrique et que l'examen de sous-spécialité en pathologie pédiatrique accordait beaucoup d'importance à la médecine légale. Dans son témoignage devant la Commission, le D<sup>r</sup> Smith a contredit cette évaluation et déclaré que, même si l'examen américain comportait des questions sur la médecine légale, « celles-ci se concentraient sur les aspects médicaux de la médecine pédiatrique légale ».

L'émission *the fifth estate* a abordé l'affaire Amber et les motifs du jugement du juge Dunn acquittant S.M. Elle a réitéré la critique virulente du juge Dunn à l'endroit du D<sup>r</sup> Smith pour avoir omis de considérer d'autres possibilités que le secourage dans l'affaire Amber et s'est inquiétée du fait que les hypothèses du D<sup>r</sup> Smith avaient pu fausser sa façon d'aborder les faits. Au cours de son entrevue durant l'émission, le D<sup>r</sup> Cairns a commenté ainsi la décision du juge Dunn : « Je crois, avec tout le respect que je lui dois, que les preuves médicales prêtaient à confusion et que le juge peut ne pas avoir clairement compris toutes les preuves déposées. » Lorsqu'il a accordé son entrevue, le D<sup>r</sup> Cairns n'avait même pas lu tous les motifs de la décision du juge Dunn ni les transcriptions des débats judiciaires. Il n'avait parlé de l'affaire avec aucun autre pathologiste que le D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Cairns a conclu que le juge Dunn n'avait pas compris toutes les preuves en se basant seulement sur ce que le D<sup>r</sup> Smith lui avait dit. Il n'était pas en position de faire des commentaires impartiaux et objectifs sur la décision et il ne devait pas critiquer la décision du juge Dunn en se fondant uniquement sur l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Tout téléspectateur raisonnable aurait supposé (à tort) que le BCCO avait fait enquête sur l'affaire avant de défendre le D<sup>r</sup> Smith et s'en prenait au juge pour s'être trompé.

Le D<sup>r</sup> Cairns a regardé l'émission *the fifth estate* lorsqu'elle est passée à l'antenne en 1999 et a entendu l'entrevue de la D<sup>re</sup> Case, l'expert indépendant dont les services avaient été retenus par le BCCO dans l'affaire Nicholas. La D<sup>re</sup> Case a

dit que la déclaration du D<sup>r</sup> Smith à l'effet que la cause de la mort était un traumatisme crânien ou une asphyxie par strangulation relevait « du domaine des témoignages irresponsables ». Ce commentaire n'a pas ébranlé la confiance du D<sup>r</sup> Cairns à l'égard de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Il a pensé qu'il s'agissait simplement d'un autre exemple de divergence d'opinion entre experts.

Le D<sup>r</sup> Chiasson a également regardé l'émission *the fifth estate*. Selon lui, le BCCO était déjà conscient des problèmes et des critiques soulevés durant l'émission et, par conséquent, le reportage n'a pas modifié la façon dont il a abordé le D<sup>r</sup> Smith.

Le D<sup>r</sup> Young a déclaré devant la Commission que, comme il était absent lors de la diffusion de l'émission *the fifth estate*, il n'avait pas pu la regarder et n'avait rien fait pour la visionner à son retour. Il « n'était pas un grand fervent de *the fifth estate* » et ne croyait pas que cette émission « représent[ait] le nec plus ultra du journalisme au Canada ». Le D<sup>r</sup> Young a déclaré que personne ne l'a interrogé expressément sur l'émission, qu'aucun autre média n'avait repris l'histoire et qu'il avait entendu dire qu'elle ne révélait rien de nouveau. Comme il ne pensait pas qu'elle présentait des éléments « nouveaux ou importants », il a conclu qu'il n'avait aucune raison de la regarder. Il n'a pris aucune mesure à propos de l'émission parce que « aucun procureur de la Couronne, aucun avocat de la défense, aucun agent de police, personne ne m'a appelé pour me dire qu'il se passait des choses et qu'il souhaitait mettre le D<sup>r</sup> Smith en examen ».

Cette réaction a été peu judicieuse. Le D<sup>r</sup> Young était le coroner en chef de l'Ontario, responsable du BCCO. L'émission *the fifth estate* avait profondément critiqué l'un des experts auquel le BCCO s'en remettait le plus. Plutôt que de vérifier lui-même l'information divulguée durant l'émission, le D<sup>r</sup> Young a choisi de se fier à sa propre interprétation des réactions de la communauté à propos de cette information et à sa confiance absolue dans le D<sup>r</sup> Smith. Il aurait dû, de par ses fonctions, prendre l'émission plus au sérieux.

En février 2000, le D<sup>r</sup> Smith a intenté une poursuite contre CBC pour son émission *the fifth estate*. Même s'il ne s'est jamais donné la peine de regarder l'émission, le D<sup>r</sup> Young a demandé que le ministère du Solliciteur général aide le D<sup>r</sup> Smith à payer les frais juridiques de sa poursuite, ce qu'il fit. Il est difficile de comprendre comment le D<sup>r</sup> Young a pu prendre la décision d'appuyer l'action en justice du D<sup>r</sup> Smith, sans avoir regardé l'émission. Il a expliqué qu'à son avis, il était important que le ministère appuie ses employés parce qu'autrement, personne ne travaillerait pour lui. Cette demande était l'un des nombreux exemples où le D<sup>r</sup> Young était disposé à user de l'autorité que lui conférait son poste pour défendre le D<sup>r</sup> Smith contre les critiques ou les atteintes à sa réputation, qu'elles soient justifiées ou non.

## **Mars 2000 : M. Gagnon dépose une plainte auprès du solliciteur général**

Le 6 mars 2000, M. Gagnon a déposé une plainte auprès du solliciteur général concernant la conduite du D<sup>r</sup> Cairns au cours de l'enquête sur la mort de Nicholas. Il a prétendu que le D<sup>r</sup> Cairns s'était trompé en omettant d'examiner et d'évaluer de façon équitable les faits établis de l'affaire et qu'il était indûment et singulièrement influencé par l'opinion insoutenable du D<sup>r</sup> Smith.

En 2000, il n'y avait aucune structure en place pour examiner de manière impartiale les plaintes portant sur le travail du coroner en chef ou du coroner en chef adjoint – une lacune qui constituait une autre faiblesse organisationnelle. La situation s'est empirée lorsque le D<sup>r</sup> Young, qui, à l'époque, occupait également les fonctions de sous-ministre adjoint de la sécurité publique au sein du ministère, a préparé la réponse du 13 avril du solliciteur général à la plainte. Cette réponse disait que le BCCO avait pris les dispositions nécessaires pour que la D<sup>re</sup> Case effectue un examen indépendant et qu'après avoir pris connaissance de son opinion, avait conclu que la cause de la mort n'avait pas pu être établie et que les circonstances de celle-ci étaient indéterminées. Le BCCO avait examiné la participation du D<sup>r</sup> Smith, poursuivait la lettre, et avait « conclu que l'opinion à laquelle le D<sup>r</sup> Smith était arrivé était raisonnable compte tenu des faits dans cette affaire ». Le BCCO a donc considéré que la plainte et l'affaire sous-jacente étaient « classées ».

La réponse du solliciteur général à la plainte de M. Gagnon, rédigée par le D<sup>r</sup> Young, était fondamentalement incorrecte. La D<sup>re</sup> Case contredisait directement l'opinion du D<sup>r</sup> Smith. Le BCCO avait accepté l'opinion de la D<sup>re</sup> Case à l'effet qu'il n'y avait « aucune constatation » pour étayer la conclusion du D<sup>r</sup> Smith quant à l'asphyxie ou au traumatisme crânien. Le D<sup>r</sup> Young avait rencontré le D<sup>r</sup> Smith pour discuter avec lui des inquiétudes concernant le fait qu'il avait « le dos au mur » en « n'embrassant pas l'arbre ». Aucun expert indépendant n'avait suggéré au BCCO que l'opinion du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Nicholas était du domaine du raisonnable. Par conséquent, la déclaration du D<sup>r</sup> Young ne reposait sur rien.

## **22 janvier 2001 : suspension de l'accusation dans l'affaire Tyrell**

En janvier 2001, la Couronne a mis fin aux instances criminelles dans les affaires Tyrell et Sharon. Les deux poursuites ont été arrêtées une fois que le procureur de la Couronne a été informé que plusieurs experts respectés avaient exprimé leur profond désaccord avec l'opinion du D<sup>r</sup> Smith, qui avait pratiqué l'autopsie initiale dans les deux cas.

Tyrell est mort le 23 janvier 1998, à l'âge de quatre ans. La personne qui s'occupait de Tyrell a déclaré qu'il s'était cogné la tête contre une table en marbre ou un plancher en carrelage au cours d'une chute à la maison avant sa mort. Par la suite, la police a accusé la personne qui s'occupait de Tyrell de meurtre au deuxième degré. Le D<sup>r</sup> Smith, qui avait pratiqué l'autopsie, a informé la police et témoigné à l'enquête préliminaire que l'explication donnée par la personne responsable de l'enfant concernant la chute à la maison ne pouvait pas justifier la gravité du traumatisme crânien de Tyrell. Le D<sup>r</sup> Smith a consulté le neuropathologiste Becker dans l'affaire et incorporé les commentaires de ce dernier dans son propre rapport sans lui en attribuer le crédit.

En 2000 et 2001, un certain nombre d'experts de la défense ont fourni des opinions opposées, déclarant que la chute aurait pu avoir causé le traumatisme crânien mortel de Tyrell. La défense a remis ces opinions au procureur de la Couronne. Les instances criminelles se sont terminées le 22 janvier 2001, date à laquelle le procureur de la Couronne Frank Armstrong a arrêté les procédures relativement à l'accusation de meurtre au deuxième degré contre la personne qui s'occupait de Tyrell. À cette date, ni le D<sup>r</sup> Cairns ni le D<sup>r</sup> Young n'avaient entendu parler de l'affaire Tyrell. Le D<sup>r</sup> Cairns a appelé M<sup>e</sup> Armstrong pour lui demander « quel était le problème avec le D<sup>r</sup> Smith dans cette affaire ». M<sup>e</sup> Armstrong avait répondu qu'il n'y avait aucun problème avec le D<sup>r</sup> Smith. Plus exactement, le D<sup>r</sup> Smith avait déclaré que la mort était due à un traumatisme crânien non accidentel, alors qu'un expert de la défense affirmait qu'elle était due à un traumatisme crânien accidentel. M<sup>e</sup> Armstrong avait également consulté un neurochirurgien du SickKids, le D<sup>r</sup> Robin Humphreys, qui n'avait pas pu confirmer si la blessure était de nature accidentelle ou non. C'est pourquoi le D<sup>r</sup> Cairns avait compris qu'étant donné les preuves contradictoires des experts, M<sup>e</sup> Armstrong ne croyait pas que la Couronne avait un espoir raisonnable de condamnation. M<sup>e</sup> Armstrong s'inquiétait également du fait qu'il venait seulement d'apprendre que le D<sup>r</sup> Becker avait effectué l'examen neuropathologique que le D<sup>r</sup> Smith avait incorporé dans son rapport sans lui en attribuer le crédit. Le D<sup>r</sup> Cairns avait conclu que cette affaire était seulement un autre cas où des experts raisonnables pouvaient diverger d'opinion.

## **25 janvier 2001 : retrait de l'accusation dans l'affaire Sharon**

Au cours de la semaine durant laquelle l'accusation a été suspendue dans l'affaire Tyrell, la Couronne a retiré l'accusation de meurtre au deuxième degré contre M<sup>me</sup> Reynolds. Un certain nombre d'événements a amené la Couronne à prendre cette décision.

Au cours de l'été 2000, le D<sup>r</sup> Young a discuté avec le procureur de la Couronne Ed Bradley de l'affaire Sharon lors d'une conférence à laquelle les deux assistaient. M<sup>e</sup> Bradley, le principal procureur chargé de l'affaire, avait récemment reçu un rapport succinct de la part du D<sup>r</sup> Ferris qui concluait que la mort de Sharon résultait d'une attaque de chien, et il a par la suite interrogé en personne le D<sup>r</sup> Ferris et a obtenu un rapport plus détaillé. À son actif, le D<sup>r</sup> Young a suggéré de retenir les services d'un éminent expert international pour donner une opinion faisant autorité concernant l'affaire. Le D<sup>r</sup> Cairns a fait en sorte d'obtenir l'opinion du D<sup>r</sup> Steven Symes, anthropologue judiciaire de l'Université du Tennessee, que le D<sup>r</sup> Chiasson l'avait aidé à trouver à titre d'expert compétent. Dans son rapport du 7 décembre 2000, le D<sup>r</sup> Symes a conclu que la plupart des blessures étaient sans aucun doute causées par une attaque de chien et que certaines incisions fines plus récentes sur le crâne étaient causées par la fine lame biseautée d'un couteau. M. Blenkinsop a soutenu que les incisions sur le crâne décelées par le D<sup>r</sup> Symes n'étaient pas des artéfacts dus à l'autopsie.

En décembre 2000, M<sup>e</sup> Bradley a consulté le D<sup>r</sup> Cairns à propos de l'affaire Sharon. Le D<sup>r</sup> Cairns semblait avoir des doutes sur les conclusions du D<sup>r</sup> Smith et avait dit à M<sup>e</sup> Bradley qu'il y avait d'autres explications à la présence des plaies qui, insistait à dire le D<sup>r</sup> Smith, n'étaient pas liées à l'attaque d'un animal.

M<sup>e</sup> Bradley a parlé ensuite avec le D<sup>r</sup> Smith en janvier 2001 au sujet des opinions du D<sup>r</sup> Symes et du D<sup>r</sup> Ferris. Le D<sup>r</sup> Smith a reconnu qu'il pouvait voir où voulaient en venir ces experts, même s'il ressentait toujours « dans son cœur » qu'il avait vu juste en affirmant que certaines des blessures de Sharon n'avaient pas été causées par un chien.

Le 25 janvier 2001, la Couronne a retiré l'accusation de meurtre au deuxième degré contre la mère de Sharon. Dans sa demande de retrait, la Couronne a indiqué qu'elle n'avait plus de preuve démontrant que la mort avait été causée par des coups de couteau et qu'elle n'avait plus d'espoir raisonnable d'obtenir une condamnation. Ni le D<sup>r</sup> Cairns ni le D<sup>r</sup> Young n'ont été surpris du retrait des accusations de la Couronne dans cette affaire. À vrai dire, le D<sup>r</sup> Young avait contribué au contenu de la demande de la Couronne.

## **25 janvier 2001 : la décision du BCCO de renvoyer le D<sup>r</sup> Smith**

Au cours d'une même semaine de janvier 2001, la Couronne avait retiré ou suspendu des accusations graves dans les affaires Sharon et Tyrell. Dans les deux cas, des experts éminents avaient contredit les points de vue du D<sup>r</sup> Smith concernant des questions de pathologie. L'arrêt des procédures dans ces affaires a grandement attiré l'attention des médias, en ce qui concerne tout particulièrement le rôle que



le D<sup>r</sup> Smith y a joué. Des bureaux de nouvelles importants ont déclaré que « la conduite professionnelle du D<sup>r</sup> Smith faisait l'objet de critiques virulentes ».

Le même mois, le D<sup>r</sup> Young s'est inquiété de la publicité négative qui entourait le D<sup>r</sup> Smith. Il pensait que le D<sup>r</sup> Smith était devenu un « paratonnerre » et que le D<sup>r</sup> Smith et le BCCO tireraient avantage du fait que le D<sup>r</sup> Smith ne s'occupe plus temporairement de dossiers du coroner. Auparavant, personne au BCCO n'avait envisagé la possibilité d'interdire au D<sup>r</sup> Smith de pratiquer les autopsies en vertu de mandats du coroner. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns ont expliqué qu'ils ne remettaient toujours pas en question les compétences du D<sup>r</sup> Smith ni la qualité de son travail. Ils cherchaient plutôt à maintenir la confiance du public à l'égard du travail du BCCO et à protéger sa réputation. En outre, ils pensaient que la controverse dont faisait l'objet le D<sup>r</sup> Smith pouvait diminuer sa capacité de se charger des dossiers du coroner. En revanche, le D<sup>r</sup> Chiasson avait certaines préoccupations au sujet des compétences du D<sup>r</sup> Smith, indiquant à la Commission qu'il pensait « qu'il n'y avait pas de fumée sans feu ».

Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ont rencontré le D<sup>r</sup> Smith le 25 janvier 2001 ou très peu de temps avant. Ils ont parlé du fait que le D<sup>r</sup> Smith servait désormais de paratonnerre et que tout ce qu'il faisait attirerait énormément d'attention. Ils ont dit au D<sup>r</sup> Smith qu'il ne devait plus se charger des dossiers du coroner dans un avenir immédiat. Ils lui ont donné la possibilité de présenter sa démission parce que cela vaudrait mieux pour sa réputation et faciliterait sa réintégration au sein du BCCO, le cas échéant. Peu de temps après cette conversation, soit le 25 janvier, le jour même où la Couronne a retiré les accusations dans l'affaire Sharon, le D<sup>r</sup> Smith a écrit une lettre au D<sup>r</sup> Young dans laquelle il demandait qu'on lui retire les autopsies médico-légales et qu'on effectue un examen externe de son travail. Le D<sup>r</sup> Young a acquiescé à la demande du D<sup>r</sup> Smith.

Il n'a pas publié de communiqué de presse annonçant la démission du D<sup>r</sup> Smith. Il a considéré qu'il s'agissait d'une question interne et craint qu'un communiqué non seulement porterait atteinte à la réputation et à la carrière du D<sup>r</sup> Smith, mais empêcherait également le BCCO d'avoir recours à ses services à l'avenir. Cependant, environ un jour après le 25 janvier 2001, un journaliste du *Kingston Whig-Standard* a demandé au D<sup>r</sup> Young si le D<sup>r</sup> Smith travaillait toujours pour le BCCO. Le D<sup>r</sup> Young a alors déclaré au journaliste que le D<sup>r</sup> Smith ne travaillait plus pour le BCCO et qu'il devait attendre qu'un examen externe soit effectué avant de pouvoir se charger à nouveau de dossiers du coroner. Le D<sup>r</sup> Young a par la suite déclaré aux autres médias, y compris le *Toronto Star*, qu'il avait ordonné un examen indépendant de plusieurs cas traités par le D<sup>r</sup> Smith.

## Les examens de 2001

Après la démission du D<sup>r</sup> Smith, les cadres supérieurs du BCCO ont brièvement étudié la possibilité d'effectuer un examen externe approfondi de son travail. Cet examen a fait l'objet de discussions le 26 janvier 2001 lors d'une réunion du BCCO. Ils n'avaient pas une idée très claire de la forme ou de l'ampleur de l'examen, même s'ils savaient qu'il devrait comprendre les affaires Sharon et Tyrell. Après la réunion du 26 janvier, le BCCO a fouillé dans les dossiers informatiques dans le but d'établir une liste des dossiers du D<sup>r</sup> Smith et a demandé à des médecins légistes exerçant à l'extérieur du Canada s'ils étaient intéressés à participer à un examen. Ils ont pu retracer tous les cas dont le D<sup>r</sup> Smith s'était chargé en vertu de mandats du coroner après 1986, mais, dans la plupart d'entre eux, ils n'ont trouvé aucune information indiquant s'ils avaient ou non fait l'objet d'un procès. De plus, ils n'avaient aucun dossier sur les cas à propos desquels le D<sup>r</sup> Smith avait été consulté. Cette lacune démontre une faille systémique importante. L'incapacité du BCCO de produire des listes complètes des rapports d'autopsie rédigés par le D<sup>r</sup> Smith, des rapports de consultation qu'il avait préparés, de l'état des cas pour lesquels le D<sup>r</sup> Smith avait pratiqué une autopsie ou fourni des opinions en consultation et des résultats de ces cas était problématique et a sensiblement compliqué tous les examens des travaux du D<sup>r</sup> Smith, à la fois à cette époque-là et beaucoup plus tard.

Les cadres supérieurs du BCCO ont également déclaré publiquement qu'ils allaient procéder à un examen externe, tout particulièrement de l'affaire Sharon. Le lendemain du 25 janvier 2001 ou peu après, le D<sup>r</sup> Young a confié à un journaliste du *Kingston Whig-Standard* qu'il demanderait probablement à un expert externe d'examiner l'affaire Sharon. Cinq jours plus tard, soit le 31 janvier, le D<sup>r</sup> Cairns a informé le procureur de la Couronne chargé de l'affaire Paolo, qui s'informait de la situation du D<sup>r</sup> Smith, que le BCCO examinait le travail du D<sup>r</sup> Smith dans le cas des affaires Sharon et Tyrell.

Dans l'esprit du D<sup>r</sup> Young, l'examen externe ne cherchait qu'à déterminer si le D<sup>r</sup> Smith pouvait reprendre son travail auprès du BCCO. Il ne pensait pas qu'il pourrait être également dans l'intérêt du public qu'un examen des cas dont s'était chargé le D<sup>r</sup> Smith permette de déterminer les leçons qui pourraient en être tirées en matière de pathologie ou si les cas mettant en cause le D<sup>r</sup> Smith avaient donné lieu à des condamnations injustifiées. Les cadres du BCCO avaient tous des points de vue différents sur ce qu'un examen externe prendrait en compte. Le D<sup>r</sup> Chiasson comprenait qu'un tel examen engloberait toutes causes criminelles, présentes et passées, auxquelles avait participé le D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young, au contraire, prévoyaient qu'un examen porterait uniquement sur

les causes qui étaient toujours instruites devant les tribunaux criminels.

Le 12 février 2001, cependant, le D<sup>r</sup> Young a discrètement mis fin à toute enquête externe. Le 8 février 2001, la mère de Sharon a intenté des poursuites contre le D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Wood et d'autres personnes. De plus, plusieurs plaintes à l'encontre du D<sup>r</sup> Smith avaient déjà été déposées auprès de l'OMCO. Le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'il avait décidé de suspendre l'examen externe parce qu'il n'était pas disposé à réintégrer le D<sup>r</sup> Smith tant que le procès n'était pas terminé et que les plaintes n'étaient pas réglées. D'après lui, le seul but de l'examen externe était d'envisager la réintégration éventuelle du D<sup>r</sup> Smith et comme cette réintégration n'était pas imminente, l'examen n'était plus nécessaire. Les cadres supérieurs du BCCO ont par la suite décidé qu'un examen externe, même de l'affaire Sharon, ne s'avérait pas nécessaire parce que le corps avait déjà été exhumé et que de nombreux examinateurs externes avaient été consultés.

La décision du D<sup>r</sup> Young de mettre fin à l'examen ne reposait pas sur des conseils juridiques, bien qu'il ait discuté brièvement de la décision avec l'avocat du BCCO. Cette décision n'était pas bien comprise au BCCO. Alors qu'il témoignait à l'enquête préliminaire dans l'affaire Athena en novembre 2001, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré qu'il pensait que l'examen avait été suspendu après avoir consulté un avocat. Il est évident que même le D<sup>r</sup> Cairns n'était pas au courant du motif qui avait incité le D<sup>r</sup> Young à annuler l'examen externe.

Le D<sup>r</sup> Young n'a pas publié de communiqué de presse au sujet de sa décision de ne pas poursuivre l'examen, ni n'en avait informé le D<sup>r</sup> Smith. Il n'a fait de déclaration publique concernant sa décision qu'aux environs de juin 2001, lorsqu'il a déclaré au *Toronto Star* qu'il ne donnerait pas suite à l'examen du travail du D<sup>r</sup> Smith. En fait, lors d'une entrevue télévisée diffusée le 16 février 2001, le D<sup>r</sup> Young a indiqué que le BCCO allait examiner l'affaire Sharon et d'autres causes et que « l'examen serait probablement effectué par des experts des États-Unis ou de Grande-Bretagne ».

Le D<sup>r</sup> Young n'a pas dit aux médias ni à la Couronne qu'il avait annulé l'examen. Lors d'une réunion qui a eu lieu le 31 janvier 2001, le BCCO a demandé à la Couronne de l'aider à retracer les dossiers du D<sup>r</sup> Smith afin de procéder à un examen complet de son travail. De janvier à avril 2001 approximativement, le BCCO a demandé et reçu de l'aide des avocats de la Couronne et de la police pour déterminer les causes criminelles auxquelles avait participé le D<sup>r</sup> Smith. Malgré ces demandes et l'aide qu'il a reçue, le BCCO n'a jamais informé la Couronne ou la police de sa décision de mettre fin à l'examen externe proposé.

Comme ils n'en ont jamais été informés, les avocats de la Couronne ont supposé que le BCCO effectuait l'examen externe d'un échantillon des dossiers du D<sup>r</sup> Smith. Le juge John McMahon, alors directeur des procureurs de la Couronne

de la région de Toronto, pensait que le BCCO informerait la Couronne de tous les problèmes décelés durant l'examen. Il croyait que le BCCO prendrait en compte la possibilité qu'il y ait eu des condamnations injustifiées et a demandé au BCCO de l'informer de toute constatation qui pourrait avoir une incidence sur les poursuites au criminel en cours ou terminées. Comme le BCCO ne lui a transmis aucune information sur les progrès ou l'état de l'examen, il a présumé tout naturellement que le Bureau n'avait décelé aucun problème.

La Couronne n'était pas la seule à croire que le BCCO effectuait un examen des dossiers du D<sup>r</sup> Smith. Un certain nombre de services de police et d'avocats de la défense croyaient que le BCCO examinait toutes les causes criminelles en cours mettant en cause le D<sup>r</sup> Smith pour s'assurer que ses opinions étaient judiciaires sur le plan médical et que ses témoignages respectaient les normes acceptées. Dans les cas où la cause de la mort pouvait faire l'objet d'un différend raisonnable, ils croyaient que le BCCO soumettrait chaque cause à des examinateurs indépendants. Certains avocats de la défense ont également compris que le BCCO avait entrepris un examen des causes criminelles passées dont le D<sup>r</sup> Smith s'était occupé.

En 2001, le D<sup>r</sup> Chiasson, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Barry McLellan, alors coroner régional de la région Est du grand Toronto, ont effectivement entrepris une sorte d'examen interne après avoir identifié les dossiers du D<sup>r</sup> Smith. Il s'agissait, au mieux, d'un examen superficiel. Lorsque le dossier ne comportait aucun aspect criminel, le BCCO n'effectuait pas d'examen interne. Si le D<sup>r</sup> Chiasson avait déjà rempli un formulaire d'examen des cas de médecine légale au cours de son examen courant des rapports d'autopsie dans les cas de mort suspecte, le dossier était considéré comme ayant fait l'objet d'un examen interne. (Les limites de cette étude sur papier sont décrites au chapitre 7, Organisation de la médecine pédiatrique légale.) Lorsqu'il n'avait pas rempli ce formulaire, le D<sup>r</sup> Cairns, le D<sup>r</sup> McLellan ou le D<sup>r</sup> Chiasson ont tenté d'effectuer une étude sur papier du dossier afin de déterminer s'il révélait des erreurs importantes. Aucun rapport ni aucune note n'ont été créés concernant ce processus d'examen interne. Aucun total estimatif ni résumé n'a été consigné et, quoi qu'il en soit, un seul des examinateurs, le D<sup>r</sup> Chiasson, possédait les compétences nécessaires pour évaluer les questions d'ordre pathologique en question.

En avril 2001, l'avocat de William Mullins-Johnson a demandé à deux reprises que le BCCO effectue un examen du travail du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Valin. M. Mullins-Johnson avait été condamné pour meurtre au premier degré. La théorie voulait que M. Mullins-Johnson ait assassiné Valin pendant qu'il commettait une agression sexuelle. Le D<sup>r</sup> Smith a été le seul pathologiste à déclarer sous serment au procès que l'enfant avait été victime d'agression sexuelle au moment de

sa mort ou peu avant. Les autres pathologistes étaient d'avis que Valin avait été victime d'agression sexuelle, mais n'avaient trouvé aucun signe d'agression récente. Comme le D<sup>r</sup> Smith avait préparé un rapport de consultation, sans avoir procédé à une autopsie, le BCCO n'avait aucun dossier indiquant que le D<sup>r</sup> Smith avait participé à l'affaire Valin. C'est pourquoi il n'a pas répondu à cette requête, du moins pas en 2001.

De manière générale, le 4 avril 2001, l'avocat de la défense James Lockyer a écrit au D<sup>r</sup> Young pour lui dire que, d'après lui, « un examen complet des anciens dossiers du D<sup>r</sup> Smith s'avérait nécessaire ». Le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission qu'à cette époque, il n'avait pas considéré la lettre de M<sup>e</sup> Lockyer comme étant une demande d'examen en profondeur des anciens dossiers du D<sup>r</sup> Smith. Il connaissait bien M<sup>e</sup> Lockyer, qu'il a décrit comme étant « très persévérant » et agissant « comme un chien qui s'acharne sur son os ». Il pensait que, si M<sup>e</sup> Lockyer avait voulu la tenue d'un examen approfondi des dossiers du D<sup>r</sup> Smith, il l'aurait demandé publiquement et de façon beaucoup plus énergique qu'au moyen d'une lettre. Cependant, il est difficile de voir comment la lettre de M<sup>e</sup> Lockyer aurait pu être plus claire.

Le D<sup>r</sup> Young a également déclaré devant la Commission que la demande de M<sup>e</sup> Lockyer a été la seule demande d'examen complet qu'il a reçue des intervenants du système de justice. Il a cependant admis qu'il y avait peut-être eu de la confusion à propos du fait que le BCCO effectuait déjà un tel examen indépendant parce que ce dernier n'avait pas communiqué comme il se doit sa décision de l'annuler. En réalité, le fait que personne d'autre n'a demandé d'examen peut être attribuable à l'impression erronée que le BCCO effectuait déjà un examen complet du travail du D<sup>r</sup> Smith dans le cas des affaires criminelles. Le D<sup>r</sup> Young a provoqué ces malentendus et a fait peu de choses, sinon rien, pour les dissiper.

### **Mai 2001 : l'article de *Maclean's***

En mai 2001, le magazine *Maclean's* a publié un article intitulé « Dead Wrong » sur le D<sup>r</sup> Smith qui faisait la critique de son travail dans un certain nombre de causes, y compris l'affaire Amber. L'article parlait du « commentaire sévère » du juge Dunn et de sa critique du D<sup>r</sup> Smith « pour n'avoir même pas suivi les procédures d'autopsie qu'il avait lui-même prescrites ».

Le D<sup>r</sup> Cairns a accordé une entrevue au magazine *Maclean's*, avant la publication de l'article, au cours de laquelle il défendait le travail du D<sup>r</sup> Smith. Il a fait remarquer que le D<sup>r</sup> Smith était un « excellent atout » dans les enquêtes sur les morts d'enfant et il aurait dit : « C'est un ami, j'admire son travail et il fait l'admiration de tous à l'Hospital for Sick Children. » Le D<sup>r</sup> Cairns a mentionné au

magazine *Maclean's* que, même si les récentes controverses avaient affecté son collègue, le D<sup>r</sup> Smith avait contribué à la réussite de nombreuses causes judiciaires.

Le D<sup>r</sup> Young a déclaré devant la Commission qu'il « avait lu au moins une partie de l'article », mais ne se rappelait pas avoir lu les sections qui portaient sur l'affaire Amber. Il pensait avoir sauté ces parties, tout comme il avait sauté la section de la plainte de M. Gagnon relative au cas d'Amber. Malgré le fait qu'il n'était pas certain d'avoir lu l'article dans son intégralité, le D<sup>r</sup> Young a conclu qu'il était inéquitable et injuste à l'égard du D<sup>r</sup> Smith. Il a fait très peu de cas de l'article ou lui a accordé très peu d'importance et n'a demandé à personne d'examiner les questions d'ordre pathologique des dossiers qui y étaient mentionnés.

Même lorsqu'on a fait part expressément et de façon répétée de la décision du juge Dunn au D<sup>r</sup> Cairns et au D<sup>r</sup> Young, ils ont choisi de l'ignorer, préférant se fier aux propos du D<sup>r</sup> Smith voulant que le juge Dunn ait par la suite changé d'idée. En ignorant à maintes reprises ce signal d'alarme évident à propos du D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young ne se sont pas acquittés de leurs responsabilités à l'égard de la qualité des preuves pathologiques utilisées dans des enquêtes sur des morts.

Le D<sup>r</sup> Smith a été très bouleversé par l'article et en a parlé au D<sup>r</sup> Young. Il a par la suite intenté une action en justice à l'encontre du magazine *Maclean's* à cet égard. Dans sa réponse à une lettre provenant de deux parents inquiets qui avaient été touchés par des preuves du D<sup>r</sup> Smith et avaient lu l'article, le D<sup>r</sup> Young a déclaré qu'à son avis, l'article de *Maclean's* se « tromp[ait] totalement » en ce sens qu'il contenait plein d'hypothèses et de déclarations inexactes et qu'il fait actuellement l'objet de poursuites. Il l'aurait fait sans même avoir lu l'article jusqu'à la fin.

## **Juin 2001 : l'examen Carpenter – le D<sup>r</sup> Smith se remet à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner**

Le D<sup>r</sup> Smith n'a pratiqué aucune autopsie en vertu de mandats du coroner entre janvier et juin 2001. Cependant, il a continué de témoigner dans les affaires à l'égard desquelles il avait déjà pratiqué des autopsies ou avait été consulté et qui ont été portées devant les tribunaux après janvier 2001.

En juin 2001, le BCCO a pris des dispositions pour que le D<sup>r</sup> Blair Carpenter, chef pathologiste au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, examine six des dossiers du D<sup>r</sup> Smith portant sur des morts non suspects. Le but de cet examen était de déterminer si le D<sup>r</sup> Smith pouvait reprendre son travail dans les cas de morts relevant du coroner qui n'étaient pas suspects. Le SickKids avait un besoin urgent des services du D<sup>r</sup> Smith afin qu'il reprenne le travail sur les

dossiers du coroner en raison du fardeau important que les autopsies judiciaires imposaient à ses autres pathologistes. Le D<sup>r</sup> Chiasson a choisi les dossiers à examiner de façon aléatoire, mais s'est assuré que le D<sup>r</sup> Carpenter examine au moins un cas de traumatisme. Le BCCO a envoyé les rapports d'autopsie au D<sup>r</sup> Carpenter pour qu'il les examine, ainsi que le matériel histologique et les photographies. Le rapport du D<sup>r</sup> Carpenter a été très positif. Il a conclu que le travail du D<sup>r</sup> Smith ne posait aucun problème de qualité, d'exactitude ou de compétence. À la suite de l'examen du D<sup>r</sup> Carpenter, le BCCO a permis au D<sup>r</sup> Smith de reprendre les autopsies dans les cas de morts non suspectes relevant du coroner.

Après janvier 2001, le D<sup>r</sup> Smith n'a pratiqué aucune autopsie dans des cas de morts suspectes en vertu de mandats du coroner, à une exception près qui est décrite ci-dessous. Cependant, le BCCO n'a jamais informé les coroners locaux et régionaux que le D<sup>r</sup> Smith ne pratiquait plus d'autopsies dans les cas de morts suspectes d'enfants. Chose assez étonnante, le BCCO s'en remettait au bouche à oreille pour informer les gens de la situation du D<sup>r</sup> Smith. Il aurait été sûrement essentiel que, pour des questions d'assurance de la qualité ou de supervision, le BCCO informe les coroners que le directeur de l'UOMLP, l'expert en la matière, ne se chargeait plus des dossiers de morts suspectes d'enfants depuis janvier 2001.

Une fois qu'il a repris une partie de son travail auprès du BCCO, le D<sup>r</sup> Smith a, à plusieurs occasions, commencé des autopsies dans des cas de morts non suspectes et, lorsque des problèmes survenaient au cours de l'autopsie, y mettait fin et communiquait avec le BCCO. Le D<sup>r</sup> Chiasson reprenait ces dossiers. Le BCCO se fiait au D<sup>r</sup> Smith et aux autres membres du personnel du SickKids pour signaler tout cas qui, au départ, semblait routinier, mais qui devenait suspect au fur et à mesure que l'autopsie avançait. Il revenait au coroner, à la police et au D<sup>r</sup> Smith de décider si les cas étaient ou non suspects. Le BCCO s'en remettait également aux assistants en anatomopathologie du SickKids, qui devait communiquer avec le BCCO si le D<sup>r</sup> Smith commençait à pratiquer une autopsie dans un cas de mort suspecte et indiquait qu'il allait la poursuivre.

Le D<sup>r</sup> Smith a pratiqué une autopsie dans un cas de mort suspecte après janvier 2001. Il s'agissait d'un enfant qui avait été laissé seul par une nuit torride et qui avait été retrouvé mort et déshydraté. Aucun autre pathologiste n'était disponible pour pratiquer l'autopsie. Après avoir consulté le Bureau des homicides du Service de police de Toronto, le BCCO a décidé de laisser le D<sup>r</sup> Smith pratiquer l'autopsie et, par la suite, le D<sup>r</sup> McLellan a fait parvenir le dossier à un autre expert aux fins d'examen.

Même si le D<sup>r</sup> Smith n'était pas autorisé à pratiquer des autopsies dans des cas de morts suspectes après janvier 2001, il a néanmoins continué d'occuper les

fonctions de directeur de l'UOMLP. Il a également continué de donner des directives aux pathologistes du SickKids.

## **Septembre 2001 : le rapport de l'ombudsman à propos de la plainte de M. Gagnon**

Bien avant que le D<sup>r</sup> Smith soit retiré de la liste des pathologistes s'occupant des cas de morts suspectes, M. Gagnon a porté plainte auprès de l'ombudsman de l'Ontario à propos de l'enquête du BCCO sur la mort de Nicholas. Le 26 juin 2000, il a demandé à l'ombudsman de faire enquête sur sa plainte concernant le D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Cairns et sur le processus de traitement des plaintes du BCCO.

Le 10 novembre 2000, le D<sup>r</sup> Young a écrit à l'ombudsman au sujet de cette plainte. Dans sa lettre, il déclarait que le D<sup>r</sup> Cairns avait réagi de façon appropriée et avec célérité face aux opinions contradictoires du D<sup>r</sup> Smith et du D<sup>r</sup> Halliday en prenant des dispositions pour la tenue d'un examen indépendant. Il a également soutenu que les diverses opinions dans l'affaire illustraient « la complexité de la médecine légale dans les cas de jeunes enfants » et que les opinions du D<sup>r</sup> Smith étaient raisonnables d'un point de vue scientifique. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, confronté aux conclusions incontestables de la D<sup>re</sup> Case à l'effet contraire, le D<sup>r</sup> Young n'aurait pas dû déclarer que l'opinion du D<sup>r</sup> Smith était raisonnable.

Puis, le 23 novembre 2000, Virginia West, sous-solliciteuse générale, a écrit une lettre à l'ombudsman dans laquelle elle déclarait que le D<sup>r</sup> Young avait examiné les mesures prises par le D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Cairns tout au long de l'affaire et que le ministère avait conclu que le D<sup>r</sup> Cairns avait agi de façon appropriée.

L'ombudsman a toutefois conclu, le 24 septembre 2001, que le solliciteur général devrait penser à établir un organisme indépendant de traitement des plaintes ayant l'expertise spéciale nécessaire pour examiner les plaintes et assurer la responsabilisation du système des coroners. En 2002, un mécanisme officiel a été institué pour traiter les plaintes concernant le coroner en chef ou le coroner en chef adjoint dans le cadre duquel les plaintes seraient envoyées directement au bureau du sous-ministre et étudiées indépendamment du BCCO. Aucun processus indépendant n'a encore été créé pour les coroners ou les pathologistes.

## **Octobre 2001 à avril 2002 : le poil dans l'affaire Jenna**

À la fin de 2001 et au début de 2002, la conduite du D<sup>r</sup> Smith lors de l'autopsie de Jenna a soulevé des inquiétudes.



En octobre 2001, l'agent-détective Larry Charmley, qui était chargé de la nouvelle enquête dans l'affaire Jenna, a parlé au téléphone avec le D<sup>r</sup> Smith au sujet d'un poil qui avait été apparemment observé dans la région vaginale de Jenna, mais qui n'avait pas été déposé en preuve. Le D<sup>r</sup> Smith lui a dit qu'il avait recueilli le poil et l'avait conservé parce que la police ne voulait pas le prendre ou lui faire subir une analyse judiciaire. Il croyait avoir toujours le poil en sa possession. Le D<sup>r</sup> Smith a également dit qu'il avait pris les dispositions nécessaires pour qu'un expert dans le domaine de la violence sexuelle faite aux enfants examine Jenna et que cet expert n'avait trouvé aucune preuve d'agression sexuelle. L'agent-détective Charmley a demandé au D<sup>r</sup> Smith de retrouver le poil pour que la police puisse s'en servir comme preuve.

Le 6 novembre 2001, le D<sup>r</sup> Smith a confirmé qu'il avait le poil en sa possession. Neuf jours plus tard, soit le 15 novembre, l'agent-détective Charmley s'est rendu au bureau du D<sup>r</sup> Smith, où il a récupéré une enveloppe blanche scellée sur laquelle étaient inscrits à l'extérieur les mots « poil de la région pubienne ». Un sceau sur l'enveloppe indiquait que son contenu avait été prélevé lors de l'autopsie de Jenna.

En février 2002, un journal déclarait que la police avait récupéré le poil auprès du D<sup>r</sup> Smith. Les articles des médias critiquaient l'enquête de la police et l'autopsie du D<sup>r</sup> Smith. À la suite de ces articles, et sans aucun doute avant la fin de la première semaine d'avril 2002, l'épouse du D<sup>r</sup> Smith, qui était également coroner, a appelé le D<sup>r</sup> Cairns pour lui exprimer ses inquiétudes concernant le fait que le D<sup>r</sup> Cairns et le BCCO n'apportaient aucun soutien au D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Cairns a offert de les rencontrer tous les deux pour discuter de la question.

Le D<sup>r</sup> Cairns a par la suite rencontré le D<sup>r</sup> Smith et son épouse au BCCO, rencontre qui a duré entre deux heures et deux heures et demie. Le D<sup>r</sup> Cairns a indiqué à la Commission que le D<sup>r</sup> Smith lui avait demandé pourquoi le BCCO ne l'appuyait pas<sup>3</sup>. Le D<sup>r</sup> Cairns a répondu au D<sup>r</sup> Smith qu'il ne pouvait pas comprendre la déclaration de ce dernier voulant que l'agent de police qui assistait à l'autopsie de Jenna ait refusé de prendre le poil. Il trouvait cette suggestion « absurde ». Il a également dit au D<sup>r</sup> Smith que, si un agent avait réellement refusé de prendre le poil, il se serait attendu à ce que le D<sup>r</sup> Smith appelle le D<sup>r</sup> Cairns ou le D<sup>r</sup> Chiasson pour leur demander ce qu'il devait faire. Il a demandé pourquoi, si l'agent avait refusé de prendre le poil, le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas consigné cette information dans son rapport d'autopsie. Le D<sup>r</sup> Cairns a également demandé si le D<sup>r</sup> Smith avait conservé des notes sur l'événement, mais le D<sup>r</sup> Smith lui a dit qu'il

---

<sup>3</sup> Le D<sup>r</sup> Smith a témoigné qu'il n'avait aucun souvenir précis de la réunion, mais n'a pas mis en doute les souvenirs du D<sup>r</sup> Cairns.

ne l'avait pas fait. Le D<sup>r</sup> Cairns a répondu qu'il ne comprenait pas pourquoi le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas inscrit une « grosse note avec des lettres bien visibles » mettant en lumière ce qui aurait été considéré comme un événement bizarre.

Durant leur réunion, le D<sup>r</sup> Cairns a informé le D<sup>r</sup> Smith qu'il avait examiné la transcription du témoignage du D<sup>r</sup> Smith à l'enquête préliminaire. Il a observé que le D<sup>r</sup> Smith avait déclaré que son autopsie aurait été différente s'il avait su qu'un médecin traitant et une infirmière s'inquiétaient du fait que Jenna pouvait avoir été victime d'agression sexuelle et avaient observé un poil pubien possible dans sa région vaginale. Le D<sup>r</sup> Smith a dit au D<sup>r</sup> Cairns qu'il avait le poil dans une enveloppe dans la poche de son veston lorsqu'il a témoigné à l'enquête préliminaire. Comme l'a déclaré le D<sup>r</sup> Cairns devant la Commission, l'histoire du D<sup>r</sup> Smith « devenait de plus en plus étrange ». Il a demandé au D<sup>r</sup> Smith pourquoi il n'a pas dit qu'il avait le poil dans sa poche lorsqu'on lui a posé directement des questions à ce sujet pendant son témoignage, mais le D<sup>r</sup> Smith n'a pas répondu.

Le D<sup>r</sup> Smith a également dit au D<sup>r</sup> Cairns que le D<sup>r</sup> Dirk Huyer, médecin rattaché au programme SCAN du SickKids (enfants présumés victimes de violence et de négligence), avait assisté à au moins une partie de l'autopsie, même si sa présence n'avait pas été consignée dans le rapport d'autopsie. Le D<sup>r</sup> Cairns a trouvé qu'il était encore plus incroyable que le D<sup>r</sup> Huyer n'ait pas prélevé le poil. D'après l'expérience du D<sup>r</sup> Cairns en tant qu'urgentiste, la découverte d'un poil rendait obligatoire un examen complet consécutif à une agression sexuelle, y compris des prélèvements, mais aucun n'a été effectué. Le fait que cette procédure n'ait pas été suivie étaye l'hypothèse du D<sup>r</sup> Cairns selon laquelle le D<sup>r</sup> Huyer pourrait ne pas avoir été présent à l'autopsie. Lorsqu'on l'a interrogé sur l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Huyer n'a pu se rappeler d'une façon ou d'une autre s'il était présent.

Le D<sup>r</sup> Cairns n'a cru aucun des aspects de la description des événements du D<sup>r</sup> Smith. Pour la première fois, il concluait que le D<sup>r</sup> Smith ne pouvait être crédible et s'interrogeait sur ses compétences en tant que médecin légiste.

## **Avril 2002 : le D<sup>r</sup> Cairns informe l'OMCO et le D<sup>r</sup> Young du poil dans l'affaire Jenna**

Au cours de la première semaine d'avril 2002, peu de temps après sa rencontre avec le D<sup>r</sup> Smith et son épouse, le D<sup>r</sup> Cairns a communiqué avec le D<sup>r</sup> John Carlisle, le registrateur intérimaire de l'OMCO. À l'époque, l'OMCO enquêtait sur une plainte déposée par la mère de Jenna contre le D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Cairns a transmis au D<sup>r</sup> Carlisle l'information que lui avait fournie le D<sup>r</sup> Smith au sujet du poil dans l'affaire Jenna, y compris le fait qu'il avait le poil en sa possession depuis

l'enquête et qu'il ne l'avait pas remis à des fins d'analyse ou donné à la police avant 2002. Le D<sup>r</sup> Cairns a dit au D<sup>r</sup> Carlisle qu'il n'avait pas été informé antérieurement des faits dévoilés par le D<sup>r</sup> Smith et qu'il croyait, en se fondant sur les faits, que le D<sup>r</sup> Smith avait de sérieux problèmes.

Le D<sup>r</sup> Cairns a dit au D<sup>r</sup> Carlisle que le BCCO ne contesterait pas la compétence de l'OMCO dans cette affaire. Comme l'a affirmé le D<sup>r</sup> Young devant la Commission, le BCCO a toujours adopté une position claire sur la compétence de l'OMCO dans les affaires liées à des inconduites criminelles ou à des préoccupations d'ordre éthique. Le D<sup>r</sup> Young a témoigné qu'il considérait les problèmes concernant le poil et l'examen consécutif à une agression sexuelle dans l'affaire Jenna comme étant possiblement des questions d'ordre criminel ou éthique.

Le lendemain de sa réunion avec le D<sup>r</sup> Smith et son épouse, le D<sup>r</sup> Cairns a relaté la rencontre au D<sup>r</sup> Young et lui a dit qu'il avait discuté de la question avec l'OMCO. Le D<sup>r</sup> Young pensait lui aussi que l'histoire du D<sup>r</sup> Smith n'était pas crédible. D'après son expérience, les agents de police ne refusent pas de prendre des échantillons. De plus, il s'inquiétait du fait que le D<sup>r</sup> Smith lui ait raconté qu'il avait apporté le poil chez lui et l'avait emporté au tribunal. Il ne pouvait comprendre pourquoi le D<sup>r</sup> Smith avait choisi de divulguer l'existence du poil à ce moment-là. La conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Jenna a forcé le D<sup>r</sup> Young à s'interroger sur le jugement et l'éthique du D<sup>r</sup> Smith.

Cependant, malgré les inquiétudes du D<sup>r</sup> Cairns et du D<sup>r</sup> Young concernant la conduite du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Jenna, la situation du D<sup>r</sup> Smith au BCCO n'a pas changé après sa réunion avec le D<sup>r</sup> Cairns. Il a continué de siéger au CEDE et au Comité d'examen des décès d'enfant de moins de deux ans. Il a continué de pratiquer des autopsies dans des cas de morts non suspectes pour le BCCO. Il a en outre continué d'occuper les fonctions de directeur de l'UOMLP.

Le D<sup>r</sup> Cairns a témoigné que le BCCO croyait que le rôle du D<sup>r</sup> Smith avait été suffisamment limité parce qu'il ne pouvait plus pratiquer d'autopsie dans des cas de morts suspectes. Le BCCO craignait que, s'il prenait d'autres mesures à l'encontre du D<sup>r</sup> Smith, il pourrait nuire à l'enquête criminelle en cours dans l'affaire Jenna. Cependant, en repensant à cet épisode lors de son témoignage devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young n'a pu trouver d'explications au soutien continu qu'il avait offert au D<sup>r</sup> Smith et à la confiance qu'il mettait en lui en avril 2002, déclarant d'un air plutôt triste : « Je ne sais pas pourquoi nous le l'avons pas empêché de faire tout cela à l'époque [...] Je ne sais tout simplement pas. »

## Avril 2002 : le D<sup>r</sup> Young appuie le D<sup>r</sup> Smith devant l'OMCO

En avril 2002, l'OMCO avait reçu trois plaintes contre le D<sup>r</sup> Smith. Ces plaintes étaient liées aux affaires Jenna, Nicholas et Amber. Le 10 avril 2002, à la demande de l'avocat du D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Young a envoyé une lettre à Elizabeth Doris, enquêtrice en chef de l'OMCO. L'avocat du D<sup>r</sup> Smith avait rédigé la lettre que le D<sup>r</sup> Young a envoyée sans l'avoir pratiquement modifiée. Le D<sup>r</sup> Young a demandé que sa lettre soit remise au comité d'experts convoqués par l'OMCO pour examiner les pratiques du D<sup>r</sup> Smith.

La lettre du D<sup>r</sup> Young affirmait que, selon le BCCO, le D<sup>r</sup> Smith, l'un des cinq ou six pathologistes au Canada accrédités en pathologie pédiatrique possédait « les compétences requises pour entreprendre le travail qu'on lui avait demandé dans chacune de ces enquêtes (Jenna, Nicholas et Amber) ». Il a déclaré que le BCCO croyait que les conclusions tirées dans les affaires Amber et Nicholas répondaient aux attentes dans la mesure du raisonnable. Il a également fait remarquer qu'il n'était au courant d'aucune inconduite professionnelle de la part du D<sup>r</sup> Smith dans les enquêtes concernant Amber ou Nicholas. Finalement, le D<sup>r</sup> Young a déclaré : « Pour autant que je sache, le D<sup>r</sup> Smith n'a en aucun cas agi de mauvaise foi ou avec l'intention de faire obstacle ou de nuire aux enquêtes du coroner. »

Lorsque le D<sup>r</sup> Young a envoyé sa lettre, le D<sup>r</sup> Cairns l'avait pleinement informé de l'histoire douteuse du D<sup>r</sup> Smith relativement au poil dans l'affaire Jenna. Comme je l'ai mentionné, cette information l'a amené à douter de l'éthique et du jugement du D<sup>r</sup> Smith. Il savait que le poil et l'examen consécutif à une agression sexuelle soulevaient des questions d'ordre éthique et criminel et qu'ils pouvaient mener à des conclusions de mauvaise foi ou d'obstruction. Le D<sup>r</sup> Young jugeait quand même pertinent d'écrire ainsi à l'OMCO au nom du D<sup>r</sup> Smith. Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young a reconnu que sa déclaration selon laquelle le D<sup>r</sup> Smith n'avait pas agi de mauvaise foi ou n'avait pas fait entrave ou nui aux enquêtes « n'était pas correcte ».

À l'exception de cette déclaration de l'aveu de tous incorrecte, le D<sup>r</sup> Young ne tentait pas de présenter à l'OMCO, dans sa lettre, les faits concernant le poil dans l'affaire Jenna. Même s'il défendait le travail et l'expertise du D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Young n'a aucunement mentionné que, 15 mois auparavant, le BCCO avait retiré le D<sup>r</sup> Smith de la liste des personnes travaillant sur les cas de morts suspects d'enfants.

La lettre du D<sup>r</sup> Young a induit l'OMCO en erreur. En se fondant sur cette lettre, sa destinataire, M<sup>me</sup> Doris, a présumé que le BCCO n'avait aucune inquiétude relative aux compétences ou à la pratique du D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Young a dit à la

Commission qu'il a envoyé cette lettre pour tenter d'être juste envers le D<sup>r</sup> Smith. Il l'a toutefois fait aux dépens de l'intérêt public. Présentée de cette façon, après la longue série d'événements décrits ci-haut, la lettre n'était ni équitable, ni objective, ni sincère. Elle n'était pas digne d'un titulaire d'une charge publique de haut rang en Ontario.

## **Juillet 2002 : le D<sup>r</sup> Cairns donne son opinion d'expert en pathologie dans l'affaire Paolo**

En juillet 2002, le D<sup>r</sup> Cairns, comme le D<sup>r</sup> Young dans sa lettre à l'OMCO, a défendu le D<sup>r</sup> Smith. Cette fois-ci, c'était au sujet de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith en matière de pathologie dans l'affaire Paolo. En le défendant, le D<sup>r</sup> Cairns a dépassé la portée de son expertise, ce qui a eu pour effet de protéger l'opinion du D<sup>r</sup> Smith de tout examen approfondi. Même avant, toutefois, le D<sup>r</sup> Cairns avait semé la confusion quant à la situation du D<sup>r</sup> Smith au BCCO.

En octobre 2001, Lucy Cecchetto, avocate de la Couronne, a demandé que le BCCO examine le travail du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Paolo, à la demande de la défense. Au cours de leur correspondance à ce sujet, le D<sup>r</sup> Cairns n'a pas informé M<sup>e</sup> Cecchetto de la nature de l'examen de 2001 du travail du D<sup>r</sup> Smith et de sa situation quant aux dossiers du coroner. En tout, il a fait trois fausses déclarations à M<sup>e</sup> Cecchetto.

Tout d'abord, il a affirmé que le travail du D<sup>r</sup> Smith avait été examiné dans une vingtaine de cas. Dans 18 d'entre eux, il n'y a eu aucune divergence d'opinion avec celle du D<sup>r</sup> Smith, alors que, dans les deux autres cas, la différence se limitait à des divergences raisonnables entre experts. Deuxièmement, il a déclaré qu'aucun de ces examens ne laissait entendre que le D<sup>r</sup> Smith était incompetent ou avait été négligent dans le cas de ces dossiers. Troisièmement, il a déclaré qu'à la suite de l'examen, le D<sup>r</sup> Smith avait rejoint l'équipe pratiquant les autopsies en juin 2001 et que, selon le BCCO, le D<sup>r</sup> Smith était assez compétent pour effectuer n'importe quelle autopsie. Aucune des trois déclarations du D<sup>r</sup> Cairns n'était juste.

Malgré qu'il ait reçu copie d'une lettre de M<sup>e</sup> Cecchetto à l'avocat de la défense dans laquelle elle reprenait la fausse information qu'il lui avait donnée concernant l'examen du BCCO, le D<sup>r</sup> Cairns n'a pas pris de mesures pour corriger le malentendu. Ce manquement a eu pour effet de tromper la Couronne et l'avocat de la défense quant à la rigueur du processus d'examen du BCCO et à la portée de la pratique du D<sup>r</sup> Smith après juin 2001.

Aux alentours du 31 juillet 2002, le D<sup>r</sup> Cairns a avisé verbalement M<sup>e</sup> Cecchetto qu'il avait terminé l'examen de l'affaire Paolo, y compris celui de

l'autopsie et de toutes les preuves médicales. Le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré être d'avis que l'opinion du D<sup>r</sup> Smith et celle des autres experts médicaux concordaient entièrement. Il n'a relevé aucune contradiction et n'avait aucune inquiétude au sujet du rapport d'autopsie ou des preuves médicales. Le D<sup>r</sup> Cairns a affirmé à M<sup>e</sup> Cecchetto qu'à son avis, il ne servirait à rien de prendre d'autres mesures ou de demander d'autres opinions.

La Couronne a demandé un rapport écrit au D<sup>r</sup> Cairns puisque l'avocat de la défense étudiait la possibilité de présenter une requête relative à un nouvel élément de preuve. Le 27 septembre 2002, le D<sup>r</sup> Cairns a écrit à M<sup>e</sup> Cecchetto pour confirmer qu'il avait mené un « examen approfondi » du travail du D<sup>r</sup> Smith dans l'affaire Paolo, y compris du rapport d'autopsie, des photographies et du témoignage des experts durant le procès. Il a confirmé qu'il n'avait « aucune inquiétude à propos de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith et ne [voyait] absolument aucune raison pour laquelle [le BCCO] ou la Couronne ferait appel aux services d'un autre expert ».

Le D<sup>r</sup> Cairns se trompait. Une fois que les experts eurent examiné le cas, l'opinion du D<sup>r</sup> Smith avait été suffisamment discréditée par les autres pathologistes experts pour que la Cour suprême du Canada ordonne la tenue d'un nouveau procès pour les parents de Paolo. Le D<sup>r</sup> Cairns n'avait pas l'expertise nécessaire pour exprimer cette opinion, comme cela avait été le cas pour son affidavit dans l'affaire Nicholas. Pour effectuer un examen adéquat, il fallait des connaissances spécialisées en médecine légale. En outre, au moment où le D<sup>r</sup> Cairns a exprimé cette opinion mal fondée, il était parfaitement au courant des graves interrogations que soulevaient des affaires comme celle de Jenna au sujet des compétences du D<sup>r</sup> Smith, de son intégrité et de son jugement. Cet incident constitue un autre exemple de l'importance de la compréhension des experts et du respect des limites de leur expertise. Comme il l'a honnêtement reconnu devant la Commission, le D<sup>r</sup> Cairns n'avait absolument pas à donner cette opinion.

## **Novembre et décembre 2002 : conflit entre le D<sup>r</sup> Smith et la Police provinciale de l'Ontario**

Le prochain événement soulève une préoccupation différente en ce qui concerne le D<sup>r</sup> Smith : un prétendu abus de son autorité en tant que directeur de l'UOMLP, poste que le D<sup>r</sup> Young lui a permis de conserver en dépit des signes de danger précurseurs.

Le 18 novembre 2002, l'inspecteur J.J. (Jim) Szarka de la Police provinciale de l'Ontario a écrit au D<sup>r</sup> Young pour lui signaler qu'un de ses agents du poste de Cobourg du détachement de Northumberland avait arrêté le D<sup>r</sup> Smith pour excès de vitesse le 9 novembre 2002. Selon l'agent, le D<sup>r</sup> Smith s'est fâché lorsqu'il lui a

remis la contravention et a dit : « Savez-vous qui je suis? Je suis le chef de la médecine pédiatrique légale de la province. » Après avoir demandé à l'agent à quel poste il était rattaché, le D<sup>r</sup> Smith aurait affirmé : « La prochaine fois que le poste de Cobourg aura besoin des services d'un médecin légiste dans le cas d'un enfant, ils ne les trouveront pas dans notre bureau. » L'agent a ensuite demandé au D<sup>r</sup> Smith s'il allait refuser d'offrir ses services à Cobourg et mettre en jeu une enquête sur la mort d'un enfant en raison d'une contravention pour excès de vitesse, et le D<sup>r</sup> Smith aurait répondu par l'affirmative. L'inspecteur Szarka a souligné la gravité de la situation et a demandé une réponse au D<sup>r</sup> Young.

Le D<sup>r</sup> Young a discuté de l'affaire avec le D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> Young a affirmé devant la Commission qu'il avait averti le D<sup>r</sup> Smith de sa mauvaise conduite et que ce dernier devait des excuses à la police. Le 23 décembre 2002, le D<sup>r</sup> Young a écrit à l'inspecteur Szarka pour lui signaler qu'il avait examiné la plainte avec le D<sup>r</sup> Smith. Dans sa lettre, il déclarait : « Sans approuver l'exactitude de la description de ce qui s'était passé, [le D<sup>r</sup> Smith] regrette sincèrement toute idée ou impression qui aurait laissé croire que leurs services ne seraient pas disponibles. » Le D<sup>r</sup> Young a également fait remarquer que les services offerts n'avaient jamais été compromis.

Le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission qu'il n'avait pas l'impression que l'allégation de la Police provinciale avait évoqué la possibilité que le D<sup>r</sup> Smith abusait de son poste de directeur de l'UOMLP. Cette réaction est difficile à comprendre, particulièrement à la lumière du fait qu'à ce moment-là, le D<sup>r</sup> Young affirmait qu'il s'interrogeait déjà quant à l'intégrité du D<sup>r</sup> Smith et à son jugement à la suite de l'affaire Jenna. Le D<sup>r</sup> Smith est demeuré directeur de l'UOMLP pendant plus d'un an et demi après cet événement troublant. Le D<sup>r</sup> Young ne pouvait pas encore se résoudre à congédier le D<sup>r</sup> Smith.

## **La réaction du BCCO aux décisions de l'OMCO**

Le 15 octobre 2002, le Comité des plaintes de l'OMCO a rendu ses décisions concernant les plaintes reçues relativement aux affaires Jenna, Nicholas et Amber. Dans ces trois cas, les membres du comité ont conclu que le D<sup>r</sup> Smith respectait l'ensemble des normes applicables à un pathologiste assistant le coroner, bien qu'ils aient remarqué un certain nombre de faiblesses et d'omissions de la part du D<sup>r</sup> Smith, dont ce qui suit :

- a) il n'a pas examiné les renseignements cliniques avant de pratiquer l'autopsie;
- b) il n'a pas effectué d'examen à l'aide d'une trousse de prélèvement dans les cas de viol;

- c) il n'a pas consigné d'importantes observations concernant l'agression sexuelle;
- d) il a produit des photos post mortem de qualité insuffisante;
- e) il a fourni une estimation trop large de l'heure à laquelle les blessures mortelles ont été infligées et n'a pas consulté d'autre expert à ce sujet;
- f) il a été d'un dogmatisme excessif en cour;
- g) il a interprété certains éléments pathologiques de façon abusive;
- h) il n'a pas pris toutes les radiographies ou n'a pas demandé à un radiologiste d'examiner les radiographies;
- i) il a fourni un témoignage parfois fragile et a repoussé les témoins de la défense sans évaluer leur opinion de façon critique;
- j) il a tiré des conclusions non fondées.

Le D<sup>r</sup> Smith a par la suite reçu un avertissement en personne de la part de l'OMCO. Pour les médecins, un avertissement de la part de l'OMCO constitue un dénouement grave et de nombreux médecins portent en appel la décision du Comité des plaintes d'émettre un avertissement devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé. Lorsque le Comité des plaintes a refusé de renvoyer l'un ou l'autre des trois dossiers au Comité de discipline, D.M. et la mère de Jenna ont porté en appel, sans succès, la décision de ne pas renvoyer leur affaire au Comité de discipline devant la CARPS.

Dans sa décision concernant l'affaire Jenna, le Comité des plaintes n'a pas mentionné l'histoire du poil. Le D<sup>r</sup> Young n'avait aucune inquiétude à ce sujet. Il voyait le poil comme une question de crédibilité plutôt qu'une question essentielle de médecine légale et il croyait que le poil n'aurait probablement aucune valeur probante.

Le BCCO n'a pris aucune autre mesure en ce qui concerne le D<sup>r</sup> Smith à la suite des décisions du Comité des plaintes du 15 octobre 2002. Le D<sup>r</sup> Young a lu les trois décisions de l'OMCO qui ne l'ont pas fait changer d'attitude relativement aux compétences du D<sup>r</sup> Smith ni empêché ce dernier de pratiquer certaines autopsies pour le BCCO. Le D<sup>r</sup> Young ne croyait pas que le Bureau pouvait se permettre d'empêcher le D<sup>r</sup> Smith de pratiquer des autopsies dans des cas de morts non suspectes pour le BCCO. N'ayant pas réagi encore une fois aux graves critiques d'experts concernant le D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Young a fait passer ses préoccupations quant à la pénurie de médecins légistes avant son devoir de supervision du D<sup>r</sup> Smith.

Bien qu'il ne se soit pas attaqué aux problèmes concernant le D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Young a estimé qu'il était bon d'intervenir, une fois de plus, auprès de l'OMCO au nom du D<sup>r</sup> Smith. À la suite des décisions, ce dernier a soulevé des questions par rapport au fait qu'il n'avait aucun contrôle en tant que pathologiste sur certains



problèmes relevés par le Comité des plaintes. Le 17 février 2003, le D<sup>r</sup> Young a écrit au registraire de l'OMCO pour lui expliquer que les coroners étaient responsables de certaines des erreurs attribuées au D<sup>r</sup> Smith et que le BCCO essayait de remédier à ces erreurs au moyen de nouvelles politiques. Il a indiqué que le coroner-enquêteur, et non le pathologiste, était chargé de veiller à ce que le pathologiste ait toute l'information disponible avant d'effectuer l'autopsie. Le coroner-enquêteur était également responsable de l'orientation des efforts en matière de consultation ou d'analyse. En outre, le pathologiste ne pouvait pas être tenu responsable des photographies de qualité insuffisante (comme dans l'affaire Jenna) puisqu'elles étaient prises par le service de police qui effectuait l'enquête.

Même si le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission qu'il ne remettait pas en question les conclusions du Comité des plaintes au sujet du D<sup>r</sup> Smith et qu'il voulait seulement souligner les domaines à l'égard desquels les coroners partageaient les responsabilités, le fait qu'il considérait toujours approprié d'écrire à l'OMCO comme il l'a fait à la demande du D<sup>r</sup> Smith est inquiétant. Cela montre qu'il ne comprenait pas son rôle de superviseur auprès du D<sup>r</sup> Smith. Il n'avait pas à protéger le D<sup>r</sup> Smith de son organisme de réglementation professionnelle.

## **Juin 2003 : accusations suspendues dans l'affaire Athena**

Le 23 juin 2003, le juge du procès dans l'affaire Athena a dévoilé les motifs de son jugement suspendant les instances contre les parents d'Athena en raison d'un délai déraisonnable. Dans ses motifs, le juge W. Brian Trafford a critiqué le rôle du D<sup>r</sup> Smith dans le délai et a formulé des commentaires sur le témoignage du D<sup>r</sup> Cairns dans cette affaire. Comme je l'ai décrit au chapitre 8, Le D<sup>r</sup> Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale, le D<sup>r</sup> Smith a mis huit mois pour rédiger un addenda d'une page et demie à son rapport d'autopsie dans l'affaire Athena. Ce délai inacceptable a en partie influencé la décision du juge Trafford de suspendre les instances.

Le D<sup>r</sup> Cairns avait joué un rôle dans l'affaire Athena bien avant cet événement. En novembre 2001, le D<sup>r</sup> Cairns a témoigné à l'enquête préliminaire, en grande partie concernant la controverse entourant le D<sup>r</sup> Smith. Il a tenté de décrire l'examen du travail du D<sup>r</sup> Smith effectué par le BCCO en 2001. Il a déclaré qu'un certain nombre d'autopsies avaient été choisies au hasard et fait l'objet d'un examen indépendant. Il a témoigné que l'examen du travail du D<sup>r</sup> Smith avait été effectué, d'une part, par le D<sup>r</sup> Carpenter dans six cas et, d'autre part, par le D<sup>r</sup> Cairns, le D<sup>r</sup> Chiasson et le D<sup>r</sup> McLellan dans 17 cas de nature criminelle. Sur ces 17 cas, dix ont été examinés par des pathologistes externes à la demande de l'avocat de la Couronne ou de la défense. Mis à part la décision d'interrompre l'examen

indépendant de l'affaire Sharon par suite d'une consultation juridique relative à la poursuite intentée par la mère de Sharon, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré que les autres examens indépendants étaient terminés. Il a également déclaré que lui-même, le D<sup>r</sup> Chiasson et le D<sup>r</sup> McLellan avaient fait part des résultats de leur examen au D<sup>r</sup> Young en juin 2001 et qu'ils avaient dit à ce dernier que le D<sup>r</sup> Smith avait les compétences nécessaires pour effectuer toute autopsie sur des enfants. Le juge de l'enquête préliminaire a renvoyé les parents d'Athena à leur procès et ces derniers ont été traduits devant les tribunaux.

En 2002, le D<sup>r</sup> Cairns a été assigné, dans le cadre d'une requête de la défense relative à des dossiers de tiers, à comparaître au procès dans l'affaire Athena devant le juge Trafford. Le D<sup>r</sup> Cairns a rédigé deux déclarations sous serment en réponse à la requête de la défense. Les documents joints à son affidavit du 23 octobre 2002 comprenaient un tableau des cas faisant l'objet de l'examen du BCCO qu'il avait fourni à la défense en novembre 2001. Le D<sup>r</sup> Cairns a témoigné dans l'affaire Athena les 28 et 29 novembre 2002.

Le 23 juin 2003, le juge Trafford a suspendu les instances en raison d'un délai déraisonnable, décision qui a plus tard été maintenue par la Cour d'appel de l'Ontario. Dans les motifs de sa décision, le juge Trafford a constaté que le témoignage du D<sup>r</sup> Cairns à l'enquête préliminaire, bien qu'il fut de bonne foi et non volontairement trompeur, a eu pour effet de tromper la défense et a amené cette dernière à présenter des requêtes inutiles pour la production de tous les dossiers criminels qui faisaient, selon elle, l'objet d'un examen. Le juge Trafford a cité trois exemples du témoignage trompeur du D<sup>r</sup> Cairns. D'abord, le D<sup>r</sup> Cairns a mentionné que l'examen du D<sup>r</sup> Carpenter faisait partie de l'examen indépendant, alors que ce n'était pas le cas. Ensuite, il a témoigné qu'à l'exception de l'affaire Sharon, l'examen indépendant était terminé, alors qu'en fait, le D<sup>r</sup> Young l'avait suspendu pour une période indéfinie. Enfin, le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré que l'examen concluait que le D<sup>r</sup> Smith avait les compétences nécessaires pour pratiquer toutes les autopsies, alors qu'en réalité, aucun avis de ce genre n'avait été donné. En effet, le D<sup>r</sup> Smith avait été retiré de la liste de personnes travaillant sur les cas de morts suspectes d'enfants.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Cairns a avoué franchement que son témoignage à l'enquête préliminaire et sa réponse à la requête laissaient supposer que l'examen interne était plus approfondi et plus rigoureux qu'il ne l'était. Il a admis que son témoignage était extrêmement déroutant et avait des effets trompeurs. La défense a fini par penser que le BCCO avait mené un examen scientifique rigoureux. De plus, durant son témoignage en 2002, le D<sup>r</sup> Cairns avait fourni à la défense un tableau qui semblait présenter les résultats des examens externes et internes dans 17 des cas de morts suspectes du D<sup>r</sup> Smith. Cependant, le tableau

indiquait de façon inexacte à quel point les autres experts étaient d'accord avec les conclusions du D<sup>r</sup> Smith et était donc trompeur. Il menait des personnes raisonnables à conclure que le BCCO avait effectué un examen interne et un examen externe et que les examinateurs étaient en accord avec le D<sup>r</sup> Smith dans la plupart des cas, alors que tout cela était faux.

Par suite de la décision du juge Trafford, le D<sup>r</sup> Smith est resté sur la liste de l'équipe du BCCO pratiquant des autopsies dans les cas de morts non suspectes, est demeuré directeur de l'UOMLP et a continué de siéger aux comités du BCCO chargés de l'examen des morts d'enfants.

### **Décembre 2003 : le BCCO retire le D<sup>r</sup> Smith de la liste des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner**

En décembre 2003, le BCCO a finalement retiré le D<sup>r</sup> Smith de la liste des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner. La décision a été prise alors que les médias s'intéressaient toujours de près au D<sup>r</sup> Smith, y compris la suspension des instances en juin 2003 dans l'affaire Athena pour cause de délai. Le fait que le D<sup>r</sup> Smith attirait la critique constituait une source très importante de préoccupation, sinon la principale, pour le BCCO lorsqu'il a pris la décision de ne plus avoir recours à ses services. Dans l'ensemble, les membres des comités du BCCO croyaient que la collaboration continue du D<sup>r</sup> Smith avec le BCCO pourrait compromettre la réputation du Bureau et que ce dernier devait rompre tous ses liens avec le D<sup>r</sup> Smith. De plus, les pathologistes étaient craintifs à l'idée de terminer les autopsies sur les morts suspectes que le D<sup>r</sup> Smith avait commencées. Au même moment, le BCCO a obtenu d'autres ressources pour pratiquer les autopsies, y compris l'embauche du D<sup>r</sup> Pollanen, ce qui lui offrait des solutions au D<sup>r</sup> Smith.

Le 2 octobre 2003, le D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> McLellan, le D<sup>r</sup> Young, le D<sup>r</sup> Cairns, le D<sup>r</sup> Porter et M<sup>e</sup> O'Marra se sont rencontrés pour discuter de la poursuite de la relation du D<sup>r</sup> Smith avec le BCCO. La direction du BCCO et le D<sup>r</sup> Smith se sont demandé si ce dernier devait continuer de pratiquer des autopsies pour le BCCO ou de faire partie de ses comités, tels que le CEDE et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans.

Deux semaines plus tard, aux alentours du 16 octobre, le D<sup>r</sup> Young et M<sup>e</sup> O'Marra ont rencontré le D<sup>r</sup> Smith une fois de plus. Ils lui ont demandé de se désister afin de ne plus pratiquer d'autopsies pour le BCCO. Les notes de la rencontre font état de préoccupations sur le fait que le D<sup>r</sup> Smith agit comme paratonnerre et que, même si cela est probablement injuste, le fait que son nom

apparaît sur un rapport inspire des inquiétudes et amène les avocats de la défense à « sentir une proie ». Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young a déclaré que, même s'il se concentrait sur la réputation et l'image du paratonnerre au cours de cette rencontre afin de ménager les sentiments du D<sup>r</sup> Smith, il avait également des doutes, à ce moment-là, sur la qualité du travail de ce dernier. Il a donc dit au D<sup>r</sup> Smith durant la rencontre que le BCCO devait mettre fin à sa relation avec lui et lui a demandé de répondre rapidement.

Le D<sup>r</sup> Smith n'a pas démissionné après ces discussions en octobre 2003. En décembre, deux mois plus tard, le D<sup>r</sup> Young a finalement informé le D<sup>r</sup> Smith que ce dernier n'aurait plus la permission de pratiquer des autopsies pour le BCCO. Néanmoins, le D<sup>r</sup> Smith a conservé son poste de directeur de l'UOMLP. Il a demandé au BCCO s'il pouvait conserver son titre jusqu'au terme des instances de l'OMCO relatives aux plaintes liées aux affaires Nicholas, Jenna et Amber. Le 26 mai 2004, les instances de l'OMCO ont pris fin lorsque le Comité des plaintes de l'Ordre a remis un avertissement au D<sup>r</sup> Smith.

On ne sait pas exactement quand le D<sup>r</sup> Smith a été informé qu'il ne pouvait plus faire partie des comités du BCCO. Le D<sup>r</sup> Young se rappelle avoir parlé avec le D<sup>r</sup> Smith à un moment donné au premier semestre de 2004 et lui a demandé de démissionner des comités. Quoi qu'il en soit, il a été retiré des comités à l'été 2004.

## **Juin 2004 : le BCCO démet le D<sup>r</sup> Smith de ses fonctions de directeur de l'UOMLP**

En tant que directeur de l'UOMLP, le D<sup>r</sup> Smith a continué d'assumer des responsabilités administratives et d'examiner les rapports d'autopsie d'autres pathologistes au sein de l'unité même après janvier 2001. Il examinait les rapports avant qu'ils ne soient envoyés au coroner pour s'assurer que la bonne terminologie était utilisée pour classer la cause de la mort et qu'ils ne comprennent aucun fait ou exposé ne respectant pas les critères du BCCO. Il soulevait parfois des questions auprès de ses collègues sur les conclusions de leurs rapports. Dans son témoignage du 8 novembre 2001, au cours de l'enquête préliminaire dans l'affaire Athena, le D<sup>r</sup> Smith a déclaré qu'à titre de directeur de l'UOMLP, il continuait de superviser les pathologistes qui pratiquaient des autopsies médico-légales sur des enfants au SickKids.

En juillet 2002, en raison des autres importantes responsabilités du D<sup>r</sup> Young en tant que sous-ministre adjoint de la sécurité publique et commissaire à la sécurité publique, le D<sup>r</sup> McLellan est devenu coroner en chef intérimaire de l'Ontario et était responsable de la gestion quotidienne de presque toutes les activités du

BCCO. Cependant, le D<sup>r</sup> Young était toujours chargé des questions concernant le D<sup>r</sup> Smith.

Le D<sup>r</sup> Young a témoigné devant la Commission qu'il conservait ce rôle parce qu'il s'était occupé de la plupart des événements passés importants concernant le D<sup>r</sup> Smith. Le D<sup>r</sup> McLellan a témoigné qu'il a suggéré au D<sup>r</sup> Young et au D<sup>r</sup> Cairns que le D<sup>r</sup> Smith ne fasse plus partie des comités du BCCO, qu'il ne pratique plus d'autopsies et qu'il soit démis de ses fonctions de directeur de l'UOMLP. Le D<sup>r</sup> McLellan était préoccupé par les fonctions du D<sup>r</sup> Smith et était particulièrement inquiet au sujet des sentiments des membres des familles et des autres membres de l'équipe d'enquête sur les morts au sujet de la participation continue du D<sup>r</sup> Smith aux activités du BCCO. Lorsque le D<sup>r</sup> Young a refusé et a décidé que le D<sup>r</sup> Smith devait conserver ses fonctions, le D<sup>r</sup> McLellan a demandé au D<sup>r</sup> Young de continuer de s'occuper du D<sup>r</sup> Smith et le D<sup>r</sup> Young a accepté.

Le D<sup>r</sup> McLellan a été nommé coroner en chef de l'Ontario en avril 2004. Enfin, à la demande insistante du D<sup>r</sup> McLellan, le D<sup>r</sup> Smith a démissionné du poste de directeur de l'UOMLP le 1<sup>er</sup> juillet 2004.

## Résumé

Comme cet examen le montre, des signes de danger au sujet du D<sup>r</sup> Smith se sont accumulés pendant plus d'une décennie et la direction du BCCO, qui en fin de compte aurait pu agir, a pris trop peu de mesures pour endiguer le problème. Il s'agit d'une démonstration éloquente de la manière dont la supervision de la médecine pédiatrique légale pouvait s'avérer presque complètement défaillante et l'a effectivement été. Cet échec est en grande partie attribuable à trois facteurs : les graves faiblesses dont souffraient les mécanismes de responsabilisation et de surveillance, les mesures inadéquates de contrôle de la qualité et la structure institutionnelle déficiente de la médecine pédiatrique légale en particulier et de la médecine légale en général.

Le cadre législatif des enquêtes sur les morts en Ontario prévu dans la *Loi sur les coroners* n'établit aucun fondement permettant d'assurer la supervision efficace de la médecine légale. Il ne reconnaît aucunement la médecine légale, les services essentiels qu'elle fournit ou ceux qui devraient en être responsables.

À l'époque, la structure institutionnelle de la médecine légale n'était guère plus utile. Le BCCO avait très mal défini le poste de médecin légiste en chef et ne lui attribuait aucune responsabilité claire en matière de supervision. Même si, dans la structure organisationnelle du BCCO, le médecin légiste en chef relevait du coroner en chef, en l'absence de toute définition de ce rôle de supervision, la relation réelle entre ces deux postes était également ambiguë. Les relations entre le

BCCO et les unités régionales de médecine légale, et plus particulièrement l'UOMLP, n'étaient pas plus claires, ce qui rendait la supervision efficace de l'exercice de la médecine pédiatrique légale à l'UOMLP par le BCCO d'autant plus difficile. Les responsabilités relatives à la supervision qu'exerçait le directeur régional, poste qu'occupait le D<sup>r</sup> Smith à l'UOMLP, sur le travail accompli dans l'unité étaient très peu définies, voire même pas du tout. De plus, on ne savait pas exactement de qui relevait le directeur régional et de quoi il était redevable. En pratique, les activités d'un directeur régional comme le D<sup>r</sup> Smith en matière de pathologie n'étaient pas véritablement supervisées.

Étant donné ces faiblesses de la structure institutionnelle et les insuffisances des mesures de contrôle de la qualité adoptées dans les années 1990, la supervision du travail de pathologiste du D<sup>r</sup> Smith était pour ainsi dire inexistante. La seule exception était la supervision de fait effectuée par les D<sup>rs</sup> Young et Cairns qui découlait des relations qu'ils entretenaient depuis longtemps avec le D<sup>r</sup> Smith et de leurs postes qui leur conféraient en dernier ressort la responsabilité du BCCO. En réalité, cette vague supervision était la seule dont bénéficiait le D<sup>r</sup> Smith en matière de médecine pédiatrique légale sur le plan opérationnel. Ces deux hommes ont occupé un certain nombre de postes de responsabilité pendant de nombreuses années en Ontario et je suis certain qu'ils se sont bien acquittés de leurs fonctions et qu'ils l'ont fait de façon efficace à bien des égards. Dans ce cas-ci, ils n'ont toutefois pas réussi.

En vertu de leurs fonctions, le D<sup>r</sup> Young, en tant que coroner en chef, et le D<sup>r</sup> Cairns, son adjoint, avaient clairement autorité sur le D<sup>r</sup> Smith, à titre de directeur de l'UOMLP, et sur son travail individuel, si seulement ils avaient choisi de l'exercer. Ils auraient pu finalement le démettre des deux fonctions. Malheureusement, cette autorité n'a jamais donné lieu à une supervision efficace. Sous leur direction, il n'a jamais été démis du poste de directeur et on lui a demandé beaucoup trop tard d'arrêter d'exercer la médecine légale. De nombreux facteurs, en plus des faiblesses institutionnelles que j'ai décrites, ont contribué à cet échec.

Ce qui importe peut-être le plus, c'est que ni le D<sup>r</sup> Young ni le D<sup>r</sup> Cairns n'avaient de formation spécialisée en pathologie, sans parler de la médecine légale, et qu'ils n'ont nettement pas compris la position désavantageuse dans laquelle ce manque d'expertise les a placés. Même si le D<sup>r</sup> Cairns a exprimé ce qu'il prétendait être ses opinions médico-légales dans plusieurs cas, il reconnaît maintenant qu'elles étaient inappropriées et qu'il n'avait pas les compétences voulues pour le faire. Pour sa part, durant son témoignage devant la Commission, le D<sup>r</sup> Young a essayé de défendre le caractère raisonnable de l'opinion du D<sup>r</sup> Smith relativement à l'heure des blessures mortelles dans l'affaire Jenna, alors que les

experts en étaient venus à un consensus accablant selon lequel l'opinion n'était pas seulement déraisonnable, mais qu'elle était également fondée sur une erreur médicolégale. Le manque d'expertise du D<sup>r</sup> Young et du D<sup>r</sup> Cairns a contribué au fait qu'ils n'ont pas su reconnaître les insuffisances du D<sup>r</sup> Smith en matière de médecine légale malgré le lot de preuves qui s'accumulaient au cours des années 1990. Cela voulait dire que nombre des problèmes que les examinateurs experts ont maintenant dévoilés au grand jour n'ont pas ébranlé leur confiance absolue envers le D<sup>r</sup> Smith jusqu'à la toute fin, après autant de dommages.

Le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns disposaient en outre de très peu d'outils, voire même aucun, pour superviser efficacement le travail du D<sup>r</sup> Smith. Il n'y avait pas beaucoup de lignes directrices quant aux pratiques exemplaires pouvant servir à évaluer son rendement au cas par cas. En raison de cette lacune, ils ne disposaient de rien d'autre que de données empiriques sur ses pratiques et ses réalisations au sein du système de justice pénale. Par ailleurs, les plaintes déposées par certaines personnes dans des cas particuliers n'ont pu ébranler leur confiance envers la personne qu'ils croyaient être la figure dominante dans le domaine et ne l'ont effectivement pas ébranlée.

En outre, le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns entretenaient une sorte de relation symbiotique avec le D<sup>r</sup> Smith. Ils l'ont protégé activement et ont joué un rôle de premier plan dans le déroulement de sa carrière. Ils trouvaient que sa notoriété croissante dans le domaine était bénéfique pour le BCCO et ce dernier avait tout intérêt à continuer d'avoir recours à ses services. Le D<sup>r</sup> Young en particulier craignait que, sans le D<sup>r</sup> Smith, il n'y aurait personne pour pratiquer les autopsies dans les cas de morts suspectes d'enfants, en raison du petit nombre de personnes qualifiées dans le domaine. Bref, le D<sup>r</sup> Smith avait besoin du BCCO pour continuer de faire son travail et, pour la même raison, la haute direction du BCCO avait besoin de lui pour le faire. Cette symbiose faisait obstacle à la capacité du BCCO d'évaluer le travail du D<sup>r</sup> Smith sans parti pris – objectivité qui est essentielle à une supervision efficace.

La relation de travail entre ces trois hommes rendait toute possibilité d'évaluation objective d'autant plus difficile. Le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns partageaient la même conviction que le D<sup>r</sup> Smith quant à la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance » pour découvrir les possibilités de violence faite aux enfants. À la fin des années 1990, ils avaient collaboré pendant plus d'une décennie et étaient devenus de proches collègues qui estimaient le travail de chacun. Le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns considéraient le D<sup>r</sup> Smith comme un membre important de l'équipe de direction du BCCO. Comme l'a mentionné le D<sup>r</sup> Young, ils tenaient pour acquis le niveau de compétence des membres de la haute direction. Douter du D<sup>r</sup> Smith revenait à douter de l'un des leurs. À mon avis, cette proche relation

professionnelle faisait en sorte que la haute direction du BCCO avait beaucoup de difficulté à superviser le D<sup>r</sup> Smith de façon objective. La conséquence regrettable de ce manque de supervision a été la perte de confiance du public dans la capacité de gouvernance du BCCO.

Devant la Commission, le D<sup>r</sup> Cairns a franchement admis qu'il était responsable de ce manque de supervision. Comme il l'a mentionné, il a accordé une confiance excessive au D<sup>r</sup> Smith étant donné qu'il l'avait placé sur un piédestal. D'une façon un peu ironique, il a exprimé sa profonde déception envers lui-même, lui qui faisait partie de ceux qui prônaient la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance », pour ne pas avoir été plus méfiant ou fait preuve d'objectivité dans son évaluation du rendement du D<sup>r</sup> Smith et pour avoir mis autant de temps à comprendre ce qui se passait réellement.

Comme le D<sup>r</sup> Cairns, le D<sup>r</sup> Young a également présenté ses excuses devant la Commission. Il a reconnu que ces événements se sont produits sous sa direction et qu'il en est ultimement responsable. Selon moi, ces excuses sont appropriées parce qu'en plus de ce que j'ai déjà décrit, les caractéristiques du D<sup>r</sup> Young ont contribué à cet échec.

Pendant qu'il était toujours coroner en chef, et au fil de l'évolution des événements, le D<sup>r</sup> Young a été simultanément nommé à des postes beaucoup plus importants au gouvernement provincial, d'abord en tant que sous-ministre adjoint de la sécurité publique et ensuite en tant que commissaire à la sécurité publique. Il a franchement admis devant la Commission qu'il était une personne ayant une vue d'ensemble, que les détails ennuyaient, qui faisait un survol des documents qu'il recevait sans les lire et qui n'avait pas le temps d'analyser les choses en détail. Comme il l'a mentionné : « Je suis un homme de vision. Je vois les choses en grand et, franchement, je trouve ennuyeux de refaire toujours la même chose chaque jour. Cela ne me convient pas vraiment. » Compte tenu du fardeau que lui imposaient en plus ses nouvelles responsabilités, le manque d'attention du D<sup>r</sup> Young à l'endroit de l'administration quotidienne menait tout droit à l'échec de la supervision. Que ce soit dû au fait qu'il n'a pas fait suite au jugement du juge Dunn et de ses implications, lu toute la plainte de M. Gagnon avant de donner une réponse, regardé l'émission *the fifth estate* et évalué la validité des critiques ou, en 2001, élaboré et suivi un plan cohérent d'examen des dossiers du D<sup>r</sup> Smith, la vigilance régulière nécessaire à une supervision efficace était absente.

Au départ, alors que les nuages s'amassaient, le D<sup>r</sup> Young était plus préoccupé par le fait que, dans l'intérêt du BCCO, les services du D<sup>r</sup> Smith devaient se poursuivre, que par la question de savoir si ces services engendraient un processus de médecine légale fondamentalement vicié. Comme la fin approchait, le D<sup>r</sup> Young était plus inquiet de la publicité négative que le D<sup>r</sup> Smith pourrait attirer sur le



BCCO que des conséquences potentielles des lacunes du D<sup>r</sup> Smith sur la responsabilité du BCCO d'assurer des enquêtes de grande qualité. Il n'a pas pensé au fait que le Bureau aurait pu jouer un rôle dans les condamnations injustifiées résultant du travail du D<sup>r</sup> Smith. Les préoccupations au sujet de la réputation du BCCO, bien qu'elles soient fondées, ne peuvent pas faire obstacle au devoir essentiel d'assurer des enquêtes d'excellente qualité sur les morts.

Finalement, au moment où le dernier acte se jouait, le D<sup>r</sup> Young continuait de défendre l'indéfendable au nom de la réputation du BCCO. Même après que le D<sup>r</sup> Cairns eut perdu confiance envers l'intégrité et les compétences du D<sup>r</sup> Smith et la révélation des actions de ce dernier en ce qui concerne le poil dans l'affaire Jenna, le D<sup>r</sup> Young n'a pas agi, mais a plutôt appuyé les capacités du D<sup>r</sup> Smith en tant que pathologiste, de même que son expertise. Le D<sup>r</sup> Young a été le dernier à se rendre compte de la véritable situation et, devant la Commission, il s'est résolu à dire ce qu'il aurait pu probablement dire, de façon tout aussi valable, à de nombreuses occasions au cours de la dernière décennie : « Je ne sais pas pourquoi nous ne l'avons pas empêché de faire tout cela à l'époque [...] Je ne sais tout simplement pas. »

En bout de ligne, en tant que coroner en chef, le D<sup>r</sup> Young doit assumer la responsabilité ultime de ce manque de supervision. Alors qu'il accédait à des postes de plus haut niveau, il s'est montré incapable d'exercer l'autorité que lui conférait le poste qu'il occupait déjà : assurer la supervision vigilante du D<sup>r</sup> Smith. Lorsqu'il a finalement agi, c'était pour protéger la réputation du Bureau, sans penser que l'intérêt public et des personnes avaient probablement déjà été affectés. Malheureusement, le D<sup>r</sup> Smith a fait l'objet d'une supervision beaucoup trop mince et beaucoup trop tard.

## **LE RÔLE DE L'HOSPITAL FOR SICK CHILDREN**

De 1995 à 1997 à tout le moins, le D<sup>r</sup> Becker et d'autres personnes à l'Hospital for Sick Children (HSC) se sont préoccupés à la fois du caractère opportun et de la qualité du travail en pathologie effectué par le D<sup>r</sup> Smith pour l'hôpital. Malgré ces préoccupations continues à l'égard des retards et des divergences de diagnostic dans le travail du D<sup>r</sup> Smith, il semble que personne à l'HSC n'ait pris de mesures disciplinaires officielles contre lui ni fait part de ses inquiétudes au BCCO. Je ne peux déterminer ce qui aurait pu se produire en bout de ligne si le BCCO avait été informé de ces préoccupations par l'HSC, mais il ne fait aucun doute qu'elles auraient dû éclairer les mesures prises par le bureau de 1995 à 1997 le cas échéant. En choisissant de ne pas fournir ces renseignements, l'HSC a empêché le BCCO d'assurer une supervision efficace.

Contrairement au BCCO, l'HSC a fait le suivi des délais d'exécution pour l'ensemble des cas de pathologie chirurgicale, des autopsies d'hôpital et des autopsies du coroner pratiquées ou examinées à l'hôpital. À la fin de chaque mois, le service de pathologie a produit une liste des cas incomplets de chaque pathologiste, laquelle a été remise au D<sup>r</sup> Becker et au pathologiste concerné. La plupart des pathologistes ont répondu aux attentes du D<sup>r</sup> Becker, mais pas le D<sup>r</sup> Smith en général.

Le D<sup>r</sup> Smith a souvent présenté le plus grand nombre de rapports de pathologie chirurgicale, d'autopsie d'hôpital et d'autopsie médico-légale incomplets au sein du service. De plus, ce sont ses rapports qui sont souvent demeurés incomplets le plus longtemps. Dans certains cas, il a fallu quatre mois au D<sup>r</sup> Smith pour terminer un rapport chirurgical qui aurait dû prendre tout au plus deux semaines.

Les retards du D<sup>r</sup> Smith ont frustré les parents concernés et retardé le travail des cliniciens qui avaient besoin des résultats des analyses de pathologie chirurgicale avant de prendre des décisions importantes liées aux soins des patients. Les cliniciens et les membres des familles ont parfois été obligés de communiquer avec le D<sup>r</sup> Smith tout au long des années 1990 et même au début des années 2000 pour lui demander de toute urgence ses rapports chirurgicaux, quelquefois sans résultat. Le D<sup>r</sup> Becker a tenté de régler ces problèmes persistents en parlant directement au D<sup>r</sup> Smith au sujet des cas urgents et en demandant même à un autre pathologiste de remplir le rapport dans certains cas.

Durant l'enquête, le D<sup>r</sup> Smith a reconnu que tout au long de son mandat à l'HSC, sa capacité à terminer à la fois les rapports chirurgicaux et les rapports d'autopsie en temps opportun a posé des problèmes persistents. Même s'il était conscient de ses retards et des problèmes qu'ils causaient, les améliorations qu'il a pu apporter de temps à autre ne se sont révélées que temporaires. Il a reconnu que les retards fréquents dans la production de ses rapports ont nui au travail de ses collègues et pouvaient avoir diminué la qualité des soins aux patients dans certains cas.

En plus des préoccupations relatives à la production des rapports en temps opportun, l'hôpital s'est inquiété de l'exactitude des diagnostics du D<sup>r</sup> Smith. Les cliniciens s'appuient sur les diagnostics des pathologistes pour prendre des décisions critiques au sujet des traitements. Les divergences de diagnostic en pathologie chirurgicale peuvent avoir une grande incidence sur les soins des patients. À titre de pathologiste en chef, le D<sup>r</sup> Becker s'est occupé à plusieurs occasions des préoccupations liées aux diagnostics se rapportant aux rapports de pathologie chirurgicale du D<sup>r</sup> Smith. Autour de 1997, on se préoccupait manifestement à l'HSC des compétences cliniques du D<sup>r</sup> Smith dans la lecture et l'interprétation des diapositives microscopiques.

Dans un cas, un chirurgien s'est plaint du diagnostic posé par le D<sup>r</sup> Smith avant mars 1997, dans lequel il a mal diagnostiqué des cellules ganglionnaires, ce qui a fait en sorte qu'un jeune patient a subi une chirurgie qui n'était pas nécessaire. Le chirurgien s'est grandement inquiété à juste titre, puisque l'erreur du D<sup>r</sup> Smith a eu d'importantes répercussions sur les soins prodigués au patient. Selon la D<sup>re</sup> Glenn Taylor, pathologiste en chef actuelle à l'HSC, on considère que le diagnostic de cellules ganglionnaires est difficile à poser et une telle erreur de diagnostic donne lieu très souvent à des procès civils contre des pathologistes pédiatriques.

Le 21 mars 1997, le D<sup>r</sup> Paul Thorner, chef adjoint du service de pathologie à l'HSC, a rédigé une note de service à l'attention du D<sup>r</sup> Becker relativement à des divergences de diagnostic survenues dans quatre cas de pathologie chirurgicale traités par le D<sup>r</sup> Smith. Le fait que l'on ait pu trouver quatre erreurs de diagnostic à l'intérieur d'un si court délai était fort préoccupant. Dans le premier cas, une erreur a été commise à l'égard d'un diagnostic qui aurait dû être plutôt simple à poser. Dans le deuxième cas, il était facile de confondre le bon diagnostic avec celui posé par le D<sup>r</sup> Smith. Le troisième cas mettait en cause le diagnostic d'une lésion inhabituelle qui aurait pu être difficile à reconnaître. Ces trois cas n'ont eu aucune incidence sur les soins des patients, mais le quatrième en a eu une.

Dans ce dernier cas, le D<sup>r</sup> Smith a mal diagnostiqué deux coupes sous congélation de tissu. Les coupes sous congélation sont les premiers échantillons de tissu qu'examine un pathologiste pendant que le patient demeure sous anesthésie dans la salle d'opération. Le D<sup>r</sup> Smith a déclaré que les deux coupes sous congélation étaient réactives ou bénignes. En fonction du diagnostic du D<sup>r</sup> Smith, on a retiré le patient de la salle d'opération pour qu'il puisse se rétablir. Par la suite, les échantillons de tissu ont été bloqués et les diapositives permanentes ont été préparées. Le D<sup>r</sup> Smith a correctement lu la coupe permanente, laquelle était maligne. L'enfant a dû retourner en salle d'opération pour recevoir un tuyau de chimiothérapie. L'enfant avait au moins besoin d'une deuxième intervention chirurgicale. Ce qui est plus grave, c'est que le traitement adéquat a peut-être été inutilement retardé.

En avril 1997, le D<sup>r</sup> Becker a rédigé une lettre adressée au D<sup>r</sup> Smith au sujet d'« une disproportion du nombre de plaintes relatives à des incohérences de diagnostic provenant de pédiatres et de chirurgiens » à l'égard du travail en pathologie chirurgicale du D<sup>r</sup> Smith. La lettre précisait que le D<sup>r</sup> Becker réduisait les responsabilités du D<sup>r</sup> Smith en pathologie chirurgicale jusqu'à ce qu'il ait suivi des cours de formation médicale continue pour améliorer ses compétences en la matière. La lettre n'était pas signée et il semble qu'elle n'ait pas été envoyée<sup>4</sup>. Le

---

<sup>4</sup> Le D<sup>r</sup> Becker est décédé en juillet 2002. Il n'a donc pas été possible d'entendre son témoignage à ce sujet.

D<sup>r</sup> Smith a déclaré sous serment que personne ne l'avait avisé de préoccupations importantes à l'égard de son travail en pathologie chirurgicale ni ne l'avait informé qu'il devait par conséquent cesser de s'occuper de cas de chirurgie. La lettre du D<sup>r</sup> Becker indiquait également que puisque le D<sup>r</sup> Smith ne pratiquerait plus de pathologie chirurgicale de façon régulière, son « salaire versé par le Service de pathologie sera réduit de 20 000 \$ pour 1997 ». Toutefois, le salaire du D<sup>r</sup> Smith n'a pas été réduit de ce montant. Que la lettre ait été envoyée ou non, elle reflète clairement les préoccupations importantes du D<sup>r</sup> Becker à l'égard des compétences en matière de diagnostic du D<sup>r</sup> Smith.

Toujours en 1997, un oncologue de l'HSC a rapporté deux cas de pathologie chirurgicale dans lesquels le D<sup>r</sup> Smith avait commis des erreurs. Dans un des cas, le D<sup>r</sup> Smith avait correctement trouvé deux composants de la tumeur, mais à l'examen, le D<sup>r</sup> Thorner et le D<sup>r</sup> Taylor ont découvert un troisième composant qui a nécessité la modification du traitement. Le diagnostic supplémentaire n'aurait pas fait partie de l'expérience normale d'un pathologiste qui ne voit pas régulièrement ces lésions. Le D<sup>r</sup> Thorner a déclaré que le D<sup>r</sup> Smith aurait dû noter qu'il y avait quelque chose qu'il ne reconnaissait pas et demander l'aide de ses collègues. Dans l'autre cas, le D<sup>r</sup> Smith n'a pas reconnu qu'un néphroblastome s'était répandu au-delà du rein. On a demandé au D<sup>r</sup> Taylor d'examiner le cas environ un an plus tard, lorsque l'enfant a présenté une récurrence de la tumeur. Il a découvert que la tumeur s'était répandue au-delà du rein et que cette invasion était évidente sur les premières diapositives examinées par le D<sup>r</sup> Smith. Si le D<sup>r</sup> Smith avait correctement diagnostiqué la propagation de la tumeur, l'enfant aurait reçu un traitement plus agressif.

Ces cas ne représentaient qu'une faible proportion de l'ensemble du travail en pathologie chirurgicale effectué par le D<sup>r</sup> Smith au cours de sa carrière. Toutefois, ses collègues étaient parfois clairement frustrés par ses erreurs de diagnostic. Un courriel rédigé par le D<sup>r</sup> Thorner à l'attention du D<sup>r</sup> Becker en mai 1997 témoignait de cette frustration. Ce courriel faisait référence à deux plaintes à l'égard du D<sup>r</sup> Smith comme « un autre coup dur ». Il faut toutefois mentionner que les plaintes à l'égard des questions de diagnostic ne sont pas allées jusqu'à la restriction officielle des privilèges du D<sup>r</sup> Smith par le pathologiste en chef.

## **Renseignements non partagés avec le BCCO**

L'HSC a décidé de ne pas faire part au BCCO de ses préoccupations au sujet des retards fréquents du D<sup>r</sup> Smith dans la production de ses rapports en temps opportun ou de ses inquiétudes à l'égard de ses erreurs de diagnostic. Malgré les fréquentes rencontres avec les représentants du BCCO afin de discuter des

préoccupations du bureau à l'égard des retards du D<sup>r</sup> Smith, les représentants de l'HSC n'ont jamais mentionné qu'ils éprouvaient les mêmes difficultés avec le travail qu'il effectuait pour eux.

Le D<sup>r</sup> Young a déclaré que si le BCCO avait été au courant des préoccupations au sujet des divergences de diagnostic dans le travail chirurgical du D<sup>r</sup> Smith, cette information aurait influencé son jugement à l'égard du travail du D<sup>r</sup> Smith pour le BCCO. Le D<sup>r</sup> Cairns a partagé ce point de vue et indiqué à la Commission d'enquête que les compétences du D<sup>r</sup> Smith en histopathologie étaient essentielles à son rendement en tant que médecin légiste. Dans les cas de pédiatrie, notamment, il se peut que l'on s'appuie davantage sur l'histopathologie puisque les signes de violence externes peuvent s'avérer très subtils.

Le fait de ne pas avoir partagé de renseignements pertinents au sujet des divergences de diagnostic s'est avéré une erreur. Lorsqu'un pathologiste pratique une pathologie clinique pour un hôpital et une pathologie médico-légale pour le BCCO, il est important que les deux établissements communiquent entre eux au sujet de ces importantes préoccupations.

## LE RÔLE DE L'OMCO

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) est l'organisme qui réglemente la profession médicale en Ontario. La profession médicale est en grande partie autoréglementée et cette réglementation est obtenue par le biais de l'OMCO. Les médecins doivent être membres de l'OMCO pour pouvoir exercer dans la province. Il est essentiel que l'OMCO régisse la profession médicale en agissant d'abord et avant tout dans l'intérêt du public.

L'OMCO réglemente l'exercice de la médecine en délivrant des certificats d'enregistrement aux médecins, en surveillant et en maintenant les normes d'exercice grâce à des évaluations par les pairs et à des mesures correctives, en enquêtant sur les plaintes déposées contre les médecins au nom du public et en prenant des mesures disciplinaires contre les médecins qui peuvent avoir commis des fautes professionnelles ou fait preuve d'incompétence. Le rôle et le pouvoir de l'OMCO sont énoncés dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, chap. 18, dans le *Code des professions de la santé* (annexe 2 de cette loi) et dans la *Loi de 1991 sur les médecins*, L.O. 1991, chap. 30.

## Plaintes contre le D<sup>r</sup> Smith

Les trois plaintes contre le D<sup>r</sup> Smith déposées par D.M., M. Gagnon et M<sup>me</sup> Brenda Waudby se sont avérées complexes pour les enquêteurs de l'OMCO

qui les ont traitées. La complexité des plaintes a découlé de leur gravité et du nombre de préoccupations soulevées dans chacune d'entre elles.

### ***Plainte dans l'affaire Amber (plainte de D. M.)***

Dans le premier cas, D.M. a communiqué avec l'OMCO le 5 novembre 1991 et a exprimé des préoccupations à l'égard du D<sup>r</sup> Smith et de deux autres médecins de l'HSC. D.M. a indiqué que sa fille, S.M., avait été acquittée d'homicide involontaire par le juge Dunn le 25 juillet 1991 dans une décision qui critiquait les médecins de l'HSC. Une lettre de D.M. adressée à l'OMCO, datée du 6 novembre 1991, renfermait le jugement du juge Dunn et d'autres documents venant appuyer la plainte de D.M. selon laquelle les « médecins à l'Hospital for Sick Children avaient été négligents en formulant un diagnostic de violence envers un enfant (provoquée par une secousse) relativement à la mort d'Amber, lequel a entraîné une accusation d'homicide involontaire » contre la fille de 12 ans de D.M.

Le 24 mars 1992, D.M. a envoyé une lettre de plainte officielle à l'OMCO énonçant ses préoccupations à l'égard du D<sup>r</sup> Smith, des autres médecins de l'HSC et de l'équipe SCAN de l'HSC relativement à « leur diagnostic injustifié de syndrome du bébé secoué ». Les critiques que contenait la plainte de D.M. étaient très étroitement liées aux critiques énoncées dans la décision du juge Dunn dans le cas Amber. La plainte de D.M. mettait également l'accent sur les opinions fermement soutenues par les quelque dix experts de la défense qui avaient été en désaccord avec le D<sup>r</sup> Smith et les autres médecins de l'HSC au cours du procès.

Le 1<sup>er</sup> avril 1992, l'enquêteur de l'OMCO a écrit au D<sup>r</sup> Smith en lui fournissant une copie de la plainte déposée contre lui et en lui demandant d'y répondre. Dans sa réponse fournie le mois suivant, le 4 mai, le D<sup>r</sup> Smith indiquait ce qui suit :

[À] deux occasions au cours de ma semaine de témoignage, le juge Patrick Dunn a longuement discuté de mon témoignage avec moi. Il m'a indiqué à maintes reprises qu'il croyait [S.M.] coupable et qu'il croyait les opinions émises par les médecins du SickKids, et par moi-même.

[...]

Je demeure tout aussi convaincu que la blessure à la tête [d'Amber] a découlé d'un traumatisme non accidentel. De plus, dans les mois qui ont suivi sa mort, le nombre accru de documents médicaux dans le domaine de la violence envers les enfants vient appuyer mon point de vue.

En octobre 1996, l'enquêtrice de l'OMCO C. Michèle Mann a repris l'enquête sur la plainte de D.M. puisque l'enquêteur précédent avait quitté l'OMCO. Il n'a

pas semblé y avoir d'activités sur cette enquête entre le mois d'octobre 1992 et le mois d'octobre 1996, à l'exception d'une lettre rédigée à l'attention de D.M. en octobre 1995, ce qui constitue un délai anormal.

Lorsqu'elle a lu le dossier en octobre 1996, M<sup>me</sup> Mann a été surprise et préoccupée par les commentaires du D<sup>r</sup> Smith relativement à ses discussions avec le juge Dunn. Elle croyait que les juges n'étaient pas autorisés à discuter d'un cas avec un témoin pendant le procès. Toutefois, M<sup>me</sup> Mann a cru à l'époque que la déclaration du D<sup>r</sup> Smith constituait une représentation exacte de sa discussion avec le juge Dunn et elle n'a pas communiqué avec ce dernier pour lui demander ses commentaires sur les observations du D<sup>r</sup> Smith. Elle a cru que si ces discussions avaient eu lieu, il s'agissait d'une affaire qui devait être traitée par les tribunaux criminels et non par l'OMCO, puisqu'elle ne se rapportait pas à l'exercice de la médecine. Elizabeth Doris, l'enquêtrice qui a repris le dossier des mains de M<sup>me</sup> Mann en 2000, en est arrivée à la même conclusion. Il est malheureux qu'aucune des deux n'ait examiné les commentaires du D<sup>r</sup> Smith plus en profondeur. Cependant, la personne que l'on doit d'abord blâmer est le D<sup>r</sup> Smith pour avoir induit en erreur l'OMCO en attribuant faussement ces déclarations au juge Dunn.

M<sup>me</sup> Mann a rencontré D.M., l'épouse de D.M. et S.M. le 9 novembre 1996. D.M. a indiqué qu'il voulait que sa plainte contre le D<sup>r</sup> Smith soit portée devant le Comité des plaintes de l'OMCO pour qu'elle fasse l'objet d'un examen complet et pour que l'on détermine s'il y avait eu non-respect des normes médicales. Vers le 15 décembre 1997, M<sup>me</sup> Mann avait préparé le dossier pour ce procès et le cas était inscrit pour une audience devant le Comité des plaintes en mars 1998.

Le 15 octobre 1997, les membres du Comité exécutif de l'OMCO ont rencontré le D<sup>r</sup> Young et le D<sup>r</sup> Cairns. Ils ont convenu qu'en attendant que la loi soit modifiée en vue d'y apporter plus de précision, les plaintes relatives à des actions commises par des médecins pour le BCCO dans l'exercice de leurs fonctions ne seraient pas déposées devant le Comité des plaintes ni jugées par ce dernier, mais seraient plutôt traitées par le coroner en chef et le Conseil des coroners. Le Comité des plaintes de l'OMCO ne s'occuperait que des plaintes liées aux actes qui s'inscrivaient dans le cadre de l'exercice de la médecine. Si un plaignant insistait pour que le Comité des plaintes traite une plainte au sujet d'un coroner, ce dernier serait uniquement tenu de répondre dans la mesure nécessaire pour établir que les actes visés par la plainte ne faisaient pas partie de l'exercice de la médecine, mais étaient effectués dans l'exercice des fonctions du BCCO. Le Comité des plaintes rejeterait alors l'affaire et l'adresserait au BCCO. Ce processus représentait la politique de fonctionnement de l'OMCO en octobre 1997.

Dans une lettre datée du 4 mars 1998, le D<sup>r</sup> Young a écrit à M<sup>me</sup> Mann relativement à la plainte de D.M. contre le D<sup>r</sup> Smith. La position du D<sup>r</sup> Young était la suivante : « [p]uisque la plainte contre le D<sup>r</sup> Smith se rapporte à des actes qu'il a commis en vertu de la *Loi sur les coroners*, la plainte devrait m'être adéquatement adressée. » Le D<sup>r</sup> Young a exprimé son point de vue selon lequel l'OMCO n'était pas habilité à « traiter les plaintes relatives à des actes, à des conclusions ou à des opinions d'un pathologiste agissant en vertu de la *Loi sur les coroners* ».

Plus tard au cours du même mois, le Comité des plaintes a obtenu les directives du Comité exécutif quant au fait de savoir si la déclaration de principes du mois d'octobre 1997 s'appliquait à la plainte de D.M. Cette déclaration avait découlé de la rencontre du Comité exécutif avec le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young. Le directeur des enquêtes de l'OMCO, Howard Maker, a écrit aux coprésidents du Comité des plaintes, les D<sup>rs</sup> Rocco Gerace et David Walker, pour obtenir leurs directives à l'égard des questions de compétence.

À ce moment, le D<sup>r</sup> Gerace s'attendait à ce que l'OMCO et le BCCO aient tous deux la même intention à l'égard de la protection de l'intérêt du public. Le D<sup>r</sup> Gerace a présumé qu'on avait décidé de ne pas faire de double emploi, mais plutôt d'assurer que l'on répondait aux préoccupations de façon adéquate et efficace. Il a présumé que l'enquête serait menée de façon appropriée par le BCCO ou par l'OMCO. À ce moment, l'OMCO n'avait aucune raison de croire que le BCCO ne ferait pas enquête sur les plaintes de façon adéquate. Il a été surpris et déçu d'apprendre durant l'enquête qu'en ce qui a trait à la deuxième plainte soumise à l'OMCO relativement à l'affaire Nicholas, le D<sup>r</sup> Young n'avait pas lu au complet la plainte déposée par M. Gagnon.

Le 23 mars 1998, le D<sup>r</sup> Gerace a envoyé un courriel à M. Maker à l'égard des questions de compétence et de la plainte déposée contre le D<sup>r</sup> Smith. Il a écrit qu'il semblait que l'OMCO avait la « responsabilité de se charger du cas Smith ». Ce courriel reflétait son opinion à l'époque selon laquelle le Comité des plaintes de l'OMCO devait tenir compte de toutes les plaintes portées contre des médecins. Dans les cas où l'expertise du comité faisait défaut, il savait qu'il était possible de demander l'aide ou l'opinion indépendante d'un expert en la matière.

En avril 1998, cependant, le Comité exécutif en est arrivé à une conclusion différente : « Lorsqu'un médecin agit sous les directives d'un coroner et qu'il fait rapport à ce dernier, toute plainte que reçoit le Collège à l'égard des actions de ce médecin à titre de mandataire du bureau du coroner devrait être adressée au Bureau du coroner en chef. »

Le Comité des plaintes s'est réuni pendant trois jours du 9 au 11 mars 1998 dans le but d'aborder la plainte portée contre le D<sup>r</sup> Smith par D.M. À ce moment, le D<sup>r</sup> Gerace, l'un des membres du Comité des plaintes qui a examiné la plainte



de D.M., a été interloqué par la décision du juge Dunn, la considérant « plutôt cinglante à l'égard du rendement du D<sup>r</sup> Smith tant au moment de l'autopsie qu'au moment de son témoignage ». En mai 1998, le Comité des plaintes a décidé de ne prendre aucune mesure supplémentaire à l'égard de la plainte de D.M. Puisque le D<sup>r</sup> Smith a pris part à cette affaire à titre de mandataire du BCCO, le Comité des plaintes a conclu qu'il n'était pas habilité à traiter la plainte.

Dans son témoignage devant la Commission le D<sup>r</sup> Gerace a affirmé qu'à son avis, le D<sup>r</sup> Smith exerçait la médecine lorsqu'il a pratiqué ses autopsies et que l'OMCO aurait dû s'occuper des plaintes portées contre lui. Je suis d'accord. La décision de refuser de traiter la plainte de D.M. a constitué une occasion manquée pour l'OMCO de s'occuper des plaintes alléguées contre le D<sup>r</sup> Smith en 1998.

Le 16 juin 1998, D.M. a demandé l'examen par la CARPS de la décision de l'OMCO refusant de s'occuper du règlement de sa plainte. La CARPS est un organisme d'arbitrage indépendant qui entend les appels des décisions prises par les comités des plaintes des ordres régissant les professions de la santé. Lorsque la CARPS a finalement rendu sa décision le 1<sup>er</sup> septembre 2000, elle a déterminé que l'OMCO était en fait habilité à traiter la plainte. Elle a de nouveau renvoyé la plainte au Comité des plaintes pour une enquête plus approfondie. M<sup>me</sup> Doris a été affectée au dossier.

### ***Plaintes dans l'affaire Nicholas (plainte de M. Gagnon)***

En octobre 1998, l'OMCO a reçu une plainte de la part de Maurice Gagnon, grand-père de Nicholas, à l'égard de la conduite du D<sup>r</sup> Smith à l'exhumation de son petit-fils. M. Gagnon soulevait deux préoccupations. Tout d'abord, l'exhumation du corps de Nicholas a eu lieu plus tard au cours de la journée que l'heure qui avait été indiquée à la famille Gagnon, ce qui a permis à quelques spectateurs d'assister à l'événement, au grand désarroi de la famille. Ensuite, le D<sup>r</sup> Smith a emmené son jeune fils avec lui à l'exhumation.

M<sup>me</sup> Mann a été affectée à l'enquête sur cette affaire et a écrit à M. Gagnon pour lui indiquer que l'OMCO n'était pas habilité à prendre des mesures à l'égard des plaintes portées contre un médecin agissant à titre de coroner en vertu d'un pouvoir conféré par la *Loi sur les coroners*. M<sup>me</sup> Mann a discuté de cette définition des responsabilités avec M. Gagnon et ce dernier a convenu qu'elle devait envoyer une copie de sa plainte au D<sup>r</sup> Young, de sorte que le BCCO puisse examiner ses préoccupations. Au cours de sa discussion avec M. Gagnon, M<sup>me</sup> Mann a précisé que le meilleur moyen d'obtenir réparation à l'égard de ses préoccupations était par le biais du BCCO et du Conseil des coroners. En fournissant ce conseil, M<sup>me</sup> Mann tenait compte de la politique adoptée par le Comité exécutif de l'OMCO.

Le 30 novembre 1999, M. Gagnon a écrit au D<sup>r</sup> John Bonn, registraire de l'OMCO, pour porter une deuxième plainte et lui demander si le cas du D<sup>r</sup> Smith relèverait de l'OMCO puisque le Conseil des coroners avait été dissous. M. Gagnon a précisé qu'il était insatisfait de la réponse du D<sup>r</sup> Young à sa plainte et a prétendu que le D<sup>r</sup> Smith était coupable de faute professionnelle dans le cas en question.

Lorsque la CARPS a rendu sa décision à l'égard de la plainte de D.M. le 1<sup>er</sup> septembre 2000, soutenant que l'OMCO était habilité à enquêter sur les plaintes contre les médecins travaillant sous la compétence du BCCO, le Comité des plaintes de l'OMCO a affecté un enquêteur à l'examen de la deuxième plainte de M. Gagnon. En 2000 et en 2001, l'OMCO a enquêté sur la conduite du D<sup>r</sup> Smith dans le cas Nicholas.

### ***Plainte dans l'affaire Jenna (plainte de M<sup>me</sup> Waudby)***

Dans le troisième cas, l'OMCO a reçu une plainte en mai 2001 de la part de la mère de Jenna, M<sup>me</sup> Waudby, à l'égard du D<sup>r</sup> Smith. La plainte de M<sup>me</sup> Waudby se rapportait à l'opinion du D<sup>r</sup> Smith sur le moment où les blessures de Jenna lui avaient été infligées, au fait que le D<sup>r</sup> Smith n'ait pas procédé à un examen avec la « trousse de prélèvement dans les cas de viol » bien que le personnel hospitalier ait noté des signes de violence sexuelle, et au fait que le D<sup>r</sup> Smith ait perdu un poil prélevé sur le corps de Jenna. M<sup>me</sup> Doris a enquêté sur cette plainte.

Au cours de son enquête, M<sup>me</sup> Doris a recueilli les documents fournis par la plaignante, les documents fournis en réponse à la plainte par le D<sup>r</sup> Smith, les dossiers d'hôpital du Peterborough Civic Hospital et de l'HSC, un ensemble d'opinions d'experts, les témoignages de l'audience préliminaire, les rapports de police, les déclarations des témoins, les documents supplémentaires fournis par le Peterborough Lakefield Community Police Service, les documents fournis au groupe d'évaluateurs affecté par l'OMCO, les documents fournis par le BCCO et les photographies d'autopsie. M<sup>me</sup> Doris a préparé un résumé d'enquête comprenant des renseignements sur les appels téléphoniques et la correspondance avec les parties.

Le BCCO ne s'est pas conformé, au départ, aux demandes de l'OMCO visant la production des documents liés à la plainte de M<sup>me</sup> Waudby. Une lettre du D<sup>r</sup> Cairns à l'attention de M<sup>me</sup> Doris, datée du 9 août 2001, précisait que la cause criminelle avait été réactivée et qu'une enquête policière plus approfondie était en cours. C'est pour cette raison que le D<sup>r</sup> Cairns a maintenu qu'il ne pouvait pas fournir les documents demandés à l'OMCO avant la fin de l'enquête.

### ***Enquête plus approfondie et décision de l'OMCO dans les trois plaintes***

En juillet 2001, le Comité des plaintes de l'OMCO avait mis sur pied un groupe d'experts composé de trois membres pour évaluer les plaintes déposées par D.M., M. Gagnon et M<sup>me</sup> Waudby. L'OMCO demandait une opinion médicale indépendante de la part du groupe à l'égard des trois plaintes.

Le 4 septembre 2001, M<sup>me</sup> Doris a demandé que le registraire nomme des enquêteurs pour procéder à une enquête en vertu du paragraphe 75(c) du Code des professions de la santé en ce qui a trait aux plaintes déposées par D.M., M. Gagnon et M<sup>me</sup> Waudby. Une nomination en vertu du paragraphe 75(c) confère de plus vastes pouvoirs à l'enquêteur, ce que voulait M<sup>me</sup> Doris parce qu'elle avait eu de la difficulté à obtenir certains documents au cours de son enquête avant cette nomination.

En septembre 2001, l'OMCO a informé le D<sup>r</sup> Smith qu'il avait approuvé la nomination d'enquêteurs en vertu du paragraphe 75(c) du Code des professions de la santé et que ces derniers procéderaient à une enquête et à un examen sur sa pratique en pathologie. Le D<sup>r</sup> Smith a été avisé que l'OMCO faisait des efforts pour réunir une équipe d'experts à qui l'on demanderait de fournir une opinion pour déterminer si les soins dispensés par le D<sup>r</sup> Smith satisfaisaient à la norme d'exercice attendue dans la profession.

En décembre 2001, l'OMCO a confirmé la nomination de trois membres du groupe : la D<sup>re</sup> Cynthia Trevenen, pathologiste pédiatrique à l'Alberta Children's Hospital, le D<sup>r</sup> Lloyd Denmark, pathologiste et examinateur médical en chef adjoint en Alberta, et le D<sup>r</sup> Steven Cohle, médecin légiste accrédité du Michigan. Le D<sup>r</sup> Cohle devait agir à titre de président du groupe. On a demandé aux membres du groupe « d'émettre une opinion pour déterminer si les soins dispensés par le D<sup>r</sup> Smith satisfaisaient à la norme d'exercice de la profession ».

Le 14 février 2002, M<sup>me</sup> Doris a écrit au groupe d'évaluateurs pour lui demander d'aborder neuf questions précises liées à la plainte de D.M. Elle a remis aux membres du groupe environ 1 000 pages de documents à examiner dans l'évaluation de cette plainte. Elle a même fourni au groupe une liste semblable de questions et de documents à examiner relativement aux plaintes de M. Gagnon et de M<sup>me</sup> Waudby. À l'exception d'une demande d'extraits supplémentaires des témoignages liés au cas Jenna, M<sup>me</sup> Doris a cru que les membres du groupe d'évaluateurs étaient convaincus qu'elle leur avait fourni suffisamment de renseignements pour leur permettre de répondre aux questions qui leur étaient adressées.

Le 10 avril 2002, le D<sup>r</sup> Carlisle a rédigé une note de service au dossier relativement à sa conversation avec le D<sup>r</sup> Cairns au sujet du cas Jenna. La note du

D<sup>r</sup> Carlisle mentionnait que le D<sup>r</sup> Cairns l'avait informé qu'il avait discuté de la plainte de M<sup>me</sup> Waudby avec le D<sup>r</sup> Smith et que ce dernier lui avait indiqué qu'« il n'avait pas procédé à un examen avec une trousse de prélèvement dans les cas de viol » et qu'« il n'avait pas prélevé les échantillons ni les spécimens qui seraient normalement associés à un tel examen ». De plus, le D<sup>r</sup> Smith avait trouvé « ce qu'il croyait être un poil ». Il avait prélevé le poil et l'avait placé dans une enveloppe scellée, qu'il gardait en sa possession depuis la tenue de l'enquête. Le D<sup>r</sup> Smith n'avait révélé l'existence du poil à personne, ne l'avait pas soumis à des fins d'analyse et ne l'avait pas non plus remis à la police. Le D<sup>r</sup> Cairns a déclaré, à la suite de cette révélation, qu'il « croyait que le D<sup>r</sup> Smith aurait de graves problèmes et qu'il ne désirait pas être lié à une quelconque déception en tant que coroner en chef adjoint ».

En réponse à cette information, le D<sup>r</sup> Carlisle a indiqué que sa note de service demeurerait dans ses dossiers et qu'elle « ne ferait pas partie du dossier des plaintes ».

Le 10 avril 2002, le D<sup>r</sup> Carlisle a écrit une note de service à M<sup>me</sup> Doris relativement à la plainte de M<sup>me</sup> Waudby contre le D<sup>r</sup> Smith. Il a écrit que, comme il l'avait précédemment indiqué à M<sup>me</sup> Doris, il avait parlé du cas Jenna avec des représentants du gouvernement provincial. Le D<sup>r</sup> Carlisle a indiqué à M<sup>me</sup> Doris qu'il y avait un certain niveau de frustration au BCCO, mais il ne lui a pas rapporté les détails de sa conversation avec le D<sup>r</sup> Cairns ni le contenu de sa note de service au dossier. Il voulait connaître la progression de l'enquête et M<sup>me</sup> Doris lui a fourni ces détails.

Lorsqu'on lui a posé des questions au sujet de sa note de service versée au dossier le 10 avril 2002 durant l'enquête, le D<sup>r</sup> Gerace a déclaré ce qui suit : « Je ne considérerais pas la pratique [de rédiger une note de service qui ne ferait pas partie du dossier] comme étant une pratique recommandée. En fait, cette pratique n'aurait pas lieu à l'heure actuelle. » Il a poursuivi en décrivant la démarche actuellement adoptée à l'égard de la réception de renseignements :

Nous avons au Collège une pratique selon laquelle, lorsque des renseignements sont fournis à un membre du personnel au sujet d'un autre membre, la personne qui fournit ces renseignements est clairement informée que l'on y donnera suite.

On donne suite à tous les documents confidentiels. Par conséquent, si une conversation de ce genre avait lieu aujourd'hui, j'enverrais une note aux personnes concernées précisant le contenu de cette conversation.

Je suis en accord avec la démarche actuellement adoptée par l'OMCO.

Le 10 avril 2002, le D<sup>r</sup> Young a écrit à M<sup>me</sup> Doris relativement à l'enquête de

l'OMCO sur le D<sup>r</sup> Smith. Tel qu'il a été discuté ci-dessus, cette lettre n'était ni sensée ni objective ni franche. Au moment où elle a reçu cette lettre, M<sup>me</sup> Doris n'était pas au courant que le BCCO n'autorisait plus depuis janvier 2001 le D<sup>r</sup> Smith à pratiquer des autopsies dans des cas de mort suspecte. Elle a indiqué à la Commission que l'information selon laquelle le D<sup>r</sup> Smith ne pratiquait plus d'autopsies dans des cas de mort suspecte aurait été pertinente pour les décisions prises par le Comité des plaintes et aurait été fournie à ce dernier si elle avait été divulguée.

Le 18 juin 2002, le D<sup>r</sup> Cohle a interrogé le D<sup>r</sup> Smith au nom du groupe d'évaluation. Avant l'entretien, M<sup>me</sup> Doris a remis au D<sup>r</sup> Smith une copie des questions qui lui seraient posées. La secrétaire de séance de l'OMCO a pris des notes de l'entretien et il semble que la rencontre ait été collégiale et professionnelle.

M<sup>me</sup> Doris a rencontré le D<sup>r</sup> Cohle le matin, avant son entretien avec le D<sup>r</sup> Smith, et lui a fourni un « résumé des preuves à des fins d'examen médical » qui avait été préparé par la police et une copie des notes prises par l'agent-détective Charmley. Au cours de l'entretien, le D<sup>r</sup> Smith a précisé que dans l'affaire Jenna, la police avait affirmé que le poil était un contaminant et avait refusé de le prendre.

Le D<sup>r</sup> Gerace a déclaré sous serment que le D<sup>r</sup> Cohle n'aurait pas été dans une position lui permettant d'évaluer la crédibilité du D<sup>r</sup> Smith. Bien que cela puisse être vrai, il semble que cet aspect ait constitué une occasion manquée pour l'OMCO de vérifier la véracité des déclarations du D<sup>r</sup> Smith. Il est malheureux que les déclarations faites par les autres, lesquelles auraient contredit le D<sup>r</sup> Smith, n'aient pas été lues au D<sup>r</sup> Smith au cours de cet entretien et que son explication semble avoir été tout simplement acceptée.

Le 22 juillet 2002, le D<sup>r</sup> Cohle a fait part de l'opinion du groupe d'experts à l'égard des plaintes. Il a fait remarquer certaines lacunes, mais a conclu que le D<sup>r</sup> Smith n'était pas descendu sous une norme de soins raisonnable dans les domaines de préoccupation soulevés par l'OMCO dans les trois plaintes.

Le 15 octobre 2002, le Comité des plaintes de l'OMCO a fait part de ses décisions à l'égard des plaintes de D.M., de M. Gagnon et de M<sup>me</sup> Waudby. Le comité a examiné les conclusions du groupe d'experts et découvert que les lacunes observées par le groupe entraient généralement dans deux grandes catégories : le travail du D<sup>r</sup> Smith n'était pas aussi rigoureux qu'il aurait dû l'être et, en cas de doute, le D<sup>r</sup> Smith était trop dogmatique dans la formulation de ses conclusions. Le comité a accepté l'opinion du groupe d'experts selon laquelle la démarche du D<sup>r</sup> Smith était acceptable dans l'ensemble et a conclu ce qui suit :

Le comité est néanmoins extrêmement préoccupé par les lacunes observées dans sa démarche à l'égard de ce cas, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Le comité exigera donc du D<sup>r</sup> Smith qu'il se présente devant un groupe du Comité des plaintes dans le but de recevoir un avertissement à l'égard de ces éléments. Un avertissement en personne constitue une issue grave pour les membres de la profession médicale. Il s'agit d'un symbole tangible de la désapprobation de ses pairs et d'un vif rappel du besoin d'améliorer sa pratique dans l'avenir.

Les 20 et 29 novembre 2002, D.M. et M<sup>me</sup> Waudby ont respectivement écrit à la CARPS pour lui demander de revoir les décisions du Comité des plaintes de l'OMCO. Le 10 novembre 2003 et le 22 janvier 2004, la CARPS a fait part de ses décisions confirmant les décisions du comité à l'égard des plaintes de M<sup>me</sup> Waudby et de D.M., respectivement.

Le 26 mai 2004, le D<sup>r</sup> Smith a reçu un avertissement de la part du Comité des plaintes de l'OMCO.

Les membres du comité qui servent l'avertissement remplissent un « dossier d'interaction », qui consigne les éléments révélant l'attitude de chaque membre à l'égard de l'avertissement. Un dossier d'interaction dûment rempli par le D<sup>r</sup> Dale Mercer, président par intérim du comité, relativement à l'avertissement servi au D<sup>r</sup> Smith précisait que dans l'ensemble, le D<sup>r</sup> Mercer qualifiait la fonction éducative remplie par l'avertissement comme « très utile » ou lui accordait une note de « 10 ». Le D<sup>r</sup> Mercer a également fait observer que le D<sup>r</sup> Smith « comprend son rôle à l'égard de cette plainte et a procédé aux correctifs appropriés ».

Bien que l'OMCO ait joué son rôle de mécanisme de responsabilisation pour les médecins, une intervention plus vigoureuse aurait été préférable en rétrospective. Il ne fait aucun doute que les mauvais renseignements qu'il a reçus du D<sup>r</sup> Smith, son acceptation de ces mauvais renseignements sans vérification et le fait qu'il n'ait pas été informé des faits pertinents par le BCCO ont contribué aux événements qui sont survenus. Cet examen demeure toutefois une autre leçon du besoin de faire preuve d'une vigilance active si l'on veut que les mécanismes de surveillance et de responsabilisation remplissent adéquatement leurs fonctions.

## LA NOUVELLE ÈRE

Même avant que la province de l'Ontario ordonne la tenue de la présente enquête, le vent du changement avait commencé à souffler au BCCO, organisme principalement responsable de la médecine pédiatrique légale dans la province. Trois personnes essentielles à ce changement se sont retrouvées à assumer des rôles clés bien adaptés à leurs compétences, à leur tempérament et à leur enthousiasme.

Tout d'abord, le D<sup>r</sup> McLellan est devenu coroner en chef de l'Ontario en avril 2004 et a rempli cette fonction jusqu'en septembre 2007. Peu de temps après, il a rencontré le D<sup>r</sup> Smith et a insisté pour qu'il remette sa démission à titre de directeur de l'UOMLP. Le D<sup>r</sup> McLellan a ensuite demandé la vérification des tissus à l'UOMLP ainsi que l'examen du coroner en chef. Il a apporté un leadership fondé sur les principes et le courage au BCCO, et la province a grandement bénéficié de ses efforts.

Par la suite, en octobre 2005, le D<sup>r</sup> Chiasson est devenu le directeur de l'UOMLP. Après la démission du D<sup>r</sup> Smith, le D<sup>r</sup> Taylor a pris la relève à titre de directeur jusqu'à la nomination du D<sup>r</sup> Chiasson, médecin légiste accrédité. Le D<sup>r</sup> Chiasson dirige maintenant, à l'UOMLP, la grande majorité des cas qui soulèvent des soupçons criminels.

Finalement, le D<sup>r</sup> Pollanen est devenu médecin légiste en chef en avril 2006 après avoir été membre du personnel de l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) de 2003 à 2006. Le D<sup>r</sup> Pollanen possède d'excellents titres de compétence universitaires et il s'engage fermement à améliorer la science et l'exercice de la médecine légale.

Ces dirigeants ont apporté un changement fondamental dans la démarche générale à l'égard de la supervision de la médecine légale dans la province. Le BCCO a fait d'importants progrès pour ce qui est de combler certaines des lacunes très troublantes à l'égard de la supervision qui étaient manifestes dans les années 1980 et 1990. Qui plus est, le D<sup>r</sup> Pollanen et le D<sup>r</sup> McLellan ont bien fait comprendre aux médecins légistes de la province que la façon la plus efficace pour un pathologiste de participer au système de justice pénale consiste à pratiquer une autopsie de qualité qui se veut objective et fondée sur des données probantes. Toutefois, comme le reconnaît le BCCO, il reste encore beaucoup à faire.

## **Les nouvelles lignes directrices**

### ***Une démarche objective fondée sur les preuves à l'égard de la médecine pédiatrique légale***

La démarche du BCCO à l'égard de la médecine légale et de la preuve d'expert au cours des dernières années a mis l'accent sur la nécessité, pour les experts, de demeurer objectifs et ouverts d'esprit. Au cours du mandat du D<sup>r</sup> McLellan, le concept de « pensée fondée sur la méfiance » a été retiré des présentations normalisées fournies aux enquêteurs sur les morts par le BCCO. En 2006, le BCCO a remplacé le Protocole d'enquête de 1995 sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de deux ans, qui avait introduit le concept de « pensée fondée sur la méfiance » aux enquêtes sur les morts de bébés.

En plus de mettre l'accent sur le fait que les pathologistes qui agissent à titre de témoins experts doivent faire preuve d'une objectivité scrupuleuse, le BCCO a appuyé et favorisé l'utilisation d'une démarche fondée sur les éléments de preuve à l'égard de la médecine légale, démarche qui exige que les opinions soient fermement ancrées dans des faits révisables provenant de l'autopsie et des documents médicaux examinés par les pairs. Une démarche fondée sur des éléments de preuve se prête facilement à un examen minutieux au moyen de mécanismes comme les contre-interrogatoires. De plus, cette démarche accepte le fait que les connaissances ont des limites et que les autopsies peuvent donc donner lieu à une conclusion indéterminée relativement à la cause de la mort. À ces égards, elle diffère de la démarche traditionnelle fondée sur l'expérience à l'égard de la médecine légale, dans laquelle les pathologistes pourraient estimer qu'ils ont de bonnes raisons de formuler des opinions fermes en se fondant uniquement sur leurs propres expériences.

### ***Rôle de l'expert médico-légal dans le système de justice pénale***

Dans les mois qui ont précédé la nomination du D<sup>r</sup> McLellan à titre de coroner en chef, un certain nombre de personnes, en bonne partie des avocats de la défense, lui ont fait part de préoccupations à l'égard de la perception que le BCCO et les pathologistes travaillant en vertu de mandats du coroner n'étaient pas entièrement objectifs. Les avocats de la défense criminelle l'ont informé qu'ils étaient parfois incapables de parler aux pathologistes qui avaient pratiqué l'autopsie avant les comparutions en cour et qu'ils avaient de la difficulté à retenir les services de pathologistes afin qu'ils fournissent des opinions pour la défense. Le D<sup>r</sup> McLellan était à juste titre troublé par la perception que le BCCO et ses pathologistes n'étaient pas entièrement indépendants de la poursuite. Il a donc fait parvenir le 12 juillet 2004 une note de service à l'ensemble des coroners, des pathologistes, des anthropologues médico-légaux et des dentistes médico-légaux de l'Ontario en vue d'aborder ces préoccupations. Le D<sup>r</sup> McLellan a écrit que « [l]'objectif ultime de la Couronne en présentant la preuve scientifique est d'assurer que cette preuve est présentée au tribunal avec ni plus ni moins que sa force exécutoire légitime ». L'expert médico-légal doit déployer tous les efforts possibles pour communiquer à la Couronne « les limites des déductions liées à la fiabilité tirée de la [...] preuve » et la Couronne devrait aviser tous les experts qu'ils ne doivent pas adopter une position contradictoire.

La note de service du D<sup>r</sup> McLellan renferme des observations importantes au sujet du risque que les experts s'harmonisent avec la Couronne. Issue de la familiarité avec la poursuite, cette partialité peut faire en sorte que les experts croient à tort que leur fonction consiste à soutenir la théorie de la police et de la Couronne.



Comme il a été indiqué dans la note du 12 juillet, une telle perception erronée parmi les experts pourrait contribuer à des erreurs judiciaires.

### ***Les Lignes directrices relatives aux autopsies***

En 2005, le D<sup>r</sup> Pollanen a mis en œuvre les directives intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists in Criminally Suspicious Cases and Homicides* (Lignes directrices relatives aux autopsies), applicables à l'échelle de la province pour les autopsies dans les cas de mort suspecte. Ces lignes directrices tiennent compte d'une démarche objective fondée sur les données probantes à l'égard de la preuve pathologique et elles visent à aider les médecins légistes à minimiser les erreurs non révisables à l'autopsie et à assurer une documentation, des procédures et des analyses appropriées durant l'autopsie. La deuxième édition des lignes directrices a été publiée en octobre 2007.

Les Lignes directrices relatives aux autopsies fournissent des directives sur l'importance que revêtent des opinions sensées, objectives et fondées sur les éléments de preuve. Elles réitèrent que les pathologistes ne devraient pas adopter le concept de « pensée fondée sur la méfiance », mais plutôt garder l'esprit ouvert et penser de manière objective. Chaque pathologiste se doit d'être un expert indépendant pour le tribunal. Il doit demeurer professionnellement indépendant du coroner, de la police, de la poursuite et des avocats de la défense pour pouvoir s'acquitter de ses responsabilités de façon objective.

Les Lignes directrices relatives aux autopsies énoncent les principes relatifs à la divulgation, soulignant l'importance du caractère révisable des documents, à la divulgation de tous les échantillons et à l'inclusion de tous les rapports de consultation. Elles fournissent également certaines orientations à l'égard de l'opinion des médecins légistes, mettant l'accent sur la possibilité de procéder à un examen indépendant, une explication complète du raisonnement, et excluent toute spéculation. En résumé, elles visent à assurer que les rapports permettent aux lecteurs de comprendre le processus analytique et les éléments de preuve sur lesquels se fonde l'opinion sur la cause de la mort.

### ***Protocole de 2006 à l'égard des morts d'enfants de moins de cinq ans***

En 2006, le BCCO a élargi la portée de son protocole relatif aux enquêtes sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de deux ans en vue de couvrir cette cause de mort chez les enfants de cinq ans et moins. En décembre 2006, le BCCO a publié le protocole révisé qui remplaçait le Protocole d'enquête de 1995 sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de deux ans.

### ***Lignes directrices de 2007 relatives aux autopsies dans les cas de mort suspecte d'enfants***

En avril 2007, le BCCO a présenté le document intitulé *Autopsy Guidelines for Homicidal and Criminally Suspicious Deaths in Infants and Children*. Par la suite, ces lignes directrices ont été directement intégrées aux Lignes directrices relatives aux autopsies d'octobre 2007, dans une section abordant les autopsies dans les morts par homicide ou les morts suspectes chez les bébés ou les enfants. Le résumé des lignes directrices portant précisément sur les morts d'enfants réitère les principes fondamentaux de la médecine légale en général, y compris l'importance de garder « l'esprit ouvert à l'égard des morts causées par la violence faite aux enfants et des maladies ou des conditions qui peuvent imiter la violence envers les enfants », d'être « conscient des pièges de la médecine pédiatrique légale en mettant l'accent sur des opinions d'expert sensées, raisonnables et fondées sur les preuves » et d'équilibrer le « rôle des médecins en tant que défenseurs du bien-être des patients ou des enfants et notre devoir de fournir une preuve impartiale au système de justice pénale en tant que témoins experts ».

### **Améliorations apportées à l'examen par les pairs et à l'assurance de la qualité**

Au cours des dernières années, le BCCO a également réalisé d'importants progrès dans la conception de systèmes pour les examens par les pairs et l'assurance de la qualité relativement aux rapports d'autopsie.

Bien que la *Loi sur les coroners* n'aborde pas le rôle du médecin légiste en chef, les politiques et les lignes directrices publiées par le BCCO décrivent le rôle que celui-ci doit jouer dans le contrôle de la qualité. Les Lignes directrices relatives aux autopsies de 2007 exigent que le médecin légiste en chef soit rapidement informé des résultats d'autopsie préliminaires (y compris la nature du cas, les analyses supplémentaires nécessaires et une cause de la mort ou une cause de la mort pendante) dans les cas de mort suspecte. Le formulaire d'avis a pour but d'assurer que le D<sup>r</sup> Pollanen ou la personne désignée peut fournir des observations, dans un délai de 24 heures, sur les autres questions qui devraient peut-être faire l'objet d'une enquête, ainsi que de permettre rapidement la tenue de conférences sur les cas. Les Lignes directrices relatives aux autopsies de 2007 recommandent également que le médecin légiste en chef soit consulté dans les cas qui peuvent prêter à controverse.

L'examen par les pairs des rapports d'autopsie est essentiel au système d'assurance de la qualité actuel relatif aux cas de mort suspecte. En date du mois d'août 2004, les directeurs régionaux assumaient la responsabilité de l'examen

des rapports d'autopsie dans leur région. Tel qu'énoncé dans les Lignes directrices relatives aux autopsies, l'examen par les pairs de tous les rapports d'autopsie dans les cas de mort suspecte est maintenant assuré par le médecin légiste en chef, par un directeur régional ou par un médecin légiste de l'UPML avant la remise des rapports au coroner et au système de justice pénale. Les directeurs régionaux examinent les rapports des autres pathologistes au sein de leur unité et le médecin légiste en chef examine les rapports des directeurs régionaux. Les rapports du médecin légiste en chef sont examinés par un collègue à l'UPML ou par un directeur régional. Au sein de l'UPML, les médecins légistes procèdent à un examen par les pairs des rapports de leurs collègues. Dans les cas traités à l'extérieur d'une unité de médecine légale, comme le Winnipeg Health Sciences Centre, le médecin légiste en chef examine les rapports dans les cas de mort suspecte. Les principales questions évaluées dans les examens par les pairs sont la possibilité de procéder à un examen indépendant du rapport et l'opinion sur la cause de la mort.

L'examen par les pairs actuellement entrepris pour chaque rapport d'autopsie est plus complet que l'examen des documents effectué par le D<sup>r</sup> Chiasson dans les années 1990. Le pathologiste qui demande l'examen doit soumettre le rapport, les renseignements généraux, les images de l'examen brut et les rapports secondaires et, dans certains cas, les diapositives histologiques à l'examineur. Si cela s'avère nécessaire, comme dans la plupart des homicides pédiatriques, un examen de l'histologie est entrepris. Le formulaire d'examen par les pairs fourni dans les Lignes directrices relatives aux autopsies exige du pathologiste examineur qu'il indique s'il est en accord avec la cause de la mort et les autres opinions médico-légales, et non simplement si les opinions initiales sont « raisonnables ».

Les Lignes directrices relatives aux autopsies renferment également un processus pour effectuer un examen plus approfondi lorsqu'il existe une divergence d'opinion entre le pathologiste qui demande l'examen et celui qui procède à l'examen. S'il existe une divergence d'opinion considérable à l'égard de la cause de la mort ou d'autres questions médico-légales importantes, le médecin légiste en chef en est avisé et il doit alors entreprendre un examen complet et préparer un rapport écrit.

Le processus des Lignes directrices relatives aux autopsies pour l'examen des rapports d'autopsie s'applique uniquement aux rapports émis dans des cas soulevant des soupçons criminels. Dans les Lignes directrices relatives aux autopsies, un cas de mort suspecte s'entend, de façon générale, d'une mort « qui peut être liée à l'action d'une autre personne ou d'autres personnes ». Au sein des unités médico-légales régionales, l'examen par les pairs dans les cas de mort non suspecte est entrepris à la discrétion des directeurs régionaux et la portée ainsi que les procédures des examens varient. Certains directeurs régionaux examinent tous les

cas relevant du coroner, tandis que d'autres ne procèdent qu'à des examens aléatoires ou sporadiques. En pratique, il semble que tous les cas pédiatriques fassent l'objet d'une certaine forme d'examen au sein des unités qui s'occupent de ces cas. De plus, tous les rapports d'autopsie sur les morts d'enfants de moins de cinq ans font l'objet d'un examen par le Comité d'examen des décès d'enfant de moins de cinq ans, qui compte un certain nombre de pathologistes parmi ses membres.

Pour sa part, par exemple, l'UOMLP a mis en place un processus plus rigoureux pour l'examen par les pairs de tous les rapports d'autopsie avant qu'ils ne quittent l'unité. Lorsque le D<sup>r</sup> Taylor est devenu directeur de l'unité en 2004, il a continué d'examiner les rapports d'autopsie de ses collègues. Il a ensuite mis en place un système dans lequel ses propres rapports étaient examinés par le D<sup>r</sup> Chiasson, à titre de mesure d'assurance de la qualité. Ce système a été maintenu par le nouveau directeur, le D<sup>r</sup> Chiasson, dont les rapports sont examinés par le D<sup>r</sup> Taylor. Lorsque cela s'avère nécessaire, le D<sup>r</sup> Chiasson examine les images et les diapositives qui sont à sa disposition. De plus, l'HSC dispose maintenant d'un formulaire pour émettre des commentaires à l'égard de l'examen. Ces formulaires sont conservés dans le dossier permanent du pathologiste sur l'affaire en question, mais ils ne sont pas soumis au bureau du coroner avec le rapport.

Avec l'aide du D<sup>r</sup> Chiasson, le D<sup>r</sup> Taylor a également commencé à tenir régulièrement des tables rondes pour examiner les cas médico-légaux. Depuis octobre 2003, le BCCO permet que tous les cas de mort suspecte soient présentés aux tables rondes de médecine légale de l'HSC, auxquelles participent des pathologistes de l'hôpital et des représentants du BCCO. À l'heure actuelle, les résultats de toutes les autopsies sont présentés par le pathologiste à l'occasion d'une table ronde clinico-pathologique hebdomadaire ou d'une table ronde médico-légale mensuelle, selon la nature du cas et tout dépendant si la personne décédée était un patient de l'hôpital. Bien que les tables rondes ne fournissent pas un examen approfondi de l'ensemble des diapositives et des preuves circonstanciées, elles s'avèrent très précieuses pour ce qui est de confirmer si les pairs estiment que le pathologiste est sur la bonne voie. D'autres interprétations, suggestions et domaines d'étude sont abordés lors des tables rondes, lesquelles comportent à la fois un volet éducatif et un volet d'examen par les pairs.

## **Communications sur les enquêtes sur les morts à l'égard de la médecine légale**

En septembre 2002, le D<sup>r</sup> McLellan a émis une note de service à l'attention de tous les coroners, pathologistes et chefs de police, entre autres, à l'égard des conférences sur les cas d'homicides et de morts suspectes. Pour la première fois,

le BCCO a recommandé qu'une conférence sur les cas soit tenue dans les deux semaines suivant l'autopsie pour chaque cas d'homicide et chaque cas de mort suspecte.

En 2003, le BCCO a publié les premières lignes directrices écrites relatives aux enquêtes sur les morts afin d'établir des attentes uniformes pour les coroners dans l'ensemble de l'Ontario. Le BCCO a publié une deuxième édition de ces lignes directrices en avril 2007. Avant la publication de la première édition, les principales directives pour les coroners, à l'exception du Manuel d'enquête à l'intention des coroners, étaient les lois.

Les Lignes directrices relatives aux enquêtes sur les morts exigent du coroner procédant à l'enquête qu'il communique avec le coroner régional dans les cas qui mettent en cause la mort d'enfants de moins de cinq ans ou d'enfants ayant déjà eu affaire à la SAE, ainsi que dans les cas d'homicide ou de mort suspecte. Elles précisent les avantages d'une discussion entre le coroner et le pathologiste et présentent les éléments qui devraient être inclus dans le mandat d'autopsie remis au pathologiste. Elles soulignent également l'importance de se rendre sur les lieux lorsque cela est possible.

## **Politiques et mécanismes de supervision relativement à la production des rapports en temps opportun**

Selon la description d'emploi préparée par le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le médecin légiste en chef est responsable de toutes les autopsies médico-légales dans la province. Cette responsabilité comprend la production des rapports d'autopsie en temps opportun. Le médecin légiste en chef ne dispose toutefois pas d'outils adéquats pour assurer cette production en temps opportun. Le BCCO, par exemple, ne possède toujours pas de mécanisme central pour faire le suivi des rapports d'autopsie incomplets.

En juillet 2004, le BCCO a élaboré pour la première fois une politique exigeant la production des rapports d'autopsie à l'intérieur de certains délais. Le Memorandum 04-13 décrète que lorsqu'il n'existe aucun autre rapport à produire (comme des rapports de toxicologie), les rapports d'autopsie doivent être remplis dans les 12 semaines suivant l'autopsie. Dans les cas où la production des rapports dépend d'autres rapports ou de documents d'enquête, les rapports d'autopsie doivent être remplis dans les quatre semaines suivant la réception des rapports demandés ou des documents d'enquête pertinents. Malgré cette politique, le BCCO continue de faire face à des retards dans la production des rapports de nombreux pathologistes. Un certain nombre de raisons expliquent ces retards, y compris le volume de travail et les retards dans les analyses secondaires comme

les études toxicologiques au Centre des sciences judiciaires (CSJ) à Toronto. Le comité de la haute direction du BCCO a entrepris des discussions avec le CSJ au sujet de l'amélioration de ses délais d'exécution.

## **Expertise des pathologistes pratiquant les autopsies**

Le principal changement dans l'exécution des autopsies pédiatriques depuis les années 1990 est le fait qu'elles doivent toutes être pratiquées dans des centres pédiatriques régionaux déterminés, à l'exception de certains cas limités comme lorsqu'un enfant a eu de nombreux problèmes congénitaux ou qu'un enfant plus âgé a été frappé par un véhicule. Le 1<sup>er</sup> mars 2002, le BCCO a annoncé dans le Memorandum 2-03, intitulé « Paediatric Medicolegal Autopsies », que les autopsies médico-légales sur des enfants de moins de deux ans devaient être effectuées dans l'un des quatre centres pédiatriques sous-spécialisés, soit les unités médico-légales régionales de London, de Hamilton ou de Toronto (UOMLP) ou à Ottawa, au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO). En pratique, presque tous les cas de mort d'enfants, quel que soit leur âge, sont confiés à ces centres. Lorsqu'une mort d'enfant survient à l'extérieur d'une zone desservie définie pour l'un des centres régionaux, le cas est généralement envoyé à l'UOMLP. Environ 50 p. cent des autopsies médico-légales pédiatriques y sont pratiquées. Les cas survenant dans le Nord-Ouest de l'Ontario, près de la frontière manitobaine, sont parfois adressés à la D<sup>re</sup> Susan Phillips, pathologiste de l'hôpital universitaire Winnipeg Health Sciences Centre au Manitoba.

Les dirigeants du BCCO ont continué de surveiller la qualité des autopsies médico-légales pédiatriques pratiquées dans ces quatre centres, en Ontario. Depuis l'automne 2007, par exemple, aucune autopsie pédiatrique sur des cas de mort suspecte n'a été pratiquée au CHEO, à Ottawa, le D<sup>r</sup> Pollanen ayant soulevé certaines préoccupations à l'égard de la qualité à cet établissement.

Dans les Lignes directrices relatives aux autopsies de 2005, le BCCO a de plus précisé que seul un médecin légiste – un pathologiste anatomique ou général accrédité ayant une formation ou une accréditation précise en médecine légale ou une expérience reconnue en tant que médecin légiste – peut pratiquer des autopsies dans les cas de mort suspecte. Les Lignes directrices relatives aux autopsies de 2007 ajoutent que seuls les médecins légistes ayant une expérience pédiatrique ou les pathologistes pédiatriques détenant une expérience médico-légale significative peuvent procéder à l'autopsie en cas de mort suspecte d'un bébé ou d'un enfant.

À l'UOMLP, le directeur est responsable du triage de ses cas. Si le directeur n'est pas disponible, c'est le pathologiste de service qui procède au triage. Les pathologistes mettent en application les *Lignes directrices relatives aux autopsies*

pour déterminer si un cas est un cas de mort suspecte. En juillet 2007, l'UOMLP a élaboré ses propres lignes directrices relatives aux autopsies sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de cinq ans, qui adoptaient les critères du BCCO permettant de déterminer si un cas est un cas de mort suspecte, et a fourni ses propres lignes directrices pour les cas qui n'en sont pas. Si un cas est considéré comme un cas de mort suspecte en vertu des Lignes directrices relatives aux autopsies, le D<sup>r</sup> Chiasson ou le D<sup>r</sup> Pollanen pratique l'autopsie; pour tous les autres cas, cependant, c'est le pathologiste de service qui en est responsable. En cas de doute, le pathologiste communiquera avec le D<sup>r</sup> Chiasson, le D<sup>r</sup> Taylor ou le D<sup>r</sup> Pollanen.

## **Développement des unités médico-légales régionales**

Tel qu'il a été discuté au chapitre 7, Organisation de la médecine pédiatrique légale, l'entente initiale établissant l'UOMLP ne contenait aucune disposition à l'égard de la supervision de ses activités ou de la responsabilisation à l'égard de celles-ci. L'entente initiale de 1991 est demeurée en vigueur jusqu'en 2004.

Cette année-là, une entente beaucoup plus détaillée a été signée entre l'HSC et le ministère à l'égard de l'UOMLP, et les parties ratifient une entente similaire chaque année depuis 2004. L'entente révisée clarifie considérablement la relation. Elle aborde les responsabilités du directeur et du coroner en chef. Elle précise que le directeur serait nommé par le coroner en chef avec l'approbation de l'administration hospitalière locale et du chef du service de pathologie de l'HSC. L'entente révisée prévoit un mécanisme de gouvernance sous forme d'une équipe dirigeante composée de représentants de l'HSC, du directeur de l'UOMLP et, plus récemment, d'un représentant du BCCO. L'entente de 2004 prévoit également que l'unité soit dotée en personnel par des « pathologistes spécialisés, acceptés à la fois par l'hôpital local et par l'université, ayant reçu une formation appropriée (membre accrédité de l'American Board of Pathology en médecine légale, en pathologie pédiatrique ou dans un domaine équivalent) et possédant une expérience sur les cas en médecine légale. Une accréditation sous-spécialisée officielle de l'American Board of Pathology en médecine légale, en pathologie pédiatrique ou dans un domaine équivalent est grandement souhaitable ».

Toutefois, l'entente révisée pour l'UOMLP ne définissait pas le rôle du médecin légiste en chef quant à la supervision du travail du directeur et ne rendait pas celui-ci responsable de superviser le travail professionnel de l'unité. En fait, après 2001, sans la nomination d'un médecin légiste en chef, les ententes relatives aux unités de London, d'Ottawa et de Kingston ont été modifiées afin de réattribuer les responsabilités de supervision du médecin légiste en chef au

coroner en chef adjoint, Services médicolégaux, et, par la suite, au coroner en chef. Par conséquent, les ententes de 2007 laissent supposer qu'il incombe au coroner en chef de fournir une orientation quant aux normes de médecine légale acceptées et d'assurer des mesures de contrôle de la qualité, tout comme d'examiner tous les rapports d'homicide et de mort suspecte avant leur publication. Même avec la nomination du médecin légiste en chef actuel, les ententes n'ont pas été révisées pour tenir compte du rôle de ce dernier dans la supervision du travail des unités. Elles ne précisent pas non plus que les directeurs régionaux devraient avoir la responsabilité de la supervision professionnelle du travail médicolégal des unités. Les ententes devraient tenir compte du rôle du médecin légiste en chef et des directeurs régionaux dans la supervision du travail des unités, duquel ils sont responsables.

Contrairement aux ententes relatives aux autres unités régionales, lesquelles, tel qu'il a été discuté au chapitre 7, Organisation de la médecine pédiatrique légale, ont été révisées en vue de clarifier les relations de responsabilisation et de production de rapports, l'entente établissant l'unité de Hamilton est demeurée en grande partie inchangée depuis les années 1990. Elle ne renferme pas de précision sur les relations de responsabilisation et de production de rapports tel qu'indiqué dans les autres ententes.

En plus des unités médicolégales régionales qui sont en place depuis 2000, lesquelles ont toutes été établies par le biais d'ententes contractuelles entre le ministère et les hôpitaux où elles résident, l'Unité régionale de médecine légale du Nord-Est a été mise sur pied sous la nouvelle direction du BCCO. L'unité du Nord-Est, située à l'hôpital régional de Sudbury, est une unité informelle puisqu'elle ne fait pas l'objet d'une entente contractuelle avec le ministère et ne reçoit donc pas de fonds supplémentaires. L'unité du Nord-Est pratique des autopsies pour la région Sudbury-Manitoulin, ainsi que pour North Bay et Thunder Bay. Le D<sup>r</sup> Martin Queen, médecin légiste accrédité, s'occupe des cas de mort suspecte à l'unité. L'unité régionale du Nord-Est ne se charge toutefois pas des cas pédiatriques, qui sont acheminés à l'UOMLP.

## **Mécanismes d'examen de la participation au système de justice**

Le BCCO ne dispose à l'heure actuelle d'aucun mécanisme pour examiner le témoignage des médecins légistes. Il n'existe pas non plus de mécanisme permettant au médecin légiste en chef ou au BCCO d'analyser les opinions qu'un pathologiste fournit à la Couronne ou à la police, en plus du rapport d'autopsie. De plus, la capacité du BCCO de localiser, et à plus forte raison d'examiner les rapports complémentaires produits après la publication du rapport d'autopsie final



par le BCCO au système de justice pénale, est limitée. Les Lignes directrices relatives aux autopsies énonçaient au moins une exigence claire selon laquelle, dans les cas où les conclusions précédentes d'un pathologiste ne peuvent plus être justifiées, celui-ci doit clairement indiquer son opinion modifiée et fournir également une lettre complémentaire ou un rapport d'autopsie modifié au coroner. Le coroner ou le coroner régional envoie ces opinions complémentaires aux intervenants appropriés du système de justice.

## **Mise sur pied de comités**

Avant 2004, le BCCO disposait d'un système de comités bien élaboré pour l'examen des cas pédiatriques – le CEDE et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans. Sous la nouvelle direction, le mandat du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans (renommé le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en octobre 2006) a été élargi pour inclure un examen de toutes les enquêtes sur les morts liées à des enfants de moins de cinq ans.

De façon plus générale, le D<sup>f</sup> McLellan a vu durant son mandat la mise sur pied, en 2004, du Comité consultatif des services judiciaires (CCSJ), comité multidisciplinaire visant à fournir un avis indépendant et externe au coroner en chef et, ce faisant, à assurer la qualité et l'indépendance des autopsies dans les cas relevant du coroner. Le CCSJ a été créé en partie pour répondre aux préoccupations soulevées par les avocats de la défense criminelle à l'égard du manque d'objectivité perçue du BCCO. Le CCSJ est composé de représentants du BCCO, du CSJ, de la Couronne et de la police, ainsi que d'avocats de la défense criminelle et de médecins légistes.

Le CCSJ a produit une liste de médecins légistes qui sont prêts à fournir des opinions à la défense. Il aborde les questions entourant la formation des médecins légistes et la nécessité de compter sur des dossiers électroniques normalisés pour les rapports d'autopsie. De plus, tel que je l'ai décrit au chapitre 2 intitulé Des inquiétudes grandissantes, le CCSJ a joué un rôle important dans la détermination de la portée et du processus de l'examen du coroner en chef.

## **Activités éducatives**

Tout au long des années 1990, ou presque, le BCCO a mis en œuvre certains programmes éducatifs à l'intention des coroners et des pathologistes, dont quelques-uns ont abordé des questions médico-légales. La nouvelle équipe de dirigeants au BCCO a tiré parti de ces initiatives. Récemment, le D<sup>f</sup> Pollanen a

mis en place un atelier à l'intention des témoins experts pour fournir une formation et une simulation d'expérience de tribunal aux médecins légistes. Les experts de la Couronne et de la défense aident à enseigner le contenu des ateliers. Le D<sup>r</sup> Pollanen a également instauré des séminaires bimensuels à l'intention des pathologistes et des coroners relativement aux questions difficiles en médecine légale. Les sujets récemment abordés comprenaient les pièges des autopsies et les erreurs judiciaires.

## **Nouvelles installations matérielles**

Le BCCO a informé la Commission d'enquête qu'il travaille à la mise sur pied d'un nouveau complexe de sciences médico-légales en raison du caractère inadéquat des installations actuelles par rapport au contenu des enquêtes sur les morts et au nombre de demandes d'enquêtes. Le D<sup>r</sup> Porter a déclaré que les installations actuelles du BCCO sont trop petites et ne peuvent pas répondre adéquatement aux nouvelles demandes. De même, le D<sup>r</sup> McLellan a indiqué que les installations matérielles actuelles, qui ont plus de 30 ans, sont trop petites et rendent beaucoup plus difficile l'exécution d'un travail de qualité. En effet, le D<sup>r</sup> Stephen Cordner, directeur du Victorian Institute of Forensic Medicine en Australie, a décrit les installations actuelles du BCCO comme étant restreintes et désuètes lors de sa visite. Le complexe proposé remplacerait l'UPML actuelle et le BCCO et hébergerait le CFJ, l'UPML, les bureaux administratifs du BCCO et les tribunaux d'enquête. Le complexe offrirait une capacité accrue d'entreposage des corps, de même qu'un espace physique pour la pathologie. Je me contenterai de dire qu'il est essentiel que le BCCO occupe un espace adéquat s'il veut offrir les services que le système de justice pénale et les citoyens de l'Ontario méritent.

## **CONCLUSION**

L'histoire de la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario au cours des années du D<sup>r</sup> Smith est troublante. Dans les chapitres précédents, j'examine les structures institutionnelles et législatives inadéquates qui entourent la médecine pédiatrique légale de 1981 à 2001. Dans le présent chapitre, j'ai tracé la façon dont la supervision du D<sup>r</sup> Smith, laquelle comportait d'importantes failles, a contribué à de nombreuses erreurs dans l'exercice de la médecine pédiatrique légale dans la province. Au BCCO, la supervision de facto du D<sup>r</sup> Smith a été menée par le D<sup>r</sup> Cairns et le D<sup>r</sup> Young, dont aucun n'avait l'expertise nécessaire pour superviser des travaux de médecine légale. Aucun des deux n'a non plus tenu compte des signaux de danger à l'égard du travail du D<sup>r</sup> Smith, même

lorsque ses erreurs sont devenues évidentes et ont demandé une intervention. Les mesures prises par le D<sup>r</sup> Young, le cas échéant, visaient davantage à protéger la réputation de son bureau et du D<sup>r</sup> Smith qu'à servir l'intérêt du public.

Bien que les lacunes révélées par mon examen de la supervision de la médecine pédiatrique légale entre 1981 et 2001 soient profondément troublantes, je suis encouragé par les importants progrès qui ont été réalisés au cours des dernières années. Les nouveaux dirigeants au BCCO ont en effet adopté des politiques et des pratiques qui orienteront l'organisme dans la bonne direction. Ils demeurent toutefois limités par un cadre législatif inadéquat, des ressources limitées et une grave pénurie de médecins légistes.

On peut, et il faut en faire plus. Dans le volume 3, je présente en détail mes recommandations relatives à des changements complets dans les ententes législatives et institutionnelles à l'égard de la supervision de la médecine pédiatrique légale. Ce n'est qu'en apportant des changements systémiques complets que l'on peut réellement rétablir la confiance dans la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario.













