
Amélioration de la supervision et de la responsabilisation

INTRODUCTION

Notre examen systémique a mis en évidence de graves défaillances dans les mécanismes de supervision et de responsabilisation, les mesures de contrôle de la qualité ainsi que la structure institutionnelle de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001. La pléthore de problèmes n'était pas uniquement due aux personnes en cause. Nombre d'entre eux étaient des problèmes systémiques. Bien que les mécanismes de supervision et de responsabilisation du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) se soient grandement améliorés depuis 2001, il reste encore beaucoup à faire pour regagner et améliorer la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale et de son utilisation future par le système de justice pénale en Ontario.

Aux chapitres 11, Professionnaliser et reconstruire de la médecine pédiatrique légale, 12, Réorganisation de la médecine pédiatrique légale, et 15, Pratiques exemplaires, je recommande des façons de professionnaliser et de bâtir le service de médecine légale de l'Ontario ainsi que d'améliorer à la fois l'organisation et les pratiques exemplaires de la médecine légale. Ces initiatives amélioreront la qualité de la médecine légale utilisée dans le cadre des enquêtes sur les morts en Ontario. Toutefois, sans une supervision adéquate et la responsabilisation qui s'y rattache, on ne peut affirmer que, si de graves erreurs étaient commises en médecine légale ou dans la façon dont elle est utilisée par le système de justice pénale, elles ne passeraient pas, une fois de plus, inaperçues. Dans le présent chapitre, j'apporte des précisions sur les améliorations qu'il faut à tout prix apporter aux importants mécanismes de supervision de la médecine légale en Ontario. Ces mécanismes sont regroupés au sein du BCCO. Dans les chapitres suivants, j'aborde les contributions requises des autres participants au système de justice pénale afin d'aider à le préserver d'une pathologie défaillante.

Comme pour de nombreux aspects que j'aborde dans ce rapport, il n'est pas

pratique de concevoir des mécanismes de supervision et de responsabilisation destinés uniquement à un petit sous-ensemble de la médecine légale, à savoir la médecine pédiatrique légale. La supervision de cette dernière doit se faire dans le contexte plus large de celle de la médecine légale. Pour être efficaces, les améliorations de la supervision et de la responsabilisation doivent s'attaquer à l'exercice de la médecine légale en Ontario dans son ensemble.

Toutefois, les changements doivent, fondamentalement, aller au-delà de la médecine légale. Notre examen systémique a mis au jour de très importantes défaillances sur le plan de la supervision du D^r Charles Smith par les cadres supérieurs du BCCO. L'incapacité du coroner en chef à superviser efficacement un collègue plus expérimenté d'une telle importance pour le travail du BCCO a fait douter le public de l'aptitude de la structure dirigeante actuelle à superviser correctement l'intégralité du travail de cette institution. Selon moi, la perte de confiance du public est justifiée : ces graves défaillances ne peuvent être considérées que comme des erreurs de gouvernance. Un changement radical sur le plan de la gouvernance de l'institution est requis afin d'assurer la supervision efficace du travail du BCCO et de regagner la confiance du public.

C'est pourquoi la plus importante de mes recommandations en matière de supervision et de responsabilisation est la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance du BCCO. Afin que la gouvernance de l'institution soit plus objective et indépendante, en ce qui concerne notamment le travail du coroner en chef, du médecin légiste en chef et de ceux qu'ils supervisent dans les services de coroner ou de médecine légale en Ontario, il est nécessaire de mettre en place un conseil de direction.

D'autres modifications institutionnelles sont aussi requises afin d'améliorer la supervision de la médecine légale et la responsabilisation en ce domaine. Parmi ces modifications, les principales sont la création d'un registre des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner et la clarification des rapports hiérarchiques entre les médecins légistes et le médecin légiste en chef, entre ce dernier et les unités régionales ainsi qu'entre le médecin légiste en chef et le coroner en chef.

Les mécanismes de supervision et de responsabilisation recommandés dans le présent chapitre comprennent une variété d'outils spécifiques qui peuvent être utilisés afin d'assurer et d'améliorer la qualité de la médecine légale. Comme je l'ai dit, de nombreuses améliorations ont été apportées depuis 2001. Mes recommandations visent à construire sur ces améliorations.

SUPERVISION, RESPONSABILISATION ET CONTRÔLE / ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Avant d'aborder mes recommandations, je vais expliquer ce que j'entends par « responsabilisation », « supervision » et « contrôle / assurance de la qualité ». Bien que ces termes apparaissent dans le décret établissant la Commission d'enquête et soient fréquemment utilisés par les fonctionnaires et les profanes, leur sens est rarement clairement défini.

Dans sa forme la plus simple, la responsabilisation est l'obligation de répondre d'une responsabilité qui nous est conférée. Lorsqu'une personne à laquelle une responsabilité a été accordée est appelée à rendre des comptes, elle doit expliquer et justifier ses décisions ou ses actions par rapport à des critères donnés. La supervision constitue l'autre partie de l'équation. Lorsqu'une responsabilité est accordée, la supervision vise à faire en sorte que la responsabilité soit correctement assumée. Le superviseur doit s'assurer que les personnes auxquelles incombe la responsabilité s'en acquittent réellement et qu'elles répondent de leurs actions et décisions.

L'une des façons les plus efficaces de promouvoir la supervision et la responsabilisation est d'élaborer des mesures d'assurance ou de contrôle de la qualité. L'assurance de la qualité peut prendre diverses formes. Par exemple, les rapports d'autopsie peuvent être examinés par des pairs.

Sur le plan institutionnel, la supervision incombe aux personnes chargées de la gouvernance de l'institution. Dans ce sens, la supervision efficace est un élément important d'une gouvernance efficace. Dans la structure actuelle du BCCO, la responsabilité de la supervision des personnes travaillant pour le BCCO incombe en fin de compte au coroner en chef. Ce dernier doit s'assurer que le travail est fait correctement, que ce soit celui des coroners ou celui des médecins légistes.

La responsabilisation est un problème institutionnel connexe. À qui le BCCO doit-il rendre des comptes et quelle est la nature de ces derniers? Dans un système de gouvernement démocratique, chaque institution publique doit, au sens large, rendre des comptes de ses activités au public. De ce point de vue, le BCCO doit rendre compte au public de son travail et de sa supervision des enquêtes sur les morts par l'entremise du ministère dont il dépend, le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Le public supervise finalement le travail du BCCO par l'entremise du gouvernement en place. Si le BCCO ne parvient pas à superviser correctement le travail des coroners ou des médecins légistes et n'est pas rigoureusement tenu de rendre des comptes, la confiance du public pourrait s'en trouver ébranlée.

Le public a toutefois rarement l'expertise ou l'information suffisante pour exercer ce rôle de façon efficace. Bien souvent, le ministère non plus. De plus, une autre considération limite ce dernier. En cherchant à obtenir du BCCO des enquêtes sur les morts de première qualité, le ministère doit éviter toute ingérence politique. Parce qu'il est dans l'intérêt du public que le BCCO soit objectif et indépendant du gouvernement, la capacité du ministère à surveiller étroitement ce dernier et à lui demander des comptes est limitée. Bien que le BCCO doive rendre des comptes au gouvernement à l'égard des fonds publics qu'il dépense et du respect de plusieurs autres politiques gouvernementales (par exemple, les politiques concernant l'approvisionnement, la budgétisation et l'administration financière), le coroner en chef doit assumer, de façon indépendante, les responsabilités énoncées dans la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37.

Puisque le ministère est limité à cette responsabilité générale, il est vital qu'une supervision efficace de l'ensemble du travail de l'institution soit au centre du mandat quotidien du BCCO. Chaque intervenant, au sein de l'institution, doit rendre des comptes sur la façon dont il s'acquitte de ses responsabilités. Ceux qui surveillent et supervisent leur travail doivent rendre compte de cette supervision. Divers outils tels que des politiques, des protocoles, des directives, des vérifications et des examens doivent être mis en place afin de s'assurer que toutes les tâches ayant trait à la qualité d'une enquête sur une mort sont effectuées le mieux possible. Mais le niveau crucial de responsabilité est celui du BCCO lui-même. Il doit être supervisé par un organe de direction qui est objectif, qui possède l'information et l'expertise requises pour définir les orientations générales, qui peut exiger qu'elles soient suivies, qui s'assure que les erreurs sont évitées ou corrigées, qui peut veiller à ce que les problèmes soient décelés et qu'une solution y soit apportée et qui garantit ainsi la protection de l'intérêt du public.

GOVERNANCE DU BCCO : CRÉATION D'UN CONSEIL DE DIRECTION

Notre examen systémique a révélé d'importantes défaillances dans la supervision de la médecine pédiatrique légale effectuée par le BCCO de 1981 à 2001. Cette institution ne disposait d'aucun système permettant d'assurer une supervision significative et objective des médecins légistes travaillant sous mandat du coroner. Au lieu de cela, les hauts dirigeants de l'institution, le D^r James Young, coroner en chef, et le D^r James Cairns, coroner en chef adjoint, assumaient ponctuellement la responsabilité de la supervision du D^r Charles Smith. Cela faisait partie de l'ensemble de leurs responsabilités concernant les médecins légistes travaillant pour le BCCO. Comme je l'indique dans le volume 2, ils ont échoué dans cette tâche.

Il y avait un certain nombre de raisons, ayant toutes des implications d'ordre systémique, à leur incapacité de superviser efficacement la médecine légale pratiquée pour le BCCO dans les affaires que le D^r Smith traitait. Il existait peu, voire aucun outil permettant une supervision efficace du travail du D^r Smith. Plus important encore, bien qu'ils aient finalement été responsables, en tant que hauts dirigeants, de la supervision du travail du BCCO, les D^{rs} Young et Cairns ne possédaient pas la formation ou l'expérience voulues pour leur permettre de superviser la médecine légale. Leur objectivité, préalable essentiel à une supervision efficace, était compromise par une sorte de relation symbiotique avec le D^r Smith – en tant que dirigeants du BCCO, ils avaient besoin qu'il poursuive son travail pour l'institution et lui avait besoin qu'ils lui permettent de le faire. Leur objectivité a également été entravée par de longues amitiés professionnelles avec le D^r Smith. Ils avaient travaillé étroitement avec lui au BCCO et à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) pendant des années. Ils l'appréciaient et l'admiraient. En tant que collègue expérimenté, la foi qu'ils avaient dans son travail ne pouvait être ébranlée par les faits. Avec le temps, cette proximité professionnelle les a de plus en plus empêchés d'évaluer correctement son travail.

Le remplacement de la direction par un nouveau groupe de personnes talentueuses est-il une solution suffisante? Évidemment non. Il serait erroné d'imaginer que la situation qui régnait dans les années 1990 était uniquement due à une conjonction d'événements et que leur répétition pourrait être évitée en remplaçant simplement l'équipe dirigeante du BCCO. Un système de supervision et de responsabilisation fiable ne peut reposer sur les personnes qui occupent les postes de direction au BCCO à un moment donné. Il est nécessaire de modifier le système. D'abord, il doit y avoir une structure de gouvernance qui fait en sorte que les personnes responsables de la direction du BCCO possèdent une expertise suffisante pour assurer la supervision institutionnelle de la médecine légale pratiquée pour le compte du Bureau. Ensuite, il est essentiel que l'objectivité et l'indépendance de jugement des personnes dirigeant le BCCO ne souffrent pas de la proximité professionnelle comme cela s'est produit dans le passé. Le coroner en chef ne devrait donc plus être le dernier responsable du BCCO. Selon moi, il est nécessaire de créer un conseil de direction si le BCCO souhaite effectuer une supervision institutionnelle efficace de la médecine légale dans l'intérêt public.

Responsabilités du conseil de direction

Quelle devrait être la responsabilité du conseil de direction? Devrait-elle se limiter au service de médecine légale fourni par le BCCO? Mon mandat porte sur la supervision de la médecine pédiatrique légale, mais, par nécessité, cette

recommandation doit englober la supervision et la responsabilisation du BCCO dans son ensemble, y compris les services fournis par les coroners ainsi que par les médecins légistes. Il serait préjudiciable d'avoir un système qui supervise correctement la médecine légale tout en la cloisonnant et en la séparant du service des coroners. La médecine légale est la discipline fondamentale spécialisée des enquêtes sur les morts, mais elle doit travailler en partenariat avec le service des coroners. De plus, pour des questions pratiques, le soutien institutionnel dont le service de médecine légale a besoin doit, en grande partie, être partagé avec le service des coroners, qui en a aussi besoin. Une structure de gouvernance unique est économique, évite le double emploi sur le plan des ressources et favorise la coordination des démarches relatives aux enquêtes sur les morts. Un conseil de direction est essentiel afin d'assurer la supervision finale du service de médecine légale fourni par le BCCO; il n'y a aucune raison de penser qu'il ne le serait pas tout autant pour le service des coroners.

Un conseil de direction responsable de tout le BCCO présente un autre avantage. Un système d'enquête sur les morts dans lequel le public peut avoir confiance doit s'assurer que les morts font l'objet d'enquêtes objectives, impartiales et responsables. À l'heure actuelle, le coroner en chef de l'Ontario relève du sous-ministre de la Planification et de la gestion des situations d'urgence du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, qui le supervise de façon limitée, par l'entremise du commissaire à la sécurité communautaire. Cependant, conformément à l'indépendance institutionnelle du BCCO vis-à-vis du gouvernement, la supervision exercée par le commissaire et le sous-ministre se limite aux questions budgétaires et administratives. Par conséquent, le ministère supervise très peu la gestion du BCCO en ce qui concerne les aspects importants des enquêtes sur les morts en Ontario. Dans le régime actuel, étant donné les limites de la supervision exercée par le gouvernement, le coroner en chef doit, en effet, exercer des fonctions proches de celles de chef de la direction (qui a la responsabilité finale de la gestion du BCCO) et de président du conseil (qui est chargé de superviser la direction du BCCO). Comme le professeur Lorne Sossin de l'Université de Toronto l'a déclaré devant la Commission, ces doubles responsabilités sont incompatibles avec une responsabilisation efficace, une supervision indépendante et une bonne gouvernance. Elles donnent l'impression que la direction du BCCO ne peut faire l'objet d'un examen approfondi indépendant. Ce n'est pas non plus qu'une simple question d'apparence. Comme je le décris ci-dessus, notre examen systémique a démontré que les relations étroites qu'entretenaient le D^r Smith, le coroner en chef et le coroner en chef adjoint ont entravé la capacité de ces deux derniers à examiner minutieusement et objectivement le travail du premier.

Ainsi, selon moi, la supervision du BCCO dans son ensemble, tant du service des coroners que de celui de la médecine légale, devrait être confiée au conseil de direction. Celui-ci superviserait à la fois les deux principaux services offerts par le BCCO, le service des coroners et le nouveau Service ontarien de médecine légale (SOML). Le conseil de direction serait indépendant du gouvernement, mais relèverait de façon aussi limitée du commissaire et du sous-ministre responsables que le coroner en chef à l'heure actuelle. Toutefois, à la différence de la situation actuelle, cette structure servirait à créer un tampon entre le côté opérationnel des enquêtes sur les morts et le gouvernement. Elle ferait en sorte que le BCCO soit indépendant du gouvernement sur le plan opérationnel. Le conseil de direction permettrait également d'assurer une relation de collaboration entre le coroner en chef et le médecin légiste en chef et serait disponible pour résoudre les éventuels problèmes qui se poseraient entre eux.

En formulant cette recommandation, il est important de souligner que le BCCO, qui a réfléchi attentivement à cette question à la lumière des événements traumatisants avec lesquels il a été aux prises, en est arrivé à une conclusion très semblable. Le BCCO considère que la création d'un conseil supervisant les enquêtes sur les morts en Ontario et ayant la responsabilité de la supervision du coroner en chef et du médecin légiste en chef est cruciale si l'on veut restaurer la confiance du public envers le système d'enquête sur les morts en Ontario et assurer une bonne supervision. Je partage entièrement cette évaluation.

Structure du conseil de direction

En réfléchissant à une proposition de structure pour le conseil de direction, je me suis inspiré du modèle de gouvernance actuel du Victorian Institute of Forensic Medicine (VIFM) en Australie. Le VIFM est considéré, à juste titre, comme un fournisseur de services de médecine légale de renommée mondiale. Il est créé aux termes d'une loi et est géré par un conseil qui est défini dans cette loi et qui tient le directeur du VIFM responsable des activités de l'institut. De même, l'existence et les responsabilités du conseil de direction qui supervisera les enquêtes sur les morts en Ontario devraient être énoncées dans la *Loi sur les coroners*. Il devrait être défini comme étant l'organe de direction responsable de la supervision du BCCO.

J'ai également tenu compte des observations du BCCO. Ce dernier a suggéré que le conseil de direction devrait avoir pour principales fonctions de fournir au coroner en chef et au médecin légiste en chef une orientation en matière de planification stratégique, des directives sur les attentes en matière de rendement au sein du BCCO et les questions d'éthique ainsi que sur les priorités opérationnelles

et la réalisation d'enquêtes de qualité sur les morts. Cela laisse supposer que le conseil de direction fonctionnera presque comme un conseil d'administration. Selon moi, ce sont de bonnes recommandations. En fait, le conseil de direction devrait superviser l'orientation stratégique du BCCO, y compris le service des coroners et le SOML. Parmi les responsabilités du conseil de direction devraient figurer l'approbation des budgets, les décisions concernant les cadres supérieurs, la gestion du processus de plaintes du public et la supervision finale du travail du BCCO.

Le coroner en chef de l'Ontario devrait relever du conseil de direction et lui rendre des comptes sur les aspects professionnels du service des coroners. Le médecin légiste en chef devrait relever du conseil de direction et lui rendre des comptes quant aux services professionnels du SOML. De plus, comme je le mentionne ci-dessous, un directeur général devrait relever du conseil de direction et lui rendre des comptes sur l'administration du service des coroners et du SOML.

Le conseil de direction devrait remettre un rapport chaque année au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et ce rapport annuel devrait être mis à la disposition du public. Le ministère devrait également se réserver la possibilité, comme il le fait actuellement, de remplir certaines fonctions liées au BCCO, y compris la tenue d'une enquête, conformément à l'article 22 de la *Loi sur les coroners*. Il incomberait en outre au conseil de direction d'approuver le budget et les plans d'activités du BCCO. Le directeur général présenterait ensuite le budget et les plans d'activités au ministère pour examen et approbation finale.

La composition du conseil de direction devrait être déterminée par voie de règlement. Le lieutenant-gouverneur en conseil devrait nommer les membres du conseil dont le mandat aurait une durée fixe. Le coroner en chef et le médecin légiste en chef devraient siéger au conseil de direction en tant que membres d'office. Le directeur général agirait à titre de secrétaire du conseil de direction et apporterait le soutien administratif nécessaire.

La création du conseil de direction est fondamentalement une question de bonne gouvernance. Ses membres devraient donc être choisis en fonction de leurs compétences et non de critères politiques. Ils devraient être à la base d'une instance de gouvernance indépendante et multidisciplinaire possédant les compétences nécessaires pour assurer une supervision significative du système d'enquête sur les morts, y compris le service des coroners et celui de médecine légale. Ils devraient donc être des décideurs principaux d'institutions publiques connexes, ou leurs représentants, ayant l'habitude d'agir dans l'intérêt public. Afin d'assurer un point de vue indépendant sur les services de médecine légale, un médecin légiste accrédité venant de l'extérieur de l'Ontario devrait aussi y siéger.

Au Victorian Institute of Forensic Medicine, le conseil se compose du directeur du VIFM, du coroner d'État, d'un représentant du juge en chef, de deux représentants du procureur général, de représentants des écoles de médecine, d'un représentant du commissaire de police en chef et de représentants des ministères de la Police et des Services d'urgence, de la Santé, des Services communautaires et des Affaires féminines.

Selon moi, la composition du conseil de direction du BCCO devrait s'inspirer de cette structure dans une large mesure. La seule exception est le représentant des services de police. L'inclusion d'un représentant des services de police aurait, selon moi, des répercussions négatives sur l'apparence d'impartialité des enquêtes sur les morts. De même, étant donné que les membres du conseil de direction doivent agir dans l'intérêt public et ne pas être perçus comme étant au service d'un groupe particulier, il ne serait pas approprié de nommer un avocat de la défense, par exemple, au conseil de direction. Selon moi, un processus de nomination en fonction de groupes d'intérêts serait tout simplement incohérent avec l'exigence de prise de décisions impartiales dans l'intérêt public. Les intérêts de groupes particuliers sont mieux servis par le biais de comités consultatifs.

Comme je le décris au chapitre 14, Amélioration du processus de traitement des plaintes, le conseil de direction devrait instituer un comité des plaintes du public afin de répondre aux plaintes concernant les coroners ou les pathologistes. Le comité des plaintes devrait être composé de membres du Conseil, à l'exception de tout employé du BCCO. Il doit élaborer des procédures transparentes qui sont justes envers le coroner ou le pathologiste en cause et le plaignant. Ce comité examinerait les plaintes non résolues en première instance à la satisfaction aussi bien du plaignant que du coroner ou du pathologiste.

Recommandation 38

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

- a) la supervision de l'orientation et de la planification stratégiques du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, y compris le service des coroners et le Service ontarien de médecine légale;
- b) l'approbation du budget;
- c) les décisions concernant les cadres supérieurs;
- d) l'administration du processus de traitement des plaintes du public.

Recommandation 39

Le coroner en chef devrait rendre des comptes au conseil de direction en ce qui concerne le fonctionnement et la gestion du service des coroners. Le médecin légiste en chef devrait rendre des comptes au conseil de direction en ce qui concerne le fonctionnement et la gestion du Service ontarien de médecine légale.

Recommandation 40

Le conseil de direction devrait remettre chaque année un rapport au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Son rapport annuel devrait être mis à la disposition du public.

Recommandation 41

La province de l'Ontario devrait déterminer la composition du conseil de direction en vertu d'un règlement pris en application de la *Loi sur les coroners*. Le lieutenant-gouverneur en conseil devrait nommer les membres suivants pour un mandat d'une durée fixe :

- un représentant du juge en chef de l'Ontario, qui pourrait assumer le rôle de président du conseil, sinon le président, pourrait être désigné par le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels;
- le coroner en chef de l'Ontario;
- le médecin légiste en chef de l'Ontario;
- le doyen d'une faculté de médecine ontarienne ou son délégué;
- un représentant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée;
- un représentant du procureur général de l'Ontario;
- un représentant du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels;
- le directeur du Centre des sciences judiciaires ou son délégué;
- trois autres membres nommés par le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, dont l'un devrait être un médecin légiste accrédité de l'extérieur de l'Ontario.

PRINCIPES DE SUPERVISION DE LA MÉDECINE LÉGALE

Par l'entremise de son conseil de direction, le BCCO doit asseoir la supervision de la médecine légale en Ontario sur un ensemble de principes ou d'éléments constitutifs fondamentaux. Ces derniers influenceront la façon dont les mécanismes particuliers de supervision et de responsabilisation seront mis en place. Selon moi, les défaillances importantes mises en évidence par notre examen systématique offrent de précieuses indications permettant de déterminer les plus importants. Les éléments constitutifs les plus importants comprennent :

- un Service ontarien de médecine légale professionnalisé et étendu;
- une hiérarchie des responsabilités en matière de supervision et de responsabilisation clairement définie;
- un engagement institutionnel en matière de qualité;
- des outils de supervision adaptés.

En plus de jeter les bases de services de médecine légale de haute qualité, un SOML professionnalisé fera en sorte que les responsables de la supervision aient l'expertise nécessaire pour s'acquitter de leurs responsabilités. De plus, la création du SOML favorisera l'embauche et le maintien en poste des médecins légistes qu'il faut pour l'établissement de systèmes efficaces d'examen par les pairs des rapports, des opinions et des témoignages des médecins légistes dans des cas particuliers.

Notre examen systématique a également démontré les pièges que recèle une piètre définition des responsabilités en matière de supervision et de responsabilisation. Le conseil de direction doit s'assurer que ces responsabilités sont clairement définies au sein du BCCO dans son ensemble, du SOML ainsi qu'entre le service des coroners et le service de médecine légale.

Le conseil de direction doit demander à la direction du BCCO de s'assurer que l'institution prend un engagement en matière de qualité comportant des valeurs fondamentales qui mettent l'accent sur l'excellence, l'importance du travail d'équipe et la nécessité de la collégialité et du partage des connaissances. Le BCCO a suggéré la création d'un plan stratégique comprenant « [une] culture de la qualité et de l'excellence du rendement », « [la] fidélité au principe d'examen par les pairs » et « [une] nouvelle volonté de rechercher la vérité à l'aide de méthodes scientifiques et d'élaborer une pratique reposant sur des éléments de preuve ». Tels sont les types de valeurs fondamentales que le système des coroners et le SOML devraient adopter afin d'assurer une supervision significative.

Enfin, le conseil de direction doit s'assurer que les responsables de la supervision

disposent des outils nécessaires pour pouvoir s'acquitter de cette responsabilité. Les types d'outils qui peuvent être utilisés sont décrits ci-dessous.

Recommandation 42

Le conseil de direction devrait orienter l'élaboration des mécanismes d'assurance de la qualité, de supervision et de responsabilisation en ce qui a trait au travail du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, à la fois pour le Service ontarien de médecine légale et le service des coroners.

AMÉLIORATION DES INSTITUTIONS

Les structures institutionnelles concernant la supervision de la médecine légale dans les années 1980 et 1990 étaient inadéquates. Les prochaines doivent comprendre, entre autres systèmes, un registre des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner. De plus, les liens hiérarchiques entre le coroner en chef, le médecin légiste en chef et le conseil de direction doivent être définis clairement. Enfin, un directeur général devrait assumer le fardeau des responsabilités administratives.

Nécessité d'un registre des médecins légistes

Notre examen systémique a révélé que, dans les années 1990, les pathologistes en Ontario étaient recrutés pour travailler en vertu de mandats du coroner, y compris dans les cas de morts suspectes, sans tenir compte de leur formation et de leur expérience en médecine légale. Le principal exemple est évidemment celui du D^r Smith à qui les cas de morts suspectes d'enfants étaient délibérément attribués sans tenir compte du fait que sa formation en médecine légale était malheureusement inadéquate.

Pendant les années 2000, la nouvelle direction du BCCO a mis en place des politiques visant à faire en sorte que les pathologistes intervenant dans les cas de morts suspectes aient les compétences et l'expertise nécessaires. En 2005, les *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* (lignes directrices sur les autopsies à l'intention des médecins légistes : morts suspectes et homicides) du BCCO ont exigé que seul un médecin légiste, défini comme un pathologiste général ou anatomique accrédité ayant une formation spécifique ou une accréditation en médecine légale et (ou) une expérience reconnue en tant que médecin légiste, puisse pratiquer les autopsies relatives aux cas de morts suspectes. Dans la version révisée d'octobre 2007

des lignes directrices sur les autopsies (les lignes directrices relatives aux autopsies), on a ajouté que seuls les médecins légistes « ayant de l'expérience en médecine pédiatrique légale » ou les pathologistes pédiatres « ayant une grande expérience en médecine légale » pouvaient pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspects d'enfants ou de nourrissons.

Ces dispositions des lignes directrices relatives aux autopsies constituent un bon début. Cependant, en tant qu'instruments de politique sans aucun mécanisme significatif d'exécution, elles sont limitées sur le plan de la capacité de s'assurer que les médecins légistes intervenant en vertu de mandats du coroner respectent en tout temps les normes de compétences établies. Afin de poursuivre sur la lancée des améliorations déjà apportées par le BCCO, certains mécanismes supplémentaires sont nécessaires. Comme le mentionne le chapitre 11, Professionnaliser et reconstruire de la médecine pédiatrique légale, l'une des caractéristiques fondamentales du SOML est la création d'un registre des médecins légistes accessible au public. Le registre est un outil essentiel de contrôle de la qualité de la médecine légale dans le cadre des enquêtes sur les morts. Il contribuerait à faire en sorte que les pathologistes intervenant dans des enquêtes sur les morts se conforment à des normes professionnelles élevées en matière de formation, de compétences et de pratique. Le médecin légiste en chef pourrait utiliser le registre afin de mettre en place des mesures correctives si des problèmes graves se présentaient concernant la compétence des médecins légistes inscrits au registre ou les retards excessifs causés par ces derniers dans le cadre d'instances criminelles. Le maintien de l'inscription au registre dépendrait de la volonté de remédier à la situation. Finalement, on pourrait retirer le nom du pathologiste délinquant pour assurer un service compétent. Évidemment, une telle mesure nécessiterait un processus d'appel corollaire devant un comité du conseil de direction, par exemple, dans les cas de sanctions censément injustes.

Structure et établissement du registre

Le concept général de registre que je propose est similaire au modèle de registre des médecins légistes accrédités que le Home Office a mis en place au Royaume-Uni. Il a été décrit par un certain nombre de témoins devant la Commission. Il va sans dire que les spécificités du registre doivent tenir compte des caractéristiques particulières de l'exercice de la médecine légale en Ontario.

Le registre devrait être conçu par le médecin légiste en chef qui devrait également en administrer le fonctionnement. Comme l'indique le chapitre 12, Réorganisation de la médecine pédiatrique légale, les nouvelles dispositions de la *Loi sur les coroners* définissant les responsabilités du médecin légiste en chef

devraient inclure la responsabilité de l'administration d'une liste de médecins légistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner. Le conseil de direction doit superviser le travail du médecin légiste en chef au moment de définir la structure du registre et les critères d'inscription et approuver la conception finale.

La principale fonction du registre serait de désigner les médecins légistes qui, de par leur expérience et leur formation, sont autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner. Étant donné que différents ensembles de compétences sont requis selon les types de cas, le registre devrait être divisé en au moins trois catégories spécifiques : les médecins légistes autorisés à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes, ceux autorisés à le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants et ceux autorisés à pratiquer des autopsies courantes pour les coroners.

Dans le futur immédiat, pendant la transition vers un SOML professionnalisé, il sera nécessaire d'accorder des droits acquis pour permettre aux pathologistes qui ont une grande expérience ou une formation poussée en médecine légale, sans toutefois être officiellement accrédités dans cette discipline, de continuer à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes. L'élaboration de dispositions précises relativement aux droits acquis devrait être laissée à la discrétion du médecin légiste en chef. À mesure que la profession de médecin légiste évoluera en Ontario, les critères d'inscription au registre et, plus particulièrement, dans les catégories relatives aux cas de morts suspectes, deviendront sans aucun doute plus rigoureux. Dès que cela deviendra pratiquement réalisable, seuls les médecins légistes accrédités devraient être inscrits au registre afin de pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes. Les critères autorisant à pratiquer des autopsies courantes seront certainement plus souples et pourront varier en fonction de la compétence et de l'expérience du pathologiste.

Le registre devrait inclure des procédures d'inscription, de renouvellement et de retrait. En orientant l'élaboration de ces procédures, le conseil de direction devrait mettre l'accent sur les principes de qualité, de transparence et d'équité envers chaque pathologiste. Le médecin légiste en chef sera chargé d'établir les critères spécifiques auxquels les médecins légistes désireux d'être inscrits ou réinscrits au registre devront satisfaire. Il faudrait se concentrer principalement sur leurs études et leur expérience professionnelle. Une fois les critères initiaux d'inscription réunis, les réinscriptions devraient tenir compte de critères supplémentaires tels que la formation médicale continue, la participation à des activités de recherche et (ou) d'enseignement, l'examen par les pairs de témoignages devant les tribunaux et la participation à l'examen, en tant que pair, du travail de confrères. Pour être inscrits au registre, les médecins légistes devront se conformer aux politiques, aux

protocoles, aux lignes directrices de pratique et aux codes de conduite pertinents publiés par le médecin légiste en chef ou le BCCO.

Les processus d'examen par les pairs décrits ci-dessous contribueront à la supervision et à l'évaluation des médecins légistes inscrits au registre. Si le médecin légiste en chef s'inquiète du travail d'un médecin légiste, il peut prendre les mesures correctives qui s'imposent, y compris son retrait du registre. Le conseil de direction devrait mettre en place un mécanisme d'examen de l'autorité qu'exerce le médecin légiste en chef par rapport au registre. Cet examen prévoirait une forme d'appel lorsqu'un médecin légiste est insatisfait des mesures que le médecin légiste en chef prend.

Recommandation 43

Le Service ontarien de médecine légale devrait créer un registre, accessible au public, des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner.

Recommandation 44

L'administration du registre devrait incomber au médecin légiste en chef.

Recommandation 45

Le médecin légiste en chef devrait, avec l'approbation du conseil de direction, définir les détails du registre, y compris des procédures justes et transparentes d'inscription, de renouvellement et de retrait. Toutefois, le registre devrait comporter des catégories distinctes pour les médecins légistes autorisés à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes, ceux autorisés à le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants et ceux autorisés à pratiquer seulement des autopsies courantes pour les coroners.

Recommandation 46

À mesure que le Service ontarien de médecine légale se développera sur les plans de la taille et des compétences, les critères d'inscription au registre devraient devenir plus rigoureux. Dès que possible, seuls les médecins légistes accrédités devraient être autorisés à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes et seuls ceux qui ont une grande expérience en médecine pédiatrique légale devraient pouvoir le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants.

CLARIFICATION DES RELATIONS

Responsabilité du coroner en chef et du médecin légiste en chef

De nombreuses difficultés peuvent survenir si le coroner en chef est chargé de la supervision de la médecine légale. Dans un certain nombre des cas que nous avons examinés, le coroner en chef ou le coroner en chef adjoint assumait la majeure partie de la supervision du travail du D^r Smith en matière de pathologie. Leur supervision a échoué en raison notamment de leur manque d'expertise dans le domaine très spécialisé de la médecine légale.

Les postes de coroner en chef et de médecin légiste en chef devraient être parallèles, assurant respectivement les responsabilités distinctes du service des coroners et du SOML. Le médecin légiste en chef serait donc responsable du travail professionnel et du budget du SOML, relèverait du conseil de direction et lui rendrait des comptes au sujet du fonctionnement du SOML. Comme je le décris au chapitre 12, Réorganisation de la médecine pédiatrique légale, les principales tâches et responsabilités du médecin légiste en chef seraient énoncées dans la loi. Le coroner en chef serait responsable du travail professionnel du service des coroners, comme le prévoit la *Loi sur les coroners*, relèverait du conseil de direction et lui rendrait des comptes au sujet du fonctionnement du service des coroners.

Comme l'explique de façon détaillée le chapitre 12, la hiérarchie du nouveau SOML apportera des éclaircissements sur les relations de supervision et de responsabilisation au sein du service de médecine légale. Le médecin légiste en chef supervisera le SOML dans son ensemble, y compris le travail de tous les pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner. Le médecin légiste en chef supervisera aussi le travail du ou des médecins légistes en chef adjoints. Les directeurs des unités régionales superviseront la médecine légale pratiquée dans leur région, que ce soit dans leur unité ou dans un autre hôpital, et en seront responsables.

Dans ses observations finales devant la Commission d'enquête, le BCCO a proposé que le médecin légiste en chef continue de relever du coroner en chef en ce qui concerne la prestation des services de médecine légale. Je reconnais le mérite de cette proposition. Le SOML fournit essentiellement des services au service des coroners dans le processus d'enquête sur les morts. Il semble donc, à première vue, que le coroner en chef devrait être en mesure d'exercer une supervision lorsque, par exemple, des retards dans la remise des rapports d'un pathologiste entravent le travail du service des coroners.

Selon moi, cependant, une définition claire de la responsabilisation proposée en l'occurrence resterait si vague qu'elle constituerait un obstacle constant à toute

gouvernance efficace. La clarté obtenue en conférant au coroner en chef et au médecin légiste en chef la responsabilité professionnelle de la supervision de leur service respectif est de loin préférable. La responsabilité de chacun est ainsi bien définie, chacun relevant du conseil de direction. Chacun peut donc se concentrer sur l'excellence professionnelle au sein de son service. Cela minimise non seulement le risque de désaccord entre eux en raison de l'ambiguïté des liens hiérarchiques, mais permet aussi au conseil de direction d'arbitrer les différends qui surviennent.

Responsabilités administratives du service des coroners et du SOML

Les responsabilités administratives concernant la gestion du BCCO sont importantes. Actuellement, le coroner en chef assume un lourd fardeau administratif qui comprend la supervision indirecte d'une équipe de 84 personnes. Il importe que les responsabilités administratives n'entravent pas la supervision professionnelle que doivent assurer le coroner en chef et le médecin légiste en chef.

Afin de permettre au coroner en chef et au médecin légiste en chef de consacrer leur temps et leur attention à l'amélioration et au développement des capacités professionnelles du service des coroners et du SOML, un directeur général responsable des aspects administratifs des activités du système des coroners et du SOML devrait être nommé. Les responsabilités administratives du directeur général incluraient, par exemple, les ressources humaines, les services de soutien et les services des immeubles. Le directeur général relèverait directement du conseil de direction. Cette structure est préférable à celle en vertu de laquelle le coroner en chef assume la responsabilité administrative de l'ensemble du BCCO.

Recommandation 47

Le conseil de direction devrait nommer un directeur général responsable de l'administration à la fois du service des coroners et du Service ontarien de médecine légale.

Coroner en chef et médecin légiste en chef à temps plein

Notre étude systémique a également démontré que, sous la direction d'un coroner en chef qui n'exerçait pas ses fonctions à temps plein et qui occupait simultanément des postes prenants comportant d'importantes responsabilités, la supervision en pâtissait. Ce problème était exacerbé par le fait que les autres

postes du coroner en chef étaient des emplois de cadre supérieur au sein du gouvernement, ce qui réduisait l'apparence de responsabilisation du BCCO.

Afin que les personnes qui occupent les postes de coroner en chef et de médecin légiste en chef s'acquittent convenablement de leurs obligations, elles doivent s'y consacrer à temps plein. En outre, le poste à temps plein de médecin légiste en chef devrait permettre au titulaire de s'adonner à des activités d'enseignement et de recherche en raison de leur importance pour le développement d'un service professionnalisé. Je suppose qu'il en va de même pour le coroner en chef et le service des coroners.

Recommandation 48

Les postes de coroner en chef et de médecin légiste en chef devraient être des emplois à temps plein.

Relations contractuelles avec les unités régionales de médecine légale

Comme l'aborde en détail le chapitre 12, Réorganisation de la médecine pédiatrique légale, les ententes de service conclues entre le BCCO et les hôpitaux concernant les unités régionales de médecine légale doivent être révisées afin de clarifier les relations en matière de supervision et de responsabilisation.

Les ententes devraient également être modifiées pour accroître la responsabilisation grâce à l'utilisation de mesures spécifiques d'assurance de la qualité. Elles devraient préciser que chacun des médecins légistes d'une unité qui fournit des services au SOML doit être inscrit au registre. Elles devraient définir de façon explicite les responsabilités de chaque directeur régional en matière de supervision et d'assurance de la qualité du travail des médecins légistes qui pratiquent des autopsies en vertu de mandats du coroner dans la zone géographique que l'unité dessert. Les ententes devraient aussi comprendre des exigences concernant les liens hiérarchiques comme, par exemple, le fait que le directeur régional doit rendre compte au médecin légiste en chef des pratiques de l'unité en matière d'examen par les pairs et de consultation. Les ententes de service devraient également prévoir des exigences relatives aux délais de production des rapports d'autopsie.

Comité consultatif de la médecine légale

Il est vital que le SOML crée une culture axée sur le travail d'équipe et la collégialité. Comme nous l'avons vu, le travail en vase clos mène à l'erreur. Afin d'atteindre cet

objectif sur le plan du travail d'équipe, le médecin légiste en chef devrait consulter les autres chefs de file de la médecine légale dans la province. Le BCCO a recommandé la création d'un Comité consultatif de la médecine légale (CCML). J'approuve cette recommandation. Le CCML serait créé au sein du SOML. Il serait composé des directeurs des unités régionales de médecine légale. Plutôt que de prodiguer des conseils au cas par cas, le CCML aiderait le médecin légiste en chef à définir les objectifs, les politiques, les protocoles et les lignes directrices relatifs à la prestation des services de médecine légale à travers la province. Le CCML contribuerait à l'amélioration des processus de qualité et améliorerait la relation entre le médecin légiste en chef et les unités régionales. Il aiderait le médecin légiste en chef à s'attaquer aux problèmes propres aux diverses régions de l'Ontario.

De plus, notre examen systémique a démontré le danger de concentrer le pouvoir et l'expertise dans une seule personne. Cette structure institutionnelle permettra de se protéger contre ce risque.

Recommandation 49

Un comité consultatif de la médecine légale devrait être constitué pour conseiller le médecin légiste en chef dans l'établissement des objectifs, des politiques, des protocoles et des lignes directrices relatifs à la prestation des services de médecine légale. Il devrait se composer des directeurs régionaux.

OUTILS DE SUPERVISION DU TRAVAIL DES MÉDECINS LÉGISTES ET DE RESPONSABILISATION

Les médecins légistes agissent à titre individuel lorsqu'ils fournissent des opinions d'expert et des services médico-légaux au système de justice. Ils ne représentent aucune institution et n'expriment aucune opinion en leur nom. Le rôle du SOML en tant que superviseur des services de médecine légale est de s'assurer que des mesures de protection appropriées sont en place pour assurer la fiabilité de ces opinions d'expert données à titre individuel. Le SOML doit s'assurer que les personnes nommées possèdent les qualifications requises et que des mécanismes de contrôle de la qualité adéquats sont en place. Cela est particulièrement vrai pour les cas les plus difficiles, y compris les morts suspectes d'enfants.

Depuis 2001, le BCCO a beaucoup amélioré les outils dont il dispose pour superviser adéquatement la médecine légale. Pendant les années 1980 et 1990, ces outils étaient limités et parfois inexistantes. Le BCCO a, au mieux de ses capacités dans un contexte de ressources professionnelles et financières limitées, soutenu le

développement d'un service de médecine légale professionnalisé reposant sur des éléments de preuve. Dans la présente section, j'aborde la façon dont le SOML peut prendre appui sur ces améliorations.

Je suis conscient du fait que l'ajout de mécanismes de supervision et de responsabilisation pourrait accroître la charge de travail du nombre limité de médecins légistes en Ontario. Cette charge de travail accrue est un facteur dont il faut sérieusement tenir compte. Je prévois que le médecin légiste en chef devra évaluer avec attention l'accroissement des charges de travail résultant de la mise en œuvre de nouveaux mécanismes de supervision. Toutefois, la qualité de service doit demeurer prioritaire. C'est la leçon à tirer du fait d'avoir permis au D^r Smith de continuer à faire le travail en partie parce qu'il n'y avait personne d'autre pour s'en charger.

Personnel chargé de l'assurance de la qualité

Jusqu'à tout récemment, le BCCO ne mettait pas l'accent sur la gestion de la qualité de la médecine légale. Il ne possède toujours pas les ressources nécessaires à la création d'une unité d'assurance de la qualité. Désormais, le BCCO doit se doter d'une philosophie détaillée en matière de gestion de la qualité en mettant en place des structures adéquates de mise en œuvre.

Je tiens compte des expériences d'autres institutions qui fournissent des services de médecine légale pour évaluer ce qui pourrait être nécessaire pour rehausser le profil de l'assurance de la qualité au BCCO. Le Centre des sciences judiciaires (CSJ) et le Victorian Institute of Forensic Medicine ont tous deux des unités chargées officiellement de l'assurance de la qualité auxquelles du personnel spécialisé est affecté. Le VIFM a créé un comité d'examen de la qualité qui recueille des données à partir du système de gestion de la qualité et les fournit à la direction interne et au conseil du VIFM.

Le SOML doit disposer de personnel qualifié se consacrant à l'assurance de la qualité. Il devrait y avoir un directeur de l'assurance de la qualité à temps plein, dont le mandat serait de superviser les mécanismes d'assurance de la qualité en vigueur au SOML. Il devrait être chargé de suivre la réussite des mesures de gestion de la qualité afin que, par l'entremise du médecin légiste en chef, cette information puisse être transmise au conseil de direction. En fait, il serait bon que ce dernier crée un comité pour superviser le travail du personnel chargé de l'assurance de la qualité. Il semblerait en outre raisonnable que le directeur de l'assurance de la qualité soit également responsable de celle-ci dans l'ensemble du BCCO. Cependant, le SOML a, à tout le moins, besoin d'un directeur de l'assurance de la qualité attitré.

Recommandation 50

Le Service ontarien de médecine légale devrait affecter du personnel à l'assurance de la qualité, dont un directeur à temps plein, pour suivre les mécanismes d'assurance de la qualité.

Lignes directrices en matière de politique

Les politiques et les normes sont des moyens utiles d'assurer la qualité. Elles clarifient les attentes à l'endroit des pathologistes qui exercent la médecine légale et favorisent des pratiques et une méthodologie cohérentes. Notre examen systématique a démontré qu'avant 2001, il y avait très peu de lignes directrices et de normes visant à aider les pathologistes à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner ou à témoigner et à interagir avec le système de justice pénale.

La nouvelle direction du BCCO a élaboré des politiques et des lignes directrices qui tiennent compte de la nécessité de disposer d'un service de médecine légale professionnalisé reposant sur des éléments de preuve. Les politiques adoptées récemment, telles que les lignes directrices provinciales relatives aux autopsies pratiquées dans les cas de morts suspectes, ont principalement mis l'accent sur la démarche ou l'attitude analytique appropriée que doit adopter le médecin légiste : ouverture d'esprit, objectivité et conclusions reposant sur des preuves.

Je soutiens l'orientation générale des récentes politiques du BCCO. Les lignes directrices relatives aux autopsies concordent avec les pratiques exemplaires de supervision des cas de morts suspectes adoptées dans d'autres territoires de compétence. Mes principales recommandations pour améliorer et développer les lignes directrices et les politiques actuelles sont énoncées dans mon exposé sur les pratiques exemplaires de la médecine légale au chapitre 15, Pratiques exemplaires, et sur l'efficacité de la communication au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale.

Examen par les pairs – Consultation avec le médecin légiste en chef

Dans les années 1990, le D^r David Chiasson, alors médecin légiste en chef, encourageait les médecins légistes à le consulter pour obtenir des conseils sur les cas difficiles. Les réponses qu'il a reçues étaient partagées. Certains pathologistes le contactaient fréquemment à propos d'affaires difficiles, mais d'autres, souvent les plus expérimentés, ne le faisaient pas. Il ne disposait d'aucun pouvoir pour faire quoi que ce soit au sujet de cette réticence à lui demander conseil.

Au cours des dernières années, les politiques et les lignes directrices que le BCCO a publiées ont souligné le rôle du médecin légiste en chef sur le plan du contrôle de la qualité. Les lignes directrices relatives aux autopsies exigent que le médecin légiste en chef soit averti de tous les cas de morts suspectes et elles encouragent les pathologistes à le consulter dans des affaires difficiles ou litigieuses. Ce système est préférable au fait de s'appuyer sur le jugement de chaque médecin légiste à propos du moment où consulter le médecin légiste en chef.

Examen des rapports d'autopsie par les pairs

L'examen des rapports d'autopsie par les pairs est essentiel à un système efficace d'assurance de la qualité dans les cas de morts suspectes. C'est, à vrai dire, la meilleure manière d'évaluer le travail d'un pathologiste dans un dossier difficile avant qu'il ne se rende au système de justice pénale. Les rapports d'autopsie dans les cas de morts suspectes, surtout d'enfants, doivent faire l'objet de la plus grande attention.

Dans les années 1980 et au début des années 1990, la qualité du travail des pathologistes n'était pas réellement contrôlée dans ces cas-là. Au milieu des années 1990, le D^r Chiasson a commencé à examiner personnellement tous les rapports d'autopsie relatifs à des morts suspectes. Toutefois, cela n'était rien de plus qu'un examen sur dossier. Il était insuffisant pour déceler bon nombre des problèmes les plus graves.

La nouvelle direction du BCCO a grandement amélioré les procédures d'examen des rapports d'autopsie par les pairs dans les cas de morts suspectes. En août 2004, les directeurs des unités régionales se sont vu confier la responsabilité de l'examen des rapports d'autopsie dans leur unité. Comme l'indiquent les lignes directrices relatives aux autopsies, tous les rapports d'autopsie concernant des cas de morts suspectes font désormais l'objet d'un examen par le médecin légiste en chef, un directeur régional ou un médecin légiste à l'interne de l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) avant d'être remis au coroner et au système de justice pénale. Les directeurs régionaux examinent les rapports des autres pathologistes au sein de leur unité, tandis que le médecin légiste en chef examine les rapports des directeurs régionaux. Les rapports du médecin légiste en chef sont examinés par ses collègues de l'UPML ou un directeur régional et, au sein de l'UPML, les médecins légistes à l'interne examinent ceux de leurs collègues. Dans les cas inhabituels de morts suspectes traités hors d'une unité de médecine légale, tels qu'au Winnipeg Health Sciences Centre, c'est le médecin légiste en chef qui examine les rapports.

La portée de l'examen des rapports d'autopsie par les pairs dans les cas de

morts suspectes est plus large que l'examen sur dossier qu'effectuait le D^r Chiasson dans les années 1990. On demande au médecin légiste qui rédige le rapport de soumettre tous les éléments nécessaires à celui qui l'examine, y compris le rapport, des renseignements généraux, des images de l'examen sommaire, les résultats des examens complémentaires et, dans certains cas, les lamelles porte-objets histologiques. Comme dans la plupart des morts d'enfants par homicide, l'histologie est examinée au besoin. Le formulaire d'examen par les pairs fourni dans les lignes directrices relatives aux autopsies exige que le médecin légiste examinateur indique s'il est d'accord ou non avec la cause de la mort et les autres opinions de nature médico-légale. Cet accord constitue à juste titre une norme élevée. Cette exigence est plus rigoureuse que les processus d'examen par les pairs du CSJ et du VIFM, qui exigent seulement que le scientifique qui examine le dossier trouve les conclusions raisonnables.

Les lignes directrices relatives aux autopsies renferment également un processus d'examen plus approfondi lorsqu'il existe une divergence d'opinion entre le médecin légiste qui a rédigé le rapport et celui qui l'a examiné. S'il y a une grande différence d'opinion sur la cause de la mort ou d'autres questions médico-légales importantes entre les deux médecins légistes, le médecin légiste en chef en est averti. Il entreprend un examen complet et prépare un rapport écrit.

Le modèle du BCCO pour l'examen des cas de morts suspectes par les pairs a servi d'exemple à d'autres territoires de compétence pour la mise en place de leurs structures d'examen par les pairs. Le processus d'examen par les pairs du VIFM a été élaboré vers 2006 en s'inspirant des progrès du BCCO. Je félicite le BCCO pour son système actuel d'examen des cas de morts suspectes par les pairs et je recommande qu'il soit maintenu.

En Ontario, le processus d'examen des rapports d'autopsie s'applique uniquement aux affaires suspectes sur le plan criminel. Au sein des unités de médecine légale, l'examen par les pairs des cas non suspects est effectué à la discrétion des directeurs et, par conséquent, la fréquence, la portée et les procédures d'examen varient. Certains directeurs régionaux examinent tous les dossiers traités en vertu de mandats du coroner, tandis que d'autres ne procèdent qu'à des examens aléatoires ou sporadiques. Afin de s'assurer que les médecins légistes des unités de médecine légale reçoivent une rétroaction régulière à propos de leur travail, je recommande que le SOML exige un examen de tous les rapports d'autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner lorsque celles-ci sont effectuées dans les unités régionales de médecine légale ou à l'UPML. Cet examen peut être effectué par un collègue (plutôt que par le directeur régional ou le médecin légiste en chef) et ne doit pas nécessairement avoir la même ampleur que l'examen complet effectué dans les cas de morts suspectes.

Compte tenu des ressources humaines limitées dont nous disposons, je ne crois pas qu'il faille s'attendre, à l'heure actuelle, à ce que le processus officiel d'examen par les pairs s'étende aux autopsies pratiquées en dehors des unités de médecine légale dans les cas de morts non suspects.

Examen des rapports supplémentaires et de consultation par les pairs

Une importante défaillance du système d'examen par les pairs dans les années 1990 était l'absence d'examen des rapports supplémentaires et de consultation. Le D^r Chiasson ne disposait d'aucun mécanisme pour examiner les rapports de consultation ou les deuxièmes opinions, à moins qu'ils ne soient joints au rapport d'autopsie. Il n'existait pas non plus de mécanisme d'examen des rapports supplémentaires. Par conséquent, il n'a pas examiné le travail de consultation ou les deuxièmes opinions du D^r Smith. À cause de ces défaillances, d'importantes erreurs sont passées inaperçues.

Les procédures actuelles d'examen par les pairs définies dans les lignes directrices de 2007 relatives aux autopsies ne prévoient pas l'examen par les pairs des deuxièmes opinions ou des rapports de consultation dans les cas de morts suspects. À moins que l'opinion supplémentaire ne résulte du processus d'examen par les pairs lui-même, il n'existe pas de processus permettant au médecin légiste en chef ou aux directeurs des unités régionales de médecine légale d'examiner les rapports supplémentaires fournis par les pathologistes après le rapport initial d'autopsie. Le D^r Michael Pollanen, médecin légiste en chef, a indiqué qu'un tel processus serait souhaitable. Je partage cet avis.

Je recommande qu'un processus d'examen par les pairs soit élaboré pour les opinions supplémentaires et les rapports de consultation dans les cas de morts suspects afin de s'assurer de leur qualité. Le processus d'examen par les pairs devrait être défini dans les lignes directrices relatives aux autopsies.

Contrôle de la qualité pendant les visites

L'examen par les pairs par voie de consultation pendant les visites est un aspect important d'une saine pratique médicale; il peut faire en sorte que des conclusions importantes ne soient pas ignorées. Dans les années 1990, il y avait certaines possibilités d'examiner le travail des médecins légistes durant les visites des hôpitaux où se trouvaient les unités régionales de médecine légale. Cependant, il arrivait souvent durant ces visites, en raison notamment des inquiétudes relatives aux répercussions sur les enquêtes criminelles en cours, que les cas de morts suspects ne fassent

l'objet d'aucune discussion. Cela a bien changé et, maintenant, ces cas font désormais l'objet de discussions pendant les visites des unités régionales de médecine légale.

Bien que le système actuel de visites permette une certaine assurance de la qualité, il est possible d'en faire plus pour assurer l'exhaustivité des consultations dans les unités régionales de médecine légale. Contrairement au VIFM, qui permet des consultations fréquentes entre les pathologistes travaillant dans une unité centralisée, les services de médecine légale de l'Ontario se trouvent confrontés à un obstacle en ce sens que les médecins légistes travaillent, par nécessité, dans des centres régionaux très éloignés. Afin de permettre l'examen par les pairs, entre collègues, dans les différentes unités régionales de médecine légale, les technologies de télémédecine devraient être utilisées.

Le médecin légiste en chef devrait s'efforcer d'accroître les installations de télécommunication entre l'UPML et les unités régionales de médecine légale. En reliant les unités régionales par le biais des technologies de télémédecine, les médecins légistes peuvent se consulter et consulter d'autres experts en temps réel ou dans le cadre de conférences quotidiennes. Des portails de télémédecine devraient se trouver à l'UPML et aux unités régionales de médecine légale. Ces installations nécessitent un financement adéquat.

De plus, des pratiques exemplaires devraient être élaborées dans les unités régionales de médecine légale, telles que celles qui existent actuellement à l'UPML, afin de permettre l'examen des dossiers durant les visites matinales quotidiennes. Les directeurs des unités régionales de médecine légale devraient être tenus de rendre des comptes au médecin légiste en chef concernant les possibilités de consultation au sein de leur unité.

Recommandation 51

De façon à accroître l'assurance de la qualité du travail des pathologistes, le Service ontarien de médecine légale devrait :

- a) continuer d'exiger, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, que le médecin légiste en chef soit informé directement des résultats préliminaires de l'autopsie dans tous les cas de morts suspects;
- b) continuer d'exiger, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, que tous les rapports d'autopsies pratiquées dans des cas de morts suspects fassent l'objet d'un examen complet par les pairs, soit par un directeur régional, un pathologiste à l'interne de l'Unité provinciale de médecine légale, le médecin légiste en chef ou son délégué;

- c) élaborer un système d'examen des rapports d'autopsie par les pairs dans les cas de morts non suspectes lorsque l'autopsie a été pratiquée dans une unité régionale de médecine légale ou à l'Unité provinciale de médecine légale. Le système d'examen pourrait être moins approfondi que celui qui est utilisé dans les cas de morts suspectes;
- d) élaborer un système d'examen par les pairs des opinions supplémentaires demandées après le rapport d'autopsie dans les cas de morts suspectes;
- e) élaborer un système d'examen des opinions de consultation par les pairs dans les cas de morts suspectes;
- f) élaborer des pratiques exemplaires relatives aux visites matinales quotidiennes dans les unités régionales de médecine légale. Les directeurs régionaux devraient faire rapport au médecin légiste en chef de la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires.

Examens annuels du rendement

Les preuves ont révélé qu'il n'existe pas actuellement, mis à part l'examen de quelques rapports d'autopsie, de système officiel permettant d'examiner, dans son ensemble, le rendement des pathologistes pratiquant des autopsies dans les cas de morts suspectes au sein des unités régionales ou celui des directeurs régionaux. Même s'il n'existe pas de relation d'emploi directe entre le BCCO et les médecins légistes rémunérés à l'acte qui travaillent en vertu de mandats du coroner, cette institution doit exercer une certaine supervision du rendement.

Je recommande que le médecin légiste en chef instaure immédiatement un programme d'examens annuels du rendement. Il devrait examiner le travail des directeurs de chacune des unités de médecine légale. Les directeurs régionaux devraient, à leur tour, mener des examens annuels du rendement des médecins légistes travaillant pour le compte du BCCO au sein de leur unité. J'admets que cela ne permet pas d'évaluer le rendement des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner en dehors des unités de médecine légale. Cependant, étant donné que ces derniers ne pratiqueront pas d'autopsies dans des cas de morts suspectes d'adultes, et encore moins dans des cas de morts suspectes d'enfants, l'examen de leur rendement est moins urgent. Le médecin légiste en chef pourrait, à sa discrétion, décider de mettre en place ultérieurement un système d'examen du rendement plus complet.

Recommandation 52

Le médecin légiste en chef devrait instaurer un programme d'examens annuels du rendement. Chaque année, il devrait examiner le rendement des directeurs régionaux. Ces derniers devraient effectuer des examens annuels du rendement des médecins légistes qui travaillent dans leur unité.

Supervision du médecin légiste en chef

Dans les années 1990, en tant que directeur de l'UOMLP de l'Hospital for Sick Children, le D^r Smith était largement considéré comme le pathologiste de référence pour les cas de violence faite aux enfants et d'homicide en Ontario et comme le principal expert en médecine pédiatrique légale. La réputation du D^r Smith dans le domaine limitait manifestement l'envie de certains pathologistes ontariens de remettre en question ou d'examiner ses opinions. Cette situation illustre le problème de la supervision efficace du travail de ceux qui sont considérés comme étant au sommet de la profession.

Il faut s'attaquer à ce problème en deux temps. D'abord, comme l'ont souligné les nombreux experts de renommée internationale que nous avons entendus, il est très important que le SOML instaure une culture dans laquelle les collègues n'éprouvent aucune gêne à critiquer le travail des membres dirigeants de leur institution. Il est crucial que le médecin légiste en chef et les hauts dirigeants du SOML ouvrent la voie à la création de cette culture institutionnelle en encourageant la remise en question de leur propre travail par leurs subalternes et en étant ouverts à la critique constructive.

Ensuite, les lignes directrices relatives aux autopsies prévoient que les rapports du médecin légiste en chef soient examinés soit par un collègue à l'UPML, soit par le directeur d'une unité régionale de médecine légale. Ce système d'examen par les pairs du travail du médecin légiste en chef est conforme aux pratiques d'autres institutions. Cependant, certaines mesures supplémentaires sont nécessaires afin de s'assurer que ce qui s'est passé avec le D^r Smith ne se reproduise pas. Les médecins légistes de l'extérieur de la province ont plus de chances d'être insensibles aux pressions occultes qui peuvent accompagner l'examen du travail d'un collègue de niveau supérieur jouissant d'une excellente réputation. Je recommande donc que l'on ait recours, de temps à autre et de façon aléatoire, à des experts de l'extérieur de la province pour examiner le travail du médecin légiste en chef. Le Comité consultatif de la médecine légale devrait se demander si cette méthode devrait s'appliquer aussi à d'autres cadres supérieurs du SOML.

Recommandation 53

Le médecin légiste en chef et les hauts dirigeants du Service ontarien de médecine légale devraient diriger la mise en place d'une culture qui favorise la critique constructive du travail d'un médecin légiste sans tenir compte de son poste et de sa réputation.

Recommandation 54

Afin d'assurer la supervision appropriée du travail du médecin légiste en chef, au-delà de celle prévue par les lignes directrices de 2007 relatives aux autopsies, on devrait faire appel de façon aléatoire à des experts de l'extérieur de la province pour évaluer son travail.

Mise en place de comités

Lorsque le D^r Barry McLellan est devenu coroner en chef en 2004, le BCCO disposait d'un système bien défini de comités d'examen des dossiers pédiatriques, soit le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans. Le plus grand changement survenu sous l'égide de la nouvelle direction a été l'élargissement du mandat du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans (renommé Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en octobre 2006) afin d'y inclure l'examen de toutes les enquêtes sur les morts d'enfants de moins de cinq ans. Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, qui se compose d'un certain nombre de médecins légistes, examine toutes les morts d'enfants de moins de cinq ans afin d'évaluer l'exactitude des conclusions relatives à la cause de la mort et à la façon dont elle s'est produite.

De plus, en 2004, sous la direction du D^r McLellan, le Comité consultatif des services judiciaires (CCSJ) a été créé. Il s'agit d'un comité multidisciplinaire qui a pour objet de prodiguer des conseils externes et indépendants au coroner en chef de façon à assurer la qualité et l'indépendance des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner. Le CCSJ a été créé en partie pour répondre aux inquiétudes soulevées par les avocats de la défense dans des affaires criminelles concernant le manque d'objectivité perçue du BCCO. Le CCSJ a produit une liste de médecins légistes acceptant de fournir des opinions à la défense. Il s'est penché sur la formation des médecins légistes. Il a également joué un rôle essentiel dans la détermination de la portée et du processus de l'examen du coroner en chef.

Je recommande que le CEDE, le Comité d'examen des décès d'enfants de

moins de cinq ans et le CCSJ poursuivent leurs travaux. Ils fournissent de précieux mécanismes permettant d'améliorer la qualité des enquêtes sur les morts au BCCO et d'y apporter une perspective multidisciplinaire.

Recommandation 55

Le Comité d'examen des décès d'enfants, le Comité consultatif des services judiciaires et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans devraient être maintenus.

Un système de suivi central des dossiers médico-légaux

L'incapacité du BCCO à suivre les cas de morts suspectes d'enfants au sein du système de justice pénale a été l'un des facteurs à l'origine du manque de supervision adéquate des services de médecine légale. Par exemple, en 2001, l'avocat de la défense a demandé au BCCO d'examiner le travail du D^r Smith dans l'affaire Valin. Comme le BCCO ne possédait aucun système de suivi des faits dans l'affaire, il ne savait pas du tout que le D^r Smith avait fourni une opinion d'expert et témoigné au procès. Le moins qu'on puisse dire est que cela a rendu la supervision difficile.

Comme le BCCO est incapable de suivre les dossiers, il lui est plus difficile de vérifier si les rapports d'autopsie sont remis en temps opportun. Comme l'aborde en détail le chapitre 15, Pratiques exemplaires, le BCCO ne disposait et ne dispose toujours d'aucun mécanisme lui permettant de suivre les retards des médecins légistes dans la production de leurs rapports.

Le BCCO et le SOML devraient élaborer un système de suivi des dossiers au sein du système de justice pénale auquel leurs employés continuent de participer. Le système peut s'inspirer librement du système actuel de répartition de Toronto, qui suit les dossiers des coroners à l'aide d'un système informatique centralisé. Lorsque quelqu'un à Toronto a besoin d'un coroner, il ou elle compose un numéro central afin qu'on lui en envoie un. L'information relative au dossier, y compris l'autopsie, est entrée dans le système informatique centralisé.

Du point de vue de mon mandat, un tel système de suivi ne doit tenir compte que des quelque 7 000 dossiers annuels des coroners requérant des services médico-légaux. Cependant, il pourrait être pratique et économique de suivre les 20 000 dossiers annuels du BCCO.

Comme le BCCO l'a souligné dans ses observations finales devant la Commission, un système provincial de répartition et de suivi permettrait de saisir et de suivre immédiatement toutes les enquêtes sur les morts qu'effectuent les

coroners. Il aiderait le médecin légiste en chef à attribuer les autopsies aux médecins légistes et aux établissements appropriés. Il permettrait aussi au médecin légiste en chef de savoir à quel médecin légiste un dossier a été confié et de suivre son évolution après la remise du rapport d'autopsie et, par la suite, tout au long du processus judiciaire. De plus, et cela est important, il permettrait au médecin légiste en chef, qui sera responsable de la production des rapports en temps opportun, de vérifier s'ils sont remis dans les délais. Finalement, les directeurs régionaux, les coroners régionaux et le coroner en chef pourraient se servir du système de suivi pour s'acquitter de leurs responsabilités dans le cadre de chaque enquête sur une mort.

Le système doit également inclure des mécanismes de suivi des opinions de consultation, des opinions supplémentaires consécutives aux rapports d'autopsie initiaux et des témoignages dans les instances criminelles.

Le BCCO et le SOML auront besoin de ressources suffisantes afin de mettre en œuvre un système de suivi central.

Recommandation 56

Le bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait mettre en place un système de suivi central pour, au moins, les dossiers des coroners comportant des autopsies. La province de l'Ontario devrait fournir les ressources nécessaires à la création, à la mise en œuvre et à l'administration du système de suivi central.

Évaluation des témoignages des pathologistes

De 1981 à 2001, certaines des inquiétudes les plus importantes concernant le travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles concernaient les communications avec les autres intervenants au système de justice pénale et les témoignages en cour. L'une des défaillances fondamentales était que, dans certains cas, le BCCO n'avait pas connaissance des problèmes. À l'heure actuelle, le BCCO ne dispose d'aucun mécanisme permettant d'examiner les témoignages des médecins légistes devant les tribunaux ou les opinions qu'ils fournissent à la Couronne ou à la police, ou de prendre connaissance des commentaires judiciaires défavorables et de les examiner.

Quel est le meilleur moyen d'examiner le travail d'un pathologiste après que le rapport final d'autopsie a été rédigé? Il existe un certain nombre de modèles utilisés par d'autres institutions et territoires de compétence. Le système d'accréditation du Centre des sciences judiciaires nécessite l'examen des témoignages de chaque scientifique une fois par an. Les gestionnaires du CSJ assistent aux procès

afin d'observer les témoignages des scientifiques du Centre. S'il n'est pas possible de mener un examen en personne pendant le témoignage d'un scientifique, un gestionnaire du CSJ en examine la transcription. Le CSJ dispose également d'un système en vertu duquel, après que l'un de ses scientifiques a témoigné, le Centre demande à la Couronne et à l'avocat de la défense de remplir un questionnaire portant sur le travail du scientifique.

Le VIFM exige qu'au moins une fois par an, chaque médecin légiste soit accompagné au tribunal par un autre médecin légiste. Le médecin légiste examinateur remplit un formulaire d'évaluation qui aborde des questions telles que l'apparence et le comportement, ainsi que des questions techniques concernant l'utilisation d'un langage approprié et la capacité de présenter des preuves scientifiques. Le D^r Jack Crane, pathologiste d'État pour l'Irlande du Nord, assiste également souvent aux procès afin d'observer son personnel moins expérimenté.

Selon moi, le SOML devrait mettre en place un système annuel d'examen des témoignages des pathologistes du Service par leurs pairs dans des affaires criminelles. L'examen devrait être documenté et comprendre un processus de discussion et de rétroaction.

À l'UPML, un processus d'examen des témoignages par les pairs peut être instauré directement par l'entremise du médecin légiste en chef. Afin d'implanter la pratique dans les unités régionales de médecine légale, on devrait exiger que les directeurs des unités documentent cet examen des témoignages par les pairs et en rendent compte régulièrement. Bien que l'examen des transcriptions des témoignages des médecins légistes puisse s'avérer nécessaire si des problèmes graves sont soulevés, il n'est ni nécessaire ni pratique de le faire régulièrement.

Il devrait aussi y avoir une forme quelconque de supervision des consultations plus officieuses des médecins légistes avec les avocats de la Couronne et de la défense. Le SOML devrait préparer un programme pour obtenir les commentaires des avocats de la défense et de la Couronne concernant le travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles. Il pourrait s'inspirer du programme de surveillance en cour du CSJ et être administré par le personnel de gestion de la qualité du SOML.

Au chapitre 17, Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense, je souligne la nécessité pour l'avocat de la Couronne de porter les commentaires judiciaires défavorables à l'attention de son superviseur et du chef de la division des affaires d'homicides d'enfants, qui devraient signaler ces commentaires ou ces préoccupations au médecin légiste en chef. Ce dernier devrait examiner tout commentaire défavorable des juges porté à son attention et prendre les mesures qui s'imposent en l'occurrence.

Recommandation 57

De façon à accroître l'assurance de la qualité du travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles, le Service ontarien de médecine légale devrait élaborer :

- a) un système d'examen par les pairs des témoignages des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles;
- b) un programme permettant d'obtenir les commentaires des avocats de la défense et de la Couronne concernant le travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles.

Recommandation 58

Lorsqu'ils sont portés à sa connaissance, le médecin légiste en chef devrait examiner tous les commentaires défavorables des juges à propos du travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles et prendre les mesures qui s'imposent en l'occurrence.

Responsabilisation selon des normes et des mécanismes d'examen externes

Notre examen systémique a démontré qu'une supervision objective pouvait être entravée par des relations professionnelles étroites. Lorsque des gens travaillent ensemble en petits groupes, ils peuvent avoir des difficultés à remettre en question le travail de leurs collègues. Des mécanismes d'examen externes et impartiaux sont nécessaires afin de maintenir la qualité.

Les experts qui ont témoigné devant la Commission ont souligné l'importance des programmes externes d'assurance de la qualité en plus des examens internes par les pairs. J'ai entendu des témoignages concernant les divers processus d'examen externe en vigueur dans d'autres institutions. En Australie, le VIFM participe à des programmes externes d'examen des compétences qui évaluent le rendement collectif des pathologistes. En Irlande du Nord, le travail effectué au Bureau du pathologiste d'État fait l'objet de vérifications externes. Au Royaume-Uni, tous les pathologistes du Home Office doivent soumettre un certain nombre de dossiers au Scientific Standards Committee (comité des normes scientifiques) pour examen.

En Ontario, il n'existe aucun mécanisme d'examen externe permettant d'examiner le travail collectif de l'UPML ou des unités régionales de médecine légale.

Comme l'UPML, aucune des unités régionales de médecine légale n'est accréditée par un organisme externe. De plus, les rapports d'autopsie produits dans ces unités ne font l'objet d'aucun examen externe.

Je recommande que des exemples de rapports d'autopsie produits dans chaque unité régionale de médecine légale et à l'UPML fassent l'objet régulièrement – peut-être chaque année – de vérifications externes aléatoires. L'examineur doit être un médecin légiste étranger à l'unité de médecine légale et, si possible, au SOML. Cela assurera un point de vue indépendant sur le travail des médecins légistes ontariens intervenant dans des cas de morts suspectes.

De plus, le SOML devrait être justiciable devant le ou les meilleurs organismes externes qui évaluent ces services, comme la National Association of Medical Examiners (NAME), un organisme américain visant l'amélioration des enquêtes sur les morts. Cette association administre un programme d'inspection et d'accréditation des bureaux d'enquête judiciaire qui comprend une liste de vérification et un ensemble de politiques et méthodes. Bien que l'accréditation par un organisme comme la NAME ne soit probablement pas encore possible, compte tenu des installations actuelles du SOML, cela pourrait figurer parmi les objectifs à long terme de ce dernier. Le SOML devrait inviter des organismes externes à examiner son travail d'assurance de la qualité.

Recommandation 59

Afin d'assurer la qualité à l'aide de mécanismes d'examen impartiaux, le Service ontarien de médecine légale devrait :

- a) élaborer un système de vérifications externes aléatoires d'exemples de rapports d'autopsie des unités régionales et de l'Unité provinciale de médecine légale;
- b) s'efforcer de se rendre justiciable devant des organismes externes qui évaluent ces services.

Formation médicale continue

Dans les années 1990, le manque de connaissances du D^r Smith au sujet des progrès de la médecine légale et du rôle d'un témoin expert a été préjudiciable à la qualité de la médecine pédiatrique légale dans la province. Dans un certain nombre de cas ayant fait l'objet de l'examen du coroner en chef, le D^r Smith n'était pas au fait de la documentation médicale la plus récente et la plus importante. À cause de ce manque de connaissances, il a été incapable de communiquer

des renseignements précis aux intervenants du système de justice pénale. En outre, le D^r Smith n'a pas compris, du moins au début, que son rôle en tant que témoin expert n'était pas d'intervenir en faveur de la Couronne.

La nouvelle équipe dirigeante du BCCO a organisé des ateliers sur les témoins experts pour les médecins légistes ainsi que des séminaires bimensuels sur des sujets complexes de médecine légale. Ce sont des compléments utiles à la formation continue des médecins légistes. Toutefois, il est possible de faire plus. Le registre est un outil puissant qui permet au SOML de s'assurer que les médecins légistes reçoivent une formation continue, dans la mesure où des programmes sont offerts.

Afin de s'assurer que les pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner possèdent une base de connaissances appropriée, le médecin légiste en chef doit accroître la formation continue des médecins légistes inscrits au registre. Comme l'aborde le chapitre 11, Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale, cette formation devrait aborder le rôle d'un témoin expert au sein du système de justice ainsi que les progrès récents survenus dans la pratique et la science de la médecine légale.

Recommandation 60

Le Service ontarien de médecine légale devrait s'efforcer d'accroître la formation continue des médecins légistes inscrits au registre.

Dans le présent chapitre, j'ai exposé les grands moyens à utiliser pour améliorer la supervision et la responsabilisation de la médecine légale. Le plus important est la création d'un conseil de direction qui sera responsable aussi bien du SOML que du service des coroners fourni par le BCCO. La création d'un registre est également très importante, tout comme la clarification des relations au sein du BCCO et du SOML. Enfin, il est nécessaire d'améliorer les outils de supervision du travail des médecins légistes. Aucune de ces mesures, prise isolément, ne pourra garantir que le passé ne se répétera pas. Cependant, ensemble elles constituent, selon moi, notre meilleur espoir d'atteindre cet objectif.