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 978-1-4249-7807-6 (PDF – vol. 3)

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 3 Politique et recommandations

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 : 978-1-4249-7801-4 (Version imprimée complète)
ISBN : 978-1-4249-7806-9 (Version imprimée – vol. 3)
ISBN : 978-1-4249-7807-6 (PDF – vol. 3)

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. Ce rapport est en outre accessible en ligne à l'adresse www.goudgeinquiry.ca au cours de l'année suivant sa publication et, par la suite, à l'adresse www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca.

Also 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 [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre: Inquiry into Pediatric Forensic Pathology in Ontario report.
Comprend réf. bibliogr.
Monographie électronique en format PDF.
Également publ. en version imprimée.
ISBN 978-1-4249-7803-8 (v. 1)
978-1-4249-7805-2 (v. 2)
978-1-4249-7807-6 (v. 3)
978-1-4249-7809-0 (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 C2008-964038-1

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
3 Création de la Commission 48
4 Enquête sur les morts suspectes d'enfants 56
5 Contexte législatif 65
6 La science et la culture de la médecine légale 71
7 Organisation de la médecine pédiatrique légale 86
8 Le D[r] Smith et l'exercice de la médecine pédiatrique légale 124
9 Supervision de la médecine pédiatrique légale 225

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
Vue d'ensemble 312
Reconnaissance législative d'un service de médecine légale professionnalisé 313
Création du Service ontarien de médecine légale 314
Structure de direction du Service ontarien de médecine légale 315
Le rôle des pathologistes 315

Création d'un conseil de direction 315
Assises d'un service de médecine légale professionnalisé en matière de formation 317
Enseignement, formation et accréditation dans d'autres territoires de compétence 318
Royaume-Uni 318
États-Unis 320
Australie 321
Accréditation en médecine légale au Canada 322
Accroissement de l'intérêt envers la médecine légale 324
Les trois piliers : le service, l'enseignement et la recherche 326
Financement de bourses de recherche en médecine légale 327
Un centre de médecine légale et de criminalistique à l'Université de Toronto 328
Sensibiliser la profession médicale au système de justice pénale 329
Formation médicale continue 331
Recrutement et maintien en poste des médecins légistes 332
Création de nouvelles installations 335
Mesures immédiates 336
Financement adéquat et durable 337

12 Réorganisation de la médecine pédiatrique légale 339
Organisation efficace du travail de médecine légale en Ontario 340
Le Service ontarien de médecine légale 340
Le rôle du médecin légiste en chef 340
Le rôle du médecin légiste en chef adjoint 343
Le rôle des directeurs régionaux 344
Miser sur les unités régionales 346
L'unité de médecine légale du Nord-Est 347
Les ententes de services 347
Croissance future des unités 351
L'utilisation de la technologie 352
Organisation efficace de la médecine pédiatrique légale en Ontario 353
L'UOMLP 353
La relation entre l'UPML et l'UOMLP 355
Le partage de renseignements entre le SickKids et le BCCO 357
La médecine pédiatrique légale en Ontario 358
Protocole relatif aux cas de morts suspectes d'enfants 358
Le recours à deux médecins 360

Protocole relatif aux cas de médecine pédiatrique légale qui deviennent suspects au cours de l'autopsie 361
Protocole relatif aux cas de morts suspectes d'adultes 362

13 Amélioration de la supervision et de la responsabilisation 364
Introduction 364
Supervision, responsabilisation et contrôle / assurance de la qualité 366
Gouvernance du BCCO : création d'un conseil de direction 367
Responsabilités du conseil de direction 368
Structure du conseil de direction 370
Principes de supervision de la médecine légale 374
Amélioration des institutions 375
Nécessité d'un registre des médecins légistes 375
Structure et établissement du registre 376
Clarification des relations 379
Responsabilité du coroner en chef et du médecin légiste en chef 379
Responsabilités administratives du service des coroners et du SOML 380
Coroner en chef et médecin légiste en chef à temps plein 380
Relations contractuelles avec les unités régionales de médecine légale 381
Comité consultatif de la médecine légale 381
Outils de supervision du travail des médecins légistes et de responsabilisation 382
Personnel chargé de l'assurance de la qualité 383
Lignes directrices en matière de politique 384
Examen par les pairs– Consultation avec le médecin légiste en chef 384
Examen des rapports d'autopsie par les pairs 385
Examen des rapports supplémentaires et de consultation par les pairs 387
Contrôle de la qualité pendant les visites 387
Examens annuels du rendement 389
Supervision du médecin légiste en chef 390
Mise en place de comités 391
Un système de suivi central des dossiers médicolégaux 392
Évaluation des témoignages des pathologistes 393
Responsabilisation selon des normes et des mécanismes d'examen externes 395
Formation médicale continue 396

14 Amélioration du processus de traitement des plaintes 398
La nécessité d'un système de traitement des plaintes au BCCO 399
Compétence du processus de traitement des plaintes 400

Le BCCO et l'OMCO doivent tous deux avoir compétence en ce qui a trait aux plaintes 401
Principes et conception du processus de traitement des plaintes 403
Mécanismes de traitement des plaintes concernant la direction du BCCO et du SOML 404
Partage de renseignements durant le processus de traitement des plaintes 405

15 Pratiques exemplaires 408
Principes fondamentaux 409
L'orientation fondamentale du pathologiste : pensée fondée sur la méfiance ou sur des éléments de preuve 411
Pratiques exemplaires particulières 414
Présence sur les lieux 414
Fournir l'information au pathologiste sur place 416
Information remise au pathologiste 417
Renseignements fournis par le coroner ou la police sur les circonstances de la mort 418
Enregistrement des communications préalables à l'autopsie 422
Filtrage de l'information remise au pathologiste 424
Enregistrement et conservation des éléments de l'autopsie 429
Opinions préliminaires 430
Enregistrement de l'opinion préliminaire 434
Remise des rapports en temps opportun 436
Analyses toxicologiques 440
Travail d'équipe 442
Mise en œuvre des pratiques exemplaires dans le déroulement des autopsies 443

16 Communication efficace avec le système de justice pénale 445
Principes généraux 446
Sources de mauvaise interprétation ou de malentendu 448
Contenu de l'opinion et langage dans lequel elle est exprimée 448
Le niveau de confiance ou de certitude à l'égard de l'opinion 450
Incapacité de tenir compte d'autres explications relatives aux résultats de l'examen pathologique 454
Opinions dans des domaines controversés de la médecine légale 457
Les limites de l'expertise du pathologiste 459
Recours non justifié à des renseignements de nature non pathologique 461
Omission d'indiquer que l'opinion repose sur le point de vue d'autres experts 464

Omission de mentionner des faits et processus de raisonnement menant à l'opinion 464
Mise en œuvre d'une communication plus efficace 468
Rédaction de rapports 468
Témoignage 472
Établir un consensus en matière de langage 475
Mesures supplémentaires 477

17 Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense 479
Les coroners 479
Conférences préparatoires 481
L'expertise du coroner 486
La police 487
La Couronne 491
Questions de divulgation soulevées par les initiatives du ministère 496
Les obligations de la Couronne au moment de la préparation et de la présentation des preuves médicolégales 499
La défense 501
Rencontre entre l'avocat de la défense et les experts 508
Divulgation des rapports d'expert et rencontres entre les experts 509
Évaluation des témoins experts par les avocats 512
Formation en médecine légale 513

18 Le rôle de la cour 516
Admissibilité de la preuve d'expert 517
Définir les limites de l'expertise 517
Critère d'admissibilité de la preuve d'expert 522
L'affaire Mohan 522
Tenir compte du seuil de fiabilité 524
L'arrêt Daubert 528
L'arrêt J.-L.J. 529
L'arrêt Trochym 531
Renvoi relatif à l'affaire Truscott 533
Outils dont les juges disposent pour déterminer le seuil de fiabilité 535
Le processus de détermination de l'admissibilité et de la portée des preuves d'expert 545
Lorsqu'il n'y a aucune objection 545
La forme du *voir-dire* 546
Les résultats de l'audience sur l'admissibilité 548

Formation des juges visant à améliorer la fonction de protecteur 550
L'interaction entre le système de justice et les témoins experts 553
Code d'éthique pour les témoins experts 553
Experts nommés conjointement ou par le tribunal 556
Gestion des cas, divulgation des rapports d'experts et rencontres entre experts 557
Rencontres préalables au procès ou « concertations » entre les experts 560
Exposés du juge au jury concernant la preuve d'expert 562

19 Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée 566
Cas examinés dans le cadre de la vérification du coroner en chef 567
Vérification d'autres cas passés 569
Expérience de l'Angleterre et du pays de Galles 571
Envisager un processus d'examen 579
Examen des cas sur lesquels a travaillé le D^r^ Smith de 1981 à 1991 581
Examen complet des cas de médecine pédiatrique légale en Ontario 581
Examen des cas de syndrome du bébé secoué et de traumatismes crâniens chez les enfants 582
Rôle futur du Comité consultatif des services judiciaires 591
Demande de révision auprès du ministre de la Justice 592
Aide juridique 598
Indemnisation 599

20 Premières nations et collectivités éloignées 603
Principes directeurs 603
Structure médicolégale actuelle dans le Nord de la province 606
Les coroners 606
Médecins légistes et cas de mort d'enfants 607
Présence du coroner sur les lieux de la mort 610
Quand le coroner ne peut se présenter sur les lieux de la mort 613
La technologie 613
Délégation des pouvoirs d'investigation du coroner 615
Questions culturelles 619
Communication entre le BCCO et les Premières nations 620
Informer les familles touchées 620
Communication entre les coroners et les chefs des collectivités 623
Communication avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations 624

21 La médecine pédiatrique légale et les familles 627
Partage d'information 629
Communiquer avec les familles touchées 639
Remise des rapports d'autopsie aux familles 640
Prélèvement et disposition des organes et des tissus 641
Examen des cas de protection d'enfants auxquels a participé le D^r^ Smith 643
Financement de l'aide juridique pour les instances de protection de l'enfance faisant appel à la médecine pédiatrique légale 646

22 Conclusion et liste générale des recommandations 651
Liste générale des recommandations 654

Volume 4 : Processus d'enquête

23 La portée et la démarche de l'Enquête 701
Annexes 747

Commissaire et personnel de la Commission 1083

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	*Code des professions de la santé*
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	*Loi sur les services à l'enfance et à la famille*
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 inexpliquée
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 monitorage 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 inexpliquée 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 inexpliquée (SMSI) catégorisation plus large des cas de décès chez l'enfant qui comprend les morts inexpliquées 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 monitorage 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)

Politique et recommandations

10

Rétablir la confiance à l'égard de la médecine pédiatrique légale

Le volume 2 de mon rapport contient mon examen et mon 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.

Dans le présent volume, j'énonce les changements nécessaires pour faire en sorte, autant que possible, que le public puisse croire, une fois de plus, que la médecine pédiatrique légale jouera son rôle essentiel en vue d'aider le système de justice pénale à traiter les cas très difficiles et troublants de mort d'enfants dans des circonstances suspectes.

J'ai procédé à un examen et à une évaluation systémiques qui ont permis de déceler un important éventail de manquements qui devront être corrigés si la confiance du public doit être rétablie. Ces questions systémiques ont surgi de mon examen du travail du D^r^ Smith et de la supervision dont il a fait l'objet et de ce que j'ai entendu à propos de la pratique et de la supervision de la médecine pédiatrique légale en général pendant les années sur lesquelles j'avais pour mandat de faire rapport. Comme je l'explique dans les chapitres suivants, les réponses à ces questions systémiques peuvent, dans certains cas, cibler particulièrement la médecine pédiatrique légale. Cependant, dans bien des cas, pour être efficaces, les réponses exigent des changements de plus grande portée, souvent à l'ensemble de la médecine légale.

Au tout début du processus d'enquête, l'avocate de la Commission et moi étions conscients du besoin de dresser une liste de questions systémiques qui devaient être examinées avant que nous nous tournions vers les solutions recommandées[1]. L'avocate de la Commission a entrepris ce processus en préparant une

[1] Voir le chapitre 23, La portée et la démarche de la Commission, dans le volume 4 du rapport.

liste préliminaire de questions systémiques possibles d'après les faits et les renseignements recueillis à ce moment-ci. Il était convenu que ces questions ne seraient pas nécessairement toutes abordées dans mon rapport.

Selon la nature de mon mandat, il était essentiel que nous soyons conscients non seulement des questions systémiques, mais aussi du besoin de recueillir, à chaque étape du processus, les renseignements nécessaires en matière de politiques afin d'examiner ces questions. L'information a été recueillie de plusieurs façons.

Par l'entremise de mon directeur de la recherche, le professeur Kent Roach de l'Université de Toronto, j'ai commandé des travaux de recherche indépendants par un groupe d'experts de renommée mondiale du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et des États-Unis. Ces études, qui portaient sur la médecine pédiatrique légale et son interaction avec le système de justice, se sont révélées très avantageuses pour moi. Je sais qu'elles constitueront un ajout important à l'ensemble des connaissances relatives à ce domaine.

En plus des études de recherche, les audiences se sont révélées être une source fertile de renseignements en matière de politiques. Un grand nombre de témoins, qui détenaient des preuves à propos des questions de fait se rapportant à l'examen systémique, avaient aussi profondément pensé aux questions de politiques que la Commission aborderait. En plus d'entendre leurs témoignages à propos des années visées par cet examen, nous avons profité de l'occasion pour leur demander leurs points de vue concernant de nombreuses questions de politiques plus générales.

Afin d'appuyer l'élaboration de recommandations précises, la Commission a aussi organisé une série de 18 tables rondes en matière de politiques, chacune s'étant penchée sur un thème particulier, pour permettre à la Commission de recueillir des commentaires concernant les politiques[2]. Nous avons eu la chance d'obtenir la participation de chefs de file mondiaux dans les différents domaines et j'ai trouvé le dialogue extrêmement utile.

L'une des raisons pour lesquelles le dialogue a été si utile est qu'avant la tenue des tables rondes, l'avocate de la Commission a distribué aux parties une description de chaque table ronde, ainsi qu'une série de questions devant faire l'objet de discussions au sujet des problèmes systémiques que mon rapport pourrait aborder. Nous avons demandé des opinions et des conseils aux parties et aux membres de la collectivité et, une fois de plus, il nous est apparu évident que les questions soulevées faisaient partie d'un processus en évolution.

[2] Voir l'annexe 29, dans le volume 4, pour les questions abordées aux tables rondes.

L'étape des observations finales de l'enquête a aussi été très utile. Tant dans leurs observations écrites qu'orales, les parties ont été en mesure d'aborder les problèmes systémiques qui, à la lumière des renseignements recueillis par la Commission d'enquête, devaient, à leur avis, faire l'objet de recommandations de changement. Tous les avocats ont respecté des normes très élevées qui ont beaucoup contribué à ma capacité de traiter les questions difficiles auxquelles la Commission était confrontée.

En faisant mes recommandations, j'ai largement bénéficié de toute l'information qui a été recueillie pendant toute la durée de l'enquête. Je voudrais remercier tous ceux qui ont participé. Finalement, les problèmes que j'avais choisi d'examiner dans ce volume sont ceux qui, selon moi, doivent être réglés si l'on veut rétablir et augmenter la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale en Ontario et son utilisation dans le système de justice pénale.

Dans l'ensemble, les recommandations sont regroupées autour des thèmes des différentes tables rondes. Dans chaque chapitre, je tente de réitérer brièvement les constatations de mon examen systémique qui justifient le besoin de faire des recommandations, de même que les motifs de celles-ci. À mon avis, si on donne suite à ces recommandations, elles représentent la meilleure façon de protéger le système de justice d'un système vicié de médecine légale et de laisser derrière les moments sombres de ces dernières années.

11

Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale

Vue d'ensemble

Notre examen systémique a démontré l'importance fondamentale que revêt la médecine légale pour procéder à des enquêtes rigoureuses sur les morts et administrer la justice pénale de manière appropriée. Sans une masse critique de médecins légistes hautement compétents travaillant au sein d'un service de médecine légale professionnalisé, le système de justice pénale demeurera vulnérable aux erreurs judiciaires causées par une pathologie défaillante.

Pendant plus de dix ans, le D^r^ Charles Smith était perçu comme l'un des principaux experts en médecine pédiatrique légale au Canada et le principal expert en la matière en Ontario. Pourtant, il avait peu d'expertise médicolégale et sa formation, telle qu'il l'a lui-même décrite, était « terriblement inadéquate ». Il avait acquis le statut d'expert de premier plan dans ce domaine en grande partie parce que personne n'avait la formation, l'expérience et l'expertise nécessaires pour le défier. Il travaillait de façon bien trop isolée. Cette situation s'est prolongée parce qu'il y avait, à cette époque comme aujourd'hui, une importante pénurie de médecins légistes en Ontario; il y a encore moins de médecins légistes qui possèdent les connaissances et l'expérience des cas de pédiatrie ou qui sont en mesure de procéder à l'examen de leurs pairs, dont dépend la qualité.

Le défi fondamental le plus important à venir sera de redresser cette situation en mettant sur pied un service de médecine légale vraiment professionnalisé en Ontario. Le commentaire et les recommandations qui suivent se fondent sur l'objectif de professionnaliser l'ensemble de la médecine légale et non seulement le volet pédiatrique.

Je désire souligner le fait qu'il faut se concentrer sur la médecine légale et non sur son aspect pédiatrique. La médecine pédiatrique légale n'est pas une sous-spécialité reconnue. Nulle part dans le monde est-il possible de suivre un programme de formation reconnu et de recevoir une accréditation en médecine

pédiatrique légale et très peu de pathologistes de par le monde sont accrédités à la fois en médecine légale et en pathologie pédiatrique. Même si l'on croyait, auparavant, que les pathologistes pédiatres étaient plus aptes à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'enfants, il existe aujourd'hui un consensus voulant que les médecins légistes soient beaucoup mieux formés pour faire ce travail. Sur le plan pratique, il n'est pas possible de remédier aux nombreuses lacunes entourant l'exercice et l'organisation de la médecine pédiatrique légale démontrées par notre examen systémique en professionnalisant uniquement ce volet. Il faut rendre l'ensemble de la médecine légale professionnelle. Ce changement est essentiel afin de rétablir la confiance du public et assurer la qualité de la médecine légale, dans les cas de morts d'enfants, à laquelle les citoyens de l'Ontario ont droit.

La professionnalisation de la médecine légale doit reposer sur ces quatre pierres angulaires :

1 modifier la loi de manière à reconnaître de façon appropriée le rôle crucial de la médecine légale dans les enquêtes sur les morts et à jeter les fondations d'une organisation adéquate du système de médecine légale;
2 s'engager à mettre sur pied des programmes d'enseignement, de formation et d'accréditation en médecine légale au Canada ainsi qu'à renforcer les relations entre le service, l'enseignement et la recherche;
3 s'engager à recruter et à maintenir en poste des médecins légistes compétents;
4 assurer un financement adéquat et durable qui permettra à la profession de croître.

Reconnaissance législative d'un service de médecine légale professionnalisé

La médecine légale en Ontario a souffert depuis des dizaines d'années d'une attention insuffisante. La *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, définit le cadre légal des enquêtes sur les morts en Ontario. Même si la médecine légale est la principale discipline spécialisée dans ce domaine, la *Loi sur les coroners* ne fait aucune mention du rôle du pathologiste et encore moins de celui du médecin légiste. Cette loi ne définit aucun concept se rapportant à un service de médecine légale, ne fait aucune référence au médecin légiste en chef et n'envisage nullement la supervision du travail des médecins légistes.

Le silence de la *Loi sur les coroners* en dit long. Elle traite cette discipline fondamentale comme n'étant rien de plus qu'un simple service de consultation auprès du coroner. Cela n'est pas une juste représentation des rôles que jouent respectivement

les coroners et les médecins légistes dans les cas qui comportent les plus gros enjeux au sein du système, les morts suspectes sur le plan criminel. Le cadre légal actuel est inadéquat.

En raison de cela, pendant plus de 25 ans, le système de médecine légale et de médecine pédiatrique légale en Ontario a été ni plus ni moins qu'un collage de contrats, de pratiques et d'ententes *ad hoc* au Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO), entre le BCCO et le ministère du Solliciteur général (maintenant le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels [MSCSC]) et entre ces organismes et les différents hôpitaux et pathologistes travaillant en vertu de mandats du coroner. En effet, notre examen systémique a clairement démontré que l'Ontario n'a jamais bénéficié d'un *système* de médecine légale – un service organisé et cohérent doté d'une structure législative et opérationnelle qui soutient et supervise un bassin suffisant de médecins légistes qui ont reçu une formation adéquate pour servir la province.

Une structure imposée par la loi est essentielle pour créer le cadre au sein duquel la discipline de la médecine légale peut évoluer et se développer dans le but de répondre aux exigences d'une enquête moderne relative à une mort. Alors que nous tentons de rétablir la confiance du public à l'égard de ce service, la reconnaissance législative constitue un moyen essentiel d'exprimer publiquement l'importance que doit y accorder notre société. La *Loi sur les coroners* doit être modifiée. Les éléments clés des modifications proposées sont décrits ci-dessous.

Création du Service ontarien de médecine légale

La création d'une entité officielle, le Service ontarien de médecine légale (SOML), responsable de l'ensemble des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner, est essentielle à la professionnalisation de la médecine légale. Le SOML a pour objet d'offrir des services de médecine légale dans les cas d'enquêtes du coroner sur les morts, ainsi que de supervision et d'assurance de la qualité de ces services. Chaque année, environ 7 000 autopsies sont pratiquées dans la province, dont approximativement 400 font initialement l'objet d'une enquête en tant que cas de mort suspecte ou d'homicide. L'ajout du SOML à la *Loi sur les coroners*, à titre de service distinct au sein du BCCO, reflétera l'importance fondamentale de la médecine légale pour mener des enquêtes valables sur les morts et permettra de définir l'exercice de la médecine légale dans une structure qui favorise l'excellence, fournit un leadership et en assure la supervision.

Structure de direction du Service ontarien de médecine légale

L'élaboration d'une structure de direction durable, engagée et vouée à l'excellence est essentielle à la viabilité du SOML. La loi doit reconnaître les rôles et les responsabilités des chefs de ce service; leurs fonctions ne devraient pas être définies uniquement dans une description de poste. Les témoignages entendus m'ont convaincu que la structure de direction de la médecine légale devrait être le reflet de celle des coroners. C'est pourquoi je recommande que la loi reconnaisse les postes suivants :

1 un médecin légiste en chef, qui doit être un médecin légiste accrédité;
2 un ou plusieurs médecins légistes en chef adjoints.

Comme le décrit plus en détail le chapitre 12, Réorganisation de la médecine pédiatrique légale, la supervision de l'ensemble des travaux du SOML doit être intégrée aux fonctions et aux responsabilités du médecin légiste en chef. Il s'agit d'une lourde responsabilité. La qualité des services de médecine légale dont dépend le système de justice pénale requiert une supervision attentive et minutieuse.

Le rôle des pathologistes

Les examinateurs experts qui ont témoigné devant la Commission sont parvenus à un consensus voulant que seuls des pathologistes compétents – idéalement, des médecins légistes accrédités – devraient pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes. Présentement, la *Loi sur les coroners* ne reconnaît aucunement le rôle des pathologistes dans les enquêtes sur les morts. Cela doit changer. La *Loi sur les coroners* doit être modifiée afin qu'elle définisse le rôle des pathologistes et qu'elle exige que ces derniers pratiquent toutes les autopsies réalisées en vertu de mandats du coroner.

Création d'un conseil de direction

Comme le décrit en détail le chapitre 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation, l'ensemble des changements législatifs recommandés doit aussi comprendre la création d'un conseil de direction qui assurera la gouvernance indépendante et objective du BCCO dans son ensemble, et qui, à l'avenir, assurera la supervision et la responsabilisation adéquates des services de médecine légale. Selon moi, le rétablissement de la confiance du public exige la création de ce conseil de direction.

Comme le décrivent les chapitres 9, Supervision de la médecine pédiatrique

légale, 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation et 15, Pratiques exemplaires, le médecin légiste en chef, le Dr Michael Pollanen, les anciens coroners en chef de l'Ontario, le Dr Barry McLellan et Bonita Porter, ainsi que d'autres ont déployé beaucoup d'efforts depuis 2004 afin de régler les nombreux problèmes relatifs à la qualité des services de médecine légale qui sont ressortis de mon examen. Il s'agit d'un bon départ, mais il reste encore beaucoup à faire afin de créer un service de médecine légale professionnalisé en Ontario. La plupart s'entendent pour dire qu'un changement législatif est un préalable pour remédier aux failles systémiques fondamentales qu'a révélées cette enquête. Seul un changement législatif peut créer un service de médecine légale crédible au sein d'un cadre institutionnel lui permettant d'assurer la qualité, la supervision et la responsabilisation. La province de l'Ontario doit modifier la *Loi sur les coroners* et s'engager de manière soutenue à fournir les ressources nécessaires pour la mettre en œuvre, sans quoi une bonne partie de ce qui a été fait disparaîtra et une bonne partie de ce dont nous avons un urgent besoin ne sera jamais accomplie. La province de l'Ontario doit modifier la *Loi sur les coroners* afin de reconnaître l'importance de la médecine légale pour les enquêtes sur les morts et créer un service de médecine légale professionnalisé en Ontario.

Recommandation 1

La province de l'Ontario doit modifier sa *Loi sur les coroners* afin de :

a) **créer le Service ontarien de médecine légale qui fournira l'ensemble des services de médecine légale de la province;**

b) **reconnaître et définir les principales fonctions et responsabilités du médecin légiste en chef;**

c) **reconnaître le besoin d'avoir un ou plusieurs médecins légistes en chef adjoints;**

d) **exiger que l'ensemble des autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner le soient par un « pathologiste », un terme qui devra être défini dans la *Loi sur les coroners;***

e) **créer un conseil de direction qui supervisera les fonctions et les responsabilités du Bureau du coroner en chef de l'Ontario.**

Assises d'un service de médecine légale professionnalisé en matière de formation

Par le passé, il était peut-être facile de négliger et de sous-estimer l'importance de la médecine légale pour la société. Malgré qu'elle soit l'aspect de la pathologie le mieux connu, il s'agit d'une discipline qui prend très peu de place. Ainsi, même si la pénurie de médecins légistes ayant une formation et une accréditation adéquates est importante, il est impossible de déterminer précisément aujourd'hui, bien qu'il ne soit pas élevé, le nombre absolu de postes à ajouter afin que la discipline soit correctement dotée en personnel.

Cette situation est également vraie hors de l'Ontario. C'est un problème mondial. Cependant, le fait qu'il n'existe pour cette science aucun programme d'études supérieures en Ontario et, d'ailleurs, dans l'ensemble du Canada a nui sérieusement au développement de la profession de médecin légiste. Les médecins légistes canadiens ont été obligés de suivre leur formation et d'obtenir leur accréditation dans d'autres pays. Il faut remédier à cette situation pour permettre à l'Ontario d'avoir, en quantité suffisante, des médecins légistes compétents pour soutenir un service réellement professionnalisé.

À l'automne 2008, il n'existe toujours pas de départements de médecine légale ni d'institutions, de centres ou de programmes de recherche en cette matière dans les universités canadiennes. Donc, la majorité du travail de médecine légale en Ontario n'a pas été effectué par des médecins légistes entièrement qualifiés et travaillant à temps plein. Cela a plutôt été laissé en grande partie aux anatomopathologistes, qui sont autodidactes en matière judiciaire, qui ont peu ou pas de formation en médecine légale et qui, au mieux, y travaillent uniquement à temps partiel. Cette situation a aussi freiné la recherche et le développement adéquat de la science de la médecine légale, même lorsque l'on fait la comparaison avec les autres sous-spécialités de la médecine de laboratoire.

L'enseignement de la médecine légale et la formation dans ce domaine au Canada ont pris du retard par rapport à de nombreux autres pays depuis trop longtemps. Tant et aussi longtemps que le Canada n'offrira pas de programmes d'enseignement de premier cycle, de formation au niveau supérieur et d'accréditation de ses propres médecins légistes, la majorité de ceux qui pratiquent la médecine légale en Ontario et au Canada continueront d'être en grande partie autodidactes. Les témoignages entendus ont démontré ce qui était évident : lorsque les personnes qui travaillent en médecine légale manquent de formation officielle ou de soutien institutionnel, les risques de mauvais diagnostics et autres erreurs graves s'accroissent. Il existe un large consensus sur l'idée que cette situation est intenable.

Nous ne sommes pas l'unique territoire de compétence aux prises avec un manque de médecins légistes adéquatement formés. D'autres territoires ont eu à traiter des problèmes semblables. Malgré que les moyens employés soient fréquemment assez différents, ils ont tous souligné la nécessité d'offrir un enseignement et une formation de qualité. Leurs expériences sont venues réaffirmer la conclusion voulant que, sans programme d'enseignement et de formation offert au Canada, le recrutement d'excellents candidats en médecine légale ne demeurera qu'un simple espoir.

Enseignement, formation et accréditation dans d'autres territoires de compétence

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la médecine légale a commencé à s'imposer comme discipline à la fin du XVIII^{e} siècle. L'école de médecine du King's College à Londres a été la première en Angleterre à créer une chaire en médecine légale et, en 1876, d'autres chaires de ce type existaient dans les écoles de médecine de l'ensemble de la Grande-Bretagne. Des professionnels, universitaires ou non, ont écrit des manuels sur la médecine légale alors que cette discipline s'installait confortablement dans les écoles de médecine britanniques en milieu hospitalier. Lorsque le National Health Service (NHS) a été créé en 1948, un certain nombre d'hôpitaux au Royaume-Uni se sont vu accorder le statut d'hôpitaux universitaires et, entre autres, ont offert des services de médecine légale. Jusque dans les années 1990, la médecine légale était toujours enseignée dans les écoles de médecine universitaires et la formation en ce domaine était en grande partie donnée par les hôpitaux universitaires qui offraient des services au NHS. Ensuite, la situation de cette discipline a changé de façon radicale.

En 1989, le groupe de travail du Home Office sur la médecine légale a examiné cette discipline après que s'étaient produites un certain nombre d'erreurs judiciaires, qui avaient soulevé des inquiétudes chez les professionnels et le public à l'égard des preuves et du travail des experts judiciaires. Il a produit un rapport (le rapport Wasserman, 1989) qui a entraîné des changements dans la façon d'offrir les services de médecine légale au Royaume-Uni.

En réponse au rapport Wasserman, le Policy Advisory Board for Forensic Pathology, conseil consultatif en matière de politiques relatives à la médecine légale) du Home Office (le Conseil) a été créé en 1991 dans le but de superviser la prestation des services de médecine légale offerts en Angleterre et au pays de Galles, de déterminer des pratiques exemplaires pour les médecins légistes et d'encourager l'avancement de la profession grâce à la formation des praticiens et

à l'appui offert aux départements universitaires et aux chercheurs dans des domaines pertinents. Le Conseil accrédite les médecins légistes qu'il juge assez compétents et expérimentés pour offrir des services médicolégaux aux coroners et aux policiers de Sa Majesté en inscrivant leurs noms au registre des médecins légistes accrédités du Home Office. Les corps de police ont commencé à signer des contrats de service, généralement selon la formule de rémunération à l'acte, avec les médecins légistes inscrits de leur région.

En 2001, le Home Office a réexaminé l'état de la médecine légale au Royaume-Uni et s'est aperçu que des changements imprévus s'étaient produits au cours de la décennie, entraînant de nouveaux défis pour cette discipline. Il convient plus particulièrement de noter que la médecine légale avait été exclue des programmes offerts dans les écoles de médecine, en grande partie en raison du manque de financement des services et de la recherche, ce qui a entraîné un manque d'intérêt envers l'enseignement de cette discipline. Suite à cela, la médecine légale était devenue « accessoire au [...] programme médical de base ». Ce déclin de l'intérêt du monde universitaire coïncidait avec le manque de volonté des hôpitaux du NHS à embaucher des médecins légistes pour effectuer des tâches qui, à ce moment-là, étaient essentiellement perçues comme ne relevant pas du NHS, c'est-à-dire les autopsies pratiquées dans les cas relevant du coroner.

Ces facteurs, en plus de l'attrait des honoraires versés aux pathologistes en pratique privée, ont encouragé de nombreux employés compétents à quitter leurs postes au sein des universités et du NHS pour poursuivre leur carrière dans l'exercice privé de la médecine légale. Les résultats sont prévisibles. Aujourd'hui, la médecine légale est rarement enseignée aux étudiants de premier cycle en médecine, une situation qui réduit de façon importante la possibilité que ces derniers se familiarisent avec cette sous-spécialité. Il n'existe plus aucun département de médecine légale dans les universités de Londres et le nombre d'établissements offrant une formation agréés par le Royal College of Pathologists (l'ordre qui supervise les cours et la formation des spécialistes dans toutes les branches de la pathologie au Royaume-Uni) a dégringolé à dix en Angleterre, à deux au pays de Galles, à deux en Écosse et à un en Irlande du Nord.

La croissance importante du nombre de médecins légistes travaillant à leur compte qui ne sont plus exposés à l'atmosphère collégiale des universités a soulevé un certain nombre de préoccupations importantes. Les pratiques, la formation et les normes dans les différentes régions du pays et chez les médecins légistes sont maintenant moins uniformes. En outre, il est devenu de plus en plus difficile de s'assurer que des médecins légistes compétents sont disponibles.

Les médecins légistes du Royaume-Uni qui ont participé à l'enquête ont tous fait part de leur grande inquiétude à l'égard du fait que la diminution de l'engagement

à enseigner la médecine légale et la pathologie judiciaire dans les universités et les hôpitaux universitaires a freiné la progression de la profession d'une manière qui met en péril sa capacité de servir le système de justice pénale.

Malgré le manque actuel de programmes agréés de formation en médecine légale, le Royal College of Pathologists continue de promouvoir un programme rigoureux destiné aux personnes en formation avant qu'elles puissent se présenter à ses examens. L'ordre propose deux parcours : le premier mène à une carrière uniquement en médecine légale, alors que le second permet de poursuivre une carrière tant en histopathologie qu'en médecine légale. À la fin de l'un ou l'autre parcours, ceux qui auront suivi la formation devraient avoir acquis une vaste connaissance des systèmes médicolégaux et des aspects juridiques de la pratique clinique, être familiers avec les autopsies pratiquées dans un large éventail de cas, que la mort soit naturelle ou non, y compris les techniques spéciales et les enquêtes connexes, et être au courant des responsabilités liées aux cas de morts suspectes et aux témoignages en cour.

Le Royaume-Uni nous offre l'exemple d'un système quelque peu bouleversé, en raison notamment de l'érosion des programmes de formation offerts par les universités et du fait que les affiliations entre les universités et les professionnels ne durent plus le temps d'une carrière. La leçon à en tirer est que nous devons professionnaliser ce service à partir de la base. L'enseignement universitaire et les bourses de recherche sont essentiels à la création d'un service de médecine légale de haute qualité.

États-Unis

En 1959, l'American Board of Pathology (ABP) a reconnu la médecine légale comme étant une sous-spécialité de la pathologie et a commencé à offrir un examen d'accréditation dans cette discipline. Afin d'être admissible à l'examen, il était nécessaire d'avoir deux ans d'expérience. Environ 1 300 personnes ont reçu leur accréditation en médecine légale aux États-Unis par l'entremise de l'ABP. Cet organisme n'offre toutefois aucune accréditation en médecine pédiatrique légale comme sous-spécialité. Même aux États-Unis, il n'existe qu'une poignée de « médecins légistes pédiatres » qui ont reçu une formation et une accréditation à la fois dans les sous-spécialités de la pédiatrie et de la médecine légale.

En 1981, l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) a été créé afin d'améliorer les soins de santé par l'évaluation et l'amélioration de la qualité de l'enseignement offert aux médecins résidents. L'ACGME examine les programmes de formation offerts aux médecins aux États-Unis et les évalue en fonction des normes et de lignes directrices établies. Il agrée ceux qui répondent à ses critères, à ses objectifs de formation et à ses autres objectifs. En 1999, l'ABP a

modifié ses critères de qualification. Il exige désormais que les candidats aient suivi un programme de formation en médecine légale accrédité par l'ACGME afin d'être admissibles à l'examen de sous-spécialité dans ce domaine.

Depuis 2007, environ 40 programmes de résidence en médecine légale, qui offrent environ 70 postes de formation dans l'ensemble du pays, sont accrédités par l'ACGME. Ces programmes sont souvent offerts par les bureaux de médecins légistes affiliés aux écoles de médecine.

Cette affiliation reconnaît le besoin de permettre aux étudiants en médecine et aux résidents d'acquérir une expérience en médecine légale afin qu'ils deviennent des candidats au recrutement par les bureaux des médecins légistes. Il importe de reconnaître que ce système offre des cheminements de carrière précis aux personnes suivant une formation en médecine légale.

Australie

La *Coroners Act 1985* (Victoria) a exigé qu'un service coordonné de coroner (le Coronial Service) et un centre intégré de services de coroner (le Coronial Services Centre) soient mis en place à Victoria, en Australie, pour héberger le State Coroner's Office et le Victorian Institute of Forensic Pathology. Maintenant connu sous le nom de Victorian Institute of Forensic Medicine (VIFM), cet institut de médecine légale indépendant, qui a été créé pour résoudre un certain nombre de problèmes délicats, prône un modèle inclusif qui repose sur une démarche axée sur le travail d'équipe pour mener les enquêtes sur les morts. Les coroners de l'État de Victoria sont des juges de la cour de comté, des magistrats ou des avocats qui, grâce à leur formation, ajoutent une composante juridique à l'équipe d'enquête sur les morts. Le fait de partager les locaux du VIFM avec les professionnels de la médecine a resserré les liens entre les volets médical et juridique de la médecine légale, en plus de renforcer le concept du travail d'équipe dans le système d'enquêtes sur les morts dans cet État.

L'engagement à l'égard de l'enseignement, de la recherche et des services, qui est au cœur du VIFM, se fonde sur une disposition de la loi qui exige que le directeur de l'organisme, qui est responsable d'assurer la prestation des services, soit en outre titulaire d'une chaire en médecine légale dans une université. Cette obligation imposée par la loi a fait en sorte que les trois piliers, soit l'enseignement, la recherche et les services, soient indissociables et a fourni la structure nécessaire pour favoriser la culture du professionnalisme.

Le VIFM démontre son engagement à l'égard de l'enseignement et de la formation des futurs experts judiciaires par son affiliation avec deux universités et son accréditation par le Royal College of Pathologists of Australasia, un organisme qui accrédite les laboratoires et fait passer les examens d'agrément en

médecine légale. En 1989, le VIFM s'est affilié de façon officielle à l'Université de Melbourne dans le but de susciter et de promouvoir l'intérêt des employés de ces deux institutions en matière d'enseignement et de recherche, permettant à l'université d'avoir accès aux locaux de l'institut tout en imposant aux employés du VIFM certaines obligations à cet égard au profit de l'université. En 1999, le VIFM s'est aussi affilié à l'Université Monash pour devenir son Département de médecine légale, l'unique programme d'études supérieures en médecine légale offert par une université australienne. Le personnel médical du VIFM donne de nombreux cours en médecine légale aux étudiants de premier, de deuxième et de troisième cycles dans les deux universités. L'affiliation avec les universités souligne les relations étroites qui soutiennent le VIFM.

Accréditation en médecine légale au Canada

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) a été créé en 1929 en vertu d'une loi du Parlement dans le but de superviser l'enseignement médical offert aux spécialistes au Canada. Il accrédite les programmes de formation spécialisée et fait passer les examens menant aux certificats de compétence, tout comme l'American Board of Pathology et l'Accreditation Council for Graduate Medical Education aux États-Unis ainsi que le Royal College of Pathologists du Royaume-Uni et celui de l'Australie. Les détenteurs de certificats du Collège royal sont reconnus par les autorités provinciales comme étant des spécialistes dans leur domaine de spécialité ou de sous-spécialité. Le Collège royal offre des accréditations dans plusieurs spécialités de la pathologie, dont l'anatomopathologie et la pathologie générale[1].

Au milieu des années 1990, le Collège royal a mis fin à la création de toute nouvelle spécialité et bourse de recherche. Pour un groupe de pathologistes qui avaient entrepris de faire reconnaître, par le Collège royal, la médecine légale comme sous-spécialité de l'anatomopathologie et de la pathologie générale, le moment était mal choisi. En 2001, le D[r] Jean Michaud, professeur et directeur du Département de pathologie et de médecine de laboratoire de l'Université d'Ottawa et chef du Service de pathologie et de médecine de laboratoire de l'Hôpital d'Ottawa et de l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, a réexaminé la question et présenté une demande de reconnaissance.

En septembre 2003, le D[r] Michaud ainsi que d'autres avaient convaincu le conseil du Collège royal de reconnaître officiellement la médecine légale comme sous-spécialité par l'émission d'un « certificat de compétence spéciale » accordé

[1] Les termes médicaux employés dans ce rapport sont définis dans le glossaire médical qui figure au début de ce volume.

suite à l'obtention, par un candidat, d'un certificat en anatomopathologie ou en pathologie générale. À ce moment-là, le Collège royal avait compris le besoin de reconnaître cette sous-spécialité, ce qui est démontré par le fait qu'il a accepté la demande de sous-spécialité.

La reconnaissance officielle par le Collège royal de la médecine légale en tant que sous-spécialité n'était qu'un premier pas. Par la suite, les candidats à l'accréditation dans cette sous-spécialité nouvellement reconnue devront réussir un programme de formation « accrédité » afin d'être admissibles à l'examen ou aux examens d'accréditation du Collège royal. Cependant, aucun programme de formation n'a encore été approuvé par le Collège royal et les examens d'accréditation n'ont toujours pas été préparés par son comité d'examen.

À cette fin, le Comité de spécialité en médecine légale du Collège royal (Comité de spécialité) et le Collège royal travaillent présentement à mettre au point les exigences relatives aux programmes de formation accrédités et aux procédures d'accréditation. Ils prévoient un programme de formation de un an pour ceux qui auront déjà terminé leur formation supérieure de cinq ans en anatomopathologie ou en pathologie générale, qui sera suivi de un ou plusieurs examens du Collège royal.

De plus, le Collège royal a lancé un « processus d'admissibilité à la pratique » qui détermine comment les nombreux pathologistes qui exercent présentement la médecine légale en Ontario peuvent être admis aux examens d'accréditation du Collège royal. Pour ceux qui ont reçu une accréditation dans un autre pays, le Collège royal envisage un « processus d'évaluation de l'aptitude à pratiquer », qui permettra d'accréditer toute personne qui satisfait à certaines conditions. La Commission a été informée que la profession s'attend à ce que les examens auxquels seront soumises les personnes nouvellement formées ainsi que ceux qui exercent présentement la médecine légale devraient être prêts en septembre 2009.

Le Comité de spécialité prévoit que le processus de recrutement des médecins intéressés par cette sous-spécialité commence une fois que le Collège royal aura approuvé les programmes de formation. Une fois cela fait, le processus d'accréditation sera diffusé sur le site Web du Collège royal à l'intention des doyens des programmes d'études supérieures dans les écoles de médecine de tout le Canada. Il incombera aux doyens de collaborer avec les médecins légistes de leur région pour créer des programmes de résidence.

Malgré le fait que le Collège royal n'a pas encore approuvé de programmes d'accréditation, nous avons été informés que, sur demande, il fournira des renseignements et des formulaires de demande d'accréditation aux centres intéressés. Le Comité d'accréditation vérifiera toute demande soumise, en tenant compte des commentaires du Comité de spécialité. Selon moi, il est important que ces

renseignements soient immédiatement diffusés à l'ensemble des écoles de médecine pour que les demandes puissent être soumises le plus rapidement possible afin de lancer le processus d'accréditation des programmes de formation.

Il est très important d'accélérer l'approbation par le Collège royal des programmes de formation et la création d'examen menant à l'accréditation délivrée par ce dernier. La situation de cette sous-spécialité doit être modifiée immédiatement. La reconnaissance et l'approbation par le Collège royal des programmes de formation et d'accréditation sont essentielles pour élever la médecine légale au rang qui lui est dû; ce facteur à lui seul encouragera les étudiants à l'envisager sérieusement.

Recommandation 2

Aussi rapidement que possible, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devrait :

a) **approuver l'accréditation de programmes de formation en médecine légale de un an offerts par les écoles de médecine du Canada aux candidats détenant un certificat du Collège royal en anatomopathologie ou en pathologie générale;**

b) **accréditer les médecins légistes qui réussissent un programme de formation accrédité et l'examen du Collège royal en médecine légale;**

c) **parachever le processus permettant aux pathologistes qui exercent présentement la médecine légale en Ontario d'obtenir l'accréditation du Collège royal.**

Accroissement de l'intérêt envers la médecine légale

Le fait d'accorder des titres de compétence pour avoir réussi un programme de formation et les examens d'accréditation encouragera les gens à respecter davantage la sous-spécialité de la médecine légale. Cependant, il ne s'agit que d'un pas en avant pour encourager les étudiants en médecine à envisager la médecine légale comme une possibilité de carrière viable. Il sera aussi nécessaire d'exposer davantage les étudiants à cette sous-spécialité dans les écoles de médecine afin d'accroître l'intérêt envers cette discipline au début de leur carrière. En effet, un certain nombre de pathologistes ayant participé aux travaux de la Commission ont reconnu l'importance d'encourager les étudiants à s'intéresser à la médecine légale au cours de leurs études en médecine. Les statistiques récentes indiquent que le nombre d'étudiants qui s'inscrivent aux programmes de résidence en

pathologie a augmenté quelque peu au cours des dernières années. Il y a donc plus de chances que les personnes qui pratiquent la médecine légale en Ontario aujourd'hui arrivent à rejoindre les étudiants qui s'intéressent déjà à la pathologie et les convainquent d'embrasser la médecine légale pour y faire une carrière enrichissante dans une sous-spécialité de la médecine qui est de plus en plus prisée.

L'affiliation entre les unités régionales de médecine légale et les écoles de médecine universitaires de la province offre aux pathologistes en exercice une excellente occasion d'entretenir des liens pédagogiques avec ces écoles de façon à promouvoir les carrières en médecine légale. Par exemple, les services de pathologie de l'Hôpital d'Ottawa et de l'Hôpital général de Hamilton jouent un rôle actif dans la promotion de la médecine légale auprès des étudiants en médecine et des résidents en pathologie dans les universités qui y sont affiliées[2]. Comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, l'on espère que l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) sera prochainement affiliée à l'Université de Toronto et qu'en collaboration avec le centre de médecine légale et de criminalistique qui a été proposé à l'Université de Toronto et l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) à l'Hospital for Sick Children, elle permettra aux étudiants et aux résidents de se familiariser avec cette sous-spécialité et d'avoir des médecins légistes comme mentors.

Il importe donc que les médecins légistes en exercice participent activement à la promotion de cette discipline au sein des universités auxquelles ils sont affiliés. Le médecin légiste en chef devrait collaborer avec les directeurs régionaux et les hôpitaux afin de déterminer la meilleure façon de promouvoir la médecine légale dans les écoles de médecine de l'Ontario et auprès des résidents en anatomopathologie et en pathologie générale.

Recommandation 3

Le Service ontarien de médecine légale et le médecin légiste en chef devraient activement encourager :

a) **les facultés de médecine à promouvoir l'intérêt envers la médecine légale en permettant aux étudiants d'en faire l'expérience au début de leur programme;**

b) **les médecins légistes à collaborer avec les facultés de médecine afin de renseigner les étudiants au sujet de la médecine légale.**

---

[2] L'Hôpital d'Ottawa est affilié à l'Université d'Ottawa et l'Hôpital général de Hamilton est affilié à l'Université McMaster.

Les trois piliers : le service, l'enseignement et la recherche

Le fait d'encourager les pathologistes des unités régionales à s'engager activement auprès des étudiants en médecine améliorera et, finalement, renforcera les liens entre les pathologistes, les universités et les hôpitaux universitaires. Ces liens élargiront les paramètres de prestation de l'unité pour y inclure l'enseignement et la recherche, plutôt que d'offrir uniquement des services d'autopsie, ce qui contribuera à la création d'une atmosphère interactive et collégiale. Avec le temps, cette affiliation pourrait encourager les étudiants en formation dans cette discipline à demeurer au service de l'unité, si cette dernière leur promet une carrière attrayante et équilibrée. Ce modèle de croissance repose sur la consolidation de la relation entre les trois piliers de la professionnalisation de la médecine légale, soit le service, l'enseignement et la recherche. Les experts en médecine légale qui ont participé aux travaux de l'enquête encouragent fortement le développement de ces trois piliers qui constituent le fondement d'un service de médecine légale crédible. Ils ont travaillé au sein de systèmes qui ont promu l'intégration de ces trois éléments et voient cela comme étant essentiel à la viabilité d'un service de médecine légale professionnalisé.

Les avantages de lier les obligations en matière d'enseignement et de recherche au service sont évidents. L'enseignement et la recherche permettent à la science de la médecine légale d'avancer et font en sorte que les pathologistes en exercice demeurent au fait des progrès de la profession. L'enseignement et la recherche viennent compléter et renforcer l'exercice de la médecine légale, qui se fonde sur les preuves, la recherche et les explications prudentes plutôt que sur de simples affirmations relatives à l'expérience, à l'autorité et aux conclusions concernant la cause de la mort. Ces liens viennent aussi renforcer la relation entre les praticiens et les étudiants ainsi qu'entre les unités prestataires de services et les hôpitaux universitaires. De plus, les programmes d'enseignement et de formation affiliés aux écoles de médecine des universités mettent en contact tout un éventail d'experts d'autres disciplines telles que le droit, la criminologie, l'anthropologie et la médecine clinique. Encourager et aider les médecins légistes à participer à l'enseignement et à la recherche peut même prévenir les risques d'épuisement professionnel associé aux importantes charges de travail et aux conditions d'isolement qui sont malheureusement trop souvent leur lot. Ces avantages permettront non seulement de donner un nouveau souffle à la profession et de l'améliorer, mais ils contribueront aussi au recrutement de médecins légistes compétents en Ontario en favorisant la viabilité à long terme et l'attrait d'une carrière dans cette discipline.

Cependant, les témoignages entendus m'indiquent que, présentement, les médecins légistes de l'Ontario doivent assumer des obligations telles en matière de

services qu'ils n'ont que peu de temps à consacrer à l'enseignement ou à la recherche. Si les charges de travail ne sont pas réduites, ces pathologistes n'auront pas suffisamment de temps pour s'adonner à ces tâches. Même si certains médecins légistes en exercice ne manifestent aucun intérêt envers les activités d'enseignement, de formation et de recherche, la plupart seront heureux d'avoir la chance d'y participer davantage, à condition de recevoir une rémunération équitable.

Selon moi, l'enseignement et la recherche doivent faire partie de la stratégie de croissance de la profession médicolégale. À cette fin, le nouveau SOML devrait collaborer avec les hôpitaux de l'Ontario afin de s'assurer que les médecins légistes qui, en plus des services, participent à ces activités ont une charge de travail raisonnable. Alors que ces liens dépendent évidemment de l'augmentation du nombre de médecins légistes au sein du SOML, l'ajout de l'enseignement et de la recherche représente un objectif essentiel à long terme.

Recommandation 4

Le conseil de direction et le médecin légiste en chef devraient s'assurer que le Service ontarien de médecine légale repose sur les trois piliers essentiels et interdépendants que sont le service, l'enseignement et la recherche.

Financement de bourses de recherche en médecine légale

Le D[r] Pollanen a récemment élaboré un programme de bourse de recherche en médecine légale à l'UPML en collaboration avec l'Université de Toronto. Il a commencé à former deux résidents canadiens en juillet 2008, prévoyant obtenir l'accréditation du programme par le Collège royal au cours de l'année universitaire. Ces bourses de recherche ont été financées conjointement par le BCCO et l'Université de Toronto. Malheureusement, il s'agit d'une entente de financement ponctuelle. Cette formule n'est pas viable.

D'autres bourses de ce genre sont requises dans l'ensemble de la province, mais elles doivent faire l'objet d'un financement adéquat et durable. Ces bourses permettront de remédier au manque général de médecins légistes et augmenteront le bassin de candidats à des postes à temps plein au sein du SOML. Un certain nombre d'unités régionales de médecine légale sont en mesure d'offrir des bourses de recherche comme celles-ci. Selon moi, elles devraient prendre des mesures dynamiques en ce sens. Cela représente un aspect important de la croissance de ce service.

Un centre de médecine légale et de criminalistique à l'Université de Toronto

L'Unité provinciale de médecine légale située à Toronto est la seule unité de médecine légale de la province qui n'est pas intégrée à l'environnement d'un hôpital universitaire. Cette unité, qui est très occupée, est le principal centre d'autopsie judiciaire en Ontario. Elle bénéficierait grandement d'une affiliation avec une école de médecine afin de pouvoir s'appuyer sur l'enseignement universitaire et les efforts de recherche et de faire appel à la population étudiante. L'Université de Toronto représente un choix logique. Du point de vue de l'université, cette affiliation permettra aux éventuels étudiants en médecine légale de faire, directement à l'unité, l'expérience de cas médicolégaux. De plus, l'expérience de cas de médecine pédiatrique légale leur sera offerte par l'entremise de l'UOMLP au SickKids, qui est déjà affilié à l'Université de Toronto.

Le D[r] Pollanen ainsi que d'autres travaillent à la mise sur pied d'un centre externe par l'intermédiaire de l'Université de Toronto, qui se nommera Centre de médecine légale et de criminalistique (le Centre). Ce Centre a pour but de favoriser l'excellence en médecine légale et en criminalistique. La proposition envisage un Centre faisant office de plaque tournante pour cinq branches principales de cette science qui, ensemble, contribueront à la création d'une démarche véritablement multidisciplinaire sur le plan de l'enseignement et de la recherche en matière de médecine légale et de criminalistique.

La création du Centre offre la possibilité d'élaborer des programmes d'enseignement de la médecine légale fondée sur des éléments probants. Le Centre se concentrerait sur la formation interprofessionnelle des étudiants de premier cycle en médecine et en droit, ainsi que sur les activités de perfectionnement professionnel pour les professions médicale et juridique. Il offrirait un enseignement dans des disciplines connexes de la médecine légale et faciliterait, entre autres efforts pédagogiques, la recherche dans des domaines controversés et les débats sur la médecine légale et la criminalistique.

Les témoignages présentés devant la Commission ont clairement démontré le besoin d'une démarche interdisciplinaire en médecine légale. Les médecins légistes en connaissent trop peu sur le système de justice ou sur la façon la plus adéquate d'y participer dans les cas où leur contribution est essentielle. Pour sa part, le système de justice en comprend trop peu sur la science de la médecine légale. Puisque le Centre est en mesure de faire appel à des enseignants et des praticiens chevronnés qui évoluent dans les deux mondes et d'encourager leur interaction, il pourrait contribuer de façon importante à relever ce défi. Selon moi, il mérite le soutien du gouvernement.

Recommandation 5

La province de l'Ontario, le conseil de direction et le médecin légiste en chef devraient collaborer avec l'Université de Toronto afin de mettre sur pied un centre de médecine légale et de criminalistique qui :

a) **offrirait un enseignement aux praticiens et aux étudiants dans différentes disciplines médicales liées à la criminalistique;**

b) **serait affilié directement à l'Unité provinciale de médecine légale et à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique.**

Sensibiliser la profession médicale au système de justice pénale

Notre examen systémique a nettement démontré que les connaissances des médecins légistes doivent aller au-delà de la pathologie pour que ces derniers puissent exercer cette profession de façon compétente. Il est essentiel que leur formation comprenne une sensibilisation au système de justice et, plus particulièrement, au système de justice pénale. Les médecins légistes doivent comprendre les objectifs du système de justice pénale, comment il s'y prend pour les atteindre et la meilleure façon d'exercer leur rôle d'expert. Tous les médecins légistes de renommée mondiale qui ont participé aux travaux de la Commission ont souligné à quel point il était important que les médecins légistes comprennent le système de justice pénale et le rôle qu'ils y jouent. Après tout, ils travaillent pour le système de justice et ce rôle est essentiel.

Les universités, dans le cadre de leurs programmes d'enseignement de la médecine de premier cycle et des cycles supérieurs, dispensés probablement, en collaboration avec les facultés de droit d'autres disciplines connexes, sont bien placées pour offrir des cours sur le système de justice. Les médecins légistes en formation doivent pouvoir suivre un cours qui traite des témoignages d'experts, du système de justice, des aspects pertinents du droit de la preuve et la procédure pénale. L'objectif est de s'assurer que les médecins légistes sont en mesure d'apporter un soutien utile au système de justice. Idéalement, tous les étudiants en médecine de premier cycle devraient aborder la médecine légale et la loi au début de leurs études puisque bon nombre d'entre eux auront probablement à témoigner à titre d'experts au cours de leur carrière.

Le Collège royal a récemment publié des documents dans lesquels sont détaillées les normes précises d'accréditation et les objectifs à atteindre pour les programmes de résidence en médecine légale. Ces documents donnent un aperçu de ce que l'on attend des résidents à la fin d'un programme de formation

accrédité. La définition de la médecine légale que donne le Collège royal dans ses objectifs de formation en médecine légale souligne l'importance d'avoir recours aux principes et aux méthodes de la pathologie pour soutenir les systèmes judiciaire et médicolégal :

> La médecine légale est une sous-spécialité de l'anatomopathologie et de la pathologie générale qui a recours aux principes de base et aux méthodes de ces deux spécialités afin d'appuyer les systèmes judiciaire et médicolégal dans la détermination des causes de la mort et de la façon dont elle s'est produite, de contribuer aux enquêtes entourant les circonstances de la mort et d'aider à l'interprétation des conclusions des autopsies qui revêtent de l'importance du point de vue médicolégal[3].

Je félicite le Collège royal pour avoir reconnu qu'un des éléments essentiels du travail des médecins légistes a rapport au système de justice pénale. L'enseignement relatif au système de justice mérite d'occuper une place plus importante que celle qui lui était accordée dans le passé, alors qu'il était surtout question de la façon dont un expert devait se présenter en cour. La définition de la sous-spécialité de la médecine légale que donne le Collège royal et les normes applicables aux personnes suivant la formation contribueront beaucoup à confirmer l'importance de la formation juridique pour la profession.

Pour améliorer l'enseignement de la médecine légale sur tous les plans, les écoles de médecine ainsi que les unités de médecine légale devraient tirer parti des démarches interdisciplinaires dans le but de renforcer l'importance de la formation juridique pour ceux qui étudient la médecine légale.

Recommandation 6

Toutes les personnes et institutions qui assurent ou supervisent l'enseignement de la médecine aux étudiants en Ontario devraient mettre l'accent sur l'importance cruciale d'inclure le système de justice pénale dans l'enseignement de la médecine légale. Plus particulièrement, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devrait s'assurer que les programmes accrédités de bourses de recherche en médecine légale offrent un enseignement sur les témoignages d'expert, le système de justice et les aspects pertinents du droit de la preuve et de la procédure pénale.

---

[3] Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, « Objectives of Training in Forensic Pathology ». Cité et reproduit avec autorisation.

Formation médicale continue

En 2000, le Collège royal a officiellement lancé son programme de Maintien du certificat qui exige que l'ensemble des médecins accrédités par le Collège royal tiennent leurs aptitudes et leurs compétences à jour dans leur spécialité ou sous-spécialité particulière en suivant une formation médicale continue de 400 heures-crédits sur un cycle de cinq ans, avec un minimum de 40 heures-crédits chaque année. Les crédits comprennent les heures passées à lire des revues spécialisées, à assister à des conférences et à travailler sur des projets personnels d'apprentissage. Si le Collège royal accepte d'accréditer les médecins légistes, ceux qui auront reçu cette accréditation seront soumis aux exigences minimales de formation médicale continue décrites ci-dessus.

Les témoignages entendus m'ont démontré qu'il y avait un besoin précis de formation continue sur le système de justice et le rôle qu'y jouent les médecins légistes. Les pathologistes qui exercent la médecine légale en Ontario devraient être obligés de suivre annuellement un certain nombre d'heures de formation continue à ce sujet, dans le cadre ou en plus des exigences du Collège royal. Les détails de ces exigences devraient être déterminés par le médecin légiste en chef ou son remplaçant désigné.

De cette façon, l'ensemble des pathologistes qui pratiquent des autopsies en vertu de mandats du coroner recevront une formation médicale continue qui traite à la fois des progrès récents de la médecine légale (par exemple, le syndrome du bébé secoué) et du système de justice pénale. La formation continue doit bénéficier de ressources adéquates afin que les pathologistes puissent participer aux programmes offerts à l'extérieur de l'Ontario ou même du Canada, s'ils n'y sont pas déjà offerts.

Recommandation 7

Toutes les personnes et institutions qui assurent ou supervisent les services de médecine légale en Ontario devraient mettre l'accent sur l'importance cruciale de la formation continue et, plus particulièrement :

a) **le médecin légiste en chef ou son remplaçant désigné devrait assumer la responsabilité principale de favoriser la formation continue et interdisciplinaire sur le rôle du médecin légiste dans le système de justice;**

b) **la province de l'Ontario devrait financer adéquatement la formation continue destinée aux médecins légistes concernant les récents progrès de la médecine légale et le rôle du médecin légiste dans le système de justice.**

Recrutement et maintien en poste des médecins légistes

La médecine légale n'a jamais été un choix de carrière populaire au Canada. Les charges de travail importantes et une faible rémunération ont dissuadé les pathologistes d'entreprendre une carrière en médecine légale, ceux-ci préférant se diriger vers des carrières telles que la pathologie clinique qui offre un plus gros salaire et, jusqu'à tout récemment, était perçue comme étant moins controversée.

Cette tendance historique s'est aggravée lorsqu'un certain nombre de problèmes précisément liés à cette discipline sont survenus en Ontario. Comme nous l'avons appris, la plupart des pathologistes qui exercent la médecine légale se retrouvent aujourd'hui en fin de carrière et ne sont remplacés par aucune relève. De plus, le petit groupe de personnes exerçant la médecine légale en Ontario a dû se disperser encore plus que par le passé, en raison particulièrement du nombre accru de cas et de la complexité grandissante de ceux-ci.

Il est vrai que la médecine légale ne peut être absolument parfaite puisqu'il s'agit d'une activité humaine. Cependant, il est également vrai que la médecine légale, comme l'ensemble de la pathologie, offre un service essentiel à la société qui doit donc répondre à un certain niveau d'excellence. Pour la médecine légale, le coût de l'échec est celui d'un système de justice pénale dont les dénouements s'avèrent injustes et entraînent des conséquences tragiques. En ce qui a trait à la pathologie clinique, le prix à payer en cas d'échec peut s'avérer tout aussi grave. En médecine légale et en pathologie clinique, la société doit s'assurer qu'elle est en mesure d'attirer les meilleurs candidats et d'offrir les meilleurs mécanismes de supervision afin d'éviter tout échec.

Cet objectif est devenu plus difficile à atteindre parce que la médecine légale, voire même l'ensemble de la pathologie, fait l'objet depuis quelque temps d'un examen très serré du public. Depuis plus d'un an, les pathologistes ont fait à maintes reprises les manchettes au pays et leurs présumées erreurs ont donné lieu non seulement à cette enquête, mais à d'autres à Terre-Neuve-et-Labrador et au Nouveau-Brunswick. L'attention des médias a été intense et en grande partie négative, en plus d'exercer de fortes pressions sur les pathologistes dans l'ensemble du pays. Le D^{r} Pollanen nous a dit que certains pathologistes de l'Ontario n'acceptent plus de pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner puisqu'ils craignent un tel niveau de surveillance. L'on ne peut ignorer la réalité que cette situation dépeint lorsqu'on tente de relever le défi d'instaurer un service de médecine légale véritablement professionnalisé en Ontario.

Il est encore trop tôt pour savoir avec certitude si ces événements auront réellement un effet paralysant et durable sur les tentatives de recrutement et de maintien

en poste de médecins légistes compétents, mais il faut prendre des mesures actives afin d'éviter un tel résultat. Divers efforts doivent être déployés immédiatement afin de donner un nouveau souffle à cette profession et d'éviter que la province soit aux prises avec un nombre insuffisant de pathologistes compétents.

La province de l'Ontario doit fournir de toute urgence les ressources nécessaires pour remédier au manque important de médecins légistes compétents. Les propositions suivantes doivent être mises en œuvre immédiatement afin de surmonter la crise actuelle et de jeter les bases d'une médecine légale professionnalisée.

Comme nous l'avons vu précédemment, une première étape consiste à s'assurer que l'enseignement de la médecine légale au premier cycle, aux cycles supérieurs et en formation continue soit adéquatement financé. Le financement approprié et durable des bourses de recherche en médecine légale dans les unités régionales leur permettra d'offrir des bourses intéressantes aux résidents, ce qui, avec le temps et un peu d'espoir, favorisera une augmentation soutenue du nombre de médecins légistes dans la province. Les médecins légistes qui ont participé aux travaux de la Commission ont indiqué que les expériences positives amènent souvent les personnes en formation à poursuivre leur carrière au sein de l'unité qui les a formées.

Cette recommandation rejoint l'importance d'offrir aux médecins légistes nouvellement recrutés des postes qui concrétisent l'engagement fondamental en matière de service, d'enseignement et de recherche. Afin d'atteindre cet objectif, il faut injecter de nouvelles ressources pour s'assurer que les charges de travail sont raisonnables.

Un autre élément important consiste à fournir, au sein du SOML, des cheminements de carrière semblables à ceux qui sont offerts aux coroners de l'Ontario : associés, pathologistes subalternes, directeurs régionaux, adjoints et médecin légiste en chef. Cette hiérarchie permet de déterminer clairement les rôles et reconnaît l'importance de proposer aux personnes œuvrant au sein de la profession des carrières qui leur offrent des responsabilités et une rémunération croissantes. Cela permet de redresser la situation actuelle, qui est décrite comme étant « relativement uniforme », sans offrir de cheminement ou d'avancement professionnel. Le modèle actuel n'encouragera pas ceux qui sont à la recherche d'une carrière stimulante à s'engager auprès d'un organisme qui n'offre aucune possibilité de croissance professionnelle.

L'uniformisation dans l'ensemble de la province de la rémunération des pathologistes qui effectuent du travail de médecine légale dans le cadre d'enquêtes du coroner sur des morts revêt beaucoup d'importance. Les salaires offerts aux pathologistes travaillant dans les hôpitaux sont régis par le Laboratory Medicine Funding

Framework Agreement (LMFFA). Cette entente entre l'Ontario Medical Association et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée prévoit que chaque pathologiste travaillant dans un hôpital reçoit le même salaire minimum garanti. Les médecins légistes du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (ceux qui travaillent à l'UPML) sont exclus de cette entente.

Cela a fait en sorte que les médecins légistes de l'UPML, qui sont employés par le gouvernement, sont payés beaucoup moins que les pathologistes travaillant dans les hôpitaux de la province. Cette différence en faveur des pathologistes travaillant dans les hôpitaux est encore plus importante en raison des avantages additionnels qu'ils reçoivent par rapport aux employés du ministère, tels que le financement de la formation médicale continue et d'autres avantages offerts directement par les hôpitaux. Cette différence a un effet défavorable évident sur le recrutement. Tous ceux qui connaissent la situation sont d'accord pour dire que cela représente un obstacle majeur à l'embauche de médecins légistes à des postes à temps plein au sein de l'UPML. Il est essentiel que la province de l'Ontario prenne des mesures immédiates pour offrir un salaire égal à tous les médecins légistes, qu'ils soient employés par les hôpitaux ou l'UPML, en les intégrant à l'entente LMFFA ou en posant les gestes nécessaires qui permettront d'arriver au même résultat et de le maintenir.

Il y a deux autres points à l'égard desquels il faut prévoir un financement adéquat si l'on veut assurer la professionnalisation du service. Le premier est le besoin d'augmenter, au fil du temps, le nombre de postes équivalents temps plein offerts par le SOML au sein des unités régionales partout dans la province. Ce concept reconnaît les changements survenus ces dernières années, selon lesquels une plus grande partie du travail effectué en vertu de mandats du coroner a été réaffectée aux unités régionales de médecine légale de la province, augmentant ainsi leur volume de travail tout en diminuant celui des hôpitaux situés dans les petites collectivités. Cette organisation présente des avantages pas seulement sur le plan de la qualité du service. L'utilisation accrue des postes équivalents temps plein dans les unités régionales et la diminution du travail rémunéré à l'acte qu'elle permet fait en sorte qu'il soit plus facile d'obtenir l'expertise dont un service professionnalisé a besoin.

Il est aussi essentiel qu'un financement suffisant soit offert pour s'assurer que les installations où l'on pratique la médecine légale tiennent compte du niveau d'excellence attendu du SOML et possèdent des équipements à la fine pointe de la technologie pour aider les médecins légistes à faire leur travail. Ce facteur est important, tout particulièrement si les unités régionales doivent effectuer un pourcentage croissant du travail de médecine légale dans la province, y compris les cas les plus difficiles. Cela est aussi vital si l'on veut faire de la médecine légale

un choix de carrière attrayant à un moment où elle subit les effets négatifs d'une mauvaise presse, tout comme l'ensemble de la pathologie.

Création de nouvelles installations

Le D[r] Stephen Cordner, directeur du Victorian Institute of Forensic Medicine, en Australie, a visité les locaux du 26, rue Grenville, au centre de Toronto, qui abritent l'UPML. Le D[r] Cordner a souligné l'importance de travailler dans des installations modernes où l'on peut surmonter les difficultés techniques liées à la pratique des autopsies. Il a décrit les locaux actuels de l'UPML comme étant exigus et désuets. Dans leur état actuel, ils représentent un obstacle important à la professionnalisation de la médecine légale en Ontario.

La Commission a appris que le gouvernement de l'Ontario proposait de créer un grand complexe de criminalistique à la fine pointe de la technologie. L'on estime que ce complexe sera construit à l'extérieur du centre-ville de Toronto et hébergera le Centre des sciences judiciaires, l'UPML qui desservirait une plus grande zone comprenant Brampton et Guelph, des salles d'enquête pour les coroners et les bureaux administratifs du BCCO. Ces installations seront beaucoup plus grandes que celles qui existent présentement; elles seront dotées de matériel de pointe en plus d'offrir des services de premier rang et il sera possible de communiquer les données pathologiques à d'autres intervenants partout dans la province. La création de ces installations représente un engagement majeur envers la modernisation et la professionnalisation des enquêtes sur les morts en Ontario.

J'exhorte la province de l'Ontario, le Centre des sciences judiciaires et le Bureau du coroner en chef de l'Ontario à prendre des mesures aussi rapidement que possible pour que soient construites ces installations.

Recommandation 8

La province de l'Ontario devrait fournir les ressources nécessaires afin de remédier au manque important de médecins légistes en Ontario. La province de l'Ontario devrait tout particulièrement :

a) financer de façon adéquate et durable des bourses de recherche en médecine légale dans chacune des unités régionales de médecine légale de la province;

b) financer des postes à temps plein dans cette profession qui appuieront les trois piliers, soit le service, l'enseignement et la recherche, y compris, sans toutefois s'y limiter, les postes de médecin légiste en chef adjoint, de

directeurs au sein des unités régionales de médecine légale et de médecins légistes à l'interne;

c) **fournir des ressources suffisantes pour faire en sorte que la charge de travail des médecins légistes ne dépasse pas les normes recommandées;**

d) **inclure les pathologistes du Service ontarien de médecine légale dans le Laboratory Medicine Funding Framework Agreement afin de s'assurer que tous les pathologistes sont rémunérés équitablement, qu'ils travaillent dans les hôpitaux ou à l'Unité provinciale de médecine légale, ou prendre les mesures nécessaires pour arriver au même résultat et le maintenir;**

e) **augmenter le nombre de postes équivalents temps plein dans les unités régionales de médecine légale de l'Ontario;**

f) **s'assurer que toutes les unités où sont pratiquées des autopsies en vertu de mandats du coroner sont entièrement équipées, bénéficient des ressources appropriées et ne sont pas désuètes;**

g) **financer la construction de nouvelles installations modernes pour héberger le Bureau du coroner en chef de l'Ontario ainsi que les services de criminalistique connexes.**

Mesures immédiates

Il existe un besoin immédiat d'améliorer l'expertise en médecine légale en Ontario. En plus des propositions que j'ai avancées, des mesures immédiates sont aussi requises. Le public doit avoir confiance en ceux qui offrent des services de médecine légale dans les cas les plus difficiles. Alors que cette sous-spécialité continue à se développer, une façon d'atteindre plus rapidement cet objectif est de créer un registre des médecins légistes comprenant différentes catégories assorties d'exigences précises en matière d'expertise. Les pathologistes compétents et qualifiés seront ajoutés à ce registre. Par conséquent, le médecin légiste en chef disposera d'un mécanisme qui permettra d'assurer au public que l'autopsie est bien pratiquée par le pathologiste le mieux qualifié. Les détails de ce registre seront présentés au chapitre 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation.

L'objectif est de créer un service de médecine légale en Ontario reconnu dans le monde entier, qui a à son service des médecins légistes compétents et accrédités au Canada par d'excellents programmes de formation reconnus. Évidemment, cette transformation ne se fera pas immédiatement. Afin d'aider à relever, dans un avenir proche, le défi du maintien d'un bassin de médecins légistes compétents, il faut

déployer des efforts acharnés pour recruter à l'étranger des médecins légistes dûment accrédités.

Recommandation 9

Le Service ontarien de médecine légale devrait immédiatement recruter, à l'étranger, des médecins légistes dûment accrédités afin de remédier à la pénurie qui existe dans la province.

Recommandation 10

La province de l'Ontario devrait fournir des ressources suffisantes pour permettre le recrutement de médecins légistes dûment accrédités dans d'autres pays.

Financement adéquat et durable

Notre examen systémique a souligné les nombreuses façons dont la médecine légale a été sous-estimée pendant des décennies. Il n'est pas surprenant de constater qu'elle est aussi sous-financée, là encore depuis des décennies. Des ressources inadéquates continuent à miner les efforts louables de la nouvelle direction du BCCO afin de remédier aux nombreux problèmes cernés durant notre examen systémique. Cette situation ne peut se poursuivre. Si la province de l'Ontario n'agit pas rapidement afin de mettre en place un modèle de financement renouvelable beaucoup plus important pour la médecine légale, ces problèmes ne pourront être réglés et le système ne pourra être rebâti, comme il doit l'être. Les ressources sont essentielles afin de professionnaliser et de développer la médecine légale en Ontario et ainsi d'éviter les erreurs judiciaires.

Bon nombre des propositions que je formule relativement aux compétences et aux pratiques des médecins légistes, notamment l'assurance de la qualité, exigent qu'il y ait un nombre suffisant de tels médecins. Il existe un manque général de médecins légistes. L'Ontario se retrouve derrière de nombreux territoires de compétence, en raison notamment du fait qu'il a été impossible pour les pathologistes de recevoir un enseignement, une formation et, enfin, une accréditation dans la province. Il est essentiel de fournir des ressources adéquates pour assurer la formation, le recrutement, le maintien en poste et la formation continue des médecins légistes en Ontario. L'on devrait inciter les médecins légistes de l'Ontario à participer à l'enseignement et à la recherche en plus de fournir des services dans le cadre d'enquêtes sur les morts. Ils devraient aussi avoir la possibilité de pratiquer dans des installations appropriées. Ces changements, que j'ai décrits dans le

présent chapitre, ainsi que d'autres que j'aborde dans les chapitres qui suivent, ne peuvent être apportés que si le financement à long terme est adéquat et durable.

J'exhorte la province de l'Ontario à fournir les ressources nécessaires pour assurer le succès des changements que j'ai décrits jusqu'à présent et de ceux dont je traiterai subséquemment.

Recommandation 11

La province de l'Ontario devrait s'engager à offrir un financement suffisant pour soutenir les changements qui s'avèrent nécessaires pour le rétablissement de la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale.

12

Réorganisation de la médecine pédiatrique légale

Au chapitre 11, Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale, j'explique qu'afin de regagner la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale, la province de l'Ontario doit prendre des mesures immédiates visant à professionnaliser et à rebâtir le service de médecine légale en Ontario. Il s'agit d'un préalable essentiel à l'engagement en matière de qualité et d'assurance de la qualité, dont la médecine légale en Ontario a un urgent besoin.

Dans le présent chapitre, j'explique qu'en matière de professionnalisation, le service doit être réorganisé en profondeur, de haut en bas et de bas en haut, et en ce qui a trait à la relation entre le Service ontarien de médecine légale et les unités régionales de médecine légale. Je me penche sur les modifications à apporter à la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, qui sont nécessaires à la réorganisation du service, et recommande des améliorations visant à renforcer les ententes de service intervenues entre le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et les hôpitaux qui accueillent ces unités régionales. Ces modifications donneront plus de place à la médecine légale au sein de notre système provincial d'enquête sur les morts et feront en sorte que des médecins légistes compétents dirigent, supervisent et gèrent les services de médecine légale de la province. Ces modifications organisationnelles constituent un fondement nécessaire permettant de combler les lacunes relatives à l'exercice et à la supervision de la médecine légale ayant été relevées dans le cadre de l'examen systémique.

Les participants aux travaux de la Commission d'enquête se sont généralement entendus sur le fait que ces modifications sont nécessaires afin de faire en sorte que le système de justice pénale dispose d'une médecine légale fiable et de haute qualité.

Organisation efficace du travail de médecine légale en Ontario

Le Service ontarien de médecine légale

Au chapitre 11, Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale, j'explique que la consécration législative d'une nouvelle entité, le Service ontarien de médecine légale (SOML), est essentielle afin de professionnaliser et de rebâtir la médecine légale en Ontario. Le SOML se veut la concrétisation d'un service hautement compétent doté d'une structure qui permet d'accroître la qualité des services et de favoriser la supervision. C'est l'élément central de cette nouvelle démarche en matière de qualité. C'est pourquoi il doit être créé en vertu de la *Loi sur les coroners* et décrit dans celle-ci. Compte tenu qu'il fournit un service relié aux enquêtes sur les morts conduites par le BCCO, il devrait continuer d'être une direction de cet organisme. Toutefois, la consécration législative reflète l'importance du SOML en tant que service provincial essentiel.

Recommandation 12

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

> **« Service ontarien de médecine légale » s'entend de la direction du Bureau du coroner en chef de l'Ontario qui, sous la direction du médecin légiste en chef, fournit tous les services de médecine légale offerts en vertu d'un mandat du coroner ou en relation avec un tel mandat[1].**

Le rôle du médecin légiste en chef

Au chapitre 11, je recommande également de modifier la *Loi sur les coroners* afin de reconnaître les rôles et les responsabilités des dirigeants du SOML, notamment le médecin légiste en chef. Le médecin légiste en chef dirigera le SOML et sera responsable sur le plan professionnel du service offert par l'organisme. Cette responsabilité fondamentale, conjointement à d'autres obligations, devrait être enchâssée dans la loi de la même façon que les responsabilités du coroner en chef. Conformément à l'objectif d'amélioration de la qualité du service, le médecin légiste en chef doit être un médecin légiste accrédité. L'intégration de ce poste à

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

la loi exige que l'on définisse à la fois le terme « pathologiste » et l'expression « médecin légiste accrédité ».

Recommandation 13

La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin d'inclure les définitions suivantes de « pathologiste » et de « médecin légiste accrédité » :

a) « pathologiste » s'entend d'un médecin légalement compétent accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou son équivalent, à titre de spécialiste en anatomie pathologique ou en pathologie générale;

b) « médecin légiste accrédité » s'entend d'un pathologiste accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou son équivalent, à titre de spécialiste en médecine légale.

Notre examen systémique a révélé clairement que le médecin légiste en chef n'avait pas le pouvoir requis pour assurer des services de qualité en médecine légale dans la province. Il est non seulement essentiel que cette situation change, mais aussi que ce changement soit perceptible. Les responsabilités fondamentales du médecin légiste en chef doivent par conséquent être énoncées dans la *Loi sur les coroners*. Les obligations et les responsabilités du médecin légiste en chef, outre celles prévues par la loi, doivent également être décrites clairement.

Un SOML solide se consacrera au service, à l'enseignement et à la recherche en tant que moyens d'assurer l'excellence dans le futur. Il possédera une culture dans laquelle des professionnels très compétents communiqueront les uns avec les autres afin de promouvoir l'excellence. Il aura l'autonomie nécessaire pour utiliser ses ressources afin d'en tirer le maximum. En bout de ligne, ces tâches doivent toutes incomber au médecin légiste en chef, à l'instar du maintien de la qualité des services et d'une saine supervision.

Il importe que le médecin légiste en chef soit l'autorité suprême et qu'il puisse déterminer quel médecin légiste possède la formation et l'expérience appropriées pour pratiquer une autopsie et l'endroit où celle-ci aura lieu. Cette autorité est particulièrement importante dans les cas de morts suspectes d'enfants ou d'autres cas qui présentent des défis particuliers en matière de médecine légale. Le médecin légiste en chef possède la formation et l'expérience requises, ainsi que les connaissances des ressources mises en tout temps à la disposition du SOML, afin de bien remplir son rôle. Bien qu'il doive consulter les coroners concernant les affectations aux autopsies, il lui revient de prendre les décisions finales.

Afin de rendre ce système d'affectation le plus efficace possible, tous les

mandats ordonnant une autopsie devraient être adressés au médecin légiste en chef ou à son représentant.

Recommandation 14

La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin de prévoir que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme un médecin légiste accrédité au poste de médecin légiste en chef de l'Ontario pour :

a) diriger le Service ontarien de médecine légale et être responsable des services qu'il offre;

b) surveiller, diriger et superviser le travail de tous les pathologistes ontariens effectué en vertu d'un mandat du coroner ou en relation avec un tel mandat;

c) offrir des programmes de formation aux pathologistes sur leurs fonctions;

d) rédiger, publier et distribuer un code de déontologie pour servir de guide aux pathologistes;

e) administrer un registre des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner;

f) accomplir toute autre tâche qui lui est confiée par cette loi ou une autre loi ou en vertu de celles-ci, par les règlements pris en application de ces lois ou par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Recommandation 15

Le conseil de direction devrait créer un document énonçant les fonctions et les responsabilités supplémentaires du médecin légiste en chef, notamment les suivantes :

a) s'assurer que le Service ontarien de médecine légale (SOML) offre des services de haute qualité;

b) assurer la supervision efficace des travaux exécutés dans l'ensemble du SOML;

c) assumer la responsabilité de la mission du SOML en ce qui a trait au service, à l'enseignement et à la recherche;

d) favoriser une culture de la qualité axée sur la collaboration au sein du SOML;

e) assumer la responsabilité de la préparation et de l'administration du budget annuel du SOML;

f) assumer la responsabilité de désigner le pathologiste qui pratiquera chaque autopsie effectuée en vertu d'un mandat du coroner en Ontario.

Recommandation 16

Le coroner en chef de l'Ontario devrait enjoindre aux coroners-enquêteurs d'adresser tous les mandats demandant une autopsie au médecin légiste en chef ou à son représentant.

Le rôle du médecin légiste en chef adjoint

Pour atteindre l'excellence le plus rapidement possible, il reste beaucoup de travail à accomplir concernant la création et l'administration du SOML. Le médecin légiste en chef ne peut remplir cette tâche à lui seul. Par conséquent, au chapitre 11, Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale, je recommande la consécration législative d'une structure de direction engagée et durable pour le SOML, qui s'inspire de la structure de direction déjà en place pour les coroners. Cette structure inclut au moins un adjoint.

Le médecin légiste en chef adjoint relèvera du médecin légiste en chef et aura les pouvoirs de ce dernier en son absence ou lorsqu'il n'est pas en mesure d'agir. Bien qu'il soit préférable que le médecin légiste en chef adjoint soit un médecin légiste accrédité, le médecin légiste en chef devrait avoir le pouvoir discrétionnaire de recommander comme adjoint un pathologiste sans accréditation en médecine légale, mais possédant néanmoins les compétences et l'expérience requises. Ce pouvoir discrétionnaire tient compte du nombre actuellement limité de médecins légistes accrédités.

Le BCCO a souligné avec raison que deux médecins légistes en chef adjoints devraient être nommés – un pour siéger à Toronto à titre de directeur de l'Unité provinciale de médecine légale (UPML), l'autre pour siéger à l'extérieur de Toronto à titre de directeur de l'une des unités régionales de médecine légale.

Recommandation 17

La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin de prévoir que le lieutenant-gouverneur en conseil puisse nommer au moins un médecin légiste à titre de médecin légiste en chef adjoint en Ontario, qui peut agir au nom du médecin légiste en chef et exercer tous ses pouvoirs en l'absence de ce dernier ou lorsqu'il n'est pas en mesure d'agir.

Le rôle des directeurs régionaux

Les pierres angulaires géographiques du service actuel de médecine légale en Ontario partent de l'UPML, dirigée par le médecin légiste en chef. Elle est située dans les locaux du BCCO à Toronto et ceux qui y travaillent sont des employés du BCCO.

Outre l'UPML, il y a actuellement cinq unités régionales de médecine légale : l'Unité de médecine légale de Hamilton à l'Hôpital général de Hamilton, l'Unité de médecine légale de Kingston à l'Hôpital général de Kingston, l'Unité de médecine légale de London au London Health Sciences Centre, l'Unité de médecine légale d'Ottawa à l'Hôpital d'Ottawa et l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) à l'Hospital for Sick Children (SickKids), à Toronto. Ceux qui travaillent au sein de ces unités sont des membres du personnel des différents hôpitaux et ne sont pas des employés du BCCO. Les médecins légistes sont rémunérés à l'acte.

Chaque unité régionale a son directeur (le directeur régional) qui supervise les travaux des pathologistes offrant des services à l'unité et assure un certain contrôle de la qualité. Toutefois, comme les responsabilités et les rôles de ces directeurs régionaux varient en fonction de l'entente de service désignant l'unité comme fournisseur de services d'autopsie au BCCO, ils ne sont pas uniformes. Certaines de ces ententes décrivent en détail les responsabilités du directeur régional, alors que d'autres offrent peu de renseignements à ce sujet. De plus, la manière dont ces responsabilités sont assumées varie considérablement. Au cours des dernières années, le médecin légiste en chef a entrepris un processus d'uniformisation des responsabilités des directeurs régionaux, plus particulièrement dans les domaines de l'examen par les pairs et du contrôle de la qualité. Mais il reste du travail à accomplir.

Il faut officialiser et uniformiser les rôles et les responsabilités des directeurs régionaux. La fonction de directeur régional au sein du système d'enquête sur les morts en Ontario devrait trouver son équivalent dans la fonction de coroner régional. Chacun doit être responsable auprès du médecin légiste en chef du travail effectué dans l'unité régionale qu'il dirige. Outre les tâches liées à la supervision qu'entraîne cette responsabilité, les directeurs régionaux travailleront avec le médecin légiste en chef ainsi que le ou les médecins légistes en chef adjoints à l'élaboration de processus d'assurance de la qualité, notamment l'examen par les pairs et d'autres mécanismes s'appliquant à l'ensemble du SOML. Sur le plan des responsabilités régionales, les directeurs régionaux auront la responsabilité de tous les services de médecine légale dans leur région, qu'ils soient offerts dans leur unité ou d'autres hôpitaux de la région. Le médecin légiste en chef devrait définir

les tâches précises de la fonction en collaboration avec chaque directeur régional. Cette consultation permettra de tenir compte des différences en fonction des circonstances particulières tout en offrant une base commune pour cette fonction qui vise à assurer la qualité.

L'uniformité est importante pour permettre au SOML d'offrir une supervision et un contrôle de la qualité adéquats. Plus loin dans le présent chapitre, je formule des recommandations sur la façon dont les contrats de financement conclus entre la province et les hôpitaux qui accueillent les unités régionales de médecine légale doivent être reformulés en tant qu'ententes de services dans les cas où de tels accords n'existent pas. Les nouvelles ententes de services devraient décrire les rôles et les responsabilités de base des directeurs régionaux, mais laisser place aux modalités régionales spécifiques.

Chaque directeur régional devrait être un médecin légiste accrédité, si possible, bien que cette exigence soit un objectif à long terme. La capacité de faire progresser le SOML revêt une importance immédiate. Cet objectif sera revu à la hausse si les directeurs régionaux occupent des fonctions équivalent temps plein au sein du SOML, afin que le travail qu'ils effectuent pour les unités ne soit pas rémunéré à l'acte, mais qu'il fasse partie d'un service cohérent et spécialisé. La mesure dans laquelle un poste est occupé à temps plein peut varier d'une unité à l'autre, et l'objectif sera de l'augmenter au fil du temps à mesure qu'il sera possible de concentrer davantage les services de médecine légale au sein des unités.

De plus, les directeurs régionaux devraient être membres du Comité consultatif de la médecine légale (CCML), créé pour collaborer avec le médecin légiste en chef. De cette façon, ils seront invités à prendre part aux décisions qui ont une incidence sur le SOML. De plus amples détails sur la portée du CCML font l'objet d'une analyse au chapitre 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation.

Recommandation 18

Le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du médecin légiste en chef, devrait nommer un directeur régional à la tête de chaque unité régionale de médecine légale, en lui confiant les responsabilités suivantes :

a) superviser le travail de son unité régionale et en être responsable;

b) être membre du Comité consultatif de la médecine légale;

c) aider le médecin légiste en chef ainsi que le ou les médecins légistes en chef adjoints à mettre en place des processus d'assurance de la qualité et d'examen par les pairs ainsi que d'autres mécanismes d'examen.

Miser sur les unités régionales

Il est plus facile de relever les défis qu'entraîne l'immense territoire géographique de l'Ontario en s'appuyant sur les unités régionales de médecine légale existantes. Ces unités, originalement créées pour développer l'expertise régionale et servir de centres d'excellence, sont déjà implantées dans des institutions et des hôpitaux universitaires, et sont bien placées pour fournir des services à l'échelle de la province. Ainsi, chacune tire profit de l'infrastructure et du soutien à l'enseignement qu'offre l'hôpital auquel elle est associée et peut compter sur les ressources et l'expertise disponibles afin d'offrir des services de médecine légale de haute qualité.

Notre examen systémique a révélé les problèmes qui surgissent quand les responsabilités sont mal définies. Il est important que tout soit clair dans l'ensemble de la hiérarchie des responsabilités. Il doit être indiqué clairement que les travaux de médecine légale qu'accomplissent les pathologistes pour l'unité, bien qu'ils soient effectués dans un hôpital, relèvent du SOML, et non de l'hôpital, et que la responsabilisation aille en ce sens. Il doit également être indiqué clairement que la pathologie clinique pratiquée par ces mêmes pathologistes relève de l'hôpital concerné.

Les unités régionales offrent une fondation solide au SOML en fournissant de l'expertise et une couverture géographique optimale et en assurant la liaison avec les hôpitaux universitaires. Toutefois, afin d'atteindre ces objectifs, le financement actuel des unités régionales doit être revu à la hausse, car il est insuffisant. Il semble avoir été fixé de façon arbitraire et, dans certains cas, est le même depuis des années. Il ne tient pas compte du coût de fonctionnement réel des unités ni ne permet de rémunérer adéquatement les directeurs pour leur travail de gestion et de supervision et pour d'autres tâches. Les coûts des services offerts par les unités doivent être établis de manière appropriée et les ententes relatives à chaque unité doivent tenir compte de ces coûts. Cette pratique n'est pas que de la comptabilité responsable, mais aussi un préalable à l'excellence.

Recommandation 19

Afin d'assurer la qualité des services à l'échelle de la province, le Service ontarien de médecine légale devrait recourir aux unités régionales de médecine légale et miser sur celles-ci.

Recommandation 20

La province de l'Ontario devrait financer les coûts réels des unités régionales de médecine légale.

L'unité de médecine légale du Nord-Est

Outre les cinq unités régionales de médecine légale existantes, qui ont toutes conclu des ententes contractuelles avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (anciennement le ministère du Solliciteur général), l'Hôpital régional de Sudbury offre des services d'autopsie pour le BCCO depuis mai 1999. Le 14 juin 2007, l'unité a officiellement été nommée Unité de médecine légale du Nord-Est. Le D[r] Martin Queen, médecin légiste accrédité de l'unité, pratique environ 250 autopsies par année, dont près de 90 pour cent le sont en vertu de mandats du coroner. Cette unité offre une couverture géographique étendue pour le BCCO, qui inclut la région de Sudbury-Manitoulin, ainsi que North Bay et Thunder Bay. Toutefois, l'unité du Nord-Est n'est pas officiellement reconnue comme une unité régionale de médecine légale. Comme elle n'a pas conclu de contrat ni avec le ministère ni avec le BCCO, elle ne reçoit pas de financement à ce titre. Elle n'a pas non plus de directeur.

Cette unité a beaucoup à offrir au SOML. Située dans l'Hôpital régional de Sudbury, elle dispose d'une infrastructure établie donnant accès à une expertise et à du matériel de soutien. Le travail de médecine légale peut être effectué par un médecin légiste accrédité. L'unité est reliée à une école de médecine universitaire, l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Sa morgue a récemment fait l'objet d'une réfection importante qui permet d'y traiter un nombre de cas égal à celui des autres unités régionales de médecine légale. Cette unité devrait être officiellement reconnue au moyen d'une entente de services et devrait recevoir un financement approprié pour les services qu'elle offre, notamment le financement du poste de directeur régional. Cette reconnaissance contribuera à relever le défi en matière de service que représente à elle seule l'étendue géographique de l'Ontario. J'aborde cette question plus en détail au chapitre 20, Premières nations et collectivités éloignées.

Les ententes de services

La première entente de services créant une unité régionale de médecine légale a été signée en 1991. Au cours des années qui ont suivi, des ententes semblables ont été conclues afin de créer d'autres unités régionales de médecine légale à l'échelle de la province. Ces ententes entre les hôpitaux et le ministère du Solliciteur général se voulaient un peu plus que des ententes de financement. Elles n'ont pas permis de créer les structures et de délimiter les relations nécessaires pour assurer une supervision et un contrôle de la qualité efficaces au sein des unités ou de délimiter suffisamment les relations entre les unités et le BCCO ou le médecin légiste en chef.

Au fil du temps, un certain nombre de modifications importantes ont été apportées aux ententes de services. Aujourd'hui, la majorité de ces ententes font référence à la mission de chaque unité qui est « d'offrir un centre d'excellence en matière de services, d'enseignement et de recherche en médecine légale » et à un engagement à l'égard du concept de travail d'équipe multidisciplinaire. Plus important encore, la majorité des ententes, qui mettaient auparavant l'accent sur les subventions versées aux unités, sont aujourd'hui axées sur une certaine clarification des rôles et des responsabilités au sein des unités et du BCCO. Ces responsabilités comprennent la création d'un mécanisme de gouvernance prenant la forme d'une équipe dirigeante ou d'un conseil d'administration, la désignation de la personne responsable de la supervision générale de l'unité et de la personne de qui relèvent les directeurs régionaux en ce qui a trait aux questions professionnelles et financières, ainsi que la confirmation que l'unité est en fin de compte responsable devant le coroner en chef de l'Ontario. Ces modifications, apportées à toutes les ententes à l'exception de celle de l'Unité de médecine légale de Hamilton, sont louables.

Toutefois, à mon avis, elles doivent aller plus loin afin d'améliorer la supervision et la responsabilisation. Les ententes prévoient que la personne responsable de la supervision générale des unités est le coroner en chef, qui est également la personne devant qui les unités sont en fin de compte responsables. De plus, elles désignent le coroner en chef comme la personne responsable de définir les orientations et de fournir des directives en ce qui a trait aux normes acceptables d'exercice de la médecine légale au sein des unités, de s'assurer que des mesures de contrôle de la qualité appropriées sont en place et d'examiner tous les rapports d'autopsie portant sur les cas d'homicides ou de morts suspectes avant leur publication. J'expose en détail ailleurs dans le présent rapport les faiblesses associées au fait de confier la supervision professionnelle à des personnes qui n'ont pas les compétences pour accomplir cette tâche.

De 1997 à 2001, certaines de ces ententes octroyaient cette responsabilité au médecin légiste en chef, et non au coroner en chef de l'Ontario. Après 2001, quand la province s'est retrouvée sans médecin légiste en chef, il semble que cette responsabilité ait été assumée par le coroner en chef adjoint des services judiciaires et, une fois que ce poste a été laissé vacant, par le coroner en chef. Malheureusement, ce langage est demeuré inchangé, même après la nomination du médecin légiste en chef actuel en 2006. Ces dispositions doivent être modifiées afin de tenir compte du rôle du médecin légiste en chef relativement à la supervision du travail effectué au sein des unités, notamment celui des directeurs régionaux, et à la responsabilisation qui y est asssociée.

La plupart des ententes actuelles définissent dans une certaine mesure les

responsabilités du directeur régional des unités. Toutefois, en vertu de certaines ententes, des tâches importantes touchant la responsabilité professionnelle de l'unité, telles que la planification des quarts de travail et la supervision des rapports sur les délais d'exécution, ne sont pas attribuées au directeur régional, mais à un administrateur. En définitive, il faut indiquer clairement que les directeurs régionaux sont responsables de toutes les tâches relatives à la médecine légale accomplies au sein de leurs unités. Dans l'ensemble, les ententes présentent toujours des lacunes, car elles n'attribuent pas de responsabilités uniformes en matière de supervision à une personne possédant l'expertise nécessaire. Les directeurs régionaux doivent assumer plus de responsabilités et chaque entente doit prévoir le rôle et les responsabilités du médecin légiste en chef.

Il existe un autre problème, qui concerne les parties contractantes à ces ententes, soit le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et les hôpitaux. Le BCCO, bien qu'il soit en fin de compte responsable de la supervision des unités régionales, n'en est pas partie prenante.

Les contrats créant les unités régionales, qu'il convient davantage d'appeler « ententes de services », doivent être reformulés. Compte tenu du fait que le BCCO et le SOML doivent superviser le travail effectué au sein des unités et en être responsables, il serait préférable que les parties aux ententes soient le BCCO et chaque hôpital. Ces ententes devraient contenir des dispositions uniformes et prévoir un financement équivalent, à moins que des différences régionales exigent des dispositions particulières.

Le BCCO devrait également tenter de conclure une entente de services avec le Winnipeg Health Sciences Centre du Manitoba afin d'officialiser la prestation des services de médecine légale de la D^re^ Susan Phillips au BCCO. Actuellement, la D^re^ Phillips prend en charge pour le compte du BCCO certains cas qui relèvent de la pédiatrie, notamment les cas de morts suspectes et d'homicides d'enfants, et une entente devrait tenir compte de ce fait afin de prévoir une supervision et un financement adéquats. Il en va de même pour le Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO), qui prend actuellement en charge des cas de morts non suspectes d'enfants pour le compte du BCCO. Il faut conclure une entente de services avec le CHEO pour que celui-ci continue d'effectuer ce travail. Des ententes de services permettront de consolider ces relations et de faire en sorte que le médecin légiste en chef dispose des outils nécessaires pour superviser les autopsies pratiquées dans ces établissements, y compris, et surtout, les autopsies sur des enfants.

Toutes les ententes de services devraient décrire avec précision la relation entre le BCCO et les unités régionales. Elles devraient au moins contenir des dispositions permettant la supervision efficace du travail devant être effectué au

sein des unités régionales pour le compte du BCCO, en attribuant des responsabilités spécifiques au médecin légiste en chef, aux directeurs régionaux, aux pathologistes qui effectuent le travail et aux hôpitaux qui accueillent les unités régionales.

De plus, les hôpitaux et le BCCO doivent s'assurer que des politiques sont en place afin de rendre obligatoire l'échange réciproque de renseignements lorsque le BCCO ou l'hôpital éprouve de sérieux doutes concernant le travail d'un pathologiste travaillant sur des dossiers du coroner. Comme condition à leur inscription au registre, les pathologistes doivent autoriser un tel échange de renseignements en cas de doutes sérieux.

Recommandation 21

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait conclure des ententes de services concernant chaque unité régionale de médecine légale. Ces ententes devraient au moins prévoir ce qui suit :

a) l'unité assumera la responsabilité d'une zone géographique désignée du Service ontarien de médecine légale;

b) chaque directeur régional sera responsable devant le médecin légiste en chef du travail de son unité et de la supervision, de la rapidité et du contrôle de la qualité de toutes les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner à l'intérieur de la zone désignée de l'unité;

c) le médecin légiste en chef sera responsable de la supervision générale des unités, de définir l'orientation et de fournir des directives concernant les normes acceptables d'exercice de la médecine légale au sein des unités et d'assurer la mise en place de mesures de contrôle de la qualité appropriées;

d) les médecins légistes effectuant des travaux pour le Service ontarien de médecine légale doivent être inscrits au registre des pathologistes et relèveront principalement de leur directeur régional;

e) chaque directeur régional occupera un poste à traitement annuel au sein de l'unité régionale, bien que ce poste puisse être à temps plein ou à temps partiel, selon les circonstances locales.

Recommandation 22

Les hôpitaux de l'Ontario devraient élaborer des politiques les obligeant à signaler au médecin légiste en chef tout doute sérieux concernant le travail de tout pathologiste en milieu hospitalier pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner, que ce doute soit lié ou non à un travail effectué en vertu de tels mandats. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait également élaborer des politiques l'obligeant à signaler tout doute sérieux concernant le travail d'un médecin légiste à l'hôpital où pratique le pathologiste.

Recommandation 23

Le Service ontarien de médecine légale devrait s'assurer qu'en tant qu'exigence d'inscription au registre, les pathologistes autorisent les hôpitaux à signaler tout doute sérieux au médecin légiste en chef et le médecin légiste en chef à signaler tout doute sérieux aux hôpitaux.

Recommandation 24

Avec le soutien du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le Service ontarien de médecine légale et chaque hôpital auquel une unité régionale est associée devraient élaborer des protocoles visant à définir clairement les domaines de responsabilité de l'hôpital et les limites de cette responsabilité, afin d'éviter qu'il y ait confusion à l'égard du rôle de supervision du médecin légiste en chef et de l'hôpital.

Croissance future des unités

En ce moment, environ 50 pour cent des 7 000 autopsies pratiquées chaque année en Ontario en vertu de mandats du coroner le sont par des pathologistes payés à l'acte qui travaillent à l'extérieur des unités régionales. Cette vaste dispersion a tendance à favoriser des pratiques *ad hoc* et à miner les efforts visant à accroître le contrôle de la qualité. Cela nuit à l'optimisation de la supervision.

Au fil du temps, le SOML devrait prendre des mesures visant à réduire le recours à des pathologistes rémunérés à l'acte travaillant à l'extérieur des unités régionales. Le D[r] Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, a déjà pris des mesures visant à aiguiller vers Toronto tous les cas de morts suspectes qui ne surviennent pas dans la circonscription hospitalière d'une unité régionale

– les cas relatifs aux adultes sont dirigés vers l'UPML et ceux relatifs aux enfants, vers l'UOMLP. De plus, le protocole du BCCO concernant les enquêtes sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de cinq ans spécifie que les autopsies reliées à ces cas doivent être pratiquées dans une unité conçue pour les cas mettant en cause des enfants[2].

À mesure que l'Ontario disposera de plus d'expertise en médecine légale, le SOML devrait augmenter les effectifs et la capacité de l'UPML et des unités régionales de médecine légale. Cela permettra d'augmenter le nombre de postes équivalent temps plein dans ces unités en même temps que le volume de travail. À long terme, ces deux mesures contribueront à professionnaliser les services de médecine légale offerts en Ontario.

Recommandation 25

Le Service ontarien de médecine légale devrait augmenter le nombre de postes équivalent temps plein dans toutes les unités, ainsi que le pourcentage d'autopsies judiciaires pratiquées au sein de ces unités.

L'utilisation de la technologie

Notre examen systémique a révélé les risques qui surviennent lorsqu'un pathologiste travaille principalement seul, consulte rarement des collègues ou est rarement contesté par ces derniers. Comme dans n'importe quel domaine de la médecine, le travail d'équipe est essentiel à la pratique exemplaire de la médecine légale. Étant donné l'étendue géographique de l'Ontario, la nécessité de compter sur des unités séparées pour assurer la prestation des services à l'échelle de la province et le nombre relativement faible de praticiens compétents dans cette spécialité, le SOML fait face à un défi continu qui consiste à fournir les moyens permettant aux pathologistes d'interagir entre eux.

Le travail d'équipe nécessaire au fonctionnement efficace du SOML peut toutefois être appuyé en tirant parti des technologies de l'information et des communications dans le but de permettre à ceux qui pratiquent dans des régions éloignées de l'Ontario de participer régulièrement aux séances de formation, aux visites et aux rencontres. De plus, l'utilisation de ces technologies peut contribuer grandement à réduire l'isolement et à favoriser la consultation ainsi que l'examen par les pairs dans des cas complexes.

---

[2] Ces unités sont l'UOMLP, l'UPML, l'unité de médecine légale de Hamilton, l'unité de médecine légale de London, le Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario et le Winnipeg Health Sciences Centre.

La province de l'Ontario devrait financer l'acquisition des technologies de l'information et des communications qui soutiendront les capacités de réseautage du SOML. Il faudrait créer un portail de télémédecine à l'UPML et, si elles ne font pas déjà partie d'un réseau hospitalier particulier, dans toutes les unités régionales de médecine légale. Cela permettra l'examen et la consultation entre médecins légistes, « en temps réel », au cours des autopsies portant sur des cas complexes. Compte tenu que ces technologies sont déjà offertes dans la majorité des réseaux hospitaliers, il devrait être possible de les utiliser dans tous les hôpitaux où des pathologistes pratiquent des autopsies en vertu de mandats du coroner, et non seulement dans les unités régionales.

Recommandation 26

La province de l'Ontario devrait financer la création d'un portail de télémédecine à l'Unité provinciale de médecine légale et dans chacune des unités régionales de médecine légale, si elles ne font pas déjà partie d'un réseau hospitalier particulier.

Organisation efficace de la médecine pédiatrique légale en Ontario

L'UOMLP

L'une des questions centrales sur laquelle la Commission s'est penchée visait à déterminer si l'UOMLP du SickKids devrait poursuivre ses activités ou être dissoute. Le poste de directeur de l'UOMLP a aidé le D^r^ Charles Smith à devenir le principal expert en médecine pédiatrique légale, alors qu'il n'avait pas la formation ni les compétences nécessaires. Le simple fait qu'il provenait du SickKids, où était située l'UOMLP, a contribué grandement à sa réputation. En réalité, le SickKids n'avait toutefois pas la propriété de son travail en médecine légale. Par conséquent, avance-t-on, l'Ontario a eu le pire des deux mondes – la réputation sans la substance sur laquelle cette réputation aurait dû reposer. Les autres tenants dans ce débat soulignent l'énorme valeur ajoutée par l'expertise reconnue que le SickKids peut apporter à la profession. Le SickKids peut offrir une expertise inégalée, particulièrement en ce qui concerne les morts subites de nourrissons mettant en cause des maladies difficiles à diagnostiquer qui ne semblent pas suspectes sur le plan criminel. Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) constitue un bon exemple. Bon nombre d'autopsies portant sur des morts subites et inattendues d'enfants, qui ont finalement fait l'objet d'un diagnostic de SMSN, ont été pratiquées à l'UOMLP au fil des ans et les connaissances ainsi accumulées

ont grandement contribué à comprendre ce phénomène. L'argument avancé est que cet avantage ne doit pas être obscurci par un passé regrettable.

L'UOMLP a été la première et est la seule des unités régionales à se consacrer uniquement à la prestation de services pédiatriques. Elle prend en charge plus de la moitié des dossiers du coroner relevant de la pédiatrie en Ontario. Elle compte sur une expertise de classe mondiale concernant les cas de morts d'enfants, qui met l'accent sur les maladies plutôt que les blessures. L'ampleur et la profondeur de son expertise en pédiatrie et de son soutien technique ne se retrouvent nulle part ailleurs dans la province. Toutefois, jusqu'en 2001, quand le D^r^ David Chiasson, médecin légiste accrédité, s'est joint au SickKids, l'unité ne comptait sur aucun pathologiste accrédité en médecine légale. Comme il l'a expliqué avec intention : « Il est temps de mettre l'accent sur le "légale" de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique. »

Malgré l'héritage malheureux de l'UOMLP à titre d'établissement où les pratiques fautives du D^r^ Smith n'ont pas fait l'objet d'un examen, je partage l'avis du SickKids selon lequel l'UOMLP a beaucoup à offrir à notre province. Son travail dans les cas de morts non suspectes mérite d'être soutenu. L'unité offre également un emplacement unique au sein d'un hôpital très respecté pour la formation relative aux éléments pédiatriques de la médecine légale. La formation devrait être offerte aux médecins légistes durant une période intensive – peut-être de trois à six mois – dans les locaux de l'UOMLP. Elle pourrait se donner dans le cadre d'un programme de bourses de recherche en médecine légale et pourrait prendre la forme d'une formation médicale continue offerte à ceux qui veulent intégrer la médecine pédiatrique légale à leur pratique. De cette façon, l'aspect « pédiatrique » ainsi que l'aspect « légal » de l'UOMLP profiteront à la profession médicale, en particulier à la médecine pédiatrique légale.

À mon avis, l'UOMLP devrait continuer à offrir des services de médecine pédiatrique légale et à agir comme unité régionale. L'expertise en pathologie pédiatrique des pathologistes du SickKids est trop importante pour être mise sur la touche. Toutefois, il ne faut plus jamais que le directeur de l'UOMLP manque de formation et de compétence en médecine légale. Le D^r^ Chiasson, l'actuel directeur de l'UOMLP, est un médecin légiste accrédité, et son expertise est essentielle au travail effectué par l'unité. Non seulement il est disponible pour prendre en charge les cas de morts suspectes, mais son expertise lui permet également d'offrir des services efficaces d'assurance de la qualité et d'examen par les pairs dans tous les dossiers de médecine pédiatrique légale.

Recommandation 27

L'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique devrait continuer à fonctionner comme unité régionale de médecine légale au SickKids. Son directeur doit être un médecin légiste accrédité.

La relation entre l'UPML et l'UOMLP

L'UOMLP, à l'instar des autres unités régionales de médecine légale, fonctionne à l'intérieur du système provincial élargi. Contrairement aux autres unités régionales, toutefois, elle est étroitement liée à l'UPML. L'UOMLP prend en charge les cas de morts d'enfants dans la région de Toronto et de sa circonscription hospitalière élargie, qui seraient autrement pris en charge dans la zone desservie par l'UPML. En fait, de façon ponctuelle, elle prend souvent en charge des cas provenant d'ailleurs dans la province. De plus, le médecin légiste en chef, dont le bureau est à l'UPML, offre son soutien à l'UOMLP en matière de cas et de consultations.

Il est important de maintenir cette association étroite entre l'UPML et l'UOMLP, car dans le futur, ces deux unités devraient s'occuper des cas d'enfants faisant l'objet de mandats du coroner. Les cas de morts suspectes (heureusement, il y en a peu chaque année) peuvent être pris en charge par l'une ou l'autre unité, comme l'ordonnera le médecin légiste en chef en fonction des ressources et des compétences disponibles à ce moment-là. Dans la majorité des cas de morts d'enfants, l'UOMLP est le meilleur établissement, étant donné que ces cas ne semblent pas suspects sur le plan criminel et que l'établissement compte sur plusieurs experts en pédiatrie pour aider le pathologiste au besoin. L'UOMLP dispose également de certaines ressources techniques pour aider le pathologiste. En effet, même si l'autopsie est pratiquée à l'UPML, ces ressources sont assez proches pour que l'on puisse y accéder rapidement.

L'association étroite entre l'UOMLP et l'UPML est également importante pour des raisons de formation. Nous avons entendu des témoignages indiquant que certains médecins légistes répugnent à prendre en charge des cas de morts d'enfants. Afin de régler ce problème, le D^{r} Pollanen souhaite exposer les stagiaires en médecine légale aux cas pédiatriques plus tôt dans leurs carrières. L'expertise et les installations de l'UOMLP ont beaucoup à offrir et peuvent être exploitées parallèlement à un programme de bourses de recherche à l'UPML. Je favorise cette vision – en fin de compte, la majorité des médecins légistes compétents de l'UPML et des unités régionales devraient recevoir une formation et être en mesure de prendre en charge des cas de morts d'enfants ainsi que des cas de morts d'adultes. La province ne peut pas assumer les risques découlant du fait

que toutes les autopsies médicolégales pédiatriques ou que la majorité d'entre elles soient pratiquées par seulement un ou deux pathologistes. Nous devons encourager les médecins légistes et les nouveaux stagiaires à apprendre la médecine pédiatrique légale.

Il est également très important de favoriser une culture de collégialité entre les médecins légistes travaillant à l'UOMLP et ceux œuvrant à l'UPML. Au fil des années, il y a eu de nombreuses tentatives visant à faire participer les pathologistes pédiatres de l'UOMLP aux visites de l'UPML, et vice versa. On s'attendait à ce que l'échange de renseignements profite à tous. Toutefois, les preuves ont révélé que, dans le passé, la participation à des visites dans l'autre institution était difficile et qu'il y avait très peu d'interaction entre le personnel des deux unités. Les tentatives visant à améliorer la communication et le partage des renseignements entre les unités ainsi qu'entre l'UPML et les pathologistes rémunérés à l'acte travaillant à l'extérieur des unités ont toutefois donné de meilleurs résultats au fil des ans.

Depuis 2001, un certain nombre de changements positifs ont été apportés au chapitre de l'enseignement. Par exemple, le D^r^ Pollanen a instauré des séminaires bimensuels à l'intention des médecins légistes relativement aux questions difficiles de médecine légale, telles que les pièges des autopsies et les erreurs judiciaires. Il a également élaboré un atelier multidisciplinaire sur les témoins experts, qui s'adresse aux médecins légistes.

Aujourd'hui, la proximité entre le BCCO et le SickKids à Toronto permet à un pathologiste de se déplacer facilement d'un établissement à l'autre au besoin. L'importance de participer aux visites dans les deux institutions afin de se maintenir à jour et de demeurer au fait des questions touchant à la fois les cas de morts d'enfants et ceux de morts d'adultes est de plus en plus mise en évidence, ce que j'approuve. Il est essentiel que les pathologistes pédiatres effectuant des travaux de médecine pédiatrique légale à l'UOMLP (bien que la plupart des cas pris en charge soient non suspects sur le plan criminel) et que les médecins légistes effectuant des travaux de médecine pédiatrique légale à l'UPML apprennent davantage les uns des autres.

À titre d'exemple précis, il est indispensable que les médecins légistes qui pratiquent à l'UOMLP aient également à traiter des cas de morts d'adultes. Le D^r^ Chiasson continue de pratiquer des autopsies à l'UPML afin de maintenir ses compétences, et ce précédent devrait être imité.

La communication sera améliorée avec l'utilisation de la technologie, qui permettra aux praticiens occupés de ces unités ou d'autres de s'entraider régulièrement sans quitter leurs bureaux. L'utilisation de la technologie en vue de maintenir ouvertes les voies de communication entre les unités gagnera en importance si

l'UPML déménage dans des locaux plus grands situés à l'extérieur du noyau urbain. Les preuves appuient la nécessité d'une interaction continue entre l'UPML et l'UOMLP, car l'expertise combinée des collègues de ces deux unités augmentera la qualité de la médecine légale relative aux cas pédiatriques, notamment dans ceux de morts suspectes.

Recommandation 28

Concernant les cas de morts d'enfants qui doivent être pris en charge à Toronto, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait ordonner ce qui suit :

a) en ce qui a trait aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes, l'autopsie devrait normalement être pratiquée à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique;

b) en ce qui a trait aux cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie devrait être pratiquée par un pathologiste compétent à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique ou à l'Unité provinciale de médecine légale, selon ce que décide le médecin légiste en chef ou son représentant;

c) les pathologistes de chaque unité devraient tirer profit de l'expertise disponible dans l'autre unité, particulièrement dans les cas difficiles.

Le partage de renseignements entre le SickKids et le BCCO

Notre examen systémique a révélé un troublant mur de silence entre le SickKids et le BCCO en ce qui a trait au D^{r} Smith. Cette défaillance en matière de communication devra être évitée. Le SickKids doit partager avec le médecin légiste en chef toute crainte sérieuse relative à la pratique de la pathologie clinique des personnes effectuant des travaux de médecine légale pour le BCCO. En fait, comme je l'ai indiqué, une telle communication devrait être mise en place dans *toutes* les unités régionales de médecine légale. Les hôpitaux hôtes doivent accepter de partager avec le médecin légiste en chef les craintes sérieuses qu'ils entretiennent à l'égard de tout aspect du travail d'un pathologiste si ce dernier travaille également sur des dossiers du coroner. Toutes les ententes de services devraient rendre obligatoire ce partage de renseignements, incluant celle conclue entre le SickKids et le BCCO.

La médecine pédiatrique légale en Ontario

Outre l'UOMLP, la médecine pédiatrique légale est maintenant pratiquée dans trois endroits en Ontario – les unités de médecine légale de Hamilton et de London et le CHEO à Ottawa – ainsi qu'au Health Sciences Centre à Winnipeg. Je ne vois pas pourquoi cette distribution ne devrait pas se poursuivre, du moins en ce qui concerne les cas non suspects.

Pour ce qui est des cas de morts suspectes d'enfants, il devrait revenir au médecin légiste en chef ou à son représentant de déterminer si l'autopsie sera pratiquée dans l'un de ces endroits ou si le dossier sera aiguillé ailleurs, généralement à l'UOMLP ou à l'UPML.

Recommandation 29

Concernant les morts d'enfants hors de la région géographique généralement desservie par l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait ordonner ce qui suit :

a) en ce qui a trait aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes survenues dans la région géographique des unités régionales désignées, l'autopsie devrait être pratiquée par l'unité régionale de médecine légale compétente ou par la D^re^ Susan Phillips ou un autre médecin légiste agréé de Winnipeg;

b) en ce qui a trait aux cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie devrait être pratiquée par le pathologiste, et à l'unité choisie par le médecin légiste en chef ou son représentant.

Protocole relatif aux cas de morts suspectes d'enfants

L'une des conclusions fondamentales de notre examen systémique était que le manque de formation du D^r^ Smith en médecine légale a causé beaucoup de préjudices. Les preuves démontrent clairement que des médecins légistes plutôt que des pathologistes pédiatres doivent prendre en charge les cas de morts suspectes d'enfants. Ils sont mieux formés pour pratiquer ces autopsies. Ils entreprennent chaque cas en ayant la formation pertinente nécessaire pour identifier les blessures et conserver les preuves de façon adéquate. Il sera presque impossible de rebâtir le cadre judiciaire et de reprendre le contrôle des preuves à une étape ultérieure si un pathologiste sans formation ou expérience en médecine légale commence l'autopsie. On peut recourir à l'expertise des autres spécialistes en pathologie pédiatrique à presque n'importe quel moment par la suite.

Par conséquent, en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'enfants, un médecin légiste doit pratiquer l'autopsie.

Les directives d'octobre 2007, intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* (lignes directrices relatives aux autopsies) constituent un grand pas dans cette direction. Toutefois, il faudrait en faire encore plus pour s'assurer que ces cas difficiles sont pris en charge par des médecins légistes expérimentés ayant une expertise en pédiatrie. Afin d'atteindre cet objectif, il est essentiel d'augmenter le plus rapidement possible le nombre de médecins légistes ayant de l'expérience en médecine pédiatrique légale. Comme je le souligne au chapitre 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation, une fois le registre établi, le médecin légiste en chef déterminera quels médecins légistes sont suffisamment qualifiés, en se fondant sur leur formation et leur expérience, pour pratiquer des autopsies dans des cas de morts suspectes d'enfants. Je fais référence à ce groupe désigné dans le registre comme des médecins légistes pédiatriques « autorisés ». Finalement, une fois que le nombre de médecins légistes le permettra, l'objectif doit être de réserver ces cas aux médecins légistes accrédités ayant de l'expérience en médecine pédiatrique légale.

Recommandation 30

Jusqu'à la création du registre des pathologistes, les dispositions des directives de 2007 intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* devraient être suivies dans tous les cas de morts suspectes d'enfants.

Recommandation 31

Une fois le registre créé, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste pédiatrique autorisé.

Recommandation 32

Dès que le nombre le permettra, le médecin légiste en chef devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste accrédité ayant de l'expérience en médecine pédiatrique légale.

Le recours à deux médecins

L'idée de recourir à deux médecins a suscité beaucoup de discussions au cours de l'enquête. Plus particulièrement, quelques participants ont favorisé un système à deux médecins où un médecin légiste et un pathologiste pédiatre doivent assister à chaque autopsie liée à une mort suspecte d'enfant.

L'Ontario n'a pas les ressources humaines ni financières pour mettre un tel système en œuvre, et je ne suis pas convaincu que ce système soit nécessaire pour assurer la qualité des services. Les unités régionales de médecine légale qui pratiquent des autopsies sur des enfants sont situées dans des hôpitaux où travaillent divers spécialistes, comme des pathologistes pédiatres et des neuropathologistes, qui peuvent être appelés à l'aide si leur expertise est requise. Cette façon moins officielle de recourir à deux médecins permet d'atteindre l'objectif de tirer profit des différents domaines d'expertise durant les autopsies sur des enfants. Son efficacité a été prouvée dans d'autres territoires de compétence, tant sur le plan des ressources humaines que sur le plan financier. Cette collaboration peut être mise en œuvre plus facilement par l'entremise d'une politique qui encourage le médecin légiste en chef et d'autres médecins du SOML à utiliser les ressources disponibles, au besoin, dans un cas particulier.

De plus, comme je l'ai recommandé précédemment, les médecins légistes doivent prendre en charge les cas de morts suspectes d'enfants, comme l'a déterminé le médecin légiste en chef. Par conséquent, le médecin légiste en chef ou son représentant doit disposer des outils lui permettant de s'assurer que les compétences du médecin légiste conviennent à un type de cas particulier et que, dans les cas complexes, il y a collaboration entre les experts compétents, au besoin.

Recommandation 33

Concernant tous les cas de médecine légale, mais particulièrement les cas de morts suspectes d'enfants, le Service ontarien de médecine légale devrait renforcer une politique qui encourage la collaboration entre le médecin légiste et d'autres professionnels compétents[3].

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

Protocole relatif aux cas de médecine pédiatrique légale qui deviennent suspects au cours de l'autopsie

Compte tenu du fait qu'un certain nombre de cas de morts d'enfants ne sont pas considérés au départ comme suspects, les pathologistes pédiatres peuvent se voir attribuer des autopsies concernant des morts qui ne semblent pas suspectes. Toutefois, dans un petit nombre de cas, un événement imprévu survenant au cours de l'autopsie fait en sorte que ces cas deviennent suspects sur le plan criminel.

Avant 2007, le BCCO n'avait aucune ligne directrice concernant la façon dont les pathologistes devaient déterminer si un cas pouvait être suspect. Les lignes directrices d'avril 2007 relatives aux autopsies ont introduit des critères pour déterminer dès le départ si un cas doit être considéré comme suspect. Ces critères ont depuis été intégrés aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies. Ils comprennent l'existence d'antécédents connus de violence faite aux enfants, un aspect inhabituel ou suspect des lieux de la mort, l'existence d'antécédents de chute ou d'accident inhabituel, des preuves de mauvaise hygiène ou d'autres preuves de négligence, des blessures, des plaies ou des brûlures d'une nature imprécise, la perte soudaine et inexpliquée d'un frère ou d'une sœur en bas âge et l'existence d'antécédents d'événements potentiellement mortels répétitifs. Si l'un ou l'autre de ces critères s'applique, il faut suivre les lignes directrices relatives aux cas de morts suspectes de nourrissons et d'enfants.

Ces critères devraient continuer à servir à la désignation, dès le début, d'un cas de mort suspecte d'enfant. Si ces critères ne s'appliquent pas au départ à un cas pédiatrique, un seuil très bas doit être dépassé pour désigner ce cas comme suspect sur le plan criminel. Cette précaution fera en sorte qu'aux premiers soupçons, le pathologiste renvoie le cas à un médecin légiste compétent. Même au début, des indices tels que l'historique fourni par le coroner ou la police, ou des preuves physiques comme des fractures suspectes en phase de reconstruction sur des radiographies, constituent des facteurs importants qui nécessitent une consultation auprès d'un médecin légiste compétent avant soit de poursuivre l'autopsie, soit de la renvoyer à un professionnel plus spécialisé.

Un protocole plus détaillé devrait être élaboré afin d'aider les pathologistes qui font une constatation inattendue au cours de l'autopsie d'un enfant. Ce protocole devrait prévoir que, dans de tels cas, le pathologiste doit cesser l'autopsie, consulter un médecin légiste compétent et aviser le médecin légiste en chef ou son représentant avant de poursuivre. Il devrait aider les médecins légistes à reconnaître les circonstances correspondant à ce faible seuil. Une formation continue aidera les médecins légistes à reconnaître quand, en cours d'autopsie, un cas sort

possiblement du domaine de la maladie infantile et, par conséquent, soulève des soupçons sur le plan criminel.

Recommandation 34

Le Service ontarien de médecine légale devrait établir un protocole relatif aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes au début, mais qui le deviennent au cours de l'autopsie. Le pathologiste doit appliquer le protocole dès que des soupçons sont soulevés et le protocole devrait prévoir l'accès immédiat à un médecin légiste et, finalement, au médecin légiste en chef.

Protocole relatif aux cas de morts suspectes d'adultes

La preuve démontre clairement qu'il est préférable que les cas suspects sur le plan criminel, qu'ils concernent un enfant ou un adulte, soient pris en charge par des médecins légistes expérimentés. Comme pour les cas pédiatriques, les lignes directrices actuelles relatives aux autopsies constituent un grand pas dans cette direction en ce qui a trait aux cas touchant les adultes. L'objectif ultime concernant ces cas est que l'autopsie soit pratiquée par un médecin légiste accrédité.

En ce moment, ceux-ci ne sont pas assez nombreux pour que l'on puisse atteindre cet objectif. Comme je l'ai souligné, il est essentiel de constituer cette banque d'experts. Entre-temps, et en attendant la création du registre, le médecin légiste en chef devrait s'assurer que les lignes directrices actuelles relatives aux autopsies sont suivies dans les cas suspects. Une fois que le registre sera créé, seuls les médecins légistes autorisés pratiqueront les autopsies dans ces cas. En définitive, ces autopsies seront pratiquées par des médecins légistes accrédités. Il faut atteindre cet objectif le plus rapidement possible.

Recommandation 35

Jusqu'à ce que le registre des pathologistes soit créé, les dispositions des lignes directrices de 2007 intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* devraient être suivies dans tous les cas de morts suspectes d'enfants.

Recommandation 36

Une fois le registre créé, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'adultes, l'autopsie

est pratiquée par un médecin légiste autorisé.

Recommandation 37

Dès que le nombre le permettra, le médecin légiste en chef devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'adultes, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste accrédité.

Il faut reconnaître dans la *Loi sur les coroners* l'importance de la médecine légale dans les enquêtes sur les morts. Il est tout aussi urgent d'assurer une hiérarchie claire des responsabilités concernant le travail de médecine légale effectué au BCCO. Le rôle du médecin légiste en chef sera essentiel à cet égard : il sera en fin de compte responsable du travail et, fait tout aussi important, il aura les pouvoirs et les ressources nécessaires pour décider de la façon dont le travail devra être fait. Toutefois, le médecin légiste en chef ne peut accomplir cette tâche seul et doit recevoir l'aide d'un médecin légiste en chef adjoint et de directeurs régionaux. Les unités régionales de médecine légale tiennent compte de la réalité géographique de l'Ontario et, pour ce qui est de l'UOMLP, de l'enseignement, de la recherche et des autres atouts qu'offre le SickKids. Toutes les unités régionales de médecine légale devraient poursuivre leurs activités, et la relation avec l'unité de Sudbury devrait être officialisée. Toutes les unités doivent toutefois recevoir un financement adéquat et conclure des ententes de services qui reconnaissent les responsabilités du médecin légiste en chef. Une telle réorganisation de la médecine légale devrait offrir une fondation solide sur les plans des services, de l'enseignement et de la recherche nécessaire en vue d'avoir un service de médecine légale qui se mérite et qui conserve la confiance du public.

13

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.

Gouvernance 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 Dr Smith traitait. Il existait peu, voire aucun outil permettant une supervision efficace du travail du Dr Smith. Plus important encore, bien qu'ils aient finalement été responsables, en tant que hauts dirigeants, de la supervision du travail du BCCO, les Drs 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 Dr 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 Dr 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 systémique 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 systémique 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 suspectes 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 médicolégaux 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 inexistants. 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 systémique 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 Dr 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 médicolégale. 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 médicolégales 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 suspectes.

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 suspectes. 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 suspectes 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 suspectes 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 suspectes;**

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 suspectes fassent l'objet d'un examen complet par les pairs, soit par un directeur régional, un pathologiste à l'interne de l'Unité provinciale de médecine légale, le médecin légiste en chef ou son délégué;**

c) élaborer un système d'examen des rapports d'autopsie par les pairs dans les cas de morts non suspectes lorsque l'autopsie a été pratiquée dans une unité régionale de médecine légale ou à l'Unité provinciale de médecine légale. Le système d'examen pourrait être moins approfondi que celui qui est utilisé dans les cas de morts suspectes;

d) élaborer un système d'examen par les pairs des opinions supplémentaires demandées après le rapport d'autopsie dans les cas de morts suspectes;

e) élaborer un système d'examen des opinions de consultation par les pairs dans les cas de morts suspectes;

f) élaborer des pratiques exemplaires relatives aux visites matinales quotidiennes dans les unités régionales de médecine légale. Les directeurs régionaux devraient faire rapport au médecin légiste en chef de la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires.

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 médicolégaux

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 médicolégaux. 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'examinateur 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 Dr 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.

14

Amélioration du processus de traitement des plaintes

Notre examen systémique a démontré que les mécanismes de traitement des plaintes mis en place pour examiner les préoccupations du public concernant le travail des pathologistes qui offraient des services de médecine légale dans le cadre d'enquêtes et d'instances criminelles étaient tout à fait inadéquats. Des mises en garde importantes à propos du travail du D^r^ Charles Smith sont passées inaperçues, en raison notamment de ces défaillances. Pour corriger la situation, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) devrait mettre en œuvre un processus efficace de traitement des plaintes distinct, qui s'ajouterait au processus actuel administré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO).

L'OMCO est l'organisme qui réglemente la profession médicale en Ontario. Il réglemente l'exercice de la médecine pour protéger et servir le public. Pour exercer la médecine en Ontario, tous les médecins, y compris les pathologistes, doivent être membres de l'OMCO. Le rôle et les pouvoirs de l'OMCO sont énoncés dans différents textes de loi, notamment la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR),* L.O. 1991, chap. 18, modifiée; le Code des professions de la santé qui constitue l'annexe 2 de cette loi et la *Loi de 1991 sur les médecins*, L.O. 1991, chap. 30. Le mandat de l'OMCO en vertu de la loi exige qu'il fasse enquête sur les plaintes déposées contre les médecins et qu'il impose des sanctions disciplinaires à ceux qui ont commis une faute professionnelle ou qui ont fait preuve d'incompétence. Ce pouvoir en matière disciplinaire vise les médecins et les chirurgiens exerçant des rôles traditionnels et non traditionnels.

Bien que le processus actuel de l'OMCO soit valable, un nouveau processus efficace de traitement des plaintes au BCCO assurera plusieurs fonctions clés. Il imposera un degré de responsabilisation aux professionnels de la santé qui prennent part au système d'enquête sur les morts et permettra de s'assurer que les normes de la profession sont respectées. Il contribuera aussi à déceler les pratiques douteuses en matière de médecine légale au tout début afin qu'elles

puissent être corrigées. Enfin, il contribuera à rétablir la confiance du public envers la pratique et la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario.

Dans le présent chapitre, j'aborde les principes généraux qui devraient guider ce nouveau processus de traitement des plaintes. Il doit être transparent, adapté et opportun. Il doit comprendre un mécanisme d'appel devant un comité du conseil de direction, en donnant au plaignant et au médecin légiste la possibilité de demander réparation s'ils ne sont pas satisfaits du résultat initial. De plus, le processus de traitement des plaintes établi par le BCCO doit bénéficier du partage de renseignements pertinents avec d'autres institutions, comme l'OMCO. Ces changements vont tous améliorer l'efficacité et la portée du processus de traitement des plaintes.

Comme c'est le cas avec mes autres recommandations systémiques, je me concentre, par nécessité, sur la médecine légale dans son ensemble plutôt que sur la petite sous-discipline de la médecine pédiatrique légale. Les questions qui peuvent surgir, et qu'un processus efficace de traitement des plaintes doit régler, ne sont pas limitées à la pédiatrie. Afin d'être efficace, l'amélioration des mécanismes de traitement des plaintes doit s'appliquer à l'ensemble de l'exercice de la médecine légale en Ontario. De surcroît, il est logique que le processus traite les plaintes relatives à la fois aux coroners et aux médecins légistes.

Bien que je recommande que le BCCO adopte certains principes au moment d'établir la nouvelle structure, il convient de laisser les chefs du Service ontarien de médecine légale et du service des coroners décider des détails du processus de traitement des plaintes.

La nécessité d'un système de traitement des plaintes au BCCO

De 1981 à 2001, les membres du public qui tentaient de faire valoir leurs préoccupations à propos du D[r] Smith ont fait face à des obstacles importants en ce qui a trait au traitement opportun, compréhensif et indépendant de leurs inquiétudes. Le BCCO n'a jamais mis en place de mécanisme indépendant officiel pour traiter les plaintes à l'encontre des pathologistes et, après la dissolution du Conseil des coroners en 1998, il n'a plus eu de mécanisme officiel pour traiter les plaintes visant les coroners.

Lorsque des plaintes étaient déposées auprès du coroner en chef ou du ministère dont il relevait à propos du travail du D[r] Smith, la réaction du BCCO a été de le défendre et de le protéger plutôt que de mener en temps opportun des enquêtes complètes et impartiales. De plus, le BCCO a tenté d'empêcher l'OMCO, un organisme indépendant et objectif, de faire enquête sur les plaintes contre le

Dr Smith en soutenant que seul l'OMCO avait compétence pour ce faire. L'OMCO a accepté de céder cette compétence au BCCO. Le BCCO a pris peu de mesures et il a fallu plusieurs années et un appel devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé avant que l'OMCO assume à nouveau sa compétence pour faire enquête sur les plaintes concernant le Dr Smith. En raison notamment du fait que ces plaintes n'ont fait l'objet d'aucune enquête et n'ont pas été traitées en temps opportun, les graves problèmes concernant le travail du Dr Smith n'ont pu être décelés.

Un processus efficace de traitement des plaintes peut aider à prévenir la répétition future d'erreurs graves chez les médecins légistes. Il peut permettre de faire en sorte que tout problème non détecté pendant les processus de contrôle de la qualité soit découvert et réglé. En outre, le BCCO demeurera ainsi réceptif et responsable envers le public de l'exercice de ses responsabilités en matière de supervision.

Compétence du processus de traitement des plaintes

Tous les médecins légistes inscrits au registre devraient être assujettis au processus de traitement des plaintes du BCCO lorsque celles-ci portent sur leur travail de médecine légale, y compris la pratique d'autopsies en vertu de mandats du coroner ainsi que les opinions médicolégales fournies à titre consultatif aux avocats de la Couronne ou de la défense, ou sur leur conduite lorsqu'ils exécutent un tel travail. Dans le présent chapitre, lorsque je fais allusion aux médecins légistes, je fais référence à ceux qui sont inscrits au registre des pathologistes du BCCO qui sont autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner. Lorsque, par exemple, un pathologiste non inscrit au registre fournit une opinion à titre consultatif à la défense, les plaintes liées à son travail ne relèveraient probablement pas du processus de traitement des plaintes du BCCO.

Les coroners devraient eux aussi être assujettis au processus de traitement des plaintes du BCCO. Même si, dans ce chapitre, je me concentre sur les plaintes relatives aux médecins légistes, je crois qu'un processus combiné visant tant les médecins légistes que les coroners est plus économique que deux systèmes séparés. Il évite en outre le dédoublement des ressources et favorise des démarches coordonnées dans les enquêtes sur les morts. Le processus d'enquête sur les morts peut être très complexe et les rôles du coroner et du médecin légiste peuvent parfois se chevaucher, comme dans la détermination de la cause de la mort. On ne peut s'attendre à ce que les membres du public distinguent les aspects de l'enquête qui sont du ressort du coroner et ceux qui relèvent du médecin légiste. Une plainte relative à la conclusion du coroner concernant la cause ou les circonstances de la mort

pourrait aussi inclure certains aspects de la responsabilité du pathologiste ou vice versa. En permettant au public d'avoir accès à un seul processus de traitement des plaintes, peu importe le médecin qui intervient, on s'assurerait que les gens n'auraient pas le fardeau de déterminer qui fait quoi dans une enquête sur une mort. En effet, dans certains cas, la plainte pourrait être reliée tant au coroner qu'au médecin légiste. Par conséquent, un processus de traitement des plaintes centralisé est préférable.

Bien que j'aborde principalement les plaintes déposées contre les médecins légistes, dans mon esprit, les principes du processus de traitement des plaintes s'appliquent également à celles qui le sont contre les coroners.

Recommandation 61

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait établir un processus public de traitement des plaintes qui :

a) est transparent, adapté, et opportun;

b) englobe tous les médecins et spécialistes qui participent au processus d'enquête sur les morts, y compris les coroners et les médecins légistes.

Le BCCO et l'OMCO doivent tous deux avoir compétence en ce qui a trait aux plaintes

Le processus de traitement des plaintes que je recommande dans le présent chapitre doit être adopté en plus de celui qui est déjà en place à l'OMCO. Même s'il y a déjà eu des différends concernant l'institution, le BCCO ou l'OMCO, qui avait compétence pour enquêter et régler les plaintes portées contre les pathologistes qui travaillent en vertu de mandats du coroner, ces différends ont depuis été résolus. Au cours des dernières années, l'OMCO a à juste titre fait valoir sa compétence à l'égard des médecins qui travaillent pour le BCCO, à titre de coroners ou de médecins légistes, et il devrait continuer d'exercer cette compétence.

Les preuves présentées à la Commission laissaient entendre que certains aspects des enquêtes de l'OMCO relatives aux plaintes concernant le D^{r} Smith n'étaient pas satisfaisants, comme les longs retards et la difficulté que l'OMCO a eue à obtenir les dossiers se rapportant à l'enquête. Cependant, je suis convaincu que ces manquements étaient inhabituels ou qu'on y a remédié depuis en modifiant les pratiques et les politiques. Je suis persuadé que l'OMCO continue d'avoir un rôle important à jouer dans l'enquête et le règlement des plaintes portées contre les professionnels de la santé qui travaillent pour le BCCO.

Néanmoins, le BCCO devrait aussi avoir son propre processus de traitement des plaintes. Selon moi, il existe quatre raisons principales qui expliquent pourquoi un processus distinct de traitement des plaintes au BCCO est nécessaire. D'abord et avant tout, le BCCO peut évaluer le travail des médecins légistes à la lumière des politiques, des protocoles, des directives ou des pratiques que le médecin légiste en chef et le BCCO publient de façon spécifique. Ce dernier est le mieux placé pour vérifier si un médecin légiste a contrevenu à l'une de ses propres directives ou pratiques recommandées et, le cas échéant, prendre des mesures pour s'assurer que cette situation ne se répétera pas. Il en est ainsi, que la contravention constitue ou non une faute professionnelle qui concernerait l'OMCO.

Deuxièmement, le BCCO est le seul à connaître à fond le processus d'enquête sur les morts, y compris ses différents intervenants : coroners, médecins légistes, policiers et procureurs de la Couronne, pour n'en nommer que quatre. Grâce à sa vue d'ensemble de l'enquête sur les morts, le BCCO peut déterminer non seulement si une plainte est fondée, mais aussi si elle couvre d'autres aspects de l'enquête sur les morts, pour ensuite décider si d'autres membres de l'équipe doivent être informés ou faire l'objet de mesures disciplinaires éventuelles.

Troisièmement, un processus distinct de traitement des plaintes permettra au public d'exprimer directement ses préoccupations à l'institution responsable du travail d'un médecin légiste, qui les entendra. Cet accès contribuera à rétablir la confiance du public envers la supervision de la médecine légale dans la province.

Finalement, le processus de traitement des plaintes du BCCO peut avoir la souplesse et la simplicité nécessaires pour s'adapter aux besoins institutionnels du SOML.

C'est pourquoi je considère que la compétence en matière de plaintes n'appartient pas exclusivement à l'OMCO ou au BCCO. Les deux institutions ont des intérêts légitimes et complémentaires lorsqu'elles reçoivent des plaintes et qu'elles enquêtent sur celles-ci à propos des professionnels de la santé qui participent aux enquêtes sur les morts. Toutes deux jouissent d'atouts dont elles peuvent tirer parti pour régler ces plaintes. Par conséquent, je recommande que l'OMCO et le BCCO aient tous deux compétence en ce qui concerne les plaintes portées contre les médecins légistes. Comme je l'aborde plus en détail ci-dessous, je prévois que l'OMCO et le BCCO travailleront ensemble afin de s'assurer que les futures plaintes portées contre les médecins légistes seront correctement et efficacement réglées. Cette collaboration fera en sorte que le public profite des points forts de ces deux institutions en matière de supervision.

Recommandation 62

Le processus de traitement des plaintes que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario établira devrait être distinct de celui de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et devrait être axé sur l'exercice des fonctions des médecins légistes et leur conformité avec les exigences du Service ontarien de médecine légale.

Recommandation 63

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devrait continuer d'enquêter sur les plaintes concernant les médecins légistes qui travaillent en vertu de mandats du coroner.

Principes et conception du processus de traitement des plaintes

La conception précise du processus de traitement des plaintes pour les coroners et les médecins légistes au BCCO devrait être laissée à la discrétion du coroner en chef et du médecin légiste en chef, sous réserve de l'approbation du conseil de direction. Dans la présente section, j'énonce quelques principes généraux qui, à mon avis, devraient guider le processus, ainsi que plusieurs caractéristiques précises que le système doit, selon moi, comporter.

- Premièrement, un processus efficace de traitement des plaintes doit être adapté aux besoins des plaignants. Il doit être facile à utiliser, tenir le plaignant au courant et statuer rapidement sur les plaintes.
- Deuxièmement, le processus doit traiter équitablement le médecin légiste qui est visé par une plainte. Les médecins légistes doivent avoir la possibilité de participer activement au processus de traitement des plaintes.
- Troisièmement, le BCCO doit établir un juste équilibre entre le droit de savoir du public et la protection légitime de la vie privée et des intérêts des plaignants et des médecins légistes.
- Quatrièmement, conformément à l'objectif d'offrir des services de médecine légale de qualité, le processus de traitement des plaintes du BCCO devrait mettre l'accent sur les mesures correctives et la réadaptation au moyen de la formation médicale continue plutôt que sur les sanctions punitives. Le processus de traitement des plaintes devrait adopter une démarche centrée sur les mesures correctives et la réadaptation en faisant appel au mentorat, à la supervision et à la

formation des praticiens dont les compétences et la pratique ont besoin d'être améliorées. Dans les cas où l'intérêt public est clairement en danger, des sanctions devraient être imposées en fonction de la gravité de la situation. Puisque les pathologistes travaillant pour le BCCO seront tous inscrits au registre, d'autres sanctions plus sévères, telles que la suspension ou même la radiation, devraient être infligées au besoin.

- Cinquièmement, le mécanisme initial de règlement d'une plainte devrait être laissé à la discrétion du coroner en chef et du médecin légiste en chef. Cependant, le processus de traitement des plaintes doit comprendre, à tout le moins, la possibilité pour les plaignants et les pathologistes d'avoir recours à un mécanisme d'examen indépendant lorsqu'ils sont insatisfaits de la décision rendue. Pour mettre en place cette possibilité d'examen, le conseil de direction devrait créer un comité des plaintes devant lequel le plaignant ou le médecin légiste peut interjeter appel. Le comité devrait avoir le pouvoir d'examiner de façon indépendante les décisions qui ont été rendues par le médecin légiste en chef, le coroner en chef ou leurs représentants.

Recommandation 64

Avec l'approbation du conseil de direction, le coroner en chef de l'Ontario et le médecin légiste en chef devraient définir les procédures précises du processus de traitement des plaintes de manière à :

a) tenir compte des principes de transparence, d'adaptation, d'à-propos et d'équité;

b) accorder une importance particulière aux mesures correctives et à la réadaptation, plutôt qu'aux mesures punitives, sauf si l'intérêt public est mis en péril;

c) prévoir la possibilité pour le plaignant ou le médecin d'en appeler devant le comité des plaintes du conseil de direction lorsqu'ils ne sont pas satisfaits du règlement initial de la plainte par le coroner en chef, le médecin légiste en chef ou leurs représentants.

Mécanismes de traitement des plaintes concernant la direction du BCCO et du SOML

De 1981 à 2001, ni le BCCO ni le ministère qui le régit n'avaient mis en place de processus adéquat de traitement des plaintes contre ses hauts dirigeants. Par exemple, le grand-père de Nicholas a déposé une plainte auprès du solliciteur général concernant la conduite du coroner en chef adjoint, le Dr James Cairns,

dans l'enquête sur la mort de Nicholas. Le coroner en chef, le Dr James Young, qui n'était pas en mesure d'examiner la plainte de façon impartiale, a néanmoins personnellement préparé la réponse du solliciteur général à cette plainte.

En 2002, suite à la recommandation de l'ombudsman découlant de l'affaire Nicholas, à l'effet que le solliciteur général envisage de créer un organe indépendant de traitement des plaintes, un mécanisme officiel a été mis sur pied pour les plaintes déposées à l'égard du coroner en chef ou du coroner en chef adjoint : ces plaintes seraient envoyées directement au bureau du sous-ministre et feraient l'objet d'une enquête à laquelle le BCCO ne participerait pas.

Bien que ce processus de traitement des plaintes portant sur les hauts dirigeants ait sans aucun doute constitué un pas en avant, il devrait maintenant être remplacé par la création du comité des plaintes du conseil de direction dans le but de traiter les plaintes en dernière instance concernant le travail du coroner en chef, du médecin légiste en chef et de leurs adjoints respectifs. Dans les cas où un examen supplémentaire de la décision initiale s'impose, celui-ci devrait être effectué par le sous-ministre du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Recommandation 65

Le comité des plaintes du conseil de direction devrait traiter les plaintes concernant le travail des hauts dirigeants du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, sous réserve d'un examen supplémentaire par le sous-ministre, au besoin.

Partage de renseignements durant le processus de traitement des plaintes

Notre examen systémique a démontré que le manque de coordination et d'échange de renseignements entre les diverses institutions a fait échouer les tentatives des plaignants de faire valoir leurs préoccupations de façon complète et en temps opportun.

Les processus de traitement des plaintes du BCCO et de l'OMCO seront mieux à même de servir l'intérêt public s'il y a collaboration entre les deux institutions. Les deux sont responsables du travail des médecins légistes. Quand l'un a un motif de s'inquiéter sérieusement au sujet d'un médecin légiste, l'autre devrait le savoir. Ce double processus permettra aux deux institutions de traiter les plaintes d'une manière qui tire parti des atouts qui leur sont propres. En outre, la coopération et l'échange de renseignements devraient réduire tout dédoublement d'efforts et de ressources.

Le BCCO devrait informer l'OMCO de toute préoccupation sérieuse à propos du travail ou de la conduite d'un médecin légiste. Il devrait être prêt à divulguer les renseignements pertinents qu'il a recueillis pendant ses processus d'enquête, ainsi que le résultat de ceux-ci. De même, l'OMCO devrait aviser le BCCO de toute préoccupation sérieuse concernant le travail ou la conduite d'un médecin légiste et être préparé à divulguer toute l'information pertinente qu'il a recueillie tout au long de son enquête, que l'affaire passe ou non à l'étape du processus disciplinaire officiel.

Lorsqu'ils partagent des renseignements, le BCCO et l'OMCO devraient tenir compte des intérêts, en matière de vie privée et de confidentialité, des différentes parties en cause, y compris les plaignants, les familles et tout autre tiers. Les deux institutions doivent alors établir un juste équilibre entre ces intérêts et le besoin de partager des renseignements suffisants entre elles pour assurer la qualité de la médecine légale dans la province.

Je suis conscient que l'OMCO, comme tous les ordres qui réglementent les professions de la santé en Ontario, est assujetti à des obligations légales afin d'assurer la confidentialité des renseignements obtenus dans le cours de son travail. La divulgation de renseignements est permise dans un certain nombre de situations, y compris, premièrement, lorsque la personne à qui ces renseignements se rapportent a donné son consentement écrit et, deuxièmement, lorsque l'administration de la *Loi sur les coroners,* L.R.O. 1990, chap. C.37, le prescrit. Dans la plupart des cas, l'OMCO sera probablement en mesure d'obtenir le consentement du médecin légiste et du plaignant lui permettant de divulguer l'information au BCCO. En effet, tous les médecins légistes seront tenus de consentir à un tel partage de renseignements comme condition d'inscription au registre.

Recommandation 66

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devraient être prêts à informer l'autre :

a) **du fait qu'ils s'inquiètent sérieusement du travail ou de la conduite d'un médecin légiste ou d'un coroner;**

b) **de l'information pertinente qu'ils ont recueillie pendant le processus d'enquête;**

c) **du résultat de leur enquête.**

Recommandation 67

Le médecin légiste en chef devrait s'assurer que tous les médecins légistes sont tenus, comme condition de leur inscription au registre, de consentir au partage de renseignements entre le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario relativement aux sérieuses inquiétudes éprouvées à propos de leur travail ou de leur conduite.

15
Pratiques exemplaires

Lorsqu'un enfant meurt subitement et de façon inattendue, le coroner émet un mandat d'autopsie. Le pathologiste qui reçoit le mandat peut se rendre sur les lieux de la mort et, peu de temps après celle-ci, il pratiquera l'autopsie qui a été ordonnée. Ce que les médecins légistes font durant l'autopsie s'avère d'une importance capitale pour l'enquête relative à la mort et pour le système de justice pénale. Ils doivent réunir les preuves de nature pathologique qui leur serviront à se faire une opinion quant aux causes de la mort et à toute autre question de nature médicolégale, d'une façon exhaustive, objective, précise et transparente. Le résultat de l'autopsie mène souvent à des conséquences importantes. Si l'on découvre que la cause de la mort n'est pas accidentelle, il y aura presque certainement des conséquences juridiques pour les personnes présumées responsables, qu'il s'agisse de poursuites entamées par la protection de l'enfance ou d'instances criminelles, ou les deux. Si des erreurs sont commises dans la salle d'autopsie, les conséquences peuvent être désastreuses. Un certain nombre de cas examinés au cours de cette enquête le confirment très clairement.

Malgré ces risques graves, les preuves présentées devant la Commission démontrent que, jusqu'en 2001, les médecins légistes n'avaient que peu d'indications sur les pratiques exemplaires à respecter au cours des autopsies ou que les policiers n'en avaient pas plus sur la meilleure façon de les aider. Il n'y avait que peu, sinon pas du tout, de lignes directrices sur des points aussi importants que la nature de l'information qui doit être donnée au pathologiste et sur la manière, le cas échéant, d'enregistrer les communications entre la police et le médecin légiste. Il n'y avait que peu, sinon pas du tout, de directives sur le contenu obligatoire du rapport d'autopsie ou sur le moment où il fallait le remettre. Ce qui est encore plus important, bien que l'intention ait été bonne, c'est que l'orientation donnée à la pratique générale des médecins légistes laissait grandement à désirer. Elle ne reposait pas sur la recherche de la vérité. Dans la mesure où elle avait adopté le

principe de la « pensée fondée sur la méfiance », elle allait à l'encontre de l'apparence d'objectivité.

Cependant, depuis 2001, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) a accompli un travail important pour rédiger des pratiques exemplaires dans le domaine de la médecine légale qui tiennent compte d'un certain nombre de pratiques exemplaires qui devraient orienter la pratique de l'autopsie. Ce travail est surtout celui du médecin légiste en chef actuel, le Dr Michael Pollanen, qui a continué l'œuvre de l'ancien médecin légiste en chef, le Dr David Chiasson. Les plus importants de ces documents sont les suivants :

- *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists in Criminally Suspicious Cases and Homicides*, publié en juillet 2005 (lignes directrices de juillet 2005 relatives aux autopsies);
- la mise à jour de ces lignes directrices parue en octobre 2007, appelée lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies;
- *Autopsy Guidelines for Homicidal and Criminally Suspicious Deaths in Infants and Children*, publié en avril 2007 (lignes directrices d'avril 2007 relatives aux autopsies).

Chacun de ces documents représente un pas important dans la promotion des pratiques exemplaires au cours de l'autopsie. En effet, tout au long du présent chapitre, un certain nombre de pratiques précises que je considère comme étant particulièrement importantes seront citées ou spécifiquement cautionnées. Cependant, comme ceux qui poursuivent ce travail l'ont reconnu au cours de l'enquête, il reste encore beaucoup à faire.

Principes fondamentaux

Avant de formuler mes recommandations particulières, il importe de poser les principes fondamentaux qui, selon moi, doivent guider toutes les autopsies judiciaires, y compris en matière de médecine pédiatrique légale. Chacune des lignes directrices auxquelles je fais référence ci-dessus tient compte de ces principes, sinon expressément, du moins implicitement.

1 Au cours de l'autopsie, le médecin légiste doit fonder sa pensée sur les éléments de preuve plutôt que sur la méfiance. Pour y arriver, il doit adopter une démarche impartiale, fondée sur des éléments de preuve, qui accorde beaucoup d'importance à la pensée objective. Les preuves de nature pathologique doivent découler d'observations précises et la piste qu'elles tracent doit être

suivie, peu importe là où elles conduisent, même à un résultat indéterminé. Cette démarche constitue une protection contre la partialité qui consiste à rechercher ou à interpréter des preuves dans le but de confirmer une hypothèse préconçue.

2 Pendant les autopsies, les médecins légistes doivent affirmer leur indépendance vis-à-vis du coroner, de la police, du procureur et de la défense afin de s'acquitter de leurs responsabilités objectivement et de manière impartiale. Le rôle qu'on attend d'eux dans le système de justice pénale exige cette indépendance.

3 Le travail du médecin légiste à l'autopsie doit être transparent et pouvoir être soumis à un examen indépendant. Cet objectif exige de la minutie sur le plan de la consignation et de la conservation des renseignements reçus avant l'autopsie, des mesures prises durant celle-ci et des éléments préservés après l'autopsie. Cette transparence est nécessaire pour faire en sorte que les opinions du pathologiste puissent être examinées correctement et confirmées ou contestées.

4 Le travail du médecin légiste à l'autopsie doit être compréhensible pour le système de justice pénale. L'autopsie doit être pratiquée de telle sorte qu'elle puisse être décrite en termes clairs et non ambigus pour des profanes.

5 Le principe du travail d'équipe est fondamental pour pratiquer des autopsies rigoureuses. Il s'agit entre autres de la collaboration entre le médecin légiste et le coroner et entre le médecin légiste et ses collègues de la même spécialité et de disciplines connexes. Dans les cas difficiles surtout, le médecin légiste doit rechercher l'aide de ses collègues et les consulter. En médecine légale comme dans toutes les branches de la médecine, le travail d'équipe favorise l'excellence.

6 Fondamentalement, les pratiques des médecins légistes en matière d'autopsie doivent se fonder sur un engagement envers la qualité.

Notre examen systémique des pratiques relatives aux autopsies à l'époque du D^r^ Charles Smith a révélé l'absence de tout principe clair de cette nature sur lequel des pratiques exemplaires pouvaient s'édifier. Notre examen a aussi révélé que ces principes étaient trop souvent ignorés dans le cours des autopsies. Il est important de ne jamais retourner à cette époque.

Recommandation 68

Le Service ontarien de médecine légale devrait adopter sans ambiguïté un ensemble de principes fondamentaux englobant ceux qui sont énoncés dans le

présent chapitre et qui devraient servir de base aux lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires en matière d'autopsie.

L'orientation fondamentale du pathologiste : pensée fondée sur la méfiance ou sur des éléments de preuve

La Commission a entendu un grand nombre de témoignages sur la genèse et l'application d'une politique qui encourageait les médecins légistes à fonder leur pensée sur la méfiance dans la pratique des autopsies. Le protocole du BCCO d'avril 1995 relatif aux enquêtes sur les morts soudaines et inattendues d'enfants de moins de deux ans (*Protocol for the Investigation of Sudden and Unexpected Deaths of Children under Two Years of Age*), qui était joint à la note de service 631 distribuée le 10 avril 1995 à tous les coroners, pathologistes et chefs de police, en a saisi l'essence. Le protocole comprenait ce paragraphe :

> 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.]

À juste raison ou à tort, certains ont cru par la suite qu'il reflétait la façon de travailler du D^r^ Smith. C'est pourquoi il importe d'expliquer comment cette politique a vu le jour. En outre, comme la démarche fondamentale que le médecin légiste adopte durant l'autopsie est si cruciale, il est important de comprendre comment celle qui est fondée sur la méfiance est tombée en disgrâce et a été remplacée.

Bien que les témoignages entendus par la Commission indiquent que la « pensée fondée sur la méfiance » n'a probablement jamais voulu dire ce que certains supposent, c'est-à-dire que les médecins légistes devraient présumer qu'il y a eu homicide ou violence faite aux enfants, tout le monde s'entend pour dire qu'une telle expression est néanmoins inappropriée et problématique. Le D^r^ John Butt, l'un des examinateurs experts, a déclaré que, même s'il pouvait être raisonnable de maintenir un haut degré de suspicion tout au long de l'autopsie, la « pensée fondée sur la méfiance » était une bien mauvaise manière de l'exprimer. Essentiellement, elle constitue une intrusion dans l'objectivité du pathologiste.

Selon un autre examinateur expert, le Dr Christopher Milroy, cette expression laisse entendre que le médecin légiste doit penser qu'il a affaire à un homicide jusqu'à preuve du contraire. À son avis, bien que le pathologiste doive, comme il se doit, se demander si toutes les dissections et tous les examens appropriés ont été faits et s'il y a des raisons de croire qu'il y a eu décès par homicide, inciter le médecin légiste à fonder sa pensée sur la méfiance est tout simplement la chose à ne pas faire.

À la fin des années 1990, le BCCO a commencé à se distancer de la « pensée fondée sur la méfiance ». Il a depuis lors dirigé son attention sur l'importance de garder un esprit ouvert. Le 29 juin 2000, le coroner en chef de l'Ontario, le Dr James Young, publiait la note de service 00-04 sur le protocole à suivre dans les cas d'enquête sur les morts subites et inattendues. La note faisait la recommandation suivante : « Les enquêtes sur les morts subites doivent être entreprises avec un esprit ouvert et honnête ». Les lignes directrices de juillet 2005 relatives aux autopsies soulignaient la nécessité de s'assurer que les opinions des médecins légistes sont « objectives et scientifiquement valables ». En décembre 2006, le BCCO a préparé un nouveau protocole d'enquête sur les morts subites et inattendues d'enfants de moins de cinq ans, qui a remplacé celui de 1995. Il y était écrit :

> Chaque mort subite et inattendue d'un enfant de moins de cinq ans doit faire l'objet d'une enquête active comme si elle était potentiellement suspecte et aucune conclusion hâtive ne devrait être tirée sur la cause et les circonstances de la mort jusqu'à ce que l'enquête soit totalement terminée et que tous les membres de l'équipe, énumérés ci-dessous, s'entendent sur la conclusion. [Mis en évidence dans l'original.]

Les lignes directrices d'avril 2007 relatives aux autopsies soulignaient une fois de plus la nécessité que les pathologistes gardent un « esprit ouvert » :

> En règle générale, le pathologiste doit être « réceptif » aux possibilités de mort violente dissimulée, de violence faite aux enfants, d'agression sexuelle, de mauvais traitements et de négligence. À partir de là, nous recommandons au médecin légiste de ne pas hésiter à effectuer des dissections spéciales et à prélever des échantillons biologiques.

Dans les lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, le BCCO retire expressément l'expression « pensée fondée sur la méfiance » de son lexique. Les lignes directrices mentionnent ceci : « Gardez un esprit ouvert. Ne "pensez pas avec *méfiance*", pensez *objectivement* », et elles poursuivent ainsi :

> L'importance accordée à la démarche impartiale, objective et fondée sur des éléments de preuve dans le domaine de la médecine légale peut être perçue comme la correction d'un vieil aphorisme médicolégal en *remplaçant* la « pensée fondée sur la méfiance » *par* « ne pensez pas avec méfiance; pensez objectivement, pensez à la vérité ». [Mis en évidence dans l'original.]

Conformément à cette évolution sur le plan de la démarche, le BCCO a maintenant retiré l'expression « pensée fondée sur la méfiance » de ses présentations et de ses cours relatifs aux enquêtes sur les morts. D'autres territoires de compétence de par le monde ont aussi mis cette expression de côté.

Les pathologistes qui ont témoigné devant la Commission ont souligné l'importance de l'objectivité. La bonne façon de faire est toujours de partir d'une position objective, de garder un esprit ouvert et d'examiner toutes les possibilités avant de tirer une conclusion. S'il nous faut une expression accrocheuse pour remplacer l'autre, le consensus veut que la « pensée fondée sur des éléments de preuve » soit appropriée.

Le D^r^ Pollanen l'a exprimée succinctement lorsqu'il a parlé du besoin d'un cadre de « recherche de la vérité ». Il a demandé l'adoption d'une démarche fondée sur des éléments de preuve, qui exige un esprit réceptif à un large éventail de possibilités et qui recueille des preuves objectives, qu'elles confirment ou infirment toute théorie éventuelle. Selon le D^r^ Pollanen, dès que les médecins légistes adoptent cette démarche, il n'est plus nécessaire d'avoir de disposition d'esprit *a priori*. Si les pathologistes abordent les questions médicolégales selon une démarche fondée sur des éléments de preuve, ils partent d'une position neutre, abordent systématiquement chaque autopsie et, de là, se laissent guider jusqu'à une conclusion par des preuves objectives.

J'approuve la décision d'écarter la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance ». Elle engendre la perception, fondée ou non, que le médecin légiste présume l'existence d'une activité criminelle et qu'il cherche par conséquent à la confirmer. Puisque le travail des pathologistes est de nature interprétative, il est essentiel d'écarter toute perception, si infime soit-elle, que la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance » s'est immiscée dans leur analyse. Nous devons mettre de l'avant une culture de la « pensée fondée sur des éléments de preuve » qui fait la promotion de l'objectivité.

Recommandation 69

a) La médecine légale fondée sur des éléments de preuve est incompatible avec la « pensée fondée sur la méfiance ». Au contraire, elle incite à garder un esprit réceptif à tout l'éventail de possibilités auxquelles les preuves peuvent mener,

sans idées préconçues ni présomption d'agression, et à recueillir des preuves qui confirment ou infirment toutes les hypothèses.

b) La « pensée fondée sur des éléments de preuve », orientation que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a désormais adoptée, décrit précisément la bonne façon d'aborder la médecine légale et contribue à promouvoir une culture fondée sur des éléments probants.

Pratiques exemplaires particulières

Présence sur les lieux

Les preuves déposées durant cette enquête ont montré que, dans les années 1980 et 1990, les médecins légistes ne se présentaient généralement pas sur les lieux du crime. L'unique exception était celle de l'Unité de médecine légale de Hamilton, dont les pathologistes se rendaient et se rendent toujours régulièrement sur les lieux.

Dans certains cas complexes, la présence du médecin légiste sur place peut être utile. Par exemple, les D^rs^ Pollanen et Milroy pensaient que la présence du pathologiste sur les lieux de la mort de Sharon (avant ou après l'autopsie) aurait vraisemblablement été utile. Elle aurait donné au pathologiste une possibilité supplémentaire d'examiner les preuves et les hypothèses concurrentes dans cette affaire. Elle aurait pu aider à étoffer, dans l'esprit du D^r^ Smith, la preuve relative à une attaque possible d'un chien. Malheureusement, on a laissé filer cette possibilité.

La présence sur les lieux comporte des avantages concrets. D'abord et avant tout, cela permet aux médecins légistes de faire leurs propres observations des lieux et de relier ces observations aux résultats de l'autopsie pour en arriver à un diagnostic. La position du corps, la forme et la répartition des taches de sang et éventuellement les armes trouvées sur les lieux pourraient faire partie des observations pertinentes. Deuxièmement, les médecins légistes peuvent faire bénéficier les enquêteurs de leur expertise tôt dans le processus en faisant des observations et en donnant des conseils et des indications à la police sur les lieux. Finalement, ils peuvent s'assurer que les preuves sont recueillies de façon appropriée. Pendant qu'ils sont sur place, ils peuvent aider à recueillir des preuves sur le corps, à retirer les vêtements, à prélever des échantillons ou les empreintes digitales, dans le but d'éviter de perdre des preuves importantes une fois que le corps aura été déplacé.

Les D^rs^ Pollanen et Milroy ont témoigné que la participation effective du médecin légiste dans les cas de morts suspectes devrait commencer dès le début,

c'est-à-dire sur les lieux. Cela nécessite un changement de culture. Le rôle du médecin légiste ne doit pas être perçu comme étant limité à la salle d'autopsie, mais doit s'étendre des lieux de la mort jusqu'au tribunal. Selon le Dr Milroy, les médecins légistes devraient par conséquent avoir au moins une indication au sujet de leur présence ou non sur les lieux, même si la décision ne leur appartient pas. Après tout, comme l'a signalé le Dr Stephen Cordner, directeur du Victorian Institute of Forensic Medicine, l'autopsie consiste essentiellement à essayer de reconstituer ce qui s'est passé sur les lieux de la mort.

Le 1er juin 2005, le Dr Barry McLellan, coroner en chef, et le Dr Pollanen ont envoyé aux coroners-enquêteurs de Toronto, aux médecins légistes de l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) et à l'unité des homicides du Service de police de Toronto une note de service au sujet de la présence des médecins légistes sur les lieux de la mort à Toronto. La note de service mentionne : « [D]ans certains cas complexes, les médecins légistes devraient, autant que possible, être présents sur les lieux de la mort pour faire des observations avant que le corps ne soit déplacé ». Selon la note de service, le coroner-enquêteur et les enquêteurs du service des homicides devraient penser à avoir un médecin légiste sur les lieux dans les cas suivants :

- toutes les morts suspectes ou tous les homicides lorsque la cause de la mort n'est pas immédiatement manifeste (p. ex., décès par asphyxie soupçonné);
- toutes les morts suspectes ou tous les homicides lorsque le corps est dans un endroit caché, y compris dans les cas où le corps semble avoir été « jeté »;
- toutes les morts suspectes de jeunes femmes et d'enfants lorsque le corps se trouve dans un environnement non contrôlé (p. ex., endroit public, extérieur, plan d'eau naturel, baignoire, maison non verrouillée);
- toutes les morts suspectes reliées à des actes de violence sexuelle;
- des corps démembrés ou enterrés;
- des scènes où il semble y avoir eu excès de violence ou d'autres scènes très perturbées, avec beaucoup de sang;
- des corps détériorés par la chaleur ou carbonisés avec suspicion d'homicide (c'est-à-dire, incendie criminel);
- tous les autres cas où le coroner-enquêteur ou la police juge que ce serait utile.

La note de service indique que, généralement, en dehors de ces circonstances, le médecin légiste n'a pas besoin de se présenter sur les lieux où il y a eu traumatisme par pénétration, comme les blessures par balle et par arme blanche. Lorsque la présence d'un pathologiste est envisagée, la note de service demande à la police d'appeler l'unité de répartition du BCCO pour qu'il en contacte un.

Depuis le 1er juin 2005, date à laquelle la note de service a été envoyée, les pathologistes de l'UPML à Toronto ont fréquemment visité les lieux de la mort. Généralement, la police ou le coroner-enquêteur (ou les deux) appelle le médecin légiste lorsque le corps est découvert. Ils discutent de la nature de l'affaire avant que le pathologiste se rende sur place. Le Dr Pollanen a informé la Commission que le Service de police de Toronto et la Police provinciale de l'Ontario ont très bien accueilli la politique, reconnaissant la valeur de la participation d'un expert tôt dans le processus pour la cueillette effective de preuves. Cependant, la note de service se limitait à Toronto. Par conséquent, hors de Toronto et de la zone desservie par l'Unité de médecine légale de Hamilton, la présence des médecins légistes sur les lieux de la mort demeure rare et, dans le Nord, il n'y en a presque pas du tout.

Recommandation 70

a) Le Service ontarien de médecine légale devrait encourager les médecins légistes partout dans la province à se présenter plus fréquemment sur les lieux de la mort.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait préparer des lignes directrices sur la présence des médecins légistes sur les lieux partout dans la province. Il pourrait s'inspirer de la note de service de Toronto et de l'expérience des médecins légistes de l'Unité provinciale de médecine légale et de l'Unité de médecine légale de Hamilton en matière de présence sur les lieux. Ces lignes directrices devraient :

i) reconnaître les avantages et les limites de la présence sur les lieux;

ii) déterminer les circonstances dans lesquelles la présence du médecin légiste sur les lieux serait utile;

iii) mettre en évidence la nécessité des communications entre les coroners-enquêteurs, la police et les médecins légistes pour déterminer quand ces derniers doivent se rendre sur place;

iv) ébaucher un protocole à suivre sur les lieux lorsque les médecins légistes sont présents.

Fournir l'information au pathologiste sur place

Bien que la présence des médecins légistes sur les lieux constitue une pratique exemplaire dans un certain nombre de circonstances, des inquiétudes ont été soulevées au cours de l'enquête sur sa faisabilité, sous trois aspects. Premièrement, la

grandeur du territoire de l'Ontario signifie que la présence à temps sur les lieux de la mort sera souvent impossible. Deuxièmement, il y a pénurie de pathologistes qui exercent la médecine légale et ils sont déjà surchargés. Exiger leur présence sur les lieux de la mort, qui survient souvent la nuit, pourrait taxer encore davantage ce groupe de spécialistes déjà surchargés. Troisièmement, les médecins légistes devront être rémunérés pour leur présence sur les lieux.

Bien que les recommandations du présent rapport abordent la question de la pénurie de pathologistes aptes à exercer la médecine légale, il n'en reste pas moins que les médecins légistes ne pourront pas se présenter dans tous les cas où ce serait bon qu'ils le fassent.

Le D[r] Pollanen a décrit comment, dans de nombreux cas, la technologie peut remplacer efficacement la présence sur les lieux. Des renseignements essentiels peuvent être transmis aux médecins légistes à l'aide de photos et d'enregistrements vidéo, par exemple, fournis par le coroner-enquêteur et la police. Les photos numériques nous aident maintenant à faire ce que le directeur de l'Unité de médecine légale de Kingston, le D[r] David Dexter, appelle des « visites virtuelles ». Cette technologie signifie que le pathologiste peut recevoir des images haute résolution des lieux de la mort qu'il peut agrandir au besoin.

Recommandation 71

Lorsque le pathologiste ne peut pas être présent sur les lieux de la mort, le Service ontarien de médecine légale (SOML) devrait instaurer et encourager les communications améliorées « en temps réel », y compris la transmission de photos numériques et même l'usage de la vidéo et de la télémédecine pour que le médecin légiste puisse voir les lieux, lorsque cela s'avère utile, avant que le corps ne soit déplacé. Le SOML devrait obtenir les ressources nécessaires pour ce faire.

Recommandation 72

La rémunération des médecins légistes devrait tenir compte du travail supplémentaire que représente leur présence sur les lieux de la mort.

Information remise au pathologiste

Au chapitre 16, j'aborde la façon dont les médecins légistes devraient effectivement transmettre leurs opinions au système de justice pénale. La communication efficace de l'information médicolégale est importante non seulement dans les rapports ou les témoignages, mais aussi dans les échanges souvent officieux

qui ont lieu entre le médecin légiste, le coroner et la police à l'autopsie, dans le cadre de celle-ci ou après coup. Il est tout aussi important que ces communications officieuses évitent des malentendus ou les mauvaises interprétations. Les médecins légistes doivent toujours communiquer leurs opinions avec précision et transparence.

Il est également important d'aborder non seulement ce que les médecins légistes communiquent aux autres, mais aussi les renseignements qu'ils reçoivent. C'est là le point central de la présente section du rapport.

Il est crucial que les médecins légistes aient connaissance des faits sous-jacents qui devraient les aider à se faire une opinion. Ils peuvent provenir du coroner-enquêteur, de la police ou des deux. Cette communication de l'information au médecin légiste doit être aussi précise et transparente que celle de l'information que transmet le pathologiste. Autrement, cela restreint la capacité des collègues pathologistes ou du système de justice à évaluer et à vérifier l'opinion du médecin légiste – qui peut être fondée, en partie, sur les renseignements qu'a reçus le pathologiste.

La preuve présentée lors de l'enquête a démontré que l'interaction entre le D^r^ Smith, les agents de police et les coroners a souvent été problématique. L'information remise au D^r^ Smith était sporadique et parfois incomplète. Lui, en retour, a prêté une attention insuffisante ou inégale aux lacunes de l'information qui lui était transmise. Il était souvent impossible de savoir quelle information il avait obtenue et, presque toujours pour un observateur extérieur, de savoir sur quels renseignements il s'était fondé pour se faire une opinion. De plus, les échanges entre le D^r^ Smith et les autres n'étaient pas souvent consignés – sûrement pas par lui – ils manquaient donc de transparence et étaient facilement mal interprétés. Il n'est donc pas surprenant que, dans un certain nombre de cas, des différends soient apparus après coup sur ce que le D^r^ Smith a réellement dit à divers moments, quelles restrictions avaient été exprimées, le cas échéant, et quel degré de confiance il accordait prétendument aux opinions exprimées de façon officieuse. C'était bien là une recette menant à la catastrophe.

Bien que des améliorations aient eu lieu depuis le mandat du D^r^ Smith, un certain nombre de problèmes doivent encore être abordés.

Renseignements fournis par le coroner ou la police sur les circonstances de la mort

Obtenir l'historique des événements et les examiner attentivement sont des étapes essentielles pour réaliser une bonne autopsie. Dans l'affaire Jenna, ce n'est pas de cette manière que les choses se sont passées et les conséquences ont été néfastes. Lorsque Jenna était à l'hôpital, un médecin des urgences a aperçu un poil

dans sa région vaginale et des signes d'une possible agression sexuelle. Même si le coroner et un agent de police étaient présents à l'hôpital, personne n'a transmis cette information au Dr Smith avant l'autopsie. Cependant, le Dr Smith avait reçu le dossier des urgences de l'hôpital qui renfermait les observations du médecin. Malgré cela, il n'a pas réalisé d'examen complet consécutif à une agression sexuelle et est arrivé à la conclusion erronée qu'il n'y avait aucun signe d'agression sexuelle. Cette erreur aurait pu être évitée. Si le coroner et la police avaient souligné cette possibilité d'agression sexuelle ou si le Dr Smith avait examiné attentivement le dossier des urgences qui lui avait été remis, il aurait pu pousser plus loin son examen (en se servant notamment d'une trousse d'examen consécutif à une agression sexuelle ou en prélevant des échantillons) pour déterminer si Jenna avait en fait été agressée sexuellement.

Le sergent Larry Charmley du Service de police communautaire de Peterborough Lakefield a dit que tout dossier médical d'une personne morte devrait être fourni au pathologiste – « plus vous avez de renseignements au départ, mieux cela vaut ». Normalement, le coroner devrait être en mesure d'obtenir ces dossiers avant l'autopsie. Le coroner en chef adjoint intérimaire et coroner régional, le Dr Albert Lauwers, et le sergent-détective Chris Buck du Service de police de Toronto ont acquiescé. L'idéal, dans les cas de morts d'enfants, c'est que le pathologiste reçoive le dossier médical, le dossier des urgences de l'hôpital, le dossier médical du pédiatre de la personne décédée et tout dossier pertinent de la société d'aide à l'enfance (SAE). Le Dr David Ranson, directeur adjoint du VIFM, a indiqué qu'il hésiterait à entreprendre une autopsie sans ces documents, à moins qu'un retard puisse occasionner la perte de preuves.

Le Dr Lauwers a parlé à la Commission du formulaire de « décès des enfants de moins de cinq ans », un questionnaire d'enquête publié par le BCCO qui fournit des renseignements détaillés sur le défunt, les lieux de la mort, les paramètres de l'environnement où l'enfant a été trouvé, la position du corps, les antécédents médicaux et l'historique de la naissance et de la période prénatale. Il devrait être rempli par le coroner dans tous les cas de mort subite et inattendue d'enfants de moins de cinq ans et remis au médecin légiste avant l'autopsie.

Les lignes directrices du BCCO en matière d'enquête sur les morts distribuées aux coroners le 12 avril 2007 mentionnent que les échanges entre le coroner-enquêteur et le pathologiste sont souhaitables bien que non obligatoires avant l'autopsie si le mandat d'autopsie est exhaustif. Le Dr McLellan a dit à la Commission que l'on s'attend à ce que les coroners remettent aux pathologistes toute l'information disponible, y compris les dossiers médicaux, les antécédents familiaux et même les dossiers de la SAE, dans la mesure du possible.

Les lignes directrices prévoient aussi que les détails du contexte donnés au

médecin légiste dans le mandat d'autopsie comprennent « l'historique, les raisons qui justifient une autopsie et les circonstances de la mort, surtout si ces dernières sont suspectes ». Cependant, l'information donnée doit être factuelle et « ne doit pas contenir de spéculations, de rumeurs ni de conclusions à tirer au moment de l'autopsie (c'est-à-dire décrire des blessures par balle comme étant des blessures d'entrée ou de sortie) ».

Le 30 avril 2007, le BCCO a modifié ses lignes directrices au chapitre des discussions entre le coroner et le médecin légiste. Il a annoncé une politique qui exige une communication directe par téléphone ou en personne entre le coroner et le médecin légiste, avant l'autopsie, dans tous les cas de morts suspectes et de morts d'enfants de moins de cinq ans. Cette communication obligatoire entre le coroner et le médecin légiste donne officiellement au coroner l'occasion de remettre au pathologiste toute l'information ou tous les détails qui ne figurent pas dans le mandat et au pathologiste la possibilité de poser des questions qui pourraient l'aider au moment de pratiquer l'autopsie.

J'approuve les récentes initiatives du BCCO visant à améliorer le niveau de communication entre les coroners-enquêteurs et les médecins légistes. Cependant, on peut faire davantage. Les lignes directrices en matière d'enquête sur les morts devraient aussi demander au coroner de fournir les dossiers d'hôpital du défunt, ses dossiers médicaux et même les dossiers de la SAE, dans la mesure du possible.

Je recommande ci-dessous, comme pratique exemplaire, que les coroners ne filtrent pas l'information factuelle qu'ils donnent au médecin légiste même si les rumeurs, les renseignements non pertinents et l'information spéculative devraient être évités. De même, les coroners devraient être prudents en donnant des renseignements qui paraissent factuels, mais qui peuvent éventuellement être douteux ou controversés. Il s'agit là de pratiques exemplaires pour les coroners et tout autant pour la police.

Il importe que les coroners s'abstiennent de tirer des conclusions d'ordre médical dans leurs premières communications avec le médecin légiste. Bien que les coroners aient le dernier mot sur les causes et les circonstances de la mort, ils ont aussi intérêt à attendre les opinions réfléchies des pathologistes avant de tirer ces conclusions. Finalement, la transparence exige que les échanges verbaux de renseignements de quelque importance entre les coroners et les médecins légistes (tout comme les échanges entre la police et les pathologistes) soient consignés par écrit par les deux parties.

L'inspecteur intérimaire Robert Keetch du Service de police du grand Sudbury a déclaré durant son témoignage que, lorsque la police assiste à une autopsie, elle fournit d'habitude au médecin légiste un bref aperçu des lieux de la mort comme elle les a trouvés. De plus, la police a maintenant la capacité de produire des images

numériques des lieux pour que le médecin légiste puisse les voir sur un ordinateur portatif. Parfois, la police apporte au pathologiste des preuves physiques, comme l'arme du crime présumée. Si la police a une idée sur l'auteur éventuel d'un homicide présumé, elle peut partager cette information avec le médecin légiste.

Selon l'inspecteur intérimaire Keetch, la quantité de renseignements que la police fournit au médecin légiste diffère dans chaque cas, selon qu'il s'agit d'un cas suspect ou non. Par exemple, l'inspecteur Brian Begbie du Service de police de Kingston a témoigné que, dans certaines circonstances, il pouvait informer le pathologiste, avant l'autopsie, qu'il y a eu une confession, parce que cela pourrait aider le pathologiste à chercher des indices qui pourraient autrement être laissés pour compte. Il pourrait aussi y avoir d'autres renseignements (comme les antécédents de la mère ou les interventions précédentes de la SAE) qui ne seraient pas nécessairement transmis au pathologiste. Le fait qu'un autre enfant a fait l'objet de violence pourrait être divulgué.

Il est nécessaire d'éclaircir davantage ce que la police devrait fournir de façon régulière. Il doit y avoir aussi une meilleure coordination entre les coroners et la police de telle sorte que, ensemble, ils s'assurent que toute l'information nécessaire est transmise.

Recommandation 73

a) Le contenu des mandats d'autopsie devrait se conformer aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario.

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

c) Le coroner devrait s'abstenir de tirer des conclusions d'ordre médical dans toute première communication avec le médecin légiste. Bien que le coroner ait le dernier mot sur les causes et les circonstances de la mort, il a aussi intérêt à attendre les opinions réfléchies du médecin légiste avant de tirer ces conclusions.

d) Conformément à la politique actuelle du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, il devrait y avoir des communications directes, par téléphone ou en personne, entre le coroner et le médecin légiste, avant l'autopsie, dans tous les cas de morts suspectes et pour toutes les autopsies d'enfants de moins de cinq ans.

e) Des protocoles destinés aux agents de police de toute la province devraient être élaborés pour déterminer les types de renseignements qui devraient et ne devraient pas être remis au médecin légiste. Ces protocoles devraient aussi établir comment la police et les coroners peuvent coordonner les renseignements à remettre au médecin légiste et déterminer qui le fera.

Enregistrement des communications préalables à l'autopsie

La preuve présentée à l'enquête a démontré que, dans les années 1990, aucune procédure normalisée ne déterminait si les communications entre le médecin légiste et le coroner avant l'autopsie devaient être consignées et de quelle manière elles devaient l'être. Généralement, ces communications se faisaient verbalement et étaient peu enregistrées. Les mandats du coroner offraient souvent peu d'information; le D^r^ Lauwers les a qualifiés d'« énigmatiques ». Quant aux communications entre le pathologiste et la police, à l'exception de l'Unité de médecine légale de Hamilton qui utilisait un formulaire standard rempli par la police, il n'y avait ici non plus aucune procédure normalisée déterminant si ces communications devaient être consignées et de quelle manière elles devaient l'être. La quantité de notes qui étaient prises sur les communications qui précédaient l'autopsie dépendait en grande partie des individus en cause. Habituellement, les médecins légistes ne prenaient pas de notes très élaborées de leurs discussions avec la police. La police ne tenait pas non plus de dossier sur l'information donnée verbalement au pathologiste.

Le D^r^ Smith manquait de constance dans sa façon de documenter les renseignements qu'il recevait de la police ou du coroner. Parfois, il prenait des notes; parfois non. Par exemple, dans l'affaire Sharon, le D^r^ Smith a témoigné à l'enquête préliminaire qu'il n'avait pas pris en note ses conversations avec les agents de police ni avec les autres personnes qui ont travaillé sur ce cas. Dans l'affaire Jenna, l'agent de police Scott Kirkland du Service de police communautaire de Peterborough Lakefield, qui a accompagné le corps de Jenna au SickKids afin que le D^r^ Smith puisse pratiquer l'autopsie, a déclaré qu'il avait donné des renseignements importants au D^r^ Smith, y compris le compte rendu du gardien de Jenna sur ce qui était arrivé avant sa mort. Autant qu'il puisse s'en souvenir, le D^r^ Smith n'a pris aucune note de leur conversation. Cependant, le D^r^ Smith a pris quelques notes manuscrites dans l'affaire Jenna, vraisemblablement au cours d'une conversation avec le coroner-enquêteur.

Comme nous le décrivons ci-dessus, les lignes directrices actuelles en matière d'enquête sur les morts à l'intention des coroners prévoient que les détails sur le contexte inscrits dans le mandat d'autopsie devraient comprendre un historique et

les raisons qui justifient l'autopsie. Le médecin légiste devrait aussi être informé des circonstances de la mort – surtout si elle est suspecte.

Le D[r] Pollanen a soulevé un point important : il ne suffit pas de recommander aux policiers et aux coroners de fournir simplement au médecin légiste les renseignements recueillis à l'aide d'un formulaire normalisé. Il y a deux aspects, tous deux cruciaux, au rôle du médecin légiste dans l'acquisition de renseignements complets avant l'autopsie. Le premier est passif, en ce sens que le médecin légiste reçoit l'information que lui apporte la police ou le coroner. Le second est actif, en ce sens que le médecin légiste se sert de l'historique remis par la police ou les coroners pour poser des questions se rapportant à l'affaire. Un protocole qui indiquerait simplement à la police ou aux coroners de fournir de l'information écrite au pathologiste ne fait pas appel à la dimension active. La base de renseignements du médecin légiste doit comprendre non seulement l'information révélée spontanément par la police ou les coroners, mais aussi les réponses aux questions que pose le médecin légiste.

Les renseignements remis au pathologiste devraient par conséquent être consignés de deux façons principales. Premièrement, on devrait encourager la police et les coroners à fournir l'information initiale au médecin légiste par écrit. Deuxièmement, celui qui remet tout comme celui qui reçoit l'information supplémentaire devrait consigner les renseignements transmis verbalement au pathologiste.

L'enregistrement de l'information initiale fournie par la police ou les coroners au médecin légiste peut se faire de diverses façons. Comme le mentionnent les lignes directrices actuelles à l'intention des coroners, ces derniers peuvent transmettre la majorité de l'information qu'ils ont reçue dans un mandat détaillé du coroner. De plus, on s'attend maintenant à ce que les coroners remplissent un questionnaire d'enquête dans tous les cas de morts d'enfants de moins de cinq ans. De même, la police peut fournir des renseignements aux pathologistes avant le début de l'autopsie en remettant un résumé écrit de l'enquête policière, un constat de police ou un rapport supplémentaire ou un questionnaire d'enquête spécialement conçu à cet effet. Les renseignements supplémentaires reçus plus tard peuvent aussi être présentés par écrit. Les questionnaires d'enquête sont particulièrement bien adaptés aux cas de médecine pédiatrique légale. Les agents de police sont souvent moins familiers avec ce genre de cas et avec ce qui peut intéresser le pathologiste. Les questionnaires favorisent la cueillette de renseignements complets et pertinents pour le travail du pathologiste.

À mon avis, la façon précise dont cette information doit être consignée importe moins que la reconnaissance systémique du fait qu'autant de renseignements possible doivent être transmis au pathologiste avant l'autopsie et que, dans

la mesure possible, ce soit fait par écrit. De même, au cours de l'enquête sur une mort et jusqu'au procès inclusivement, les renseignements supplémentaires doivent parvenir au pathologiste par écrit, à mesure qu'ils sont recueillis.

En ce qui a trait aux communications verbales qui ont inévitablement lieu, la question importante est de savoir à qui devrait revenir la responsabilité de consigner l'information transmise. Le D^r^ Milroy a laissé entendre qu'il incombe au médecin légiste de s'assurer que l'information qu'il reçoit est consignée. Le D^r^ Pollanen considère qu'il s'agit d'une pratique exemplaire pour les médecins légistes de consigner au fur et à mesure toute l'information pertinente reçue d'autres personnes. En fait, selon lui, ces communications devraient être documentées de part et d'autre. Je suis d'accord avec ce point de vue. Autant que possible, la transparence favorise l'enregistrement de l'information transmise par les deux parties.

Recommandation 74

a) On devrait encourager la police et les coroners à fournir l'information initiale au médecin légiste par écrit.

b) Les renseignements supplémentaires transmis au médecin légiste en tout temps devraient lui être remis par écrit ou, s'ils sont verbaux, ils devraient être consignés autant par la personne qui les transmet que par celle qui les reçoit.

c) La police et les coroners devraient utiliser des questionnaires d'enquête pour fournir de l'information aux médecins légistes dans tous les cas de mort subite d'un nourrisson. Le questionnaire dûment rempli devrait parvenir au médecin légiste avant que l'autopsie commence.

Filtrage de l'information remise au pathologiste

Les médecins légistes qui ont participé aux travaux de la Commission s'entendaient pour dire que, présumément, les médecins légistes devraient recevoir, avant l'autopsie, autant de renseignements que possible. La question la plus difficile est de savoir si la police ou les coroners devraient « filtrer » une partie de cette information de façon à ne pas entacher ou influencer l'opinion du pathologiste.

Il semble y avoir deux écoles de pensée. La première fait confiance à la capacité des médecins légistes de rester objectifs et d'écarter les renseignements possiblement non pertinents ou susceptibles de les influencer indûment. Ce point de vue ne favorise pratiquement pas le filtrage de l'information par ceux qui la transmettent. Il revient donc au médecin légiste d'écarter ce qui n'est pas pertinent ou

utile. L'un des avantages de cette démarche est qu'elle ne place pas la police ou les coroners dans une position difficile en les forçant à décider, sans expertise pathologique, ce qui pourrait être pertinent pour le travail du médecin légiste. En fin de compte, la garantie la plus efficace contre le mauvais usage de tels renseignements est la transparence complète quant à l'information qui a été communiquée et aux éléments que le pathologiste a retenus pour se faire une opinion.

Le D^r^ Pollanen a été un ardent défenseur de cette première école de pensée. Il a expliqué que les médecins légistes, dans l'exercice de leurs fonctions, doivent automatiquement filtrer les renseignements qu'ils reçoivent sur le déroulement et les circonstances de la mort. Selon lui, la meilleure façon de se prémunir contre l'usage abusif par les médecins légistes de l'information superflue est de mettre l'accent sur l'importance d'un cadre fondé sur les éléments de preuve.

La deuxième école de pensée soutient que les pathologistes sont des êtres humains et sont perméables aux influences subtiles ou aux préjugés que peut alimenter une information susceptible de les influencer indûment ou fortement incriminante, comme de prétendues confessions. Étant donné la nature interprétative de la discipline, il est essentiel d'éviter toute apparence d'influence sur le pathologiste ou, pire encore, de jouer subtilement sur la partialité ou la vision restreinte. La transparence peut contribuer à mettre en lumière l'usage abusif de tels renseignements, mais elle reste imparfaite parce que les médecins légistes ne reconnaîtront pas toujours la façon dont cette information a influé sur leur opinion finale.

La preuve présentée à l'enquête illustre les dangers associés à l'usage abusif de tels renseignements. Le D^r^ Smith notait parfois de l'information superflue sur le contexte social de soignants ou de parents d'une façon qui laisse à penser qu'il pouvait ne pas avoir filtré l'information dans son évaluation finale. Dans les affaires Delaney et Katharina, le D^r^ Smith a reconnu qu'il s'est fié à des confessions pour se faire une opinion quant à la cause de la mort. Les examinateurs en sont arrivés à la conclusion qu'il y avait peu de preuves pathologiques qui venaient appuyer ces opinions. Dans l'affaire Joshua, en diagnostiquant la cause de la mort comme étant l'asphyxie, le D^r^ Smith a admis qu'il avait accordé une importance indue à une histoire qui lui avait été racontée et qui voulait que la mère de Joshua ait déclaré, un mois avant la mort de ce dernier, qu'elle en avait assez et qu'elle allait étouffer le bébé. Dans aucun de ces cas le D^r^ Smith n'a été transparent quant à l'utilisation ou au rejet de cette information[1].

Même si les témoins ayant comparu devant la Commission appuyaient généralement un modèle où le filtrage de l'information superflue était largement

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

laissé à la discrétion du médecin légiste, certains ont admis qu'il puisse y avoir un certain filtrage de l'information manifestement non pertinente par la police et les coroners.

Le BCCO a abordé l'utilisation de ce type d'information dans ses lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, qui mentionnent ce qui suit : « Le pathologiste ne doit fonder aucune opinion d'expert sur des preuves non vérifiées ou non vérifiables comme des confessions rapportées ou des suppositions qui ne peuvent être validées par des moyens indépendants ou corroborées par d'autres preuves. »

À mon avis, la police et les coroners devraient, en règle générale, privilégier la transmission de l'information qu'ils possèdent au médecin légiste, au lieu de la retenir. Souvent, ils ne sont pas bien placés pour savoir ce qui peut être pertinent pour le travail du pathologiste. En omettant certains renseignements, ils courent le risque d'influer négativement sur l'exhaustivité du travail du pathologiste ou sa réceptivité aux questions que l'affaire soulève.

Cela étant dit, le danger de la partialité demeure si le médecin légiste s'attache trop facilement à une hypothèse avancée plus tôt par la police. Par exemple, la D^re^ Katherine Gruspier, professeure auxiliaire au programme de sciences judiciaires de l'Université de Toronto, a décrit à la Commission une étude dans le cadre de laquelle on a donné à des experts de calibre mondial en la matière des empreintes digitales qu'ils avaient déjà examinées et qu'ils avaient retenues ou écartées comme étant concordantes. Lorsque l'on a remis les empreintes une deuxième fois aux experts (sans leur dire qu'ils avaient déjà fait ces examens) en ajoutant de l'information tendancieuse et non pertinente, ils ont commis des erreurs scientifiques.

Il y a plusieurs manières d'aborder cette question. Premièrement, comme l'a laissé entendre le D^r^ Ranson, directeur adjoint du Victorian Institute of Forensic Medicine, la formation et le professionnalisme accrus des pathologistes vont rehausser leur sensibilisation aux risques de partialité. Deuxièmement, la promotion d'une culture fondée sur des éléments de preuve dans le domaine de la médecine légale sera également utile. Une transparence complète, bien qu'imparfaite, quant à ce qui est communiqué et aux éléments auxquels le médecin légiste se fie améliore la possibilité d'effectuer des examens indépendants et sert de protection additionnelle contre la partialité. Cependant, cette démarche n'autorise en rien la police et les coroners à transmettre des renseignements qui sont manifestement non pertinents, insinuants ou purement spéculatifs. En effet, les lignes directrices du BCCO à l'intention des coroners enjoignent directement à ces derniers d'exclure la spéculation et les rumeurs de leurs mandats d'autopsie. Cette façon de faire n'empêche pas non plus les agents et les coroners expérimentés

d'exercer leur discrétion sur la manière de transmettre l'information pertinente au médecin légiste. Une prétendue confession illustre à la fois le problème et la solution qui peut y être apportée. La police peut avoir reçu la confession d'un soignant ou du parent d'un jeune enfant. La communication de cette confession au médecin légiste avant l'autopsie soulève évidemment le problème suivant : il risque d'être biaisé ou indûment influencé par son existence et négliger d'examiner de manière critique et objective les pathologies existantes afin de déterminer quelles opinions il peut convenablement exprimer sur l'affaire. Le D^r^ Smith s'est laissé prendre précisément dans ce piège. Il a exprimé des opinions d'expert sur les causes de la mort dans certaines affaires, sans pratiquement aucune corroboration sur le plan pathologique, parce que l'information de nature non pathologique semblait expliquer ces causes.

Bien que l'on puisse soutenir qu'une confession risque d'influencer le médecin légiste, elle peut aussi contenir des renseignements valables qui devraient à juste titre être évalués par le médecin légiste. Si, par exemple, elle donne un compte rendu détaillé de ce qui s'est passé, il peut s'avérer important que le médecin légiste détermine si les éléments de nature pathologique infirment le compte rendu ou, au contraire, jusqu'à quel point ils le confirment.

La solution au problème de la confession est donc propre à chaque cas. On ne peut établir de lignes directrices qui indiquent clairement quand une confession doit être remise au médecin légiste. Certains agents chevronnés pourraient s'assurer d'aborder avec le pathologiste les questions soulevées dans une confession ou d'autres renseignements susceptibles de l'influencer indûment, tout en ne l'informant pas qu'une confession a été obtenue. D'autres pourraient remettre la transmission de cette information au pathologiste à plus tard au cours du processus. En fait, la question est la suivante : alors que la police devrait présumément fournir au médecin légiste plus d'information que moins, elle devrait jouir d'une certaine discrétion dans la transmission de l'information pertinente de manière à atténuer la probabilité ou la perception de parti pris.

La recommandation que je fais au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale, à l'effet que les médecins légistes devraient rester prudents dans l'utilisation qu'ils font des preuves circonstancielles et des renseignements qui ne relèvent pas de la pathologie, se rapporte à ce point. Ces preuves ou cette information ne devraient jamais être invoquées pour soutenir tout le poids de l'opinion du médecin légiste. Ce dernier devrait être particulièrement prudent lorsqu'il utilise des renseignements qui ne sont potentiellement pas dignes de foi, qui sont controversés ou qui confinent à la question fondamentale que la cour doit trancher. Je recommande dans ce chapitre que ces principes fassent partie d'un code ontarien de pratique et de normes de rendement à l'intention des médecins légistes.

Toutes ces mesures réunies font en sorte que le médecin légiste dispose de l'information requise pour accomplir son travail, tout en se gardant d'en faire une utilisation abusive.

Recommandation 75

a) En règle générale, la police et les coroners ne devraient pas « filtrer » l'information pertinente qui doit parvenir au médecin légiste. Ce dernier est le mieux placé pour savoir ce qui est utile à son travail.

b) Cela étant dit, la police et les coroners ne devraient généralement pas transmettre d'information manifestement non pertinente, insinuante ou purement spéculative. Les coroners et les agents de police jouissent aussi d'un pouvoir discrétionnaire quant à la façon de transmettre l'information pertinente au médecin légiste. Cela pourrait signifier, par exemple, que l'information est transmise par des moyens susceptibles d'en réduire l'utilisation abusive éventuelle ou la possibilité qu'elle influence indûment le médecin légiste.

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

Dans un même ordre d'idées, quand les médecins légistes procèdent à leur propre filtrage, devraient-ils noter tout ce qui leur est rapporté ou seulement les extraits qu'ils considèrent pertinents? La pratique varie beaucoup à cet égard :

- Le D^{r} Pollanen « filtre » l'information non pertinente avant de la dicter. Il ne dicte alors que les renseignements sur lesquels il prévoit fonder son opinion. Cela signifie, en règle générale, que ce qu'il dicte apparaît aussi dans son rapport final.
- Le D^{r} Cordner note les grandes lignes de ce qu'on lui dit sans porter de jugement sur la pertinence de cette information.
- Le D^{r} Michael Shkrum, directeur de l'Unité de médecine légale de London, note tout ce qu'il peut en incluant beaucoup d'information qui pourrait être superflue.

Ces différences reflètent deux logiques distinctes dans la façon de consigner l'information. Si l'attention porte seulement sur la manière dont le pathologiste arrive à son opinion, cela peut se faire en notant seulement ce qu'il considère pertinent. Si l'accent est mis sur la transparence, une documentation plus complète est alors justifiée.

Les deux positions sont défendables. En fin de compte, je pense cependant qu'il est préférable de reconnaître la double fonction de la documentation de l'information transmise au pathologiste. Cela signifie, comme je l'ai mentionné auparavant, que tous les renseignements donnés au pathologiste devraient être consignés. Cela exige que le pathologiste soit très clair sur la mesure dans laquelle il s'est appuyé sur cette information pour se faire par la suite une opinion. Cela permet au pathologiste de revoir l'information qu'il considérait comme étant non pertinente lorsqu'il l'a reçue, mais qui l'est devenue par la suite. Finalement, cela permet aussi à d'autres personnes de vérifier si le pathologiste peut avoir été influencé par des considérations superflues qui ne transparaissent pas dans son opinion.

Recommandation 76

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

Enregistrement et conservation des éléments de l'autopsie

Les pathologistes qui ont comparu devant la Commission étaient tous d'avis que l'autopsie elle-même ne devait pas, en règle générale, faire l'objet d'enregistrements visuels ou sonores. Ils craignent que l'enregistrement visuel ne gêne le libre échange d'idées qui doit avoir lieu au cours de l'autopsie et qu'on accorde par la suite une trop grande importance à des idées, des impressions ou des opinions lancées à titre d'hypothèse en cours de travail.

Selon moi, aucune raison convaincante n'a été présentée pour justifier l'enregistrement visuel ou sonore systématique des autopsies. Les pratiques exemplaires exigent que tout ce qui revêt de l'importance au cours de l'autopsie, y compris les dissections, les prélèvements ou la conservation de parties du corps ainsi que les échantillons prélevés pour analyse ultérieure, soit consigné méticuleusement. Toutes les observations réalisées au cours de l'autopsie, anormales ou autres, doivent aussi apparaître dans le rapport d'autopsie. Le personnel du BCCO ou la police, ou les deux, devraient prendre des photographies. Toutes ces

mesures favorisent la transparence et la possibilité de procéder à des examens indépendants.

Un aspect de la pratique de l'autopsie, dont notre enquête systémique a révélé l'insuffisance, est l'enregistrement, la conservation et le rangement des éléments provenant de l'autopsie, comme les lamelles porte-objets et les blocs de tissus. Dans l'affaire Valin, par exemple, les examens ultérieurs ont été retardés beaucoup trop longtemps à cause des défaillances du Dr Smith à cet égard.

Les lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies donnent déjà des indications précises sur le prélèvement et la conservation d'échantillons dans les cas de morts suspectes ainsi que sur les exigences relatives aux photographies. Elles exigent aussi que le rapport final de l'autopsie mentionne les échantillons prélevés et les photos prises. De plus, les hôpitaux ont des politiques qui prévoient le rangement de ces éléments. J'approuve la façon d'aborder ces questions dans les lignes directrices ainsi que dans les politiques des hôpitaux.

Recommandation 77

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

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

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

Opinions préliminaires

Comme on peut s'y attendre, les médecins légistes reçoivent parfois, surtout de la police, des demandes d'opinion avant la conclusion du rapport d'autopsie. Le Dr Smith a révélé à la Commission qu'il donnait généralement à la police une

opinion préliminaire sur la cause de la mort après l'examen sommaire durant l'autopsie, parce que la police était habituellement impatiente soit de commencer son enquête dans les cas de morts suspectes pendant que les preuves étaient encore fraîches, soit de s'épargner des enquêtes inutiles dans les cas qui n'étaient pas considérés comme suspects par le pathologiste. Dans certains cas, quand la mort s'expliquait manifestement par une maladie ou d'autres causes médicales, le D^r^ Smith pouvait même remettre à la police son diagnostic préliminaire à mi-chemin de l'autopsie et lui signifier qu'elle n'était pas obligée de rester. Le D^r^ Smith croyait qu'il nuançait toujours son opinion en disant aux policiers que ses observations pouvaient changer à la lecture des résultats des tests de toxicologie ou d'autres tests secondaires, ou suite à un examen histologique.

Les dangers d'exprimer une opinion préliminaire sont évidents. Premièrement, si le médecin légiste émet une opinion préliminaire qui est susceptible de changer ou qui n'est pas suffisamment nuancée, cela peut orienter la police dans une mauvaise direction. Deuxièmement, les opinions données verbalement, surtout si elles sont préliminaires ou hypothétiques, peuvent faire l'objet de fausses interprétations ou de malentendus. Ces deux dangers peuvent donner lieu à des instances injustifiées en matière criminelle ou de protection de l'enfance.

Une fois encore, la preuve présentée à l'enquête est instructive. Dans l'affaire Kenneth, à la fin de l'autopsie, le D^r^ Smith a dit à la police que rien n'indiquait de façon évidente la cause de la mort, mais il a néanmoins établi qu'elle résultait d'une suffocation par obstruction des voies respiratoires. La mère de Kenneth a été arrêtée plusieurs semaines plus tard, presque cinq mois avant que le D^r^ Smith ne produise son rapport d'autopsie qui ne mentionnait rien de tel. Le D^r^ Pekka Saukko, qui a examiné le dossier, a déclaré que la suffocation ne constituait pas une conclusion valable (hypothétique ou autre) parce qu'il n'y avait aucune preuve pathologique pour l'appuyer.

Le D^r^ Pollanen a témoigné que de nombreux médecins légistes reconnaissent maintenant qu'ils devraient dire que la cause de la mort est « à venir » lorsqu'elle n'est pas manifeste à la fin de l'examen sommaire. Cela n'était cependant pas universellement compris dans les années 1990.

Le 12 avril 1999, les D^rs^ Young et Chiasson ont envoyé la note de service 99-02, intitulée « Forensic Pathology Pitfalls » (les pièges de la médecine légale), à tous les coroners et pathologistes de l'Ontario. Entre autres choses, la note abordait la divulgation des causes préliminaires de la mort par les médecins légistes. Elle soulignait la nécessité de préciser au coroner et à la police que la cause de la mort est « à venir » lorsqu'« il n'y a pas de cause anatomique claire de la mort ou qu'il y a plusieurs causes ou facteurs contributifs possibles ». Elle avisait aussi les médecins

légistes qu'ils devaient faire connaître explicitement leur degré de certitude et d'assurance sur la cause de la mort.

La note de service ajoutait qu'une opinion « en attente d'autres examens » est toujours préférable à une opinion hypothétique, surtout dans les cas où des tests supplémentaires ou des données d'enquête sont nécessaires. Il y était écrit :

> Le fait qu'une cause soit « à venir » n'est pas un signe de faiblesse, mais plutôt de professionnalisme qui indique que le pathologiste est prudent et qu'il donne des opinions officielles réfléchies. Tout inconvénient possible à cela sur le plan de l'« efficacité de l'enquête » est largement compensé par les dangers que représente le saut aux conclusions par le pathologiste ou l'étau dans lequel il s'enserre.
>
> On rappelle aux pathologistes de faire preuve de prudence lorsqu'ils tirent leurs conclusions et expriment leurs opinions et de ne pas aller au-delà du point où les preuves ou l'expérience peuvent les conduire en toute sécurité. L'adage « *mieux vaut être trop prudent* » devrait s'appliquer. [Mis en évidence dans l'original.]

Le D^r^ Chiasson a révélé à la Commission qu'il est acceptable pour le pathologiste de donner une opinion préliminaire sur la cause de la mort s'il y en a une d'évidente à la fin de l'examen sommaire (par exemple, une blessure par balle à la tête). Cette situation se présente dans la plupart des dossiers de la police, bien que les cas où il est question d'enfants soulèvent des considérations différentes.

Le D^r^ Pollanen a expliqué que le médecin légiste peut se servir de la mention « à venir » dans plusieurs situations connexes :

- lorsque la cause de la mort semble manifeste à la fin des examens externe et interne, mais que des analyses supplémentaires pourraient modifier cette conclusion ou lorsque le pathologiste aimerait examiner d'autres preuves pour renforcer sa conclusion;
- lorsque le pathologiste manque de données pour tirer une conclusion;
- lorsque le pathologiste a besoin de plus de temps pour tirer ses conclusions parce qu'il veut y réfléchir davantage, revoir la documentation ou discuter du dossier avec des collègues.

L'on ne saurait trop insister sur l'importance de différer sa décision dans de telles situations. Cela ne signifie pas que le médecin légiste doit s'abstenir de parler de l'affaire avec la police. Cela signifie plutôt qu'il doit s'assurer que ses points de vue, et les restrictions qu'ils comportent, sont compris et consignés adéquatement. Cela revêt une importance particulière parce que, comme l'a fait remarquer l'inspecteur

intérimaire Keetch, en l'absence de nuances expresses, la police interprétera généralement une opinion préliminaire comme une opinion ferme.

Dans l'étude qu'ils ont préparée pour la Commission sous le titre « A Model Forensic Pathology Service », le D[r] Cordner et ses collègues ont énoncé cette règle utile qui devrait guider toute décision d'exprimer une opinion préliminaire : le pathologiste devrait donner seulement des opinions à l'égard desquelles il serait content d'être contre-interrogé plus tard en cour[2].

Lorsque la cause de la mort est à venir, les pathologistes feraient bien d'en discuter aussi avec le coroner. Après tout, le coroner a besoin de savoir où en est le dossier et combien de temps il faudra peut-être pour que les travaux ou les examens en cours soient achevés. Les lignes directrices en matière d'enquête sur les morts à l'intention des coroners exigent un « échange verbal direct » dans les quatre heures suivant la fin de l'examen sommaire entre le coroner-enquêteur et le médecin légiste.

De plus, les lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies énoncent désormais des directives précises sur les questions soulevées ici :

- Lorsque la cause de la mort est manifeste à la fin de l'examen sommaire, le médecin légiste devrait faire rapport du diagnostic à la police et au coroner, qui comprendront que le pathologiste a établi la cause de la mort sans avoir besoin d'attendre les résultats des tests secondaires qui pourraient être en cours. La cause de la mort donnée à la police et au coroner doit alors être consignée par écrit.
- Lorsque la cause de la mort n'est pas immédiatement manifeste, le médecin légiste devrait en faire état comme étant « à venir », « à l'étude » ou quelque chose du genre. On s'assure ainsi que la police et le coroner comprennent que la cause de la mort reste à déterminer.

Les lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies enjoignent aussi au médecin légiste de s'abstenir de donner une opinion préliminaire lorsqu'il ne devrait pas le faire :

> Aucune opinion préliminaire sur la cause de la mort (ou d'autres questions cruciales comme le moment où les blessures ont été infligées ou la manière dont elles l'ont été) ne doit être donnée à la police s'il existe une probabilité raisonnable que

[2] CORDNER, Stephen et coll., « A Model Forensic Pathology Service », 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.

les examens toxicologiques et histologiques, l'examen des organes fixes entiers ou d'autres tests secondaires modifient passablement l'opinion préliminaire. L'importance de cela ne saurait être exagérée. Si la police pose des gestes décisifs, comme l'arrestation et détention d'une personne, sur la foi d'une opinion préliminaire sur la cause de la mort et que cette opinion ne peut pas être justifiée ultérieurement, cela soulèvera alors de graves problèmes et la justice n'aura pas été rendue.

Recommandation 78

a) Conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à encourager les médecins légistes à faire preuve de prudence au sujet des opinions préliminaires. En particulier, aucune opinion préliminaire sur la cause de la mort ou d'autres questions de nature médicolégale, comme le moment où les blessures ont été infligées ou la manière dont elles l'ont été, ne devrait être donnée s'il existe une probabilité raisonnable que les examens secondaires modifient cette opinion préliminaire. Dans ces circonstances, la cause de la mort devrait être indiquée comme étant « en attente d'autres examens ».

b) Que les médecins légistes expriment une opinion préliminaire ou qu'ils indiquent que la cause de la mort est « à venir », ils devraient s'assurer que cela est parfaitement compris, ainsi que toute nuance ou restriction applicable à cette opinion préliminaire.

Enregistrement de l'opinion préliminaire

Le D^r^ Smith avait l'habitude de donner verbalement ses opinions préliminaires sur la cause de la mort. Aucune preuve n'indique qu'il ait jamais consigné ces opinions de quelque façon que ce soit. Cela pose des problèmes. Dans l'affaire Sharon, par exemple, le D^r^ Smith a témoigné à l'enquête préliminaire qu'il n'avait pas conservé en dossier ses conversations avec la police. Dans l'affaire Kenneth, il ne pouvait pas se souvenir de ce qu'il avait dit à la police immédiatement après l'examen sommaire. En effet, au cours du contre-interrogatoire à l'enquête préliminaire, il a dit à l'avocat de la défense qu'il serait obligé de jeter un coup d'œil aux notes de l'agent de police pour savoir quelle avait été sa propre opinion préliminaire. Cette pratique est inacceptable.

Selon moi, toute opinion transmise, qu'elle soit préliminaire, à venir ou définitive, doit être mise par écrit. La même démarche devrait prévaloir dans toutes les communications officieuses subséquentes entre le médecin légiste et la police ou

le coroner. Il n'y a rien de radical dans cette suggestion. Par exemple, le Dr Milroy a témoigné qu'il garde des notes de toute conversation avec la police après l'autopsie et qu'il consigne au fur et à mesure tout renseignement supplémentaire qu'il reçoit d'elle.

La pratique en Ontario en cette matière a été variable. Certains pathologistes, comme le Dr Smith, exprimaient leurs opinions préliminaires sous forme verbale seulement. Le sergent Charmley a confirmé que, dans ces circonstances, l'agent de police en poste devait généralement essayer de noter exactement ce que disait le médecin légiste sur la cause de la mort. La possibilité d'erreur dans de telles situations, malgré tous les efforts de la police, est évidente. Les policiers n'ont pas la formation en pathologie nécessaire pour qu'on leur confie la tâche de noter les opinions préliminaires.

À l'opposé, les médecins légistes de l'Unité de médecine légale de Hamilton ont toujours noté leurs opinions préliminaires par écrit sur la feuille d'autopsie sommaire qu'ils montraient ensuite à la police. Une autre façon de faire tout aussi valable consiste à demander au médecin légiste de lire et de signer le relevé que l'agent vient de faire de ce qui a été dit. Une copie peut ensuite être remise au médecin légiste pour ses dossiers. Cela permet de s'assurer que la police a correctement saisi le point de vue du médecin légiste.

Ce qui est clair, c'est que les opinions préliminaires – et en fait tout renseignement important venant du médecin légiste – devraient être consignées par écrit d'une manière telle (peu importe la forme utilisée) que le médecin légiste puisse en assumer la responsabilité et que cela devienne une pratique exemplaire importante. Cette façon de procéder permet non seulement de s'assurer que la police comprend le message du pathologiste, avec ses restrictions, mais oblige aussi le médecin légiste à penser, avec toute la rigueur souhaitable, précisément à ce qui peut être dit.

Voici le message des lignes directrices d'octobre 2007 du BCCO relatives aux autopsies, qui exige que, dans les cas où la cause de la mort est manifeste et que le médecin légiste transmet un diagnostic préliminaire à la police et au coroner, le pathologiste consigne cette opinion par écrit à ce moment-là.

Les mêmes lignes directrices prévoient aussi que, dans les 24 heures suivant la fin de l'examen sommaire, le médecin légiste doit aussi télécopier un formulaire d'avis (conçu par les unités régionales de médecine légale compétentes) à l'Unité provinciale de médecine légale à Toronto et au coroner régional. Le formulaire d'avis doit comprendre un historique pertinent et l'opinion préliminaire sur la cause de la mort transmise à la police. Le médecin légiste en chef ou son représentant doit examiner le document et faire des commentaires au pathologiste.

À l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP), le formulaire

d'avis, qui est en usage depuis 2007, est rempli à la fin de toutes les autopsies. Il est transmis au directeur de l'UOMLP et, dans les cas de morts suspectes, au médecin légiste en chef. Le formulaire d'avis comprend l'opinion préliminaire sur la cause de la mort donnée verbalement au coroner-enquêteur et à la police au moment de l'autopsie. En plus de l'opinion préliminaire sur la cause de la mort, le formulaire comprend aussi des renseignements sur les échantillons prélevés, par exemple si des organes entiers ont été retirés.

Il y a présentement des écarts de pratique quant à la remise des formulaires d'avis à la police. Dans les unités de médecine légale de Hamilton et de London, le pathologiste donne une copie du formulaire d'avis à la police. À Hamilton, le pathologiste demande aussi à l'agent chargé de l'enquête de signer le formulaire. Au contraire, les pathologistes de l'Unité de médecine légale de Kingston et de l'UPML ne remettent pas le formulaire à la police. Il est, et a toujours été, pratique courante dans ces unités de donner verbalement l'opinion préliminaire à la police. Cependant, le D^r^ Pollanen a témoigné qu'à l'UPML, le pathologiste surveille l'agent de police présent qui transcrit l'opinion dans son carnet afin de s'assurer qu'il la note avec précision. Ces variantes, bien que sans importance, devraient être normalisées dans l'intérêt des pratiques exemplaires.

Recommandation 79

a) Lorsqu'un médecin légiste fournit une opinion préliminaire à la fin de l'autopsie, il devrait le faire par écrit. Le pathologiste devrait remettre son opinion par écrit à la police et en garder une copie pour ses dossiers, sinon l'agent de police présent devrait noter avec soin l'opinion dans son carnet. Dans la deuxième hypothèse, le médecin légiste devrait vérifier la précision de ce que la police a noté et indiquer par écrit que les notes sont conformes à son opinion, y compris les restrictions qui s'y appliquent. Le médecin légiste devrait aussi garder une copie des indications pertinentes.

b) Si le formulaire d'avis du Bureau du coroner en chef de l'Ontario est utilisé pour noter l'opinion préliminaire du médecin légiste, il devrait être remis à la police et au coroner et le pathologiste devrait s'en garder une copie.

Remise des rapports en temps opportun

L'aboutissement important d'une autopsie pratiquée en vertu d'un mandat du coroner est évidemment le rapport d'autopsie. Sans une étude détaillée du contenu de ce rapport, tout examen des pratiques exemplaires serait incomplet. Cet examen s'applique également aux rapports supplémentaires et aux rapports

de consultation qui peuvent être préparés par le médecin légiste jusqu'à la tenue du procès. Ces rapports doivent transmettre efficacement au système de justice pénale ce que le pathologiste a à déclarer. C'est ce à quoi sert la médecine légale. Le contenu de ces rapports s'entremêle inextricablement avec ce que le pathologiste exprime verbalement autant au cours de ses témoignages que dans ses échanges officieux avec le procureur de la Couronne, la police, l'avocat de la défense, les familles touchées, les préposés à la protection de l'enfance et autres personnes. C'est pour cette raison que je définis des pratiques exemplaires concernant le contenu de ces rapports médicolégaux et que je formule des recommandations à ce sujet au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale. Les recommandations que j'ai faites dans ce chapitre et celles que je formule dans celui-ci s'appliquent aussi bien aux rapports d'autopsie, aux rapports supplémentaires ou aux rapports de consultation que fournit le pathologiste.

J'aimerais aborder ici la nécessité de remettre les rapports en temps opportun. Peu importe que le rapport soit précis, transparent, clair et exempt d'ambiguïtés, il n'est pas utile au système de justice pénale s'il ne peut pas être déposé à temps. En effet, son absence aux moments cruciaux de l'enquête ou des instances judiciaires subséquentes peut causer des préjudices.

Un thème récurrent dans les cas examinés durant l'enquête a été les retards chroniques des rapports du D^r^ Smith. Pour être équitable à son endroit, disons que c'est un problème qui ne lui était pas propre. Il était endémique dans le système. Cela étant dit, la preuve a aussi démontré que le D^r^ Smith était particulièrement en retard. En fait, ses retards étaient si problématiques que, dans plusieurs cas, il a fallu le menacer ou intervenir judiciairement pour obtenir son rapport. En outre, dans l'affaire Athena, le retard du D^r^ Smith à présenter son rapport supplémentaire a été l'une des raisons pour lesquelles de sérieux chefs d'accusation au criminel contre les parents ont été suspendus.

Le BCCO a fait des efforts pour régler le problème. Après que le D^r^ Chiasson est devenu médecin légiste en chef en 1994, il a commencé par proposer des délais aux pathologistes de toute la province. Il croyait qu'un délai raisonnable serait de trois ou quatre mois, à moins que des analyses supplémentaires hors de la volonté du pathologiste, comme dans les cas de toxicologie, soient nécessaires. Dans ces circonstances, le délai proposé était de un mois à compter de la réception des résultats des tests supplémentaires. En 1998, le BCCO a fixé un délai cible pour les rapports produits à l'UOMLP : 90 pour cent devaient être achevés dans les 90 jours. Ces objectifs n'ont pas été respectés et le D^r^ Chiasson a franchement admis qu'ils pouvaient ne pas être réalistes.

Plus près de nous, le 23 juillet 2004, le BCCO a envoyé à tous les coroners,

pathologistes, procureurs de la Couronne et chefs de police une note de service sur le parachèvement des rapports d'autopsie, précisant les lignes directrices suivantes pour la production de ces rapports :

- douze semaines à partir du moment de l'autopsie, dans les cas où aucun autre rapport n'est nécessaire pour achever le rapport d'autopsie;
- quatre semaines à compter de la réception des autres rapports ou des éléments d'enquête pertinents, dans les cas où le parachèvement du rapport dépend d'autres rapports ou d'éléments d'enquête.

Malgré ces lignes directrices, il est toujours difficile d'obtenir ces rapports en temps opportun. Évidemment, le simple fait d'établir un échéancier ne signifie pas qu'il sera respecté. Il faut examiner les raisons sous-jacentes qui font que les retards persistent et y apporter des correctifs.

Devant la Commission, un certain nombre de témoins ont parlé des défis que doivent relever les médecins légistes pour achever leurs rapports d'autopsie à temps. En voici quelques-uns :

- charges de travail imprévisibles et parfois lourdes;
- manque de priorisation, étant donné que la paperasse se situe en règle générale relativement loin dans la liste des priorités des médecins légistes;
- manque de soutien administratif, étant donné que les hôpitaux pourraient considérer les autopsies en vertu de mandats du coroner comme des tâches distinctes de celles pour lesquelles leur personnel administratif est rémunéré, ce qui laisse les médecins légistes aux prises avec le volet administratif des rapports d'autopsie;
- la priorisation de la pathologie chirurgicale aux dépens de la pathologie judiciaire par les pathologistes des hôpitaux;
- les délais associés à la consultation d'autres experts, puisque le pathologiste doit s'en remettre aux horaires et aux charges de travail de ces experts;
- le degré de complexité des cas, parce que les dossiers compliqués de médecine légale prennent plus de temps;
- les délais à recevoir les lames porte-objets d'histologie du laboratoire de l'hôpital;
- les délais à recevoir les résultats des tests de toxicologie.

De leur côté, les cadres supérieurs du BCCO ont apporté leur témoignage sur les défis à relever pour s'assurer que les rapports des pathologistes sont remis à temps ou pour faire respecter les délais. L'un des problèmes fondamentaux est la pénurie de pathologistes capables d'accomplir le travail.

Le D^r Pollanen a témoigné que le BCCO (ou, dans l'avenir, le SOML) ne dispose actuellement d'aucun moyen vraiment efficace pour presser les pathologistes rémunérés à l'acte à produire leurs rapports d'autopsie, autrement qu'en les encourageant à le faire. Si le BCCO devait prendre des mesures punitives, comme ne plus confier de cas aux pathologistes délinquants jusqu'à ce qu'ils remettent les rapports en retard, cela ne ferait qu'aggraver la pénurie de pathologistes disponibles pour exécuter le travail. En d'autres mots, toute tentative de régler la question des retards ne ferait qu'amplifier un autre problème grave.

Le D^r Albert Lauwers, coroner en chef adjoint intérimaire de l'Ontario et coroner régional, a déclaré sous serment que le fait d'avoir un nombre limité de personnes désireuses et capables de fournir le service réduit la capacité des cadres supérieurs du BCCO, comme les coroners régionaux, d'exercer leur influence afin de s'assurer que les rapports sont produits à temps. Le D^r William Lucas, coroner en chef adjoint intérimaire et coroner régional, a souligné le fait que la marge est étroite entre pousser les pathologistes à remettre leurs rapports dans les délais et les pousser assez fort pour qu'ils décident de ne plus vouloir offrir le service du tout. Pour atteindre cet équilibre, le BCCO a récemment augmenté la rémunération des pathologistes payés à l'acte dans la province. Cette augmentation a, jusqu'à un certain point, donné aux pathologistes la motivation nécessaire pour réduire les délais de préparation.

Le défi du BCCO (et du SOML dans l'avenir) est accentué par l'absence de tout système centralisé de suivi des rapports d'autopsie non terminés. L'importance du problème systémique de remise des rapports en temps opportun ne peut donc être quantifiée à aucun moment. Le système de suivi dont je parle au chapitre 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation, permettrait de régler ce problème.

Malgré ces défis, tous s'entendent pour dire que ne rien faire n'est pas une solution acceptable au problème des retards. Il y a un certain nombre de mesures, énumérées dans ma recommandation ci-dessous, qui peuvent aider à résoudre le problème des rapports en retard.

Recommandation 80

a) À partir des suggestions énoncées dans le présent rapport, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et le futur Service ontarien de médecine légale (SOML) devraient s'attaquer à l'important défi de la production en temps opportun des rapports de médecine légale dont le système de justice pénale a besoin.

b) La solution à ce problème difficile devrait comprendre les éléments suivants :

i) **Il devrait y avoir des délais réalistes et bien compris pour remettre les rapports d'autopsie. Ceux que le BCCO a proposés dans sa note de service de juillet 2004 sembleraient appropriés.**

ii) **Le BCCO devrait mettre sur pied un système de suivi central qui donnerait une meilleure idée du problème de la production en retard des rapports et qui permettrait par conséquent de mieux le gérer.**

iii) **Le développement de la profession de médecin légiste sera d'un grand secours.**

iv) **Le BCCO devrait bénéficier de ressources suffisantes pour s'assurer qu'aucun obstacle administratif ne vient retarder la production des rapports.**

v) **La mise en place de meilleures lignes de communication entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, par le biais de leurs ententes de service, contribuera à minimiser la pression qu'exerce le travail de pathologie clinique en tant qu'obstacle à la remise des rapports médicolégaux en temps opportun.**

vi) **Surtout dans les cas difficiles de morts suspectes, le BCCO devrait préparer des lignes directrices afin de prioriser les rapports dont le système de justice pénale a un besoin urgent.**

vii) **Il doit y avoir des sanctions. Les personnes qui occupent des postes de responsabilité, à commencer par le directeur régional, devraient tirer parti de leurs compétences de gestionnaires pour régler le problème. En bout de piste, le médecin légiste en chef peut brandir la menace du retrait possible du registre. Associée à la rémunération accrue des médecins légistes payés à l'acte pour les rapports qu'ils déposent, cette menace devrait suffire. Dans les cas extrêmes, la radiation du registre pourrait en effet s'avérer nécessaire pour préserver l'intégrité du SOML.**

Analyses toxicologiques

Dans plusieurs des cas que la Commission a examinés, les délais d'achèvement ou d'approbation du rapport d'autopsie étaient attribuables, en partie du moins, à la nécessité de procéder à des examens secondaires. Dans ces cas, le D^{r} Smith disait aux membres de l'équipe d'enquête sur les morts qu'il attendait un rapport en retard ou les résultats d'un test avant de terminer son rapport. Souvent, il s'agissait d'analyses toxicologiques.

Présentement, tous les tests de toxicologie se font au Centre des sciences judiciaires (CSJ) à Toronto, sauf ceux du Nord de l'Ontario. Lorsque les analyses doivent être réalisées de toute urgence, elles peuvent plutôt se faire au laboratoire de l'hôpital.

Par le passé, le BCCO et le CSJ ont essayé de résoudre le problème de délais des rapports de toxicologie du Centre, qui retardent forcément la production des rapports d'autopsie. Le 29 septembre 2003, pour s'assurer que le BCCO jouait son rôle, le D^r^ McLellan a envoyé une note de service à tous les coroners, pathologistes et chefs de police dans le but d'éliminer les délais d'envoi des échantillons au CSJ. Elle indiquait que le BCCO s'était rendu compte que, dans certains cas, il s'écoulait un laps de temps important entre le prélèvement des échantillons et leur envoi au CSJ aux fins d'analyse. Le D^r^ McLellan a donné ordre aux pathologistes de remplir un formulaire d'envoi à la fin de l'autopsie dans le but de s'assurer que les échantillons étaient transmis (par le pathologiste ou la police) aussitôt que possible après l'autopsie.

Néanmoins, plusieurs pathologistes et coroners ont indiqué à la Commission que les délais d'obtention des résultats de toxicologie auprès du CSJ demeuraient la principale raison du retard des rapports d'autopsie. Selon le D^r^ Lauwers, bien que le temps de réponse pour certains tests réalisés au CSJ soit assez court, comme pour les niveaux d'alcoolémie, les temps de réponse continuent à être longs lorsqu'il s'agit de rapports toxicologiques complets, comme dans les cas de morts suspectes d'enfants.

En décembre 2007, le comité de la haute direction du BCCO a entrepris des pourparlers avec le CSJ pour trouver des manières d'améliorer les délais. Cela est louable et la poursuite de ces pourparlers doit constituer une priorité pour les deux institutions.

Recommandation 81

a) En vue de raccourcir les délais de production des rapports d'autopsie, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à enjoindre aux médecins légistes de soumettre leurs échantillons aux fins d'analyse toxicologique aussitôt que possible.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires devraient rapidement concevoir ensemble des lignes directrices qui priorisent et accélèrent les analyses toxicologiques dans des types d'affaires clairement définis, comme les cas de morts suspectes.

c) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires devraient continuer leurs pourparlers en toute priorité afin d'améliorer les délais de réalisation des rapports de toxicologie dont les médecins légistes ont besoin pour terminer leur rapport.

Travail d'équipe

Bien que j'aie déclaré que le principe du travail d'équipe doit inspirer la démarche axée sur les pratiques exemplaires en ce qui concerne la pratique de l'autopsie par le médecin légiste, ce concept se traduit aussi en pratiques exemplaires particulières à suivre pour réaliser de bonnes autopsies. Notre examen systémique a exposé les dangers, pour un pathologiste, de travailler dans un trop grand isolement.

Ce n'est pas seulement le travail d'équipe entre le coroner-enquêteur et le médecin légiste qui importe, bien que ce soit vital à partir du moment où le coroner émet le mandat d'autopsie. Les assistants en anatomopathologie sont aussi des membres essentiels de l'équipe, de même que les collègues des spécialités voisines qui peuvent être appelés dans des cas particuliers, par exemple les neuropathologistes, les pathologistes pédiatres ou les odontologistes légistes. L'autopsie arrivera aux meilleurs résultats seulement si le pathologiste partage l'information et ses idées avec ces professionnels et fait appel à leur expertise. Avec l'arrivée de la technologie de la télémédecine qui relie les unités régionales de médecine légale, cette coopération deviendra de plus en plus possible avec le temps. Nous devons nous rappeler cependant, comme j'en parle au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale, que, lorsque le pathologiste entreprend des consultations de quelque importance auprès de collègues de spécialités voisines, elles devraient être consignées par le médecin qui consulte autant que par celui qui est consulté.

Dans un certain nombre de cas examinés au cours de l'enquête, l'opinion du D^r^ Smith était tout simplement erronée. Étant donné que tellement de choses peuvent dépendre de l'opinion du médecin légiste, et en dépendent effectivement, il est important de gérer ce risque. Le travail d'équipe accomplit un pas dans cette direction.

Dans l'affaire Sharon, par exemple, si le D^r^ Smith avait consulté au départ un médecin légiste compétent plus expérimenté en matière de morsures animales et de coups de couteau, ses erreurs de base en matière de médecine légale auraient pu être relevées dès le départ. De même, dans l'affaire Jenna, si le D^r^ Smith était allé chercher les experts appropriés, il aurait pu évaluer correctement le moment où les blessures fatales lui ont été infligées et les marques probables de morsures sur son corps.

Dans le cadre du travail d'équipe durant l'autopsie, il est donc essentiel que le médecin légiste recherche activement l'aide de ses collègues, non seulement ceux des spécialités voisines, mais aussi ceux de sa propre spécialité pour obtenir leur avis et leur aide afin de résoudre des questions ardues. Cela est particulièrement vrai dans les cas difficiles, comme les morts suspectes d'enfants. La responsabilité d'accomplir cette démarche revient au médecin légiste. Il revient cependant au SOML et, en fin de compte, au médecin légiste en chef de créer une culture dans laquelle cela est considéré comme une pratique exemplaire. Il est tout à fait louable que des démarches aient déjà été accomplies dans ce sens.

Recommandation 82

Les médecins légistes devraient travailler en équipe lorsqu'ils pratiquent des autopsies. Le Service ontarien de médecine légale devrait être chargé de créer une culture où l'on s'attend à cela.

Mise en œuvre des pratiques exemplaires dans le déroulement des autopsies

L'élaboration de pratiques exemplaires pour la réalisation des autopsies est essentielle si l'on veut s'assurer que les pathologistes et le système de justice pénale font les choses correctement. Les lignes directrices du BCCO ont beaucoup accompli en matière de pratiques exemplaires entourant l'autopsie. Mais il y a encore du pain sur la planche, comme je l'ai mentionné. Une fois que l'on s'entend sur les pratiques exemplaires, encore faut-il relever le défi de les mettre en œuvre.

Une première méthode est de faire appel aux lignes directrices du BCCO. Elles devraient aborder expressément tous les principes exposés dans le présent chapitre, tout en respectant une marge appropriée d'indépendance professionnelle.

Comme je le recommande dans d'autres chapitres, je soutiens aussi la formation continue sur les principes de base qui doivent guider les pathologistes dans leur travail. Les pathologistes qui exercent la médecine légale devraient participer régulièrement à des programmes de formation continue en médecine qui abordent non seulement les pratiques exemplaires entourant l'autopsie, mais aussi les leçons systémiques tirées des erreurs passées, y compris celles qui ont été relevées durant cette enquête.

De plus, comme dans tout organisme professionnel, lorsque des lignes directrices sont mises en place, il doit y avoir des vérifications pour s'assurer qu'elles sont respectées et, dans le pire des scénarios, que des mécanismes soient instaurés pour sévir contre ceux qui omettent de s'y conformer. Des outils comme l'examen

par des pairs, les vérifications ponctuelles ou la perte d'accréditation doivent être mis en place à cette fin.

Au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale, je recommande la création d'un code de pratique et de normes de rendement à l'intention des médecins légistes. Ce code devrait reprendre les recommandations énoncées dans ce chapitre, qui sont destinées à promouvoir la communication orale et écrite d'opinions compréhensibles, fondées sur des éléments de preuve, par les médecins légistes au système de justice pénale. Il devrait aussi reprendre les recommandations formulées dans le présent chapitre.

Recommandation 83

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

L'objectif de la médecine légale est de servir le système de justice. L'élément central de la médecine légale est bien sûr l'autopsie. Si les médecins légistes réalisent des autopsies médiocres, s'ils ne s'assurent pas que les pièces à conviction sont préservées et que les tests secondaires appropriés sont faits, ou si l'information qu'ils reçoivent et sur laquelle ils se fondent pour se faire une opinion n'est pas consignée ou n'est pas transmise aux autres, le système de justice n'est pas bien servi. D'où l'importance d'élaborer et de maintenir à jour des pratiques exemplaires entourant l'autopsie.

Je reconnais que des progrès importants ont été réalisés dans l'élaboration de telles pratiques exemplaires. Mes recommandations viennent s'ajouter à ces assises et, par là, promouvoir la réalisation d'autopsies judiciaires précises, compréhensibles et transparentes. Si cette intention se concrétise, la médecine pédiatrique légale et le système de justice s'en porteront mieux.

16

Communication efficace avec le système de justice pénale

La preuve présentée dans le cadre de cette Commission d'enquête a démontré que les opinions exprimées par le D^r^ Charles Smith et d'autres étaient essentiellement incorrectes en plus d'avoir été données de façon à favoriser une mauvaise interprétation ou une mauvaise compréhension de la part des policiers, des procureurs, des avocats de la défense ainsi que des tribunaux. Il est important de se rappeler que le but premier de la médecine légale est de servir le système de justice. Lorsque les opinions des médecins légistes, ainsi que leurs limites, ne sont pas bien comprises, le fonctionnement du système de justice prend alors appui sur des bases erronées. Ce problème de communication peut avoir des conséquences graves et parfois même désastreuses sur l'administration de la justice et sur les personnes principalement concernées, dont les accusés et les familles des défunts. Les personnes innocentes ne devraient pas être accusées ni reconnues coupables et les personnes coupables ne devraient pas être libérées en se basant sur des opinions d'expert mal interprétées. Dans le présent chapitre, je formule des recommandations ayant pour but de faire en sorte, autant que possible, que les renseignements fournis par les médecins légistes soient communiqués au système de justice de façon exacte afin qu'ils soient parfaitement compris. Ici comme dans les autres chapitres, je ne concentre pas mon attention uniquement sur la médecine pédiatrique légale. Bien que ces principes s'appliquent à l'ensemble de la médecine légale, la communication efficace revêt une importance capitale dans le cas de la médecine pédiatrique légale. Comme l'illustrent les cas examinés par la Commission, la médecine légale tient souvent un rôle central, sinon décisif, dans les affaires où il y a mort d'un enfant. C'est en raison de l'importance de ce rôle que les pathologistes doivent communiquer de façon claire et adéquate.

J'examine tout d'abord les principes qui devraient régir la communication des opinions médicolégales, que ce soit sous forme écrite ou orale, à l'intérieur ou à l'extérieur du tribunal. Je m'attarde ensuite sur les problèmes systémiques de

communication cernés au cours de cette enquête. Finalement, je tente de déterminer comment appliquer, au mieux, ces propositions, en prêtant une attention particulière à la rédaction des rapports et aux témoignages. Il n'est pas étonnant que les thèmes abordés dans ce chapitre aient un lien avec nombre de ceux dont il a été question dans d'autres chapitres, particulièrement avec les sections portant sur les pratiques exemplaires et le rôle de tous les intervenants du système de justice, incluant la magistrature. En un mot, ce n'est pas seulement la communauté médicolégale qui a la responsabilité de s'assurer que les opinions d'experts sont bien véhiculées et comprises par les autres.

Principes généraux

Différents aspects de l'opinion d'un pathologiste peuvent être source de malentendu :

1 le contenu même de l'opinion et le langage dans lequel elle est exprimée;
2 le niveau de confiance et de certitude que l'expert a à l'égard de l'opinion exprimée;
3 si l'opinion fait référence à d'autres explications des résultats de l'examen pathologique;
4 si l'opinion fait l'objet de débats au sein même de la communauté médicolégale;
5 si l'opinion ou une partie de celle-ci déborde le champ d'expertise du médecin légiste;
6 si l'opinion se base, en totalité ou en partie, sur des renseignements de nature non pathologique fournis au pathologiste;
7 si l'opinion est fondée, en totalité ou en partie, sur l'opinion d'autres experts ayant été fournie au pathologiste;
8 l'omission de mentionner certains faits ou le raisonnement ayant permis au pathologiste de former cette opinion.

J'examine brièvement chacun des aspects de l'opinion d'un pathologiste et formule des recommandations les concernant afin d'éviter de futurs malentendus. Mais tout d'abord, je désire prendre en compte un certain nombre de principes qui doivent généralement être appliqués pour assurer une bonne communication des opinions des pathologistes au système de justice pénale.

Il ne fait aucun doute que ces principes doivent être à la base des rapports écrits préparés par les médecins légistes pour le système de justice pénale, qu'il s'agisse de rapports d'autopsie, de rapports de consultation ou de rapports supplémentaires.

Ces principes s'appliquent également lorsque les médecins légistes témoignent ou communiquent de façon moins officielle avec d'autres intervenants du système, comme la police, les procureurs, les coroners ou les avocats de la défense.

Évidemment, tous ces principes doivent être adaptés afin de répondre aux besoins de chaque affaire. Par exemple, une mort peut avoir des causes simples et non litigieuses, à un point tel qu'il n'est pas nécessaire de fournir une explication élaborée à l'égard de l'opinion exprimée. Toutefois, particulièrement dans les cas de morts suspectes d'enfants, la médecine légale peut être indispensable. Dans ces circonstances, il est essentiel que la communication soit adéquate. C'est précisément avec ces cas en tête que je formule la recommandation suivante.

Recommandation 84

Plusieurs principes généraux devraient guider la façon dont les opinions des pathologistes sont communiquées :

a) **Les opinions des pathologistes sont souvent tributaires de connaissances et d'expertise techniques difficilement compréhensibles pour des profanes. Dans les cas de médecine pédiatrique légale en particulier, les opinions peuvent contenir plusieurs nuances. Toutefois, le système de justice pénale dans lequel ces opinions sont requises demande certitude et simplicité. Ces cultures différentes posent un sérieux risque de malentendu entre les deux domaines professionnels, risque qui est amplifié par un processus de confrontation conçu pour pousser ces opinions dans diverses directions. Afin de réduire le risque de malentendu, les parties les plus importantes de l'opinion d'un médecin légiste devraient être mises par écrit dès que possible.**

b) **La capacité des différents destinataires de l'opinion d'un médecin légiste, y compris les pairs qui en font l'examen, les coroners, les intervenants du système de justice pénale ou les instances de protection de la jeunesse, à comprendre, à évaluer et potentiellement à mettre en doute cette opinion exige que cette dernière soit tout à fait transparente. Le rapport devrait également mentionner, en plus de l'opinion, les faits sur lesquels celle-ci repose, le raisonnement qui a permis d'y arriver, ses limites et la certitude ou le degré de confiance du pathologiste à l'égard de l'opinion exprimée.**

c) **Bien que certaines des personnes auxquelles s'adresse l'opinion du médecin légiste soient des experts, comme les pairs chargés de l'examen, nombre d'entre elles sont des profanes qui comprennent peu ou pas du tout le langage technique. Il est essentiel que l'opinion du pathologiste soit comprise par toutes les personnes concernées. Elle doit donc être communiquée dans un**

langage qui est non seulement précis, mais également clair, simple et dénué d'ambiguïté.

d) Lorsqu'ils expriment leur opinion, les médecins légistes devraient adopter une démarche fondée sur des éléments de preuve. Pour ce faire, ils doivent mettre l'accent sur les preuves empiriques ainsi que sur leur portée et leurs limites, telles qu'elles sont largement définies dans les ouvrages médicaux revus par les pairs et d'autres sources fiables. Cette démarche insiste moins sur les déclarations péremptoires fondées sur l'expérience personnelle, qui peut rarement être quantifiée ou validée de façon indépendante.

Sources de mauvaise interprétation ou de malentendu

Contenu de l'opinion et langage dans lequel elle est exprimée

Il ne fait aucun doute que l'opinion d'un pathologiste concernant la cause de la mort peut être une source majeure de malentendu si elle n'est pas soigneusement exprimée. Le meilleur exemple qui ressort de l'enquête est l'utilisation du terme « asphyxie ». Le D^r^ Smith était d'opinion que l'asphyxie avait causé la mort dans un certain nombre des affaires examinées. L'asphyxie, selon sa racine grecque, se traduit littéralement par « arrêt du pouls ». Toutefois, les preuves réunies lors de cette enquête ont démontré que le terme a été communément utilisé pour signifier que le défunt avait cessé de respirer ou avait été privé d'oxygène. Il a aussi fréquemment été utilisé pour décrire l'asphyxie mécanique causée par l'intervention d'une tierce personne. Cette dernière signification est radicalement différente de la première en ce sens qu'elle implique généralement des blessures non accidentelles. Un des problèmes cernés par la Commission était que le D^r^ Smith avait utilisé le terme « asphyxie » de façons incohérentes. Il l'a parfois utilisé dans son sens le plus inculpatoire, indiquant qu'il y avait eu asphyxie mécanique par l'intervention d'une tierce personne. À d'autres moments, il a utilisé le terme dans son sens le plus bénin, bien que cette différence n'ait pas toujours été évidente pour les policiers et les autres personnes ayant entendu ses témoignages. La situation a été aggravée par le témoignage du D^r^ Smith. Il a parfois expliqué ce qu'était l'asphyxie en termes qui étaient, dans le meilleur des cas, confus et pratiquement incompréhensibles. Les différents sens qui peuvent être attribués au terme « asphyxie » invitent non seulement à l'utiliser avec prudence, mais présentent un excellent argument pour éviter complètement de l'utiliser, si on désire éviter la confusion et les malentendus.

L'enquête a révélé un autre problème systémique tout aussi important lié à l'utilisation de ce terme. Même si le mot « asphyxie » était utilisé de façon précise, pour ne faire référence qu'à l'arrêt respiratoire, il ne sert, vraisemblablement, à rien pour éclairer quiconque sur les questions importantes pour le système de justice pénale. En effet, tous les médecins légistes qui ont témoigné ou participé aux tables rondes de la Commission étaient d'opinion que le terme « asphyxie » n'est pas assez bien défini pour indiquer la cause de la mort. C'est également à cette conclusion qu'est arrivée une étude très utile préparée par le D^r^ Stephen Cordner, directeur du Victorian Institute of Forensic Medicine, et ses associés dans laquelle on pouvait lire :

> « [A]sphyxie » en soi est un terme relativement générique désignant un mécanisme spécifique qui interfère avec la respiration et, sauf en cas d'étranglement, c'est un terme non spécifique quant à sa cause (qu'elle soit naturelle, accidentelle ou criminelle). On peut déjà dire que, pour que le mot soit utile dans un sens technique, il doit être expliqué et défini[1].

En toute honnêteté, il faut dire que d'autres que le D^r^ Smith ont utilisé le terme « asphyxie » pour désigner la cause de la mort. Toutefois, il était prêt à conclure que le décès était dû à l'asphyxie (dans son sens le plus inculpatoire), alors que les résultats de l'examen pathologique ne pointaient pas en ce sens, et il a fait une utilisation dangereusement imprécise du terme, même lorsqu'il n'était pas prêt à tirer des conclusions inculpatoires.

Les possibilités de malentendu au sujet du contenu d'une opinion ne se limitent pas aux cas d'asphyxie. Elles surgissent chaque fois que les causes ou les mécanismes de la mort qui sont mentionnés portent à confusion, soit parce que le langage utilisé peut avoir plusieurs sens, soit parce qu'il n'est fait mention de rien qui pourrait élucider la cause de la mort.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) a, depuis lors, apporté une réponse au problème dans une certaine mesure dans le document intitulé *October 2007 Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* (Lignes directrices relatives aux autopsies), qui précise ce qui suit : « La cause de la mort ne doit pas être spéculative. Lorsqu'on l'expose, il convient d'éviter des termes tels que : *asphyxie* et *correspond à une asphyxie...* » Je suis d'accord avec cette démarche.

---

[1] 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, p. 57.

Recommandation 85

a) Le terme « asphyxie » ne devrait pas être employé pour préciser la cause de la mort. Si on doit l'utiliser pour décrire le mécanisme ayant causé la mort, il devrait être explicité afin d'éviter toute confusion.

b) Les médecins légistes de l'Ontario devraient être sensibilisés aux dangers associés au terme « asphyxie » et, sous les auspices du médecin légiste en chef, en venir à un consensus sur les cas où il est approprié ou non de l'utiliser.

c) De façon plus générale, les médecins légistes devraient prendre soin d'exprimer leurs opinions en des termes qui ne sont pas porteurs de plusieurs sens et qui permettent d'élucider les questions sur lesquelles porte l'opinion.

Le niveau de confiance ou de certitude à l'égard de l'opinion

Au cours de l'enquête, j'ai eu la chance d'entendre de nombreux éminents médecins légistes de partout dans le monde. Grâce à leur participation, il m'est apparu évident qu'il n'y a pas de consensus quant au niveau de confiance ou de certitude que les médecins légistes ont à l'égard de leurs opinions, à la façon de l'exprimer, le cas échéant, lorsqu'ils expriment leurs opinions et aux façons de mieux percevoir et exprimer le niveau de confiance ou de certitude à cet égard. Les malentendus peuvent émerger sous différentes formes. La plus grande inquiétude découle de la possibilité que le système de justice pénale, dans sa quête de certitude, accorde à l'opinion d'un pathologiste un niveau de confiance plus élevé que celui que l'expert avait prévu.

Les preuves ont laissé entendre que le D^r^ Smith avait fondé son opinion sur des probabilités qui, même si elles avaient été justes, n'auraient pas toujours paru si évidentes dans son témoignage ou ses communications avec la police. Encore plus troublant, il a souvent utilisé un langage qui exagérait le niveau de certitude qu'il dit maintenant avoir. Le D^r^ David Chiasson, directeur de l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) SickKids à Toronto, déclare qu'il a recours à des tests de prépondérance des probabilités. L'une des difficultés de procéder de la sorte est que, à moins qu'il ne soit exprimé clairement, le niveau de confiance ou de certitude du pathologiste à l'égard de l'opinion peut rester inconnu ou être mal interprété. En réalité, on pourrait facilement croire que le niveau de confiance du pathologiste en tant que témoin de la Couronne équivaut à la norme criminelle du « hors de tout doute raisonnable ». Ainsi, le juge des faits de l'affaire conclurait, à tort, que l'opinion a été exprimée plus fermement qu'elle ne l'a été en réalité.

Il a été question de différentes options au cours de cette enquête. Certains pathologistes évitent de s'appuyer sur des normes telles que « la prépondérance des probabilités » ou « un degré de certitude médicale ». Ils se croient plutôt capables ou non d'exprimer une opinion en se basant sur les preuves dont ils disposent. En résumé, ils expriment une opinion s'ils croient que les preuves disponibles leur permettent de le faire.

D'autres pathologistes, tels que le D^r^ Christopher Milroy, médecin légiste en chef du Forensic Science Service du Royaume-Uni, affirment que certaines opinions peuvent être défendues avec plus de certitude que d'autres et avoir été formulées à l'aide d'expressions comme « fortement probable » et « fortement improbable » pour définir ces différences, mais sans aucune uniformité sur le plan de la démarche individuelle. Le D^r^ Milroy, qui est également diplômé en droit, a rejeté l'idée que les pathologistes ne devraient exprimer une opinion qu'après qu'ils en soient convaincus « hors de tout doute raisonnable ». Il a déclaré qu'établir une preuve « hors de tout doute raisonnable » correspondait à une norme légale et non scientifique qui ne s'applique de façon appropriée à l'ensemble des preuves (pathologiques ou non) que lorsqu'il s'agit de déterminer si un accusé est coupable ou non. Le point de vue du D^r^ Milroy pointe dans la même direction que la jurisprudence canadienne. Il m'a suggéré de prendre en considération une échelle de confiance uniforme que tous les pathologistes devraient utiliser dans le cadre de leur travail. Le D^r^ Jack Crane, médecin légiste d'État pour l'Irlande du Nord, était lui aussi d'opinion qu'il serait bon de tenter de définir un langage commun pour décrire les niveaux de certitude.

Dans certains territoires de compétence, des efforts ont été déployés pour établir une échelle de confiance codifiée pour les médecins légistes. Le D^r^ Pekka Saukko, médecin légiste finlandais hautement reconnu, a indiqué que, « si possible, un classement des différentes options en ordre de probabilité peut être offert ». Bien qu'il ne soit pas possible d'effectuer un classement dans toutes les affaires, il utilise un système de classement à cinq catégories, comme le font les pathologistes en Allemagne. Les cinq catégories sont « très probable, plutôt probable, possible, plutôt improbable et très improbable ».

On a également tenté d'établir de tels systèmes de classement dans d'autres disciplines. Par exemple, l'American Board of Forensic Odontology a adopté un langage normalisé pour définir le degré de confiance lorsque vient le temps de déterminer si une blessure est en fait une morsure. Les options sont : aucune trace de morsure, trace de morsure possible, trace de morsure probable et trace de morsure avérée. Chacune de ces catégories se définit comme suit :

- *Aucune trace de morsure :* l'expression est suffisamment explicite.
- *Trace de morsure possible :* la marque à l'étude peut avoir été ou non causée par les dents, mais d'autres causes possibles ne peuvent être écartées. La forme et la taille générales sont présentes, mais des caractéristiques distinctives comme les marques de dents sont absentes, incomplètes ou déformées.
- *Trace de morsure probable :* la marque à l'étude suit un modèle qui laisse fortement supposer ou qui soutient qu'elle aurait été causée par des dents. Le motif montre les caractéristiques typiques de dents alignées le long de l'arcade dentaire.
- *Trace de morsure avérée :* aucun doute raisonnable ne permet de remettre en question le fait que des dents ont créé le motif. Les autres possibilités ont été prises en compte et exclues. Le motif présente de façon concluante toutes les caractéristiques classiques de l'arcade dentaire et des dents humaines dans leur alignement normal; on y reconnaît donc l'empreinte d'une dentition humaine.

Catégoriser les marques de morsure de cette façon ne garantit en rien que l'opinion sous-jacente est correcte.

Une échelle normalisée du niveau de confiance possède des avantages évidents, mais le D^r^ Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, a décrit quelques problèmes liés à une telle utilisation. Premièrement, elle pourrait dissimuler des différences bien réelles entre les pathologistes quant à la preuve suffisante pour déterminer qu'une cause ou un mécanisme précis est « très probable » ou « très improbable ». Le professeur Gary Edmond, expert australien en droit et en sciences, a émis une autre réserve lors de l'enquête. Les échelles de niveau de confiance, ou même les statistiques en pourcentage (dont l'usage a été adopté dans certains États américains), a-t-il déclaré, peuvent être attrayantes, car elles semblent précises. Toutefois, elles ne se basent pas nécessairement sur des preuves. Les véritables limites des opinions exprimées peuvent encore une fois être dissimulées, non pas cette fois par une incapacité à déterminer un niveau de confiance ou de certitude, mais par l'expression d'un niveau qui ne peut tenir devant un questionnement scientifique rigoureux.

Il n'y a pas de solution facile quant au moyen d'exprimer le niveau de confiance ou de certitude à l'égard d'une opinion scientifique. M^me^ Erica Beecher-Monas des États-Unis, experte en matière d'évaluation de preuves scientifiques, a fait une importante observation au cours de nos tables rondes à l'effet que le système de justice devrait moins dépendre du niveau de confiance du pathologiste à l'égard de l'opinion exprimée que des raisons qu'il invoque pour expliquer son raisonnement. Les raisons peuvent être évaluées, débattues et contestées, particulièrement lorsque l'on reconnaît – comme il se doit – que la médecine légale est une discipline

interprétative dans laquelle le niveau de certitude n'est pas facilement quantifiable et peut même ne pas être soutenu scientifiquement.

Bien que je reconnaisse les défis que pose l'application d'un tel processus, il est à mon opinion profitable et important de tenter de définir un langage uniforme que tous les pathologistes emploieraient dans le système de justice pénale pour décrire leur niveau de confiance à l'égard de l'opinion qu'ils expriment. Cet exercice doit être fait conjointement par des médecins légistes (qui savent ce qui doit être dit) et des légistes (qui connaissent les besoins du système de justice pénale). L'objectif est de définir un langage qui peut généralement être utilisé par les médecins légistes et bien compris par les intervenants du système de justice. Cet exercice porte sur le niveau de confiance, mais peut également s'appliquer à tous les aspects de l'opinion du pathologiste.

Cette discussion soulève également des questions connexes à savoir si le niveau de confiance du pathologiste devrait être affecté par le type de procès (c.-à-d. civil, criminel, protection de la jeunesse) lors duquel l'opinion est exprimée. Selon moi, le niveau de confiance du pathologiste devrait demeurer le même indépendamment du type de procès au cours duquel l'opinion est donnée. Ce point de vue correspond à celui des médecins légistes qui ont témoigné devant la Commission. Il faut admettre que, bien que l'essentiel de l'avis reste le même, ses conséquences peuvent varier selon le type de procès. Toutefois, cette question particulière relève du tribunal et non du témoin expert.

Recommandation 86

a) Les médecins légistes devraient évaluer le niveau de confiance qu'ils ont à l'égard de leurs opinions et exprimer cette évaluation aussi clairement que possible. Dans l'attente de la définition d'un langage commun à cette fin, les pathologistes devraient exprimer le plus clairement possible, en leurs propres mots, leur niveau de confiance.

b) Sous les auspices du médecin légiste en chef, des travaux pluridisciplinaires devraient être entrepris pour définir, dans la mesure du possible, un langage commun permettant aux médecins légistes de décrire ce qu'ils ont à dire. Ce cadre pluridisciplinaire devrait comprendre des chefs de file, tant praticiens que théoriciens, du domaine de la médecine légale et de la profession juridique.

c) L'un des objectifs devrait être d'établir un consensus sur la façon d'exprimer les niveaux de confiance.

d) Les fruits de ce travail devraient se retrouver dans un Code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes.

Recommandation 87

a) La preuve au-delà de tout doute raisonnable est une norme juridique qui s'applique à l'ensemble des preuves et qui n'a aucune corrélation avec la science ou la médecine. Les médecins légistes devraient être sensibilisés et formés à ne pas penser en termes de « preuve hors de tout doute raisonnable » et ils ne devraient pas formuler ou exprimer leurs opinions en fonction de cette norme juridique.

b) De la même façon, les intervenants du système de justice devraient être sensibilisés de façon à éviter de pousser les médecins légistes à exprimer leurs opinions selon cette norme juridique.

Recommandation 88

Les médecins légistes devraient également être sensibilisés et formés de façon que leur niveau de confiance ou de certitude à l'égard de leurs opinions demeure essentiellement le même, indépendamment du forum où celles-ci sont.

Incapacité de tenir compte d'autres explications relatives aux résultats de l'examen pathologique

La preuve présentée lors de cette enquête a démontré que le D^r^ Smith formulait parfois son opinion selon le modèle suivant : « En l'absence d'une explication plausible, les résultats de l'autopsie indiquent, selon moi, qu'il s'agit d'une blessure non accidentelle ».

Il est évident que cette formulation peut mener à des interprétations bien différentes dans le système de justice pénale. Dans l'affaire Nicholas, par exemple, lorsque le D^r^ Smith a utilisé cette expression, la police et le procureur ont cru que, si des accusations étaient déposées, un acquittement serait inévitable[2]. Ils avaient l'impression que cette formulation précise indiquait qu'une explication crédible (et par le fait même un doute raisonnable) pouvait exister selon la preuve.

Les représentants de la défense appelés à la barre devant la Commission ont toutefois soutenu que cette formulation, contrairement à la présomption d'innocence, oblige de façon inappropriée les parents ou la personne en charge qui sont soupçonnés à réfuter la thèse de la blessure non accidentelle. Le fait que des interprétations aussi diamétralement opposées puissent être tirées d'une

[2] 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.

même formulation souligne à quel point un langage imprécis peut engendrer l'incompréhension.

Cette formulation ne devrait pas être utilisée pour une autre raison fondamentale. Intentionnellement ou non, elle mène par défaut à un diagnostic non scientifique plutôt qu'à une détermination de la cause de la mort fondée sur des éléments de preuve. Comme l'a déclaré le D^r^ Pollanen devant la Commission :

> Le problème dans le cas présent réside dans le fait que le pathologiste doit déterminer le mieux possible le niveau de certitude à l'égard de la preuve ou […] démontrer les limites de la preuve médicale lorsqu'il arrive à une conclusion catégorique de blessure non accidentelle, plutôt que de dire simplement : « À moins de trouver une raison qui prouve le contraire, vous devriez penser à une blessure non accidentelle. » [Ceci] n'est pas vraiment suffisant pour exprimer ce que la preuve médicale nous révèle…
>
> Par exemple, de façon générale en médecine, lorsqu'un patient se présente chez […] un chirurgien avec une bosse […] une tumeur et que le pathologiste reçoit une biopsie de la tumeur […] puis qu'il observe l'échantillon au microscope et qu'il n'est pas certain s'il s'agit ou non d'un cancer, il ne déclare pas : « En l'absence de preuve du contraire, il s'agit d'un cancer. » Il déclare plutôt : « Les résultats de l'histologie ne permettent pas d'arriver à un diagnostic relativement à la biopsie. Pousser l'examen plus loin pour arriver à un diagnostic. »

Les pathologistes devraient être autorisés à émettre leur opinion, si la science le permet, quant à savoir si l'explication donnée pour les blessures ou l'état du défunt est réfutée ou, inversement, soutenue par l'examen pathologique. Sous réserve, encore une fois, des limites de la science, ils peuvent exprimer de façon appropriée, au moment de donner leur opinion, le niveau de confiance ou de certitude qu'ils ont à l'égard de ces explications. Si aucune explication n'est plausible, ils doivent le faire savoir. Cependant, cela est radicalement différent du fait de permettre que l'absence d'une explication crédible prévale sur des preuves médicales suffisantes pour expliquer la cause de la mort. Si la preuve est insuffisante pour soutenir la cause de la mort, celle-ci devrait être qualifiée d'« indéterminée »[3]. Le même raisonnement s'applique aux opinions relatives à des questions autres que la cause de la mort, qui pourraient faire partie du domaine d'expertise du médecin légiste.

Plus clairement, caractériser la cause de la mort d'incertaine ou d'indéterminée

[3] Le BCCO utilise le terme « indéterminée », bien que le terme « incertaine » ait été utilisé en Ontario et ailleurs.

ne signifie pas qu'il est inutile que le médecin légiste témoigne. Il pourrait être important pour le juge ou les membres du jury de comprendre pourquoi la cause de la mort est incertaine ou indéterminée. Il pourrait également être important de discuter des causes de la mort qui ont été exclues ou non en raison d'un manque de preuves, en supposant qu'il s'agisse d'opinions bien fondées et non de simples conjectures.

Le D^r^ Saukko nous a dit que, lorsque les conclusions ne sont pas aussi tranchées, le pathologiste devrait discuter des diverses conclusions que les preuves empiriques ne peuvent soutenir et qu'il devrait fournir une opinion quant à la pertinence de chacune d'elles. Le D^r^ Milroy et le D^r^ Crane étaient d'accord. Un raisonnement semblable s'applique aux causes de la mort qui, selon le pathologiste, peuvent être éliminées. Le D^r^ David Dexter et la D^re^ Chitra Rao, directeurs d'unités de médecine légale, ont déclaré que tout rapport complet devrait expliquer pourquoi le pathologiste a éliminé certaines causes de la mort même si des preuves pointaient en leur direction.

Je suis d'accord avec ces points de vue. En plus de fournir des conclusions de base, le médecin légiste devrait souligner et évaluer, le cas échéant, les autres explications qui ont été soulevées par l'examen pathologique ou par le contexte de la mort de la personne. Le pathologiste devrait expliquer pourquoi les autres explications peuvent être éliminées ou non. Cette démarche s'applique non seulement à la cause de la mort, mais également aux autres questions soulevées pendant le procès qui relèvent du champ d'expertise du médecin légiste.

L'affaire Joshua démontre que cette démarche servirait au mieux les intérêts du système de justice. Dans cette affaire, le policier chargé de l'enquête a recueilli consciencieusement les renseignements relatifs à la possibilité que de la moisissure ait pu provoquer la mort de l'enfant. Cette possibilité avait été évoquée par la mère de Joshua et d'autres renseignements obtenus par l'agent. L'agent chargé de l'enquête a demandé au D^r^ Smith de se pencher sur cette question dans son rapport. Le D^r^ Smith a initialement refusé. Le but de la médecine légale est de servir le système de justice et de répondre aux questions qu'il soulève. Dans ce cas précis, cela incluait également une ouverture d'esprit et la prise en compte de la question de la moisissure comme explication possible.

L'affaire Jenna illustre d'une autre façon cette problématique générale. Il était apparent dès les premiers stades de l'enquête que la véritable question était l'heure à laquelle les blessures fatales avaient été infligées. Le rapport du D^r^ Smith ne contenait rien à ce sujet. Il ne s'agit pas d'une critique du D^r^ Smith lui-même, mais plutôt celle d'une démarche systémique en matière de rédaction de rapports qui n'a pas réussi à servir le système de justice. On ne peut s'attendre à ce que les médecins légistes prévoient tous les problèmes qui peuvent émerger au cours

d'une affaire et, de plus, ils doivent avoir une certaine liberté quant au fait d'aborder ou non des questions autres que la cause de la mort dans leurs rapports. Mais l'important ici est que l'avis du médecin légiste doit répondre aux besoins du système de justice. Cette exigence signifie que ses rapports devraient s'intéresser aux questions importantes de chacune des affaires et décrire avec transparence l'opinion du pathologiste par rapport à chacune d'elles et le raisonnement suivi pour y arriver.

Recommandation 89

a) Les médecins légistes ne devraient pas établir de « diagnostics par défaut ». L'absence d'une explication plausible ne peut remplacer des preuves médicolégales suffisantes pour soutenir la présence de violence ou de blessures non accidentelles. Plus particulièrement, une formulation comme « en l'absence d'une explication plausible, les résultats de l'autopsie indiquent qu'il s'agit d'une blessure non accidentelle » ne devrait pas être employée.

b) Si la preuve est insuffisante pour soutenir une hypothèse sur la cause de la mort, la cause devrait être qualifiée d'« indéterminée ».

Recommandation 90

a) Les médecins légistes devraient faire état dans leurs rapports d'autopsie ou de consultation des autres diagnostics possibles dans l'affaire. Ils devraient également évaluer les autres explications qui sont soulevées par l'examen pathologique ou par le contexte entourant la mort du défunt. Ils devraient décrire avec précision les autres explications qui ont été prises en compte et les raisons pour lesquelles elles peuvent être retenues ou non. Les mêmes principes devraient s'appliquer à toutes les communications des médecins légistes, y compris à leurs témoignages.

b) De façon générale, les opinions des médecins légistes, écrites ou orales, devraient répondre aux besoins du système de justice. Elles devraient se pencher sur les questions pertinentes et exprimer de façon transparente leur opinion sur ces questions ainsi que le raisonnement qui la sous-tend.

Opinions dans des domaines controversés de la médecine légale

Plus tôt dans ce rapport, je décris certaines des controverses qui font rage en médecine pédiatrique légale. La plus importante est celle entourant le syndrome du bébé secoué et les questions qui y sont reliées. Dans les cas où il y a possibilité

de controverse, les pathologistes devraient déterminer dès le départ les points de litige et situer leurs opinions dans ce contexte. Cette démarche permet à la police de prendre une décision éclairée sur l'orientation de l'enquête, d'avoir recours à des ressources supplémentaires si nécessaire et d'établir des motifs raisonnables et plausibles. Cela permet aux procureurs d'évaluer en toute connaissance de cause les probabilités de condamnation. Lorsque des accusations sont déposées, ce contexte informe la défense et permet une évaluation complète et indépendante de la preuve déposée par la Couronne. Finalement, ces renseignements sont des plus pertinents pour le juge ou le jury lorsqu'ils tentent d'évaluer la qualité des positions de la Couronne et de la défense. Dans les cas où le pathologiste expose son opinion ainsi que le contexte entourant la controverse, le juge ou le jury est en mesure de mieux comprendre où se situe l'opinion dans un éventail de points de vue au sein de la communauté médicolégale et, par le fait même, de l'évaluer de façon adéquate. Sans ce contexte, des malentendus peuvent facilement survenir.

Le D[r] Pollanen a souligné qu'en plus d'indiquer les éléments controversés dans le rapport, une démarche fondée sur les éléments de preuve peut exiger, dans certains cas, un court résumé de la documentation afin de fournir un aperçu équilibré des connaissances dans le domaine et pour appliquer ces connaissances aux différents diagnostics qui auraient pu être tirés de la preuve. Bien que les données épidémiologiques puissent également aider à déterminer la probabilité qu'il s'agisse d'un mécanisme plutôt que d'un autre (par exemple un secouement ou une petite chute), il est important de se rappeler que les études épidémiologiques sont effectuées sur des populations, alors que les pathologistes se penchent sur des cas individuels.

Bien entendu, il est aussi important que les médecins légistes reconnaissent les controverses dans leur domaine lorsqu'ils livrent leur témoignage d'expert. Ils doivent décrire les controverses particulières au juge et au jury et expliquer pourquoi et comment ils en sont arrivés à cette conclusion. Dans l'affaire *R. c. Harris et autres,* la Cour d'appel d'Angleterre a adopté les commentaires du juge Nicholas Wall en ce qui concerne les devoirs de l'expert lorsque celui-ci avance une hypothèse controversée :

> À mon avis, l'expert qui avance une telle hypothèse doit absolument expliquer à la cour que ce qu'il avance est une hypothèse, qu'elle est controversée (le cas échéant), et exposer à la cour tout ce qui contredit cette hypothèse[4].

[4] *R. c. Harris et autres*, [2005] CAAPG Crim 1980, par. 272.

Précédemment dans ce rapport, je décris les limites de la médecine pédiatrique légale et de la médecine légale en général. Ces limites ne sont pas nécessairement controversées, mais elles sont tout aussi importantes pour les médecins légistes lorsqu'ils se font une opinion et qu'ils décrivent leur niveau de confiance à l'égard de celle-ci. Par conséquent, les pathologistes ont l'obligation correspondante de s'assurer que les limites de la science en général et de chaque opinion en particulier sont clairement expliquées et bien comprises.

Recommandation 91

a) Les médecins légistes devraient indiquer clairement, le cas échéant, les éléments de controverse pouvant avoir rapport avec leurs opinions et situer ces dernières dans ce contexte.

b) Ils devraient également indiquer clairement, le cas échéant, les limites de la science relatives aux opinions particulières qu'ils expriment.

c) Ils devraient être conscients des limites et des controverses de la médecine légale lorsqu'ils se font une opinion et qu'ils analysent le niveau de confiance qu'ils ont à l'égard de celle-ci.

d) Ces obligations s'appliquent également au contenu des rapports d'autopsie ou de consultation, aux communications verbales et aux témoignages.

Les limites de l'expertise du pathologiste

Les experts ont l'obligation absolue d'établir et d'observer les limites qui s'appliquent particulièrement à leur domaine d'expertise. Cette restriction s'applique aux médecins légistes dès les premiers moments de leur participation à l'autopsie. Ils ne devraient en aucun cas fournir d'opinion hors de leur spécialité et, durant leur témoignage, ils devraient établir clairement les questions ou les problèmes qui ne font pas partie de leur domaine d'expertise.

La preuve présentée devant la Commission illustre bien l'importance de ces obligations. Dans l'affaire Sharon, le D^{r} Smith a confondu des morsures de chien avec des blessures causées par arme blanche. Comme il l'a reconnu devant la Commission, cette opinion outrepassait son domaine de compétence. Certaines de ses autres erreurs de diagnostic découlent de la même cause. Dans l'affaire Jenna, il a à tort décrit le créneau au cours duquel les blessures fatales ont pu être infligées comme étant si large que la mère a été incluse parmi les personnes soupçonnées de meurtre. Selon le témoignage du D^{r} Milroy, un médecin légiste formé correctement n'aurait pas commis une telle faute.

Le Dr Smith a non seulement outrepassé son expertise, mais il s'est présenté de façon à masquer son manque d'expertise. Dans l'affaire Sharon, il a nié lors du contre-interrogatoire les insinuations selon lesquelles son opinion était problématique à cause de son manque de formation à titre de médecin légiste. Il a tenté de démontrer qu'il avait une certaine expertise dans les morsures d'animaux, expertise qu'il ne possédait pas. En effet, il a déclaré être plus en mesure qu'un médecin légiste de détecter les blessures par arme blanche chez un enfant, une déclaration que les examinateurs experts ont totalement rejetée dans leurs témoignages.

Dans ses témoignages dans d'autres affaires, le Dr Smith a largement dépassé le cadre de son expertise de pathologiste en décrivant à plusieurs reprises le profil sociologique ou psychologique d'une personne susceptible de secouer un enfant ou en s'appuyant sur des preuves purement circonstancielles. Parce qu'il a omis de révéler que son opinion reposait sur des preuves circonstancielles et non sur des preuves pathologiques, le fait de ne pas avoir respecté le cadre de son domaine de compétence est demeuré inconnu. Si les experts ne comprennent pas totalement les limites de leurs propres spécialités, d'autres personnes seront induites en erreur, intentionnellement ou non, et croiront à tort que les opinions exprimées entrent dans le domaine d'expertise du pathologiste.

Si les pathologistes déterminent avec exactitude le cadre de leur expertise, ils sauront quand demander de l'aide supplémentaire. Deux situations illustrent ce point.

Premièrement, dans un certain nombre de cas examinés par la Commission, un enfant était mort d'un traumatisme crânien, bien que la cause précise de la blessure soit source de litige. Dans ces circonstances, il était important que le médecin légiste reconnaisse que l'expertise d'un neuropathologiste aurait pu contribuer à déterminer la cause et le mécanisme de la mort. Deuxièmement, les médecins légistes ne sont pas aussi familiers que les pathologistes pédiatres avec les maladies infantiles. Comme l'indique une étude du Dr Jean Michaud, chef du service de pathologie et de médecine de laboratoire de l'Hôpital d'Ottawa et du Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, les médecins légistes, comparativement aux pathologistes pédiatres, sont plus enclins à diagnostiquer à outrance le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Il vaut donc mieux que les médecins légistes consultent les pathologistes pédiatres dans les cas présentés comme étant des SMSN.

À certaines occasions, le Dr Smith a dépassé le cadre de son expertise de sa propre initiative, mais, à d'autres occasions, il a été invité à le faire par les avocats de la Couronne ou de la défense. Les médecins légistes ont l'obligation de résister à la pression de la police, des avocats et même de la cour et de ne pas

s'aventurer au-delà de leur cadre d'expertise, que ce soit lorsqu'on leur pose des questions sur des sujets dans lesquels ils ne sont pas experts ou, de façon plus générale, lorsqu'on les pousse à avoir plus de certitude que ce que la science leur permet. La responsabilité de faire en sorte que les médecins légistes demeurent toujours dans le cadre de leur expertise appartient donc à tous les intervenants du système de justice.

Recommandation 92

Les médecins légistes ont l'obligation absolue de reconnaître et de déterminer pour les autres les limites de leur expertise. Ils devraient éviter d'exprimer des opinions qui sortent de leur champ d'expertise. Lorsqu'on les invite à formuler de telles opinions, ils devraient expliquer clairement les limites de leur expertise et décliner l'invitation.

Recours non justifié à des renseignements de nature non pathologique

Dans certains cas, le D^r^ Smith s'est beaucoup fié à des renseignements de nature non pathologique pour se faire une opinion. Toutefois, ce lien n'était souvent pas apparent, que ce soit dans ses rapports écrits ou ses témoignages devant la cour. Il aurait dû l'être, afin de répondre aux normes de transparence. Toutefois, le fait de se fier à des renseignements de nature non pathologique ne fait pas que soulever la question de la transparence. Jusqu'à quel point l'opinion du pathologiste devrait se baser, en totalité ou en partie, sur des renseignements de nature non pathologique ou sur des « preuves circonstancielles » est une autre question épineuse.

Il y a un débat à l'intérieur du cercle des pathologistes sur la quantité de renseignements circonstanciels que le pathologiste devrait prendre en compte lorsqu'il détermine la cause de la mort. Le D^r^ Pollanen a qualifié ce débat d'« échelle progressive ». À une extrémité de l'échelle se trouve le recours à des renseignements circonstanciels en l'absence de preuve médicolégale pointant vers une cause de la mort. À l'autre extrémité se trouve la preuve médicolégale irréfutable, grâce à laquelle il n'est même pas nécessaire de prendre en compte la preuve circonstancielle. Bien que les experts s'entendent généralement pour dire que les pathologistes devraient prendre en compte la preuve circonstancielle, parce qu'elle peut être utile pour les orienter dans la bonne direction, la question demeure « jusqu'à quel point? ».

Selon le D^r^ Crane, il est opportun pour un pathologiste de déterminer la cause de la mort lorsque les preuves médicolégales ne sont pas définitives, mais que

l'historique et les circonstances peuvent aider à fournir une réponse, à condition que le pathologiste indique explicitement dans son rapport à quel point sa conclusion se fonde sur des preuves circonstancielles et non médicolégales.

Le D^r Saukko a adopté une méthode différente. Il a déclaré qu'un pathologiste devrait prendre en compte la preuve circonstancielle pour arriver à son diagnostic, mais ne pas baser son diagnostic sur cette preuve. Donc, même dans les cas où la preuve circonstancielle indique de façon accablante la façon dont la mort a été causée – par exemple les affaires Delaney et Katharina – le D^r Saukko déclarerait la cause de la mort comme étant indéterminée si aucune preuve pathologique ne venait appuyer sa conclusion. Il soulèverait la possibilité que la preuve circonstancielle puisse indiquer une cause. Selon lui, bien qu'il puisse exister une échelle progressive du niveau de confiance des pathologistes à l'égard de l'utilisation des preuves circonstancielles, il y a une limite bien définie – ils ne devraient pas poser de diagnostic en se fondant seulement sur des preuves circonstancielles.

Le D^r Saukko a également déclaré durant son témoignage que les pathologistes devraient user de prudence lorsqu'ils se servent de preuves circonstancielles, car celles-ci pourraient mener à une mauvaise interprétation des preuves médicolégales. De la même façon, le D^r Crane a déclaré pendant son témoignage qu'il est plus prudent dans ses commentaires lorsqu'il se base sur des preuves qu'il n'a pas observées lui-même lors de l'autopsie et qui proviennent d'une autre source.

Il n'y a selon moi aucune ligne directrice claire qui indique aux pathologistes quand se servir de renseignements de nature non pathologique pour se faire une opinion. Quelques directives peuvent toutefois être fournies. Premièrement, les preuves circonstancielles ne devraient pas à elles seules soutenir l'opinion du pathologiste. Il faut tirer des enseignements des affaires Delaney et Katharina. Les causes de la mort ont été correctement définies comme étant incertaines parce que la pathologie ne pointait vers aucune cause de la mort. Seules des preuves circonstancielles accablantes expliquaient ce qui s'était passé. En d'autres termes, la manière dont le D^r Smith a exprimé son opinion dans ces affaires allait à l'encontre du principe de base voulant que l'opinion ne déborde pas le cadre de l'expertise du pathologiste. Sinon, ce dernier, sous le couvert d'une opinion scientifique, ne fait que présenter une conclusion fondée sur des preuves circonstancielles.

Deuxièmement, les pathologistes peuvent, jusqu'à un certain point, se baser sur des preuves circonstancielles ou de nature non pathologique pour se faire une opinion. Ils n'ont pas à mettre complètement de côté ce genre de preuve. Ils peuvent donc, par exemple, prendre en compte la preuve d'une réanimation lorsqu'ils évaluent les pathologies existantes et établissent la cause de la mort. La mesure

dans laquelle les preuves n'ayant aucun lien avec la pathologie peuvent être prises en compte lorsque vient le moment d'exprimer une opinion peut être affectée par le manque potentiel de fiabilité ou la nature contentieuse de la preuve circonstancielle et par sa proximité avec la question que la cour doit ultimement trancher.

Je suis d'accord avec les lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies selon lesquelles « le pathologiste ne doit fonder aucune opinion d'expert sur des preuves non vérifiées ou non vérifiables comme des confessions rapportées ou des suppositions qui ne peuvent être validées par des moyens indépendants ou corroborées par d'autres preuves ». J'aborde le fait que les médecins légistes devraient recourir de façon limitée aux confessions, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies mentionnées au chapitre 15, Pratiques exemplaires.

Recommandation 93

a) Les médecins légistes ne devraient jamais recourir aux preuves circonstancielles ou de nature non pathologique pour soutenir entièrement une opinion.

b) Lors de l'utilisation de tels renseignements ou preuves, la prudence devrait être particulièrement de mise si la preuve circonstancielle risque de ne pas être fiable ou si elle se rapproche de la question que la cour doit ultimement trancher.

c) Les opinions des médecins légistes doivent en fin de compte demeurer dans le cadre de leur domaine particulier d'expertise. Ils ne devraient pas se fonder sur des preuves circonstancielles à un point où l'opinion ne répond plus à cette exigence.

d) Les médecins légistes ont une liberté limitée quant à l'utilisation appropriée des preuves circonstancielles ou de nature non pathologique lorsqu'ils se font une opinion. Ils n'ont pas à mettre complètement de côté ce genre de preuve. Toutefois, l'utilisation ou la prise en compte des preuves circonstancielles devrait toujours être transparente : ils devraient toujours indiquer jusqu'à quel point ils ont fait usage de telles preuves ou dans quelle mesure ils se sont fondés sur elles, ainsi que les répercussions qu'ont eues ces preuves sur leur raisonnement et leur opinion.

e) Les médecins légistes peuvent se pencher sur des questions hypothétiques faisant appel à des preuves circonstancielles lorsqu'ils tentent de déterminer si une hypothèse rapportée peut être soutenue ou exclue par les résultats de l'examen pathologique, ou jusqu'à quel point elle peut l'être.

Omission d'indiquer que l'opinion repose sur le point de vue d'autres experts

La preuve présentée devant la Commission a permis de déterminer que le Dr Smith avait, à un certain nombre d'occasions, demandé l'opinion d'autres experts comme des neuropathologistes ou des radiologistes et utilisé leurs conclusions dans son rapport d'autopsie sans en identifier les auteurs ou leur en donner le mérite. Il était parfois évident qu'il avait consulté un expert, parfois non. Dans l'affaire Jenna, le Dr Smith a déclaré avoir consulté le Dr Dirk Huyer, alors membre de l'équipe responsable des enfants présumés victimes de violence et de négligence (SCAN), qui l'a aidé à examiner les parties génitales de l'enfant pour déterminer s'il y avait eu agression sexuelle. Cette collaboration n'était pas évidente dans le rapport d'autopsie du Dr Smith, où elle n'avait pas été mentionnée. L'absence de documentation au sujet de cet examen – et même de la participation du Dr Huyer – dans le rapport a soulevé la question de savoir si le Dr Huyer avait véritablement été consulté et, si oui, jusqu'à quel point.

J'encourage fortement les médecins légistes à consulter d'autres médecins légistes et experts lorsqu'ils se font une opinion, particulièrement dans une affaire complexe. Ces spécialistes peuvent être des neuropathologistes, des pathologistes pédiatres, des radiologistes, des neurochirurgiens et des odontologistes légistes. De telles collaborations aideront les médecins légistes à se faire la meilleure opinion possible. Il est toutefois impératif que toutes ces consultations soient documentées.

Recommandation 94

a) Lorsque les médecins légistes fondent leurs opinions, en tout ou en partie, sur la consultation d'autres experts, ils devraient identifier ces experts et indiquer le contenu des opinions que ces experts ont exprimées.

b) Lorsque des consultations officieuses « de couloir » influencent une opinion officielle, les mêmes procédures d'identification et de citation devraient être suivies. De plus, les experts consultés devraient décrire par écrit, si possible, toutes les conclusions ou opinions qu'ils ont fournies.

Omission de mentionner des faits et processus de raisonnement menant à l'opinion

L'élaboration d'une culture de la médecine légale fondée sur des éléments de preuve favorise des pratiques qui produisent des opinions valables. Cette

démarche exige une mention claire et précise des preuves empiriques pertinentes, particulièrement les conclusions de l'autopsie, suivie d'une explication du processus de raisonnement ayant mené le pathologiste de ces preuves à son opinion officielle.

Comme la plupart des pathologistes à l'époque, le Dr Smith n'a pas expliqué dans ses rapports d'autopsie comment il était arrivé à son opinion sur la cause de la mort. Pour cette raison, entre autres, il était difficile, sinon impossible, d'examiner ses opinions écrites de façon indépendante. Il était également fort probable qu'elles aient masqué un mauvais raisonnement, des connaissances pathologiques défaillantes, des suppositions et la trop grande importance accordée aux renseignements circonstanciels ou de nature non pathologique. Le problème dépassait celui de la transparence et des possibles malentendus pour s'étendre à un problème de clarté sur le plan de la pensée. Lorsque les juges formulent les motifs de leur jugement, ils sont contraints à réfléchir à la façon dont ils sont passés de la preuve aux conclusions finales; les médecins légistes devraient donc être obligés, durant la rédaction de leurs rapports, de réfléchir à la logique qui sous-tend leur raisonnement et d'expliquer comment ils sont passés des conclusions pathologiques à leur opinion finale.

Le fait d'exprimer son opinion par écrit ajoute également beaucoup de valeur d'une autre manière. Le Dr Chiasson a témoigné que d'obliger les pathologistes à exposer les grandes lignes de leur raisonnement par écrit aide ces derniers à déterminer s'ils sont réellement confortables avec l'opinion qu'ils viennent d'émettre. Ce processus les aide à déterminer clairement leur niveau de confiance à l'égard de leur opinion.

Selon le Dr David Dexter, il y a un lien direct entre la clarté avec laquelle les pathologistes exposent les grandes lignes de leur raisonnement dans leurs rapports – de la découverte d'anomalies jusqu'au diagnostic – et la transparence qu'ils affichent par rapport au niveau de confiance à l'égard de leur opinion. Si les raisons ayant mené à l'opinion sont claires, les lacunes du raisonnement ou les suppositions incorrectes survenues durant l'analyse deviennent apparentes. Le Dr Pollanen a déclaré que, lorsque les pathologistes expliquent clairement leur raisonnement dans leurs rapports, leurs collègues ont alors plus de facilité à examiner l'affaire.

Les opinions médicolégales dans lesquelles le raisonnement du pathologiste est explicite aident également à éviter les « raisonnements partiaux » – situation qui se produit lorsque des personnes, incluant le pathologiste ou la police, tendent à chercher des preuves pour soutenir ou confirmer une opinion d'expert ou une théorie ayant émergé lors de l'enquête et à exclure les autres théories ou opinions éventuelles. Le raisonnement partial s'apparente étroitement à une « vision limitée des choses », qui se décrit comme « le fait pour l'enquêteur ou le

procureur de mettre obstinément et trop étroitement l'accent sur une théorie particulière, de sorte à fausser en conséquence l'évaluation des renseignements reçus et la conduite suivie »[5]. Dans les affaires mettant en cause des enfants, les médecins légistes, comme les autres, peuvent être émotifs face à la mort d'un enfant et à la violence dont il a pu être victime. L'interaction entre la police et le médecin légiste dans le cadre de l'affaire peut encourager, de façon subtile, à former un avis préliminaire avant même le début de l'autopsie. Dans l'affaire Amber, par exemple, le juge Patrick Dunn a découvert que le Dr Smith avait refusé de prendre en compte des preuves qui contredisaient ses idées préconçues. Fait intéressant à noter, le compte rendu produit par le SickKids après le jugement du juge Dunn débutait avec la notion préconçue que ce dernier avait tort.

La démarche fondée sur des éléments de preuve sert de rempart contre le raisonnement partial lors de la préparation de l'opinion. Elle reconnaît l'importance de la preuve cruciale, incluant la preuve contradictoire qui pourrait aller à l'encontre d'une hypothèse formulée durant l'enquête ou d'une opinion dogmatique préconçue.

Il est louable de constater qu'un certain nombre des arguments exposés dans ce chapitre se retrouvent déjà dans les lignes directrices formulées récemment par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO). Par exemple, en vertu des lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, on demande aux pathologistes de l'Ontario :

- d'adopter une démarche fondée sur des éléments de preuve;
- d'exprimer toutes leurs opinions par écrit;
- de s'assurer que les faits et les raisonnements qui ont contribué à constituer l'opinion sont expliqués;
- de s'assurer que l'opinion repose sur des résultats d'autopsie documentés et vérifiables;
- de ne pas fournir d'opinion fondée sur des preuves circonstancielles ou sur des suppositions qui ne peuvent être validées de façon indépendante ou corroborées par d'autres preuves;
- de ne pas fournir d'opinions reposant sur des suppositions, comme « asphyxie » ou « compatible avec l'asphyxie ». Si la cause de la mort ne peut être déterminée

[5] Cette définition provient de l'Ontario, *Rapport de la Commission sur les poursuites intentées contre Guy Paul Morin,* ministère du Procureur général, Toronto, 1998, recommandation 74 (commissaire Fred Kaufman) (ci-après le *Rapport Guy Paul Morin*). Voir également le document de Bruce MacFarlane, « The Effect of Tunnel Vision and Predisposing Circumstances in the Criminal Justice System », dans *La médecine pédiatrique légale et le système de justice*, vol. 2 de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, études de recherche indépendantes, ministère du Procureur général, Toronto, 2008.

de façon objective en associant les renseignements découlant des faits, de l'autopsie et des examens secondaires, elle doit être définie comme étant incertaine ou indéterminée;
- de s'assurer que l'opinion est communiquée clairement, par écrit, au coroner et à la police afin qu'ils en comprennent le contenu ainsi que la portée et les limites;
- de consulter d'autres pathologistes dans les affaires complexes ou difficiles.

Les principes dont j'ai fait mention s'appliquent tout autant aux témoignages oraux. Le Dr David Ranson, directeur adjoint du Victorian Institute of Forensic Medicine en Australie, enseigne à ses étudiants que, lorsqu'ils témoignent devant la cour, ils devraient exprimer leur opinion avec logique et clarté, selon la formule « vous pouvez me croire puisque… ». En d'autres mots, les experts devraient expliquer pourquoi ils sont arrivés à leur opinion.

Comme je l'ai mentionné au début de ce chapitre, les principaux intéressés aux opinions d'expert en médecine légale sont les intervenants du système de justice, dont plusieurs ne comprennent que peu ou pas du tout le langage technique. Il va donc de soi que l'explication qui suit l'opinion du pathologiste doit être énoncée dans un langage qui est non seulement précis, mais clair, simple et non équivoque.

L'importance de cette accessibilité est illustrée par le témoignage du sergent Larry Charmley, le policier chargé de la réouverture de l'enquête dans l'affaire Jenna. Il a avoué avec franchise que le langage utilisé dans le rapport d'autopsie dans cette affaire était tellement « au-delà de sa capacité de compréhension » qu'il a dû se procurer un dictionnaire médical pour arriver à comprendre le rapport. Le BCCO lui a aussi donné un coup de main en lui expliquant la terminologie médicale. Le sergent Charmley a déclaré qu'il serait très utile pour la police d'obtenir un lexique des termes médicaux relatifs au rapport d'autopsie. Je suis d'accord pour dire qu'une liste de définitions est justifiée dans de nombreux cas.

Il peut être tentant de lire mes commentaires et de croire que j'impose une lourde charge à des pathologistes déjà surchargés. Je ne crois pas que ce soit le cas. Les Drs Cordner, Ranson, Milroy, Crane, Whitwell, Saukko et autres ont permis de comprendre que la démarche recommandée est déjà en vigueur dans un certain nombre de territoires de compétence. Il a également été dit que de plus en plus de médecins légistes en Ontario l'avaient déjà adoptée. Dans les faits, elle ne requiert rien de plus de la part du pathologiste que de formuler clairement le processus mental qu'il a suivi pour en arriver à son opinion.

Une démarche fondée sur des éléments de preuve en matière de médecine légale exige que les experts réfléchissent au chemin qu'ils ont emprunté pour passer de la preuve à la conclusion. Les médecins légistes ont l'obligation de mettre

par écrit le raisonnement qu'ils ont suivi lors de leur examen et de leur analyse. Dans la plupart des cas, la description de ce processus ne devrait pas rallonger le rapport. Pour faire une analogie avec ce qui a été dit au sujet des raisons qui poussent un juge à rendre une décision, le caractère adéquat ne se mesure pas à la livre ou au pouce. Parfois, le raisonnement qui sous-tend une opinion médicolégale peut être expliqué en un paragraphe ou deux. Certains cas peu complexes ou manifestement incontestables requièrent peu de description ou d'explication, bien que des cas controversés ou complexes requièrent sans contredit une explication plus exhaustive. En définitive, un rapport complet facilite la tâche du pathologiste en cour et, plus important encore, aide la justice à arriver à ses fins.

Recommandation 95

a) Le fait de formuler de façon entièrement transparente les éléments sur lesquels se fonde l'opinion du médecin légiste est la pierre angulaire de la pathologie fondée sur des éléments de preuve.

b) Les opinions médicolégales, qu'elles soient exprimées par écrit ou oralement, devraient à la fois décrire les preuves médicolégales et le raisonnement ayant mené à l'opinion exprimée.

Recommandation 96

Pour communiquer leurs opinions dans un langage simple à comprendre pour les profanes, les médecins légistes devraient songer à inclure dans leurs rapports d'autopsie ou de consultation un glossaire de termes médicaux et, dans certains cas, de la documentation pertinente.

Mise en œuvre d'une communication plus efficace

Rédaction de rapports

J'ai déjà reconnu le bon travail effectué par le BCCO, par l'intermédiaire du D^r^ Pollanen et d'autres personnes, afin de fournir des lignes directrices pour la rédaction de rapports d'autopsie, mais il serait également utile, à mon avis, que mes recommandations pour une communication efficace soient incluses dans un code complet de pratique et de normes de rendement pour les médecins légistes. Il existe déjà un certain nombre de sources utiles pour décrire les pratiques exemplaires relatives à la rédaction de rapports qui pourraient servir de modèle pour un tel code.

En Angleterre et au pays de Galles, le *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists*, préparé conjointement par le Home Office et le Royal College of Pathologists en 2004[6], recommande que les sections suivantes soient incluses dans les rapports d'autopsies des médecins légistes :

a) préambule, qui présente les renseignements relatifs au défunt et à l'autopsie (par exemple, les personnes présentes);
b) le contexte, qui présente les renseignements fournis au médecin légiste avant l'autopsie et indique la source de ces renseignements;
c) l'examen des lieux, le cas échéant, incluant les lieux, le moment où le pathologiste s'y est présenté, une description générale et les observations qui y ont été faites;
d) l'examen externe, qui décrit l'état du corps, y compris les conclusions positives et négatives;
e) les blessures, incluant leur emplacement et leurs dimensions;
f) l'examen interne, incluant les observations faites en prêtant une attention particulière aux organes malades ou qui ont subi des blessures;
g) les examens supplémentaires, incluant les résultats et la source des résultats;
h) les commentaires et les conclusions, incluant les raisons ayant mené aux conclusions et une discussion sur les autres questions pertinentes (par exemple, la force utilisée) et les diagnostics potentiels;
i) la cause de la mort;
j) la conservation d'échantillons, qui indique ce qui a été prélevé, examiné et conservé[7].

De même, le D[r] Milroy a informé la Commission que le Home Office et le Royal College of Pathologists approuvent la pratique visant à exposer les différentes théories et leurs explications et à indiquer les raisons pour lesquelles le pathologiste en a préféré une aux autres.

À mon avis, l'élaboration d'un code de pratique et de normes de rendement en Ontario aiderait non seulement à promouvoir une démarche fondée sur des éléments de preuve en ce qui concerne les rapports d'autopsie et de consultation, mais à accroître la transparence et la compréhension. Le code en vigueur en Angleterre et au pays de Galles serait très utile pour élaborer un code semblable ici.

---

[6] Le code s'adresse principalement aux médecins qui exercent en Angleterre et au pays de Galles, bien qu'on y exprime l'espoir qu'il sera utile aux pathologistes œuvrant à l'extérieur de ces frontières.

[7] Home Office et Royal College of Pathologists, *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists*, Londres, novembre 2004, pp. 20-22.

La cour d'appel de l'Angleterre a également fourni des indications détaillées à l'intention des témoins experts[8], comme l'a fait mon ancien collègue, l'honorable Coulter Osborne, dans les recommandations formulées dans son rapport sur la réforme de la justice civile[9]. Je préfère reporter à un peu plus tard l'étude détaillée des indications offertes par la cour d'appel de l'Angleterre et M. Osborne, soit dans le cadre de ma recommandation visant à créer un code de conduite à l'intention de tous les experts dont les rapports et les témoignages risquent d'être produits en cour. Je me contenterai pour l'instant de dire que certaines des caractéristiques d'un code de conduite pour les experts s'appliquent également aux médecins légistes dont les rapports ou les témoignages risquent d'être présentés au système de justice pénale. Par exemple, la cour d'appel de l'Angleterre a recommandé que les rapports d'expert fournissent « des renseignements détaillés concernant les qualifications scolaires et professionnelles de l'expert, son expérience, les accréditations pertinentes dans le cadre des opinions formulées dans le rapport ainsi que le niveau, la portée et les limites de son expertise ». Une référence initiale au niveau, à la portée et aux limites de l'expertise des médecins légistes limiterait le rôle de protecteur du juge de première instance (décrit au chapitre 18, Le rôle de la cour) en définissant clairement le domaine à propos duquel le médecin légiste proposé comme témoin possède l'expertise requise pour offrir une opinion au tribunal.

Recommandation 97

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait préparer un code de pratique et de normes de rendement pour les médecins légistes de l'Ontario qui décrit, entre autres, les principes qui devraient les guider au moment de la rédaction de leurs rapports et les renseignements que ceux-ci devraient contenir. Il devrait s'inspirer des sources existantes, dont le *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* d'Angleterre et du pays de Galles. Il devrait comprendre au moins ce qui suit :

a) **les principes énoncés dans la recommandation 84;**

b) **des directives sur ce que devraient contenir leurs rapports d'autopsie et de consultation (particulièrement dans les cas où ils risquent d'être utilisés par le système de justice) incluant :**

---

[8] *R. c. Harris et autres*, [2005] CAAPG Crim 1980.

[9] Coulter A. Osborne, *Projet de réforme du système de justice civile : Résumé des conclusions et des recommandations*, ministère du Procureur général, Toronto, novembre 2007.

i) les éléments obligatoires du *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* d'Angleterre et du pays de Galles;

ii) les détails sur les études et les qualifications professionnelles de l'expert, son expérience et ses accréditations en lien avec les opinions exprimées dans le rapport, ainsi que la portée et l'étendue de son expertise et toute restriction qui s'applique à celle-ci;

iii) le niveau de confiance ou de certitude à l'égard des opinions exprimées;

iv) toutes les autres explications soulevées par l'examen pathologique ou le contexte entourant la mort, ainsi qu'une analyse expliquant pourquoi ces autres explications peuvent ou non être exclues;

v) ce que le pathologiste a à dire relativement aux questions pertinentes de l'affaire et les raisons;

vi) toute controverse pouvant avoir un lien avec les opinions et une mise en contexte de celles-ci;

vii) toute limite scientifique se rapportant à un avis particulier;

viii) la mesure dans laquelle on a utilisé des renseignements circonstanciels ou de nature non pathologique et celle dans laquelle on s'y est fié et comment cela a influencé le raisonnement et les opinions;

ix) toute autre opinion d'expert sur laquelle les opinions reposent;

x) les preuves pathologiques trouvées et le raisonnement emprunté pour arriver aux opinions exprimées;

xi) un glossaire des termes médicaux, si cela s'avère utile, pour aider à communiquer les opinions dans un langage simple pour tous les profanes;

c) des directives concernant :

i) le langage à utiliser ou à éviter et les dangers associés à l'utilisation de certains termes;

ii) la meilleure façon de réfléchir au niveau de certitude ou de confiance, puis de l'exprimer;

iii) le besoin d'éviter de formuler ou de présenter les opinions en termes de preuve au-delà de tout doute raisonnable;

iv) le besoin d'éviter les diagnostics par défaut;

v) **l'importance de reconnaître et d'établir pour les autres les limites de leur propre expertise et d'éviter d'exprimer des opinions qui sortent de ce cadre;**

vi) **les précautions qui devraient être prises concernant l'utilisation de preuves circonstancielles ou de nature non pathologique.**

Témoignage

L'un des rôles les plus importants du médecin légiste est de témoigner. Il s'agit d'une lourde responsabilité. Les juges des faits sont généralement facilement impressionnés par la feuille de route des experts, particulièrement dans le cas des médecins légistes. Il se peut que l'on confère à leur témoignage une aura d'infaillibilité qui sera difficile à éliminer. Pour cette raison, il est impératif que les témoignages des médecins légistes respectent tous les principes et toutes les démarches décrits plus tôt dans ce chapitre.

De plus, d'autres éléments liés à la responsabilité qui accompagne le témoignage des médecins légistes n'ont pas été abordés plus tôt. En premier lieu, la preuve déposée devant la Commission a démontré que le D^{r} Smith n'était parfois pas préparé à témoigner. Il était incapable de répondre à des questions de base relatives à ce qu'il avait fait et aux examens qui avaient été menés. Un expert doit toujours être prêt à témoigner en cour. Cela implique entre autres de revoir le dossier avant de témoigner et de s'attarder particulièrement sur les notes du pathologiste et les rapports d'autopsie et de consultation. Évidemment, un rapport écrit qui répond aux normes dont il a été question plus tôt dans le chapitre facilite beaucoup la tâche lorsqu'on se prépare à livrer témoignage.

En deuxième lieu, le médecin légiste devrait rencontrer avant le procès l'avocat qui le questionnera afin de revoir l'affaire et de préparer son témoignage. Une première rencontre avec l'avocat dans les minutes qui précèdent le témoignage ne facilite pas l'administration de la justice. Cette obligation incombe surtout à l'avocat, mais le médecin légiste devrait insister pour qu'une rencontre ait lieu au préalable.

Avant le procès, le médecin légiste devrait aussi être ouvert à l'idée de rencontrer les avocats des autres parties au moment opportun et dans un but autre que la confrontation. Lors de plusieurs de nos tables rondes, des experts ont parlé de leur volonté de rencontrer les avocats de la défense pour discuter de leur opinion et de leurs preuves potentielles. La D^{re} Kathy Gruspier, anthropologue judiciaire, a parlé de sa volonté à se plier à cet exercice et du nombre limité d'avocats qui saisissent l'occasion de le faire. Elle a indiqué qu'avant de témoigner, elle est bien préparée à

déterminer pour les avocats les limites de son témoignage. De la même façon, le D^r^ Ranson a indiqué que les avocats moins expérimentés ne discutent généralement pas de son témoignage avec lui à l'avance. Comme il en a été question au chapitre 17, Rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense, les avocats ont le devoir de solliciter la collaboration du médecin légiste à cet égard.

J'ai recommandé plus tôt qu'un code de pratique et de normes de rendement soit élaboré en Ontario pour faciliter la rédaction de rapports. Il devrait également évoquer les témoignages.

Le *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists*, à l'intention de ceux qui pratiquent en Angleterre et au pays de Galles, aborde les obligations du médecin légiste à titre de témoin :

PARTICIPATION AU PROCÈS

10.1 Norme

Le pathologiste doit :

a) s'assurer d'être bien préparé avant de se présenter à la cour pour témoigner;
b) s'assurer que toute la documentation relative à l'affaire est apportée au tribunal;
c) s'assurer que son apparence et son comportement se conforment aux normes professionnelles;
d) livrer son témoignage de façon intelligible et compréhensible;
e) livrer un témoignage cohérent avec le contenu du rapport écrit;
f) répondre aux questions avec honnêteté, impartialité et flexibilité;
g) déterminer les questions qui ne sont pas claires et les clarifier avant d'y répondre;
h) répondre aux questions techniques de façon que les personnes qui n'ont pas de formation technique ou scientifique comprennent;
i) faire la différence entre les faits et les conclusions tirées de ces faits et s'assurer que ces conclusions ne débordent pas le cadre de son champ d'expertise;
j) prendre en compte les renseignements supplémentaires ou les autres hypothèses qui sont présentés et, lorsque cela est justifié, modifier les conclusions qui ont déjà été tirées;
k) lorsqu'un avocat semble avoir mal compris ou mal exposé une preuve, s'assurer que la cour est mise au courant de ce malentendu ou de cet exposé inexact.

10.2 Code de pratique

Le médecin légiste doit s'assurer qu'il est bien préparé à témoigner devant la cour. Une copie du rapport d'autopsie du médecin légiste ainsi que toutes les notes prises au moment de l'autopsie devraient être présentées à la cour. Le témoignage doit être objectif et présenté de façon équitable et une attention particulière doit être apportée aux hypothèses. Un examen approprié et objectif doit être mené sur toutes les interprétations ou conclusions proposées à juste titre par la défense, particulièrement si elles sont corroborées par l'expert de la défense.

Le rôle du témoin expert n'est pas de fournir la preuve qui soutient l'hypothèse de la Couronne ou de la défense. Il doit être arrivé avec objectivité à une opinion valable du point de vue scientifique. Les témoins doivent clarifier quelle partie de leur témoignage relève des faits et quelle partie relève de l'opinion. La preuve sur laquelle repose cette opinion doit aussi être disponible.

Des faits peuvent émerger au cours de l'enquête, parfois même au cours du procès, qui peuvent pousser le pathologiste à modifier sa première opinion. Le pathologiste a la responsabilité d'examiner chaque nouveau fait et de s'assurer que son témoignage demeure objectif et impartial. Si les conclusions initiales ne peuvent désormais plus être soutenues, tout changement d'avis devra être signalé rapidement et clairement sans tenir compte des possibles embarras. Un délai pourrait non seulement nuire à l'administration de la justice, mais aura un impact négatif sur l'image du pathologiste.

J'approuve le contenu du *Code of Practice and Performance Standards* adopté en Angleterre et au pays de Galles. Les éléments qui y sont inclus s'appliquent de la même façon en Ontario. Je n'ajouterais que deux choses, en me fondant sur les témoignages que j'ai entendus :

a) si le témoin expert ne peut répondre à une question hypothétique du tribunal qu'après un certain temps de réflexion, il devrait insister pour obtenir ce délai;
b) si des collègues experts ont des opinions différentes de celle du médecin légiste chargé de témoigner, les différents points de vue doivent être examinés de façon professionnelle et non *ad hominem*.

Recommandation 98

Le code de pratique et des normes de rendement des médecins légistes de l'Ontario devrait aussi se pencher sur les témoignages, en s'inspirant là encore des

sources existantes en matière de contenu, particulièrement du *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* élaboré en Angleterre et au pays de Galles. Il devrait également inclure des directives particulières à l'endroit des médecins légistes concernant la façon de réagir aux questions hypothétiques et aux opinions différentes de leurs collègues.

Établir un consensus en matière de langage

Ce qui doit être évident à cette étape-ci est, selon moi, l'importance du fait que l'opinion du pathologiste doit être communiquée dans un langage clair, simple et dénué d'ambiguïté. J'ai indiqué plus tôt qu'il s'agissait de l'un des principes fondamentaux de ce chapitre. Corollairement, le pathologiste doit éviter d'utiliser un langage trompeur. Par exemple, j'ai déjà fait référence aux dangers associés à l'utilisation du terme « asphyxie ». Non seulement ce terme est-il non fondé comme cause de la mort, mais il est polysémique et, en tant que tel, peut potentiellement être mal compris. Pour cette raison, j'ai recommandé que les pathologistes soient informés des dangers associés à l'utilisation de ce terme et, sous les auspices du médecin légiste en chef, qu'un consensus soit établi quant aux circonstances dans lesquelles il devrait ou non être utilisé.

Toutefois, « asphyxie » n'est qu'un des nombreux mots ou expressions qui risquent d'être mal interprétés ou mal compris. L'expression « compatible avec » est particulièrement problématique. Lorsque les médecins légistes sont incapables de restreindre leur opinion à une seule cause de la mort ou à un seul mécanisme ayant causé celle-ci, il arrive qu'ils indiquent que les preuves médicolégales soient « compatibles avec » une cause ou un mécanisme particulier ou un scénario proposé par l'avocat qui les interroge. En effet, j'ai remarqué des moments où l'on demandait au D^{r} Smith si les résultats qu'il avait obtenus étaient « compatibles avec » une suffocation, un étouffement ou une asphyxie.

Cette expression présente de multiples dangers. Une telle observation, soutenue par le témoignage d'un certain nombre de médecins légistes au cours de cette enquête, n'est pas nouvelle. Le danger avait été décelé par le commissaire Fred Kaufman lors de la Commission d'enquête Morin, en rapport plus particulièrement avec la comparaison de cheveux et de fibres et plus généralement avec les sciences judiciaires[10]. La citation suivante trouve son pendant dans les travaux de la présente Commission d'enquête :

[10] *Rapport Guy Paul Morin*, p. 341.

Bernard Robertson et G.A. Vignaux, dans leur ouvrage intitulé *Interpreting Evidence: Evaluating Forensic Science in the Courtroom*[11], explique comme suit le problème lié à l'utilisation du terme « compatible avec » :

> Le mot « compatible » est le pire de tous et est (malheureusement) d'usage courant chez les scientifiques, les pathologistes et les avocats. Pour un scientifique ou dans un dictionnaire, « compatible avec » n'est que le contraire de « incompatible avec ». La définition de « incompatible » est précise et pointue. Deux événements ne sont pas compatibles s'il est impossible que tous deux se produisent. Ainsi, une personne ne peut être à deux endroits en même temps et donc la preuve qu'elle était à New York à un moment particulier est incompatible avec l'hypothèse qu'elle ait été à Londres au même moment. Tout ce qui n'est pas incompatible est compatible. Ainsi, la proposition « plusieurs meurtres ont été commis à New York aujourd'hui » est tout à fait compatible avec la proposition « Il a plu à Londres aujourd'hui », même si cela n'est pas nécessairement pertinent.
>
> Malheureusement pour la cause de la communication claire, Craddock, Lamb et Moffat ont souligné que les avocats interprètent habituellement « compatible avec » comme synonyme de « corrobore de façon raisonnable et substantielle », alors que les scientifiques l'utilisent dans son sens strictement logique et neutre. Lorsqu'un pathologiste déclare que certaines blessures sont « compatibles avec » l'hypothèse d'un accident de la route, cela n'implique pas qu'il y a eu ou non un accident de la route. Il est possible que les blessures aient été infligées dans les circonstances qui ont été décrites. Il est donc tout à fait sensé de dire que quelque chose est « compatible mais peu probable ». S'il y a un véritable différend au sujet de la cause des blessures, qu'est-ce que le médecin légiste serait en mesure de dire? Il pourrait dire que les blessures sont soit compatibles avec l'hypothèse d'une agression, soit compatibles avec l'hypothèse d'un accident de la route, mais qu'il y a plus de probabilités qu'elles aient été causées par une agression que par un accident de la route. Si elles sont autant compatibles avec l'une qu'avec l'autre situation, elles ne peuvent pas nous aider à décider laquelle des deux situations est véritablement arrivée.

Cet exemple renforce l'attrait d'utiliser un langage simple et commun qui ne risque pas d'induire en erreur, mais qui favorise plutôt la compréhension. Il soutient aussi la nécessité d'éviter des termes spécifiques tels que « compatible avec »,

---

[11] Bernard Robertson et G.A. Vignaux, *Interpreting Evidence: Evaluating Forensic Science in the Courtroom*, John Wiley, Chichester and New York, 1995, p. 56.

qui peuvent induire en erreur, comme nous l'avons démontré. Si « compatible avec » une cause particulière de la mort ne veut rien dire de plus que « peut être ou ne pas être le cas », cette expression est de peu d'utilité. Si une mention doit être faite à cet égard, alors le pathologiste devrait utiliser un langage neutre plutôt que de masquer son opinion dans un langage qui peut donner l'impression que l'examen pathologique soutient, et même fortement, cette cause de la mort.

Dans le contexte où il y a malentendu en ce qui concerne la façon dont les pathologistes pensent et communiquent leur niveau de confiance ou de certitude, je recommande que soient entrepris des travaux sous les auspices du médecin légiste en chef, dans un contexte multidisciplinaire où seraient réunis les meilleurs praticiens et théoriciens de la médecine légale et de la profession juridique afin d'établir, dans la mesure du possible, un langage commun pour décrire les propos des médecins légistes. À mon avis, on doit également établir ce genre de consensus à propos du type de langage que les médecins légistes devraient éviter et des expressions qui devraient être utilisées à sa place.

Recommandation 99

a) Les médecins légistes devraient éviter d'utiliser un langage potentiellement trompeur, comme l'expression « compatible avec », et opter pour un langage neutre qui détermine clairement les limites de l'opinion exprimée.

b) Des travaux devraient être entrepris dans un contexte multidisciplinaire pour établir un consensus sur les mots et les expressions que les médecins légistes devraient utiliser ou éviter pour n'induire personne en erreur. Les résultats de ces travaux devraient se retrouver dans le code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes.

Mesures supplémentaires

J'ai décrit brièvement certaines mesures qui devraient être prises pour mettre en application mes recommandations visant une communication efficace, dont un code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes et une collaboration multidisciplinaire pour qu'il y ait consensus sur le langage simple à utiliser afin d'améliorer la compréhension générale. De plus, dans d'autres chapitres, je recommande que les témoignages d'expert livrés par les pathologistes fassent l'objet d'un examen annuel par les pairs et d'évaluations par les avocats après le procès, et que tout commentaire judiciaire négatif à propos du témoignage d'un pathologiste en particulier soit transmis aux autorités compétentes. En somme, la meilleure façon de s'assurer que les pathologistes ont une compréhension globale

de ces changements et de la culture qu'ils représentent – et d'uniformiser la pratique actuelle – est de fournir une formation continue aux médecins légistes. Il a été question de ce besoin de formation dans des chapitres précédents, mais je souhaite insister encore sur ce point dans le présent contexte.

Recommandation 100

Il faut rappeler régulièrement aux médecins légistes les dangers que le système de justice pénale interprète mal ou ne comprenne pas bien leurs propos. C'est pourquoi ceux qui exercent la médecine légale devraient suivre régulièrement des séances de formation continue afin de communiquer plus efficacement avec le système de justice pénale.

Comme je le recommande ailleurs dans ce rapport, j'encourage la mise sur pied de programmes de formation conjoints entre les médecins légistes et les intervenants du système de justice pénale. Plus il y aura d'interaction entre ces deux groupes, meilleure sera leur compréhension commune de la médecine légale. Cette compréhension aura certainement pour effet d'améliorer l'administration de la justice.

La médecine légale a pour principale fonction de servir le système de justice pénale. Dans le cas de morts suspectes, le rôle de la médecine légale peut revêtir une importance cruciale pour faire en sorte que justice soit faite. Cela est particulièrement vrai pour la médecine pédiatrique légale.

L'une des principales leçons tirées de l'enquête est que, bien qu'il soit essentiel que les médecins légistes soient des scientifiques hautement compétents, il est tout aussi essentiel qu'ils soient capables de communiquer efficacement leurs opinions au système de justice pénale. À l'instar des progrès réalisés en médecine légale sur le plan de la qualité, l'efficacité avec laquelle les médecins légistes communiquent avec le système de justice pénale doit elle aussi faire des progrès. C'est avec cet objectif à l'esprit que je formule les recommandations énoncées dans le présent chapitre.

17

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

Mes recommandations visent à rétablir et à rehausser la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale et son rôle futur dans le système de justice pénale. Il n'est donc pas surprenant que l'accent soit mis davantage sur les médecins légistes et les questions entourant leur formation, leurs études, leur accréditation, leur supervision et leur responsabilisation. Cependant, il faut également tenir compte des autres intervenants du système de justice pénale qui ont un rôle important à jouer pour protéger le public contre l'introduction dans le système de défaillances ou de malentendus concernant la médecine pédiatrique légale. Le rôle particulier des tribunaux est exposé au chapitre 18, Le rôle de la cour. Il sera ici question du rôle que les coroners, la police, les procureurs de la Couronne et les avocats de la défense peuvent assumer pour contribuer à atteindre cet objectif.

Les coroners

Le coroner a la responsabilité légale de mener l'enquête sur la mort. Toutefois, il ne joue pas qu'un rôle passif de supervision. Il joue un rôle actif dans l'enquête sur la mort dans les cas où on procède à une autopsie et ses actions peuvent influer considérablement sur l'opinion finale du pathologiste et, par conséquent, l'issue de l'enquête elle-même.

On n'a qu'à consulter les responsabilités énumérées dans les Lignes directrices relatives aux enquêtes sur les morts publiées en avril 2007 pour comprendre le rôle crucial du coroner. Voici quelques-unes de ces responsabilités :

1 se rendre sur les lieux de la mort;
2 communiquer avec les policiers et les autres personnes concernées;
3 examiner le corps, si le coroner est présent sur les lieux;
4 noter l'information concernant le corps, comme sa température, la présence

ou l'absence de rigidité cadavérique et la présence, le type et la forme de lividité;
5 déclarer la mort;
6 émettre un mandat d'autopsie lorsque la situation l'exige;
7 obtenir les dossiers médicaux du défunt;
8 communiquer avec le pathologiste;
9 remplir le rapport d'enquête du coroner et le certificat médical de décès.

Comme nous le démontrent ces responsabilités, le coroner peut être une importante source d'information pour le médecin légiste qui procède à l'autopsie. C'est pourquoi une erreur dans les renseignements recueillis par le coroner peut avoir des répercussions négatives sur le travail du médecin légiste. Par exemple, dans l'affaire Jenna, le coroner a omis d'informer le D^r^ Charles Smith, verbalement ou dans le mandat d'autopsie, qu'on avait remarqué la présence d'un poil dans la région vaginale de Jenna lors des efforts de réanimation. Même si le D^r^ Smith avait en main une copie des dossiers médicaux de Jenna, où il aurait dû trouver cette information, le coroner et la police auraient dû insister sur ce fait auprès du D^r^ Smith.

Au chapitre 15, Pratiques exemplaires, je décris l'importance pour les coroners de communiquer des renseignements précis et complets aux médecins légistes dans le mandat d'autopsie, de façon verbale et par la remise de tous les dossiers médicaux pertinents, lorsque cela est possible. J'y décris également comment les communications verbales devraient être documentées.

Même si le coroner et le médecin légiste doivent travailler en étroite collaboration, il est essentiel que le coroner respecte l'expertise du médecin légiste et son jugement professionnel indépendant. Plus particulièrement, le coroner devrait s'abstenir de tirer des conclusions de nature médicale lors des premières communications avec le médecin légiste. Même si c'est au coroner que revient la responsabilité de déterminer ultimement la cause de la mort et les circonstances entourant celle-ci, il est bien avisé d'attendre l'opinion du médecin légiste avant de tirer de telles conclusions.

Recommandation 101

Le coroner et le médecin légiste devraient travailler en étroite collaboration dans les cas où il y a autopsie. Ce faisant, le coroner devrait respecter l'expertise du médecin légiste et son jugement professionnel indépendant.

En plus des recommandations que contiennent les autres chapitres, il faut s'attarder ici sur deux autres éléments du rôle du coroner : le rôle qu'il assume dans la promotion des conférences préparatoires dès les premières étapes des dossiers de médecine pédiatrique légale et la nécessité pour le coroner d'éviter d'exprimer des opinions qui débordent son champ d'expertise.

Conférences préparatoires

Les conférences préparatoires sont des rencontres multidisciplinaires réunissant les membres de l'équipe de l'enquête sur les morts. Elles ont pour but d'informer les intervenants des questions soulevées dans l'affaire et de permettre de prendre des décisions éclairées. Dans les cas complexes, comme la mort suspecte d'un enfant, il est crucial qu'une conférence préparatoire ait lieu le plus tôt possible. Les conférences préparatoires informent les policiers-enquêteurs de l'étendue et des limites de la science à leur disposition, incluant la médecine légale. Elles permettent de parler des examens à venir et assurent la priorisation des échantillons soumis au Centre des sciences judiciaires (CSJ). Si on en tire correctement parti, les conférences préparatoires multidisciplinaires peuvent réduire les risques de raisonnement partial – la tendance à tester une hypothèse en cherchant des éléments pour la confirmer – et être utilisées comme moyen pour évaluer de façon critique l'information disponible ainsi que les lacunes ou les faiblesses de cette information. Cet avantage potentiel des conférences préparatoires dépend de la participation de ceux qui comprennent, grâce à leurs études et à leur formation, l'importance d'adopter une démarche fondée sur des éléments de preuve durant l'enquête sur la mort et de demeurer objectif. Si les intervenants n'abordent pas les conférences préparatoires avec objectivité et ouverture d'esprit de façon à chercher la vérité et à reconnaître les limites de l'information disponible, les conférences préparatoires risquent d'encourager plutôt que de contrer le raisonnement partial ou la vision restreinte.

Le coroner régional est généralement celui qui convoque et préside les conférences préparatoires. La police et le coroner-enquêteur y sont toujours présents. Le médecin légiste n'a pas besoin d'y assister si la cause de la mort est évidente et qu'il n'y a pas de questions controversées relativement à la preuve médicale. Des représentants de la société d'aide à l'enfance (SAE) et du CSJ peuvent également être présents. Les avocats de la Couronne ne participent habituellement pas aux premières conférences préparatoires, mais le font en de rares occasions afin de mieux comprendre les questions médicales et médicolégales. Certains avocats de la Couronne ont exprimé à juste raison leur inquiétude au sujet du fait que leur participation à ce stade précoce puisse être incompatible avec la séparation

importante entre l'enquête et la poursuite. Je suis d'accord avec le fait que les avocats de la Couronne ne doivent généralement pas participer aux premières conférences préparatoires, mais je reconnais qu'il peut y avoir des circonstances où le besoin de fournir promptement des conseils juridiques à la police requiert leur participation pour aider à comprendre le contexte factuel sous-jacent. Lorsqu'ils participent à une conférence préparatoire, les avocats de la Couronne devraient bien entendu demeurer conscients de leur rôle indépendant et quasi judiciaire.

Le coroner régional prend généralement note des intervenants et des décisions prises durant les conférences préparatoires. Par le passé, différentes pratiques régissaient la divulgation de ces notes à la défense. En ce moment, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) a établi, sur les conseils d'un avocat, que les notes devaient faire partie des documents divulgués dans le cadre des affaires criminelles. À mon avis, il est approprié de les inclure. Elles augmentent le degré de transparence de l'enquête sur la mort et n'enfreignent aucun principe d'intérêt public, en plus de pouvoir contenir des renseignements pertinents.

La preuve présentée à la Commission illustre bien le rôle important que les conférences préparatoires peuvent jouer. Le 28 novembre 1997, une conférence préparatoire (bien qu'elle n'ait pas officiellement été désignée comme telle) s'est tenue dans l'affaire Nicholas. Étaient présents le chef Alex McAuley, le chef adjoint Jim Cunningham, le surintendant Fern Kingsley, l'inspecteur Brian Grisdale, le sergent Robert Keetch et le sergent Dave West, tous de la Police régionale de Sudbury, le D^{r} Smith et l'avocat de la Couronne Greg Rodgers. Il y a eu de longues discussions sur la preuve scientifique disponible, plus particulièrement sur l'opinion du D^{r} Smith selon laquelle Nicholas était mort d'un œdème cérébral causé par un traumatisme contondant *en l'absence d'une explication plausible.* On a finalement conclu que l'opinion était incompatible avec une preuve au-delà de tout doute raisonnable et c'est pourquoi on a décidé de ne pas poursuivre en justice la mère de Nicholas.

Dans l'affaire Jenna, au cours de la deuxième enquête qui a suivi le retrait des chefs d'accusation contre la mère de Jenna, Brenda Waudby, le D^{r} Michael Pollanen, médecin légiste en chef, a convoqué une conférence. On y retrouvait des agents de la Police provinciale de l'Ontario et du Service de police de Peterborough Lakefield, le coroner en chef et le coroner en chef adjoint, le D^{r} Robert Wood, odontologiste légiste et un membre de l'équipe SCAN (enfants présumés victimes de violence et de négligence). Il y a eu une discussion sur les preuves médicales existantes, particulièrement sur les preuves pathologiques. La conférence a suscité des suggestions sur les opinions supplémentaires à obtenir et les tests complémentaires à effectuer. La nouvelle enquête, qui se fondait sur ces suggestions, a finalement mené à l'arrestation et à la condamnation de J. D., le gardien de Jenna.

Bien que ces exemples aient mené à des dénouements différents, ils démontrent la valeur d'une conférence préparatoire dès les premiers stades de l'enquête. En plus de procurer les avantages décrits précédemment, les conférences préparatoires font en sorte que le médecin légiste évalue les faits sous-jacents et les véritables enjeux de l'affaire. Elles donnent également au médecin légiste l'occasion de communiquer avec la police et de s'assurer qu'il n'y a pas de malentendu entourant la portée et les limites de son opinion.

La tenue de conférences préparatoires n'est pas une idée nouvelle. En juin 1996, le juge Archie Campbell, dans son rapport sur l'enquête de police dans l'affaire Paul Bernardo, le *Bernardo Investigation Review: Report of Mr. Justice Archie Campbell*[1], appuyait la collaboration entre les membres de différentes disciplines – incluant les coroners, les policiers, les experts judiciaires et les médecins légistes – dans les cas d'homicides et les enquêtes sur les morts suspectes. Le but était de regrouper les travaux menés dans ces différentes disciplines et de se concentrer, tous ensemble, sur les questions principales.

En 1998, la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin (la Commission Morin) a adopté le modèle Campbell et a recommandé des « conférences préparatoires régulières entre les différents intervenants tout au long de l'enquête. […] Tout ceci a pour but de faire en sorte que les renseignements soient échangés, que les tests médicolégaux qui s'imposent soient effectués dans l'ordre approprié et que tout soit livré en temps opportun[2]. »

Présentement, le BCCO recommande qu'une conférence préparatoire se tienne dans les deux semaines suivant l'autopsie pour chaque cas d'homicide ou de mort suspecte et que chaque conférence préparatoire ait lieu avant que des accusations criminelles ne soient déposées lorsque de telles accusations reposent en grande partie sur des preuves pathologiques ou toxicologiques. Lorsque cela n'est pas possible, la conférence préparatoire devrait avoir lieu aussitôt que possible après le dépôt des accusations. Je recommande cette solution. Elle est particulièrement avantageuse dans les cas de médecine pédiatrique légale, qui sont habituellement complexes et reposent en grande partie sur la pathologie.

En plus de ces premières conférences préparatoires, des conférences subséquentes peuvent être nécessaires une fois que tous les renseignements et les résultats des tests ont été reçus. Une fois encore, je recommande la tenue de conférences préparatoires régulières puisqu'elles favorisent de façon continue le dialogue entre

---

[1] *Bernardo Investigation Review: Report of Mr. Justice Archie Campbell*, ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels, Toronto, 1996.

[2] Ontario, *Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin : Rapport*, vol. 2, ministère du Procureur général de l'Ontario, Toronto, 1998, p. 1118 (commissaire Fred Kaufman).

les membres de l'équipe d'enquête sur les morts. Les nouveaux renseignements ne devraient pas être divulgués soudainement au médecin légiste par les policiers ou le procureur en cour ou la veille de l'enquête préliminaire ou du procès. Les conférences préparatoires sont une des façons qui permettent au médecin légiste de se tenir au courant des faits nouveaux qui peuvent influencer son opinion professionnelle. Il s'agit également d'une première occasion de faire examiner minutieusement l'opinion du pathologiste par d'autres personnes.

Bien entendu, sans tenir compte des futures conférences préparatoires qui pourraient avoir lieu, les nouveaux renseignements ou faits qui pourraient influencer l'opinion du médecin légiste ou forcer celui-ci à rectifier son opinion devraient lui être rapidement transmis et notés par toutes les parties concernées. De tels renseignements devraient en outre être généralement divulgués durant les instances criminelles.

Je désire émettre une mise en garde au sujet des conférences préparatoires. Dans les chapitres précédents sur les pratiques exemplaires (chapitre 15) et la communication efficace avec le système de justice pénale (chapitre 16), il est question de l'utilisation limitée que les médecins légistes devraient faire des renseignements de nature non pathologique ou des preuves circonstancielles. Par exemple, le médecin légiste ne devrait pas fonder son opinion concernant la cause de la mort sur une confession lorsque les preuves pathologiques ne soutiennent pas cette opinion. La cause de la mort dans de tels cas devrait être classée comme étant indéterminée. Toutefois, le coroner détermine la cause et les circonstances de la mort en vertu de ses propres responsabilités légales et, ce faisant, il peut fonder sa décision sur la totalité de la preuve recueillie au cours de l'enquête sur la mort. Il peut se baser davantage sur une confession ou une autre preuve circonstancielle qu'il juge incontestable.

Par conséquent, il se peut que le médecin légiste conclue à raison que la cause de la mort est indéterminée, en se fondant sur des preuves pathologiques, mais que le coroner arrive à la conclusion qu'il s'agit d'un homicide, en se basant entièrement ou en grande partie sur une confession. Cette disparité, si elle est mal comprise, peut semer la confusion chez les enquêteurs et même créer des tensions si la question est à l'étude durant une conférence préparatoire.

À mon avis, deux considérations importantes doivent guider la police, et plus tard la Couronne, dans ces cas. Premièrement, tous les intervenants du système de justice doivent comprendre que les conclusions auxquelles arrivent le coroner et le médecin légiste dans le scénario décrit ci-dessus ne sont pas incompatibles, même si elles sont différentes. Au contraire, elles s'expliquent par les rôles différents que joue chacun d'eux. Les conférences préparatoires ont pour but de favoriser une discussion où prime l'ouverture d'esprit entre les intervenants de

diverses disciplines. Aucune pression ne devrait cependant être exercée sur le médecin légiste durant la conférence préparatoire, ou en toute autre circonstance, pour que celui-ci modifie son opinion afin de se conformer à la conclusion du coroner, surtout lorsque leurs rôles respectifs sont bien compris. Deuxièmement, il est important de comprendre que la conclusion du coroner ne constitue pas une opinion d'expert en pathologie et elle ne devrait pas être traitée comme telle. Cela est important lorsque la police doit déterminer si les preuves permettent de déposer des accusations, lorsque la Couronne doit décider s'il est possible d'obtenir un verdict de culpabilité et, finalement, déterminer les témoignages d'expert dont dispose la poursuite.

Recommandation 102

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer d'encourager la tenue rapide de conférences préparatoires régulières, particulièrement dans les cas d'enquêtes sur les morts suspectes d'enfants. De telles conférences préparatoires favorisent l'échange de renseignements pertinents entre les participants, une enquête objective et éclairée et des opinions médicolégales précises qui tiennent compte des enjeux réels de l'affaire.

Recommandation 103

Des notes devraient être prises durant les conférences préparatoires et faire partie des documents divulgués dans les affaires criminelles.

Recommandation 104

Les conférences préparatoires constituent d'excellentes occasions pour les membres de l'équipe d'enquête sur les morts de communiquer entre eux. Elles ne constituent toutefois pas la seule occasion de communication. Les membres de l'équipe d'enquête sur les morts devraient communiquer régulièrement, particulièrement lorsque l'enquête révèle de nouveaux éléments de preuve. Ces éléments devraient être transmis aux médecins légistes pour leur permettre de revoir leur opinion à la lumière des nouveaux renseignements. Ces communications devraient être documentées par les parties en cause.

Recommandation 105

Les participants aux conférences préparatoires devraient comprendre les rôles respectifs des coroners et des médecins légistes et la façon dont ces rôles influencent la portée et la nature des opinions qu'ils peuvent exprimer. Une bonne compréhension de ces rôles peut permettre d'éviter que des pressions soient exercées sur les médecins légistes pour qu'ils modifient leurs opinions afin qu'elles soient conformes à la cause et aux circonstances de la mort établies par le coroner. Elle peut également aider à éviter que la police et l'avocat de la Couronne ne s'en remettent de façon injustifiée à des opinions de profane exprimées par le coroner à d'autres fins que celles du système de justice pénale.

L'expertise du coroner

La preuve recueillie durant la présente enquête a fourni des exemples d'opinions exprimées par des coroners qui dépassaient le cadre de leur expertise. Dans l'affaire Nicholas, par exemple, le D^r^ James Cairns, coroner en chef adjoint, a signé sous serment un affidavit au nom de la SAE dans ses poursuites contre la mère de Nicholas. Dans l'affidavit, le D^r^ Cairns déclarait que la description faite par le D^r^ Smith, qui qualifiait l'œdème cérébral de Nicholas de grave (plutôt que modéré, comme l'avait décrit le pathologiste de l'endroit qui avait procédé à la première autopsie), était correcte. Il a également appuyé la conclusion du D^r^ Smith voulant que Nicholas ne soit pas mort du syndrome de mort subite du nourrisson, mais d'un œdème cérébral grave causé par l'usage intentionnel de la force.

Comme il l'a reconnu devant la Commission, le D^r^ Cairns n'était pas qualifié pour offrir un témoignage d'expert sur ces questions. Sa qualité de coroner en chef adjoint a donné à son opinion une crédibilité accrue qu'elle ne méritait pas. Le D^r^ Cairns reconnaît maintenant que l'affidavit était inapproprié et même trompeur (bien que ce ne fût pas intentionnel), puisqu'il semblait reposer sur sa propre expertise indépendante, alors qu'il se fondait en fait entièrement sur le point de vue du D^r^ Smith.

Dans l'affaire Paolo, le D^r^ Cairns a écrit une lettre dans laquelle il déclarait n'avoir aucune inquiétude concernant l'opinion du D^r^ Smith. Les questions dans l'affaire Paolo dépassaient son champ d'expertise et son soutien au D^r^ Smith s'est avéré injustifié et incorrect.

Le témoignage livré devant la Commission d'enquête par l'ancien coroner en chef, le D^r^ James Young, concernant le moment où les blessures fatales avaient été infligées dans l'affaire Jenna a renforcé le fait que même un coroner très expérimenté, mais qui n'est pas pathologiste, n'a pas les compétences nécessaires pour

exprimer une opinion sur des questions de médecine légale. Comme je l'ai décrit plus tôt, il a mal interprété l'erreur qui s'était glissée dans l'opinion du Dr Smith en ce qui concerne le moment où les blessures fatales ont été infligées à Jenna. Le Dr Young n'a pas jugé qu'il était problématique qu'un expert fournisse un intervalle trop long à l'intérieur duquel les blessures auraient pu être infligées; il ne s'inquiétait que s'il était trop court. Il n'a pas relevé – contrairement à tous les médecins légistes qui ont témoigné – que de fournir un intervalle trop long n'était pas moins fautif dans les cas où la médecine légale permettait clairement de réduire cet intervalle afin d'en exclure une partie.

Il ne faut pas retenir que seuls les pathologistes peuvent donner une opinion pertinente relativement aux questions entourant la mort. Les cliniciens peuvent également avoir un rôle important à jouer – comme certains, dont le Dr Pollanen, l'ont reconnu – pour faire avancer l'enquête sur la mort, sur des points qui font réellement partie de leur champ d'expertise. En effet, dans les affaires Jenna et Tyrell, les opinions d'expert d'autres médecins ont été déterminantes (à juste titre) dans la décision de la poursuite de ne pas intenter de procès. Cela étant dit, comme plusieurs coroners d'expérience l'ont eux-mêmes reconnu devant la Commission, les coroners qui ne sont pas pathologistes ne possèdent généralement pas l'expertise nécessaire pour fournir une opinion médicolégale au système de justice pénale et ils devraient éviter de le faire. C'est pour cette raison qu'ils ont également reconnu que les coroners sont incapables de superviser rigoureusement le travail des médecins légistes, bien que leur expérience leur permette souvent de soulever des questions importantes pour le bénéfice des médecins légistes.

Recommandation 106

Les coroners devraient éviter, dans le cadre des instances judiciaires, d'exprimer des opinions qui ne relèvent pas de leur champ d'expertise. Le danger n'est pas seulement que les opinions puissent être erronées, mais aussi qu'on y accorde un poids injustifié puisqu'elles émanent du bureau du coroner.

La police

Les policiers jouent un rôle important dans les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants. Souvent, ce sont eux qui répondent aux appels au 911 (avec d'autres fournisseurs de services d'urgence) ou qui se rendent à l'hôpital si l'enfant y a été transporté. Ils sont les premiers responsables de préserver les lieux et d'en noter la description, de recueillir la plupart des preuves, d'interroger les témoins et les

suspects potentiels et de déterminer s'il y a des motifs raisonnables de porter des accusations criminelles.

Comme je le souligne tout au long de ce rapport, les enquêtes sur les morts d'enfants sont souvent complexes. La cause et les circonstances de la mort ainsi que le moment où les blessures fatales ont été infligées, ou celui de la mort elle-même, ne sont pas toujours apparents au départ. Une mort naturelle peut sembler être un cas de violence et vice versa. En d'autres termes, la médecine pédiatrique légale et l'enquête complète sur la mort sont toutes deux mises à dure épreuve dans les affaires de cette nature.

Tout cela accentue le fait qu'il est souhaitable, lorsque de tels cas se produisent, que les enquêteurs de police aient une formation et une expertise spécialisées. Une telle expertise, toutefois, n'est souvent pas disponible au sein du service de police qui mène l'enquête. En effet, pour plusieurs des affaires étudiées par la Commission, les agents de police qui ont mené l'enquête et qui ont assisté à l'autopsie n'avaient pas de formation spécialisée relativement aux enquêtes sur les morts d'enfants. Il ne s'agit pas d'une remarque à l'endroit des agents de police en tant qu'individus, mais de la réalité. De plus, il peut être difficile pour certains services de police de justifier l'allocation de ressources à la formation spécialisée sur les enquêtes scientifiques dans le cas de morts d'enfants (même si ces ressources sont tout de même disponibles) puisque, heureusement, très peu de cas de morts suspectes d'enfants surviennent dans leur territoire de compétence.

Terri Regimbal, la procureure de la Couronne dans l'affaire Amber, a déclaré sous serment que, dans le nord de l'Ontario, les policiers de plusieurs petits services de police municipaux ne possèdent pas le niveau d'expérience ou de formation que les membres de la Police provinciale de l'Ontario possèdent. Elle a attribué les différences de niveau de formation à un manque de ressources, y compris les budgets de formation dans les petits services de police.

Le sergent d'état-major Greg MacLellan a mené l'enquête dans l'affaire Joshua. Il était alors à la tête de la division des enquêtes criminelles des forces policières de Trenton, mais n'avait jamais auparavant été chargé d'une enquête sur un homicide, enquêté sur une mort suspecte d'enfant ni assisté à une autopsie. Il a déclaré sous serment que, s'il avait eu plus d'expérience dans ce type d'enquête, il n'aurait pas accepté la suggestion du D^{r} Smith de laisser le corps hors de la surveillance d'un agent. Il avait l'impression à l'époque (et a toujours la même impression) qu'il aurait dû demeurer auprès de la dépouille pour assurer la continuité de la preuve. Il a décrit ses accrochages avec le D^{r} Smith au sujet des notes qu'il avait prises durant l'autopsie et du fait qu'il avait insisté auprès du D^{r} Smith pour que ce dernier enquête convenablement sur les autres explications à la mort de Joshua soulevées par les preuves et qu'il lui en fasse rapport.

Bien que le sergent d'état-major MacLellan soit un excellent agent qui a été en mesure de surmonter un manque de formation spécialisée, il est évident qu'il aurait aimé avoir l'expertise nécessaire pour évaluer le bien-fondé de ce que le D^{r} Smith lui a déclaré au sujet de la rédaction de rapport et du fait que le corps a été laissé sans surveillance.

Les sergents détectives Chris Buck et Gary Giroux, tous deux membres de l'équipe d'enquête sur les homicides du Service de police de Toronto (SPT), ainsi que le Comité d'examen des décès d'enfants et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans ont participé à nos tables rondes sur les politiques. Le sergent détective Buck a expliqué que, conformément à la politique du SPT, l'équipe d'enquête sur les homicides est avertie chaque fois qu'un enfant de moins de cinq ans meurt à Toronto. Les membres de l'équipe qui sont de garde informent les agents sur les lieux de la procédure d'enquête à suivre sur place. Ils contactent également le sergent détective Buck ou Giroux afin d'obtenir leur avis en raison de leur expertise (même au sein de l'équipe des homicides) dans les cas de morts d'enfants. Les membres de l'équipe d'enquête sur les homicides ne se rendent pas sur toutes les scènes de décès, puisque la majorité des morts d'enfants ne sont pas des homicides.

L'expertise que les sergents détectives Buck et Giroux apportent dans les affaires mettant des enfants en cause à Toronto n'est pas disponible dans la majorité des localités ontariennes, particulièrement dans les petites collectivités. Des agents de divers services de police (le Service de police de la collectivité de Peterborough Lakefield, le Service de police du grand Sudbury et le Service de police de Trenton) ont tous mis l'accent sur le fait qu'il est souhaitable qu'une expertise policière soit offerte partout où le besoin se manifeste.

Le sergent détective Giroux a proposé qu'une équipe d'enquêteurs spécialement formés soit de garde en tout temps pour fournir des conseils à chaque service de police qui a besoin d'aide dans une enquête sur la mort d'un enfant. John Ayre, l'avocat de la Couronne pour le comté de Norfolk, a également donné son appui à cette démarche, tout comme les agents de police mentionnés plus haut.

On reconnaît que cette expertise devrait probablement provenir du SPT, de la Police provinciale et peut-être de quelques autres services de police importants. Par exemple, la Police provinciale a déjà mis en place les procédures et la formation nécessaires pour les enquêtes sur la mort d'enfants de moins de cinq ans. Les enquêteurs doivent acquérir certaines connaissances et certaines compétences par le biais d'une formation continue afin de mener ce type d'enquête.

J'appuie la mise en place d'une formation spécialisée et le développement d'une expertise pour les agents de police responsables des enquêtes sur les morts d'enfants. Lorsqu'ils n'y ont pas accès, les enquêteurs du service de police

devraient pouvoir faire appel rapidement à des agents d'autres services qui, eux, possèdent cette expertise.

Recommandation 107

Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, les écoles de police et le Service ontarien de médecine légale devraient collaborer afin de fournir à certains agents une formation spécialisée sur les enquêtes relevant de la médecine pédiatrique légale et une formation moins approfondie pour les autres agents sur la médecine légale et les enjeux relevés au cours des travaux de la présente Commission.

Recommandation 108

Les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants devraient être menées, dans la mesure du possible, par des agents qui ont une formation et une expertise spécialisées en la matière.

Recommandation 109

a) **Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devrait créer et mettre à jour une liste des agents ayant une formation et une expertise spécialisées dans les enquêtes sur les morts d'enfants.**

b) **Ces agents devraient être disponibles, au besoin, pour fournir des conseils à tout service de police ontarien concernant les enquêtes de cette nature.**

c) **Cette liste ainsi que les coordonnées des officiers sur appel 24 heures sur 24 devraient être distribuées à tous les services de police de l'Ontario.**

Au chapitre 15, Pratiques exemplaires, je recommande aux médecins légistes de demeurer vigilants quant aux raisonnements partiaux. J'y expose plus particulièrement les dangers du raisonnement partial résultant des communications ayant lieu entre la police et le médecin légiste avant l'autopsie. Les agents de police doivent également se méfier du raisonnement partial dans le cadre de leur propre travail d'enquête et dans leur façon de communiquer avec les médecins légistes. Cela signifie que, même au cours de conversations officieuses et spontanées, ils doivent présenter la preuve de façon objective en comprenant les répercussions que peuvent avoir leurs commentaires sur le médecin légiste. Comme je le souligne au chapitre 15, la meilleure protection contre le raisonnement partial est un

professionnalisme accru, une meilleure sensibilisation aux risques du raisonnement partial, la promotion d'une culture fondée sur des éléments de preuve et la transparence des communications entre le médecin légiste et la police. Ces principes ne s'appliquent pas qu'au médecin légiste, mais aussi à la police.

Recommandation 110

Les policiers doivent être formés de façon à se méfier du raisonnement partial dans le cadre des enquêtes en général et des enquêtes sur les morts d'enfants en particulier. Cette formation est optimisée par un professionnalisme accru, une meilleure sensibilisation aux risques du raisonnement partial, la promotion d'une culture fondée sur des éléments de preuve et la transparence absolue des communications entre le médecin légiste et la police.

La Couronne

Le ministère du Procureur général (Division du droit criminel) a récemment lancé une série d'initiatives concernant les poursuites judiciaires dans les cas d'homicides d'enfants[3]. Ces initiatives ont vu le jour après la révélation de certaines des inquiétudes qui ont mené à la mise sur pied de cette Commission. Ces initiatives ont été mises en place durant la présente enquête et on m'a invité à les commenter. Les éléments clés sont résumés ci-dessous :

- La Division du droit criminel (DDC) formera une équipe-ressource de huit personnes pour les cas d'homicides d'enfants (Équipe des homicides d'enfants), qui est présidée par le chef de la DDC pour les cas d'homicides d'enfants survenus dans la province. Le premier chef de division sera John Ayre. Le reste de l'équipe sera composé de procureurs principaux – six provenant des régions, un du Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel et un de la Division des politiques. L'Équipe des homicides d'enfants, qui jouera un rôle conseil, assistera les procureurs de la Couronne à toutes les étapes des procédures judiciaires dans les cas d'homicides d'enfants. La Couronne aura l'obligation de consulter l'Équipe des homicides d'enfants le plus tôt possible au cours des procédures, puis à chaque étape subséquente. Lorsqu'un procureur

[3] Le ministère du Procureur général définit « homicide d'enfant » dans le cadre de ces initiatives comme « toute mort suspecte d'un enfant de moins de 12 ans, dont la cause ou le moment n'est pas apparent au premier abord et pour laquelle la police consulte la Couronne ou pour laquelle on fait appel au témoignage d'un expert en médecine pédiatrique légale, que des accusations soient par la suite portées ou non ».

de la Couronne affecté à une affaire d'homicide d'enfant contacte l'Équipe des homicides d'enfants, un membre sera désigné pour aider le procureur de la Couronne en lui fournissant expertise et conseils et, éventuellement, en l'assistant durant le procès.

- Sous réserve du droit à l'information et de la protection de la vie privée, la DDC créera et mettra en œuvre une base de données interne dans laquelle seront répertoriés et consignés tous les cas d'homicides d'enfants. Les superviseurs de la Couronne et leurs supérieurs l'utiliseront comme mesure du rendement afin de faire rapport sur la conformité à cette initiative. La base de données sera une « application web qui contiendra toutes les jurisprudences récentes, les articles, [et] les références disponibles pour les procureurs de la Couronne affectés à ces cas ». Aussi, la base de données interne de la DDC (CLD-Net) contiendra de l'information permettant aux procureurs de la Couronne partout dans la province de communiquer entre eux au sujet de leurs entretiens avec les experts spécialisés dans les cas d'homicides d'enfants.
- La DDC créera et mettra en place un processus obligatoire de production de rapport pour les procureurs de la Couronne dans les cas de commentaires négatifs de la magistrature au sujet d'un témoin expert en médecine pédiatrique légale, ou dans un cas où un procureur de la Couronne éprouve des difficultés en matière de procédure ou de preuve avec le témoin expert en médecine pédiatrique légale. Dans de tels cas, les procureurs de la Couronne auront l'obligation d'en faire rapport à leur supérieur ainsi qu'au chef de l'Équipe des homicides d'enfants.
- La DDC demandera aux procureurs de la Couronne locaux d'encourager les instances policières locales à effectuer un filtrage préinculpation auprès de la Couronne et des experts compétents dans tous les cas d'homicides d'enfants, sauf de ceux qui soulèvent des questions de sécurité publique.
- La DDC s'engagera à divulguer dès que possible aux procureurs de la Couronne les recommandations de cette Commission et les réactions de la division à ces recommandations. La DDC s'engagera à mieux informer l'Équipe des homicides d'enfants en matière de médecine pédiatrique légale. Les membres de l'équipe pourront alors agir à titre de personnes-ressources auprès des avocats de la Couronne partout dans la province qui plaident des affaires d'homicides d'enfants.

Paul Lindsay, sous-procureur général adjoint de l'Ontario, a donné de plus amples détails sur le volet éducatif de ces initiatives. Il a mentionné que la formation peut généralement être offerte aux procureurs de la Couronne durant les conférences tenues au printemps et à l'automne, pendant les « cours d'été » de la

Couronne, où l'on offre un cours sur les poursuites dans les cas d'homicides et à l'aide de la base de données interne CLD-Net – pour chercher des articles, des échanges et des nouvelles. En outre, les membres de l'Équipe des homicides d'enfants chercheront à approfondir leurs connaissances relatives à la médecine pédiatrique légale et à communiquer ce qu'elle apprend au reste de la DDC. Il peut être utile, comme cela a été fait à la suite de la Commission Morin relativement à la collecte, à la préparation et à la présentation de la preuve matérielle scientifique, que le ministère du Procureur général, en collaboration avec le BCCO, rédige une note de service concernant la médecine légale et ses limites, qui sera distribuée aux procureurs de la Couronne de toute la province[4].

J'approuve ces initiatives qui m'apparaissent importantes. Non seulement l'Équipe des homicides d'enfants apportera-t-elle une expérience et une expertise précieuses aux procureurs, mais, forte des leçons tirées de la présente Commission d'enquête, elle pourrait prévenir la mauvaise compréhension ou la mauvaise interprétation des preuves pathologiques – et même l'excès de zèle ou la vision restreinte, le cas échéant.

Bien qu'elle appuie généralement cette initiative, la Crown Attorneys' Association se demande si l'Équipe des homicides d'enfants ne devrait pas en fait représenter le ministère public dans les cas d'homicides d'enfants, au moins à titre intérimaire. Étant donné la vaste étendue du territoire ontarien et le désir d'augmenter le nombre de procureurs spécialisés, je favorise la présente initiative. Elle reconnaît, comme moi, que des cas particulièrement difficiles se présenteront et qu'ils exigeront une plus grande participation de l'Équipe des homicides d'enfants, en assumant notamment le rôle de « bras droit » ou même en menant les poursuites.

Marlys Edwardh, avocate principale de la défense, a elle aussi bien accueilli ces initiatives, bien qu'elle ait mis l'accent sur la nécessité que l'avocat de la défense puisse communiquer directement avec l'Équipe des homicides d'enfants, si un malentendu devait survenir avec un procureur de la Couronne. En l'absence de reconnaissance institutionnelle de ce droit, l'avocat de la défense pourrait hésiter à le faire (de peur de s'aliéner le procureur de la Couronne) et l'Équipe pourrait hésiter elle aussi de peur de sembler mettre en doute de façon inappropriée les décisions du procureur. M. Lindsay a accepté comme moi cet amendement à l'initiative du ministère. Le droit de l'avocat de la défense à contacter l'Équipe

[4] La dernière mise à jour de la note de service, qui date du 31 mars 2006, fournit des conseils aux avocats de la Couronne sur les sujets suivants : la relation entre l'avocat de la Couronne et les témoins du domaine de la criminalistique – la nécessité de l'impartialité; la conservation d'éléments de preuve pour des tests ultérieurs, le recours aux témoignages d'autres témoins experts, le devoir d'obtenir un rapport d'information écrit de la part des scientifiques, la divulgation et la présentation de preuves médicolégales lors du procès.

devrait être officiellement consigné dans le manuel des politiques de la Couronne ou ailleurs et divulgué aux procureurs de la Couronne et aux avocats de la défense. Bien que cela puisse sembler évident, précisons que l'avocat de la défense devrait d'abord s'entretenir avec le procureur de la Couronne et ne recourir aux services de l'Équipe des homicides d'enfants que pour des questions problématiques fondamentales.

Recommandation 111

Le ministère du Procureur général (Division du droit criminel) devrait mettre en œuvre ses initiatives relatives aux poursuites judiciaires dans les cas d'homicides d'enfants et devrait avoir recours aux services de l'Équipe des homicides d'enfants le plus tôt possible.

Recommandation 112

Les membres de l'Équipe des homicides d'enfants devraient avoir de l'expérience en matière de poursuites dans les cas d'homicide et connaître les méthodes scientifiques en général et la médecine pédiatrique légale en particulier. Ils devraient suivre une formation continue.

Recommandation 113

L'avocat de la défense devrait avoir le droit de communiquer avec l'Équipe des homicides d'enfants lorsque des différends importants surgissent entre l'avocat de la défense et le procureur dans les cas d'homicides d'enfants. Ce droit devrait être officiellement consigné dans le manuel des politiques du ministère et divulgué aux procureurs de la Couronne et aux avocats de la défense.

La participation de l'Équipe des homicides d'enfants, soit dans le cadre de son mandat de consultation à chaque étape de la poursuite, soit dans le cadre de son rôle auprès de la défense, pourrait s'avérer particulièrement importante lorsque la poursuite a offert à la défense de négocier au sujet du plaidoyer.

Plusieurs des affaires étudiées au cours de cette enquête avaient donné lieu à des plaidoyers de culpabilité à des accusations réduites dans l'espoir d'alléger les peines. Une affaire comportait l'équivalent fonctionnel d'un plaidoyer de *nolo contendere* (ou « aucune contestation ») dans lequel la défense n'admet pas la culpabilité, mais ne conteste pas la preuve présentée, sur consentement, pour appuyer un verdict de culpabilité. On m'a informé que, dans certaines de ces affaires, les défendeurs ont déclaré leur innocence et expliqué qu'ils se sont sentis

forcés de plaider coupable afin d'éviter les lourdes conséquences qu'aurait entraînées le fait d'être reconnu coupable aux premières accusations.

Mon mandat m'interdit expressément de tirer des conclusions à cet égard. Toutefois, il reste que certaines personnes pourraient plaider coupable à des crimes qu'elles n'ont pas commis lorsque, par exemple, une accusation de meurtre entraînant automatiquement un emprisonnement à vie et une longue période avant l'accès à la libération conditionnelle est réduite à une accusation de négligence criminelle assortie d'une proposition conjointe de 90 jours d'emprisonnement. La question est particulièrement pertinente dans le cadre de cette enquête où ce que l'on reproche au défendeur dépend d'une opinion médicolégale erronée.

L'Association in Defence of the Wrongly Convicted et le Groupe Mullins-Johnson me pressent de recommander que le plaidoyer offert par les procureurs de la Couronne dans les cas d'homicides d'enfants reçoive l'approbation de l'Équipe des homicides d'enfants. À mon avis, l'initiative du ministère, sur laquelle porte la recommandation 114, aborde cette question. D'abord, je comprends que l'initiative du ministère qui oblige la Couronne à consulter l'Équipe des homicides d'enfants à chaque étape des procédures judiciaires implique nécessairement la négociation au sujet du plaidoyer offerte par la Couronne. Il s'agit d'une étape fondamentale des procédures judiciaires et de l'exercice du pouvoir discrétionnaire en matière de poursuite. Dans tous les cas, le droit de la défense de communiquer avec l'Équipe des homicides d'enfants comprend les situations où l'avocat de la défense est gêné par le plaidoyer offert et l'innocence possible du défendeur et souhaite que la question soit étudiée par l'un des membres de l'Équipe. M. Lindsay et Paul McDermott, avocat principal de la défense, sont d'accord pour dire que la défense devrait avoir accès à l'Équipe des homicides d'enfants lorsqu'elle désire faire réviser une négociation au sujet d'un plaidoyer offert par la Couronne.

L'avocat de la province de l'Ontario a souligné à juste titre que le manuel des politiques de la Couronne interdit déjà aux procureurs d'accepter un plaidoyer de culpabilité s'ils croient que l'accusé est innocent ou lorsqu'ils savent qu'un des éléments de preuve de la poursuite ne peut être prouvé, à moins que le fait ne soit entièrement divulgué à la défense avant l'enregistrement du plaidoyer de culpabilité. En d'autres termes, on ne doit pas déduire de mes recommandations que le procureur de la Couronne a agi contrairement à l'éthique lorsqu'il a offert ou accepté un plaidoyer de culpabilité dans les affaires étudiées par la Commission. Je ne suis jamais arrivé à une telle conclusion. Même avec les meilleures intentions de la part de la Couronne, une grave injustice peut survenir. Les présentes recommandations et celles qui se trouvent ailleurs dans ce rapport visent à réduire cette possibilité.

De même, on a beaucoup parlé des responsabilités éthiques de l'avocat de la défense. Il est évident que l'avocat de la défense n'a pas le droit, d'un point de vue éthique, de participer au plaidoyer de culpabilité d'un client sans que le client ait pris connaissance de ce à quoi il s'apprête à plaider coupable et de tout ce que cela implique. Cela est particulièrement vrai lorsque, à la suite du plaidoyer de culpabilité, la cour désire savoir si l'accusé comprend le plaidoyer et avoue avoir commis le crime auquel il plaide coupable. Encore une fois, il n'est pas nécessaire de s'attarder plus en détail sur ces responsabilités éthiques et sur le non-respect de celles-ci dans chacune de ces affaires. Ce ne sont pas à ces conclusions que j'arrive. Mais la pression exercée sur l'accusé et son avocat dans ces affaires est énorme, ce qui rend encore plus important que, dans les cas incertains, la défense ait accès à l'Équipe des homicides d'enfants. C'est aussi pour cette raison, comme je l'expose ci-après, qu'il est d'autant plus important que l'avocat de la défense ait les compétences et les ressources nécessaires pour assurer la défense de ces dossiers extraordinairement complexes.

Recommandation 114

Un des aspects importants du rôle de l'Équipe des homicides d'enfants est d'examiner les affaires dans lesquelles une négociation au sujet du plaidoyer a été offerte à la défense. L'Équipe devrait assumer ce rôle soit dans le cadre de l'obligation de consultation de la Couronne à chaque étape des procédures judiciaires, soit à la demande de la défense.

Questions de divulgation soulevées par les initiatives du ministère

Les initiatives du ministère exigent que les procureurs de la Couronne signalent les contestations judiciaires au sujet des témoins experts en médecine légale – ou des difficultés en matière de procédure ou de preuve que les procureurs de la Couronne éprouvent avec ces témoins – à leur supérieur et au chef de division de l'Équipe des homicides d'enfants. Si un tel mécanisme avait été en place au cours des années de pratique du D^{r} Smith, de tels rapports auraient peut-être alerté la Couronne dès le départ à propos des problèmes de nature judiciaire reliés aux travaux du médecin.

Au chapitre 13, Amélioration de la supervision et de la responsabilisation, je recommande que le médecin légiste en chef étudie chacun des commentaires négatifs de la magistrature sur lesquels la Couronne a attiré son attention. Pour permettre au médecin légiste en chef d'y parvenir, le chef de division de l'Équipe

des homicides d'enfants doit lui signaler ces commentaires négatifs ainsi que les questions importantes qui ont été portées à son attention.

Outre le fait que le chef de division de l'Équipe des homicides d'enfants a maintenant cette obligation, il pourrait y avoir des conséquences pénales associées à la divulgation de ce genre d'information recueillie par le ministère. Pour le moment, les initiatives du ministère ne traitent pas des conséquences de cette divulgation, même si plusieurs des procureurs principaux de la Couronne qui ont participé aux tables rondes de la Commission pensaient qu'il serait possible que les obligations de divulgation découlent effectivement de la collecte de ces renseignements.

Au Royaume-Uni, le chapitre 36 du *Disclosure Manual*, du Crown Prosecution Service, « Expert Witnesses – Prosecution divulgation obligations » (Témoins experts – obligations de divulgation de la Couronne) fournit des conseils détaillés tant aux experts qu'aux procureurs de la Couronne de ce territoire de compétence. Le chapitre énonce les étapes à suivre pour la divulgation d'information qui pourrait amener à contester la crédibilité de l'expert, sa compétence en tant que témoin, ou les deux. Chaque fois qu'on demande à une personne de fournir un témoignage d'expert, elle doit soumettre à l'enquêteur ou à l'agent responsable de la divulgation ce qu'on appelle le certificat personnel de l'expert, qui révèle si oui ou non certains renseignements peuvent entacher sa compétence ou sa crédibilité en tant qu'expert. Ces renseignements permettent par exemple de découvrir que :

- l'expert n'a pas utilisé la procédure établie au cours du processus scientifique;
- des théories scientifiques ayant été utilisées ont par la suite été discréditées dans l'ensemble du champ d'expertise;
- l'expert a été partial en choisissant les renseignements et les éléments de preuve pour en arriver à son opinion.

Si l'expert ne soumet pas le certificat, le manuel indique plusieurs conséquences possibles :

- les procédures judiciaires peuvent être interrompues ou retardées;
- il peut y avoir un commentaire négatif de la part du juge;
- une condamnation peut être jugée peu sûre en appel;
- le déshonneur professionnel;
- des mesures disciplinaires;
- un procès civil intenté par l'accusé.

Toutefois, la révélation de ces renseignements à l'agent responsable de la divulgation et à la poursuite ne signifie pas automatiquement qu'ils soient divulgués à la défense. Le procureur doit déterminer s'ils répondent aux critères de divulgation. En cas de doute, ils seront divulgués. Aussi, la décision de divulguer ou non l'information doit être prise par les personnes compétentes. Des preuves de mauvaise moralité, des plaintes en cours et des mesures disciplinaires en lien avec l'expert seront étudiées par le procureur qui déterminera si elles peuvent être divulguées.

Toute déclaration judiciaire d'un tribunal civil ou criminel selon laquelle un témoin expert a sciemment trompé la cour, alors qu'il était sous serment ou non, doit être enregistrée par le procureur et une transcription doit être fournie, dans la mesure du possible. Le procureur doit décider si cette information doit être divulguée ou non dans l'affaire en cours ou même dans les affaires antérieures auxquelles l'expert avait participé.

Il n'est pas dans mon intention d'établir une marche à suivre ou un protocole relativement aux commentaires négatifs de la magistrature ou à d'autres problèmes relatifs au témoin expert qui dictent quand et comment ces renseignements devraient être divulgués. Afin de souligner la nécessité que le ministère, en collaboration avec d'autres instances, se penche sur la question, j'ai mis en évidence les règlements en vigueur au Royaume-Uni. Je suis heureux de constater que le ministère, dans ses observations écrites, a résolu de travailler avec le BCCO afin de concevoir un protocole pour assurer le suivi adéquat lorsqu'on décèle que l'opinion d'un médecin légiste manque d'exactitude ou de fiabilité. La Province de l'Ontario a noté que le protocole entre la Couronne et le Centre des sciences judiciaires, à la suite de la Commission Morin, pourrait être d'une grande utilité dans le cas qui nous intéresse. Ce protocole établit un processus de communication entre la Couronne et le CFJ en ce qui concerne la crédibilité ou la fiabilité de ses experts. J'appuie l'engagement du ministère à concevoir des protocoles appropriés qui s'inspirent de ceux qui ont été adoptés à la suite de cette Commission.

Recommandation 115

a) Conformément aux initiatives du ministère du Procureur général, l'avocat de la Couronne devrait signaler à son superviseur et au chef de division des cas d'homicides d'enfants les commentaires négatifs de la magistrature ou ses propres inquiétudes au sujet de la participation d'un témoin expert en médecine pédiatrique légale au système de justice pénale.

b) Afin d'améliorer la supervision et la responsabilisation de ces témoins, le chef de division des cas d'homicides d'enfants devrait signaler ces commentaires ou ces inquiétudes au médecin légiste en chef.

Recommandation 116

Aux fins des initiatives ministérielles, le ministère devrait élaborer, en collaboration avec d'autres instances, des lignes directrices ou des protocoles s'inspirant des protocoles qui ont été adoptés entre la Couronne et le Centre des sciences judiciaires à la suite de la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin. Ces lignes directrices ou protocoles détermineraient :

a) **les commentaires négatifs de la magistrature ou les autres inquiétudes au sujet des témoins experts en matière de médecine pédiatrique légale qui devraient être signalés;**

b) **la façon dont ces commentaires ou ces inquiétudes devraient être signalés;**

c) **les transcriptions devraient être obtenues, s'il y a lieu, et auprès de qui;**

d) **les circonstances dans lesquelles cette information peut être divulguée et les catégories de cas à l'égard desquelles elle devrait l'être.**

Les obligations de la Couronne au moment de la préparation et de la présentation des preuves médicolégales

Comme je l'ai exposé plus tôt, l'une des responsabilités du médecin légiste en tant que témoin (qui n'ont parfois pas été assumées par le D^{r} Smith) consiste à toujours bien se préparer avant de comparaître. Le médecin légiste devrait, avant le procès, rencontrer les avocats qui l'interrogeront afin de passer l'affaire en revue et de se préparer à témoigner. Cette obligation repose en grande partie sur l'avocat qui procédera à l'interrogatoire. Afin de permettre à l'expert d'accorder aux questions soulevées pour la première fois au cours de cette rencontre toute l'importance qu'elles méritent, la réunion devrait idéalement se tenir bien avant le procès. Plusieurs experts qui ont témoigné devant la Commission ont souligné les difficultés qu'il n'est pas rare de rencontrer lorsque des questions ou des scénarios hypothétiques ou encore des armes potentielles sont présentés au médecin légiste pour la première fois la veille ou le matin même du procès. La préparation du témoin devrait aussi faire en sorte que la preuve soit présentée de façon claire, compréhensible et fondée sur l'expertise du témoin. Bien entendu, quel que soit le moment où le procureur de la Couronne rencontre son expert, les agents de police devraient généralement être présents pour prendre des notes et faciliter la divulgation des opinions ou des renseignements nouveaux ou modifiés que fournit le médecin légiste.

Le procureur a l'obligation de rencontrer les témoins experts, y compris les

médecins légistes, avant le procès pour s'assurer notamment qu'il comprend les limites de leur expertise et de leur opinion. Ces limites doivent être respectées durant l'interrogatoire principal de la Couronne. Les transcriptions des interrogatoires du Dr Smith dans les affaires étudiées par la Commission révèlent que les questions de la Couronne appelaient des réponses qui débordaient le champ d'expertise du Dr Smith, qui avait lui-même déjà tendance à donner davantage que ce que sa propre expertise lui permettait de livrer.

Les avocats de la Couronne n'ont pas été les seuls à être tombés dans le panneau. La Commission a vu des exemples démontrant que tant la Couronne que la défense ne respectaient pas les limites de l'expertise du témoin. Le Dr Smith, à l'instar d'autres experts, a souvent été forcé d'outrepasser son champ d'expertise et invité tant par la Couronne que par la défense à formuler des hypothèses. En toute équité, le Dr Smith n'a eu besoin d'aucune invitation pour se livrer à plusieurs reprises à des spéculations. De plus, nous avons vu des exemples où l'une et l'autre parties ne faisaient pas suffisamment attention au langage qu'elles utilisaient pour questionner l'expert, et suggéraient même que le témoin adopte un langage difficile à comprendre (p. ex. « compatible avec »). Enfin, plusieurs médecins légistes qui ont témoigné devant la Commission nous ont appris qu'une pression implicite était exercée sur l'expert pour qu'il se prononce immédiatement sur de nouveaux faits, sur des scénarios hypothétiques, ou sur les deux.

Bien qu'un avocat expérimenté de la Couronne ou de la défense puisse, avec l'approbation ou l'assentiment du tribunal, accorder une certaine latitude au témoin expert à l'enquête préliminaire – il peut en effet y avoir des avantages tactiques à procéder ainsi – tous devraient être vigilants, particulièrement durant le procès, pour veiller à ce que l'opinion de l'expert demeure dans les limites de son champ d'expertise. L'avocat doit faire preuve de prudence et ne pas pousser l'expert vers un raisonnement qui ne peut être appuyé par la science. Il est parfois presque trop facile d'amener les experts à ignorer leurs limites et leurs compétences, qui garantissent une opinion raisonnable et fondée sur des preuves. De plus, l'avocat ne doit pas utiliser, durant l'interrogatoire, une terminologie qui invite aux malentendus ou à une mauvaise interprétation; par exemple, en invitant l'expert (comme ce fut le cas du Dr Smith dans l'une des affaires étudiées par la Commission) à admettre que la mort était « compatible avec » les divers événements criminels énumérés. Il faut aussi donner le temps nécessaire aux experts pour analyser chaque fait nouveau ou question hypothétique qui leur est présenté.

Recommandation 117

Les procureurs de la Couronne devraient bien préparer les médecins légistes à livrer leur témoignage. Cette préparation nécessite entre autres une rencontre avec le pathologiste avant la tenue du procès. De telles rencontres aideront la Couronne à comprendre les limites de l'expertise et des opinions de l'expert. La préparation de l'expert devrait également se concentrer sur la présentation de la preuve de façon qu'elle soit claire, non équivoque, compréhensible et fondée sur l'expertise du témoin.

Recommandation 118

Les principes qui suivent devraient guider la démarche des deux parties à l'égard du témoignage des médecins légistes :

a) Les deux parties devraient s'assurer de comprendre l'étendue et les limites de l'expertise et des opinions des médecins légistes. Elles ne devraient pas poser de questions qui incitent les médecins légistes à émettre des hypothèses ou à s'aventurer hors de leur champ d'expertise ou des limites de la science.

b) Les deux parties devraient faire attention de ne pas introduire, par le biais de leurs questions, une terminologie qui invite aux malentendus ou à une mauvaise interprétation.

c) À la discrétion de la cour, les avocats de la Couronne et de la défense devraient également accorder aux médecins légistes une période suffisante pour réfléchir à la réponse qu'ils vont donner aux nouveaux renseignements qui pourraient avoir rapport avec leurs opinions ou les limites de celles-ci.

La défense

J'ai fait remarquer plus tôt que les morts d'enfants de nature criminelle devraient être défendues par des avocats qui ont les compétences et les ressources nécessaires pour traiter ces dossiers extraordinairement difficiles et graves. Toutefois, la preuve présentée devant la Commission a démontré que bon nombre d'avocats chevronnés hésitent à prendre ces affaires en main si elles sont financées par l'aide juridique.

En août 2008, le plus haut tarif accordé par l'aide juridique à un avocat ayant 10 ans ou plus d'expérience en droit criminel était de 96,95 $ l'heure. Pour un avocat possédant de 5 à 10 ans d'expérience, le taux horaire était de 87,26 $. Un avocat comptant moins de 5 ans d'expérience recevait 77,56 $ l'heure. Lorsqu'un

avocat en second reçoit l'approbation d'Aide juridique Ontario (AJO), il est rémunéré au taux horaire de 58,17 $.

Le professeur Michael Code, maintenant membre du corps professoral de la Faculté de droit de l'Université de Toronto, a agi à plusieurs reprises à titre d'avocat de la défense et de sous-procureur général adjoint. Il a déclaré à la Commission que les avocats principaux ont tendance à refuser les affaires longues et compliquées qui sont financées par l'aide juridique puisque le financement est inadéquat. Par conséquent, les avocats en second qui ne sont pas prêts à défendre des affaires complexes doivent tout de même les accepter. Ses commentaires ont trouvé écho chez John Struthers, un autre avocat principal de la défense.

Le professeur Code a été extrêmement critique à l'endroit de la faible augmentation des tarifs accordée par AJO aux avocats de la défense. Il a noté que trois des quatre intervenants majeurs du système de justice pénale, soit la police, la Couronne et la magistrature, ont obtenu d'énormes augmentations salariales au cours des 20 ou 30 dernières années. Pendant ce temps, AJO a accordé des augmentations de seulement 15 % aux avocats de la défense depuis 1976.

M. Struthers a également indiqué que dans de nombreuses affaires criminelles graves, AJO n'autorisait pas la participation d'un avocat adjoint ou d'un avocat en second. Par opposition, la plupart des affaires de meurtre, a-t-il déclaré, sont plaidées par deux avocats de la Couronne qui reçoivent également l'assistance d'enquêteurs de la police.

Le professeur Code et M. Struthers ont tous deux exprimé l'opinion qu'il est nécessaire de s'occuper du sous-financement des avocats de la défense par l'aide juridique dans le but d'attirer les meilleurs avocats vers ces cas complexes.

Nye Thomas, directeur de la recherche stratégique à AJO, et Rob Buchanan, vice-président d'AJO pour la région du grand Toronto, ont participé à une table ronde sur les politiques qui traitaient de cette question. M. Buchanan a indiqué que les avocats principaux de la défense prennent toujours des dossiers criminels graves financés par l'aide juridique. Toutefois, les deux hommes s'entendent pour dire que les tarifs actuels sont insuffisants et se situent sous les taux du marché. M. Thomas a fait valoir que, même si les tarifs devaient être revus à la hausse, ils sont actuellement régis par une loi provinciale; si l'on n'injecte pas davantage d'argent, il sera impossible d'accorder de plus hauts tarifs à long terme. AJO a proposé une déréglementation des tarifs pour pouvoir édicter les règles régissant la rémunération. Cela donnerait plus de latitude à AJO pour innover, entre autres par la création possible d'une quatrième catégorie de rémunération qui permettrait d'offrir un meilleur tarif aux avocats les plus qualifiés qui défendent les causes les plus graves.

On m'a également informé qu'AJO a entrepris des démarches pour faire en

sorte que seuls les avocats ayant l'expérience et les compétences nécessaires puissent s'occuper des affaires criminelles graves. En octobre 2007, AJO a dressé la liste des avocats acceptant les affaires extrêmement graves. Pour pouvoir être inscrits sur cette liste, les avocats doivent cumuler cinq années de pratique continue au criminel ou l'équivalent, compter 100 jours de travail en matière de jugement contentieux ou d'enquête préliminaire, avoir agi à titre d'avocat, d'avocat adjoint ou d'avocat en second dans au moins un procès devant jury, avoir mené au moins cinq *voir-dire* reliés à l'admissibilité du témoignage et compter au moins cinq requêtes en contestation de la *Charte*. Ces critères permettent aux avocats admissibles de prendre des causes criminelles graves, c'est-à-dire celles où l'accusé est passible d'une peine obligatoire d'au moins quatre ans d'emprisonnement. Je remarque que ces causes comprennent les affaires de morts d'enfants où il y a accusation de meurtre, mais excluent les homicides involontaires ou la négligence criminelle ayant causé la mort lorsqu'aucune arme à feu n'a été utilisée.

Le professeur Code était d'avis que la liste des avocats acceptant les affaires extrêmement graves d'AJO n'est pas une mesure adéquate pour s'assurer que seuls les avocats compétents défendent les cas d'homicides d'enfants. Les critères actuels d'admissibilité ne garantissent pas la compétence nécessaire pour mener ces affaires. Il a mis l'accent sur le fait que, dans les cas de médecine pédiatrique légale, l'avocat doit être « hautement qualifié pour comprendre » les preuves médicolégales afin de défendre de telles affaires de façon compétente. Il a également insisté sur la règle éthique voulant que l'avocat de la défense n'accepte aucune affaire qui va au-delà de ses compétences et a suggéré qu'AJO et le Barreau du Haut-Canada insistent pour que les avocats de la défense refusent les cas de cette nature s'ils n'ont pas reçu de formation en médecine pédiatrique légale. Dans une étude indépendante menée dans le cadre de la Commission, le professeur Christopher Sherrin a décrit les difficultés auxquelles les avocats de la défense font face lorsqu'ils souhaitent recevoir une formation en médecine pédiatrique légale.

À mon avis, on ne saurait trop insister sur le besoin criant d'avocats hautement compétents pour défendre les dossiers de morts d'enfants, particulièrement ceux qui comportent des preuves médicolégales contestées. Dans un contexte semblable, le juge Fred Kaufman a exprimé le commentaire suivant dans le *Rapport de la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin :*

> Le succès du système accusatoire qui empêche les erreurs judiciaires repose en grande partie sur la présence d'avocats de la poursuite et de la défense possédant la formation et les compétences adéquates. Cela implique donc que les avocats de la défense doivent être rémunérés convenablement pour leur travail et qu'ils

> doivent avoir accès aux ressources nécessaires pour effectuer leur travail d'investigation et avoir accès aux témoins appropriés (particulièrement aux témoins experts)[5].

Je suis d'accord. Je voudrais souligner que le récent rapport sur l'examen du régime d'aide juridique (*Report of Legal Aid Review* 2008) du professeur Michael Trebilcock a également mis en évidence la nécessité d'augmenter les tarifs de l'aide juridique pour les avocats en droit criminel et en droit familial pour veiller à ce que des avocats qualifiés acceptent de défendre les causes couvertes par l'aide juridique[6]. Lui aussi a recommandé que les tarifs soient augmentés considérablement dans un avenir immédiat.

Bien que je recommande ci-après de promouvoir la formation des avocats de la Couronne et de la défense en matière de médecine pédiatrique légale, je ne crois pas que ce besoin soit une condition préalable à l'admissibilité des avocats de la défense à accepter des cas financés par l'aide juridique. Certains avocats principaux habiles à mener des contre-interrogatoires et à interroger les témoins experts sont aptes à acquérir les connaissances propres à chacun des cas pour les défendre avec succès. Néanmoins, des démarches doivent être entreprises pour augmenter le financement consacré à ces affaires pour s'assurer qu'elles sont défendues, autant que faire se peut, par les membres du barreau les meilleurs et les plus habiles.

M. Buchanan m'a informé qu'AJO reconnaît que le fait d'autoriser des avocats en second à défendre ce genre de causes favorise leur mentorat par des avocats principaux et contribue par conséquent à augmenter le nombre d'avocats aptes à défendre des affaires graves. Il a dit qu'AJO s'était montrée plus encline à autoriser des avocats en second à défendre des affaires graves que par le passé.

Recommandation 119

Conformément à la responsabilité éthique d'un avocat quant à sa compétence, aucun avocat ne devrait défendre une affaire criminelle d'homicide d'enfant ou une affaire semblable qui outrepasse ses compétences ou ses aptitudes.

---

[5] Ontario, *Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin : Rapport*, vol. 2, ministère du Procureur général de l'Ontario, Toronto, 1998, pp. 1233–1235 (Commissaire Fred Kaufman).

[6] Michael Trebilcock, *Rapport 2008 sur l'examen du régime d'aide juridique*, http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/trebilcock/legal_aid_report_2008_FR.pdf (consulté le 14 août 2008).

Recommandation 120

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

Voici des moyens d'atteindre ces objectifs :

a) **La liste des avocats acceptant les affaires criminelles extrêmement graves devrait englober toutes les affaires criminelles d'homicides d'enfants, y compris les cas d'homicide involontaire et de négligence criminelle ayant causé la mort, ainsi que les cas semblables qui comprennent des preuves médicolégales ou d'autres preuves médicales complexes nécessitant une évaluation méticuleuse et pouvant être remises en question.**

b) **Au moins pour les cas d'homicides d'enfants ou les affaires semblables, les critères d'admissibilité à défendre des affaires criminelles extrêmement graves devraient être resserrés afin de faire en sorte que ces cas soient défendus par des avocats hautement compétents. Bien que l'expérience et les aptitudes de certains avocats soient suffisantes pour satisfaire à des critères élevés d'admissibilité même s'ils n'ont pas fait d'études ou reçu de formation en médecine pédiatrique légale, ces études ou cette formation devraient également faire partie des critères d'admissibilité.**

c) **Aide juridique Ontario devrait considérer la spécialisation en droit pénal accordée par le Barreau du Haut-Canada comme étant un facteur servant à déterminer si l'avocat satisfait aux critères élevés d'admissibilité.**

d) **Aide juridique Ontario devrait autoriser régulièrement les avocats adjoints ou en second à s'occuper de ces affaires en augmentant aussi leur rémunération de façon correspondante. Ces avocats ne devraient pas être tenus de satisfaire à tous les critères d'admissibilité auxquels sont soumis les avocats principaux.**

Il faut également se pencher sur la question du financement de l'aide juridique permettant à la défense de retenir les services d'un médecin légiste ou d'un autre expert en médecine. M. Buchanan m'a informé que, lorsque la défense demande à AJO de financer les services d'un médecin légiste pour la défense, on accorde automatiquement le financement équivalent à quatre heures de travail du méde-

cin légiste pour discuter de l'affaire. Après la consultation initiale, l'avocat de la défense fait ensuite une demande détaillée pour obtenir un financement supplémentaire. Dans la plupart des cas, la demande de financement supplémentaire du médecin légiste est approuvée. M. Buchanan a indiqué que le nombre d'heures autorisées fait parfois l'objet de discussions, mais le montant final est habituellement accordé.

Il arrive que l'avocat demande d'autoriser le financement de plus d'un médecin légiste pour la défense. Dans certains cas, le financement est octroyé.

Si l'expert compétent ne se trouve pas à l'intérieur du territoire de compétence, l'avocat de la défense peut demander à AJO le financement nécessaire pour consulter un expert situé à l'extérieur de l'Ontario. M. Thomas a déclaré devant la Commission, et c'est tout à fait compréhensible, qu'AJO préfère fournir du financement pour des médecins légistes locaux. Toutefois, a-t-il ajouté, AJO accorde des fonds lorsque la défense n'a pas d'experts locaux qualifiés ou lorsqu'il y a une bonne raison de demander l'opinion d'un médecin légiste de l'extérieur de l'Ontario ou même de l'extérieur du Canada par exemple, lorsqu'un médecin légiste local est réticent à témoigner pour la défense, alors que les services du médecin légiste pour la Couronne ont été retenus par l'entremise du BCCO.

Aide juridique Ontario établit le tarif des experts, y compris ceux des médecins légistes. Ce tarif n'est pas réglementé par le gouvernement. Actuellement, les médecins légistes désignés par AJO reçoivent 100 $ l'heure. Pour ce qui est de la rémunération pour la comparution, le médecin légiste de la Couronne touche 125 $ l'heure (650 $ par jour et 325 $ par demi-journée).

Plusieurs éléments peuvent dissuader les médecins légistes ontariens à travailler pour la défense. Certains médecins légistes sont réticents à témoigner contre un collègue. En effet, on a appris durant l'enquête que le fait de témoigner pour la défense peut créer des tensions, voire de l'hostilité, avec les avocats de la Couronne et les policiers. Certains médecins légistes acceptent d'offrir leurs services à la défense à la seule condition de ne pas être appelés à titre de témoin. J'espère que certaines de ces questions seront réglées par la création d'un registre dont les critères d'admissibilité comprennent un engagement à accepter de travailler pour la défense au pénal. Je crois aussi qu'à long terme, tous les intervenants du système de justice pénale gagneront à mieux comprendre le rôle du médecin légiste en tant qu'expert impartial, qu'il serve la Couronne ou la défense.

Cela étant dit, le tarif peu élevé qu'offre l'aide juridique aux médecins légistes retenus par la défense est un autre élément dissuasif. Cela envoie aussi le message que les experts de la défense ont une moins grande valeur que les experts retenus par la poursuite. On devrait éliminer cet écart.

L'un des rôles importants que doit assumer le médecin légiste de la défense est

de se présenter en cour (particulièrement durant le procès) pour entendre le témoignage des autres experts, principalement celui du médecin légiste de la Couronne. Ce rôle remplit plusieurs fonctions. D'abord, il permet à la défense de consulter son expert en « temps réel », ce qui lui donne l'occasion de contre-interroger efficacement l'expert présenté par la poursuite. Sinon, cette occasion pourrait être perdue. Ensuite, comme le D^r^ Christopher Milroy l'a fait remarquer devant la Commission, la présence d'un expert à l'opinion opposée peut grandement contribuer à faire en sorte que le témoignage d'expert soit livré de façon responsable. Il semblerait que la Couronne demande souvent à son médecin légiste d'être présent durant le témoignage du médecin légiste de la défense.

Aide juridique Ontario a rarement accordé des fonds pour qu'un médecin légiste de la défense soit présent en cour pour entendre le témoignage du pathologiste de la Couronne. M. Buchanan a toutefois indiqué qu'AJO serait enclin à revoir ses critères de financement à cet effet.

Recommandation 121

Pour les cas criminels d'homicides d'enfants et les affaires de nature semblable, Aide juridique Ontario devrait normalement, lorsque la demande est formulée, accorder des fonds pour que les médecins légistes de la défense soient présents en cour lorsque les pathologistes de la Couronne ou d'autres experts éminents en médecine légale livrent leur témoignage dans le cadre de l'affaire.

Recommandation 122

Les taux horaires offerts par Aide juridique Ontario pour les médecins légistes et autres experts du genre devraient être majorés afin de permettre à la défense d'avoir accès à leur expertise et ces taux devraient être relativement équivalents aux honoraires payés par la Couronne. De même, lorsqu'il faut déterminer le nombre d'heures autorisées, s'il convient d'autoriser la venue d'un médecin légiste de l'extérieur de la province ou d'autoriser plus d'un médecin légiste ou expert, Aide juridique Ontario devrait s'inspirer des leçons qu'a tirées la Commission d'enquête – y compris la complexité des cas criminels d'homicides d'enfants et les possibilités d'erreurs judiciaires en présence de preuves médicolégales qui ne peuvent être évaluées avec exactitude et, au besoin, mises en doute.

Recommandation 123

Le financement total dont dispose Aide juridique Ontario devrait être suffisant pour permettre la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent chapitre.

Rencontre entre l'avocat de la défense et les experts

Plusieurs experts en médecine légale ont manifesté leur intérêt, en tant que témoins à être appelés par la Couronne, à rencontrer l'avocat de la défense avant la tenue du procès pour discuter de leur opinion et du témoignage qu'ils comptent livrer. Toutefois, leur expérience démontre que l'avocat de la défense ne communique généralement pas avec eux avant qu'ils témoignent. La professeure Kathy Gruspier, anthropologue judiciaire de premier plan, affirme que l'avocat de la défense en fait rarement la demande. Lorsqu'il le fait, elle est plus qu'heureuse de répondre directement à la question la plus importante qu'il devrait lui poser : quelles sont les limites de votre opinion? Le D^{r} David Ranson, directeur adjoint du Victorian Institute for Forensic Medicine, a indiqué que les avocats de la défense expérimentés le contactent à l'avance pour connaître son opinion, alors que les moins expérimentés ne le font pas.

À mon avis, les témoins experts convoqués par la Couronne devraient être disponibles pour rencontrer l'avocat de la défense avant la tenue du procès afin d'expliquer leur opinion et les limites de celle-ci. Je crois que de nombreux médecins légistes et autres témoins experts sont prêts à le faire. Cependant, la responsabilité de proposer ces rencontres repose, en majeure partie, sur la défense. Cette initiative peut s'avérer une étape importante de la préparation du procès et, dans les cas comportant un aspect médicolégal, de la compréhension profonde de l'étendue et des limites de la médecine légale en général et de l'opinion du pathologiste en particulier.

Les avocats de la défense sont parfois réticents à rencontrer ces experts de peur de « dévoiler leur jeu » et d'inciter les experts à « raffermir » leur témoignage pour réussir à déjouer le contre-interrogatoire. J'ai espoir que, grâce au professionnalisme accru des médecins légistes, au nouveau Service ontarien de médecine légale (SOML) et à la réaffirmation de l'importance des responsabilités des médecins légistes envers le tribunal, plutôt qu'envers la poursuite, ces problèmes seront grandement minimisés et que les avocats de la défense seront plus enclins à rencontrer ces experts avant la tenue du procès.

Recommandation 124

Les témoins experts convoqués par la poursuite devraient être disponibles pour rencontrer l'avocat de la défense avant la tenue du procès afin d'expliquer leurs opinions et les limites de celles-ci. Au cours de la préparation du procès, l'avocat de la défense devrait envisager sérieusement de rencontrer ces experts. Cela est particulièrement indiqué dans les affaires de nature médicolégale.

Divulgation des rapports d'expert et rencontres entre les experts

Le paragraphe 657.3 (3) du *Code criminel* prévoit que, « [e]n vue de favoriser l'équité et l'efficacité en matière de présentation des témoignages », chaque partie qui veut appeler un témoin expert doit aviser les autres parties de son intention au moins 30 jours avant le début du procès ou à l'intérieur de tout délai que fixe le tribunal. Cet avis doit comprendre le nom du témoin proposé, une description assez détaillée de son domaine d'expertise, pour permettre aux autres parties de se renseigner sur ce domaine d'expertise, et un exposé des compétences du témoin en tant qu'expert.

De plus, le procureur doit, dans un délai raisonnable avant le procès, fournir à la ou aux parties adverses un exemplaire du rapport d'expert ou, si aucun rapport n'a été rédigé, un résumé de l'opinion prévue ainsi que les fondements sur lesquels elle s'appuie. La défense doit fournir tous ces documents au plus tard après que la poursuite a terminé son exposé. Sans le consentement de l'accusé, le procureur ne peut produire ces documents en preuve si le témoin proposé par la défense ne témoigne pas.

L'un des points litigieux qui a été soulevé devant la Commission concerne l'ajout de dispositions obligeant la défense à divulguer le plus tôt possible le contenu du témoignage anticipé de ses experts avant le début du procès. De telles dispositions sont en vigueur au Royaume-Uni et dans plusieurs autres territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Tous les médecins légistes qui ont participé aux travaux de la Commission ont approuvé la divulgation hâtive comme façon de promouvoir le meilleur dialogue scientifique possible entre les experts de la Couronne et de la défense.

Pour plusieurs raisons, je ne propose pas de recommander la divulgation hâtive obligatoire du contenu du témoignage anticipé des experts de la défense. Il est possible que le fait d'obliger une divulgation hâtive, avant que la défense n'ait en sa possession tous les éléments essentiels, contrevienne à la *Charte*. Dans l'affaire *R. c. Rose*, les juges Cory, Iacobucci et Bastarache ont déclaré :

> À notre avis, il est utile de faire la distinction entre deux aspects particuliers du droit à une défense pleine et entière. Le premier aspect est le droit de l'accusé d'avoir accès à la totalité de la preuve qui pèse contre lui avant de répondre à la Couronne en présentant la preuve pour sa défense. Le droit de connaître les éléments de preuve qui sont présentés contre lui est reconnu depuis longtemps et est respecté une fois que la Couronne a présenté l'ensemble de sa preuve, puisque à ce point, tous les faits qui sont censés prouver la culpabilité sont connus de l'accusé de sorte que celui-ci peut présenter ses contre-arguments : voir *R. c. Krause*, [1986] 2 S.C.R. 466, p. 473, *par* McIntyre J.; John Sopinka, Sidney Lederman et Alan Bryant, *The Law of Evidence in Canada* (1992), p. 880. Cet aspect du droit à une défense pleine et entière est rattaché au droit à la pleine divulgation et au droit à mener un contre-interrogatoire complet des témoins de la Couronne, et concerne le droit de répondre, d'une manière très directe et détaillée, à la preuve de la Couronne. L'obligation que la Couronne plaide avant que la défense ne réponde est inhérente à cet aspect du droit à une défense pleine et entière.
>
> Un second aspect, plus large, du droit à une défense pleine et entière, qui peut sembler englober le premier aspect, est le droit d'une personne accusée de se défendre contre tous les efforts de l'État à la déclarer coupable. La Couronne n'a pas le droit de s'engager dans des activités visant à faire condamner un accusé à moins que celui-ci puisse se défendre contre ces actions de l'État. [Mis en évidence dans l'original.][7]

L'Ontario Crown Attorneys' Association a convenu que la divulgation obligatoire de la part de la défense peut entrer en conflit avec la *Charte*. Cependant, l'association et le ministère du Procureur général ont suggéré d'encourager la défense à divulguer hâtivement les rapports d'expert.

Je pense que le bon fonctionnement du système accusatoire, essentiel à l'impartialité des procès criminels, exige que la décision revienne à l'avocat de divulguer ou non les rapports d'expert plus tôt que ce que prévoit actuellement le *Code criminel*. Nombre des recommandations que je fais suffiront, je l'espère, à faire en sorte que la cour reçoive des preuves scientifiques ayant bénéficié de l'échange d'idées entre experts d'opinions contraires. Il est évident que la défense bénéficie souvent (tout comme le témoignage des médecins légistes présenté au système de justice pénale) de la divulgation hâtive, volontaire, du témoignage anticipé de ses experts en médecine légale. En effet, dans plusieurs des cas étudiés par la

[7] *R c. Rose,* [1998] 3 R.C.S. 262 par. 102–103. Le juge Charles Gonthier était d'accord avec ces raisons. La juge Claire L'Heureux-Dubé était plutôt d'accord avec ces questions. (Voir par. 61.)

Commission, une telle divulgation a contribué ou a mené à la décision des procureurs de mettre fin à la poursuite criminelle. Les affaires Jenna, Joshua et Sharon l'illustrent parfaitement.

La divulgation hâtive de la part de la défense pourrait non seulement avoir une incidence sur la possibilité raisonnable de condamnation par la poursuite (comme c'est le cas dans les exemples mentionnés ci-dessus), elle pourrait également permettre de circonscrire ou de clarifier les questions litigieuses, de promouvoir l'utilisation efficace des ressources judiciaires et d'amener le médecin légiste de la Couronne à réévaluer son opinion ou le niveau justifiable de confiance qu'il a en cette opinion ou à prendre en compte la pertinence et les limites appropriées de cette opinion et l'existence d'autres explications.

Durant l'enquête, on s'est inquiété du fait que la divulgation hâtive de la part de la défense pourrait permettre à la Couronne de reformuler ou de renforcer son plaidoyer en incitant les médecins légistes à venir témoigner pour « raffermir » la preuve de la Couronne. Cette inquiétude ressemble à celle qui a été exprimée à l'égard des rencontres entre les avocats de la défense et les experts de la Couronne avant la tenue du procès, et elle appelle une réponse semblable, c'est-à-dire qu'à l'avenir, le professionnalisme des médecins légistes contribuera grandement à atténuer cette inquiétude.

Je reconnais qu'il y aura des causes où la défense choisira, pour des raisons stratégiques, de ne pas divulguer à l'avance le contenu du témoignage anticipé de ses experts. Parfois, ces raisons stratégiques sont influencées par les personnes concernées ou par la confiance qu'a la défense en l'ouverture d'esprit du procureur ou du médecin légiste en question. Cependant, je garde espoir que le professionnalisme accru des médecins légistes et que le nouveau SOML, ainsi que la réaffirmation de l'importance des responsabilités des médecins légistes envers le tribunal, plutôt qu'envers la poursuite, et grâce à la plus grande expertise et à la formation approfondie des procureurs s'occupant de ces cas difficiles, une divulgation hâtive de la part des deux parties deviendra la norme.

De plus, la nécessité pour les médecins légistes de documenter les ajouts ou les modifications apportés à leurs opinions dont il a été question au chapitre 15, Pratiques exemplaires et au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale, tant à titre de pratique exemplaire que de moyen d'accroître l'efficacité de la communication entre les médecins légistes et le système de justice pénale, fera en sorte que la défense soit en bonne posture pour mettre en doute une opinion en se fondant sur le moment où elle a été formée, sur la façon dont elle l'a été et les renseignements sur lesquels elle repose.

Recommandation 125

La défense bénéficie souvent (tout comme le témoignage des médecins légistes présenté au système de justice pénale) de la divulgation hâtive et volontaire du témoignage anticipé de son expert en médecine légale. Il faudrait encourager la défense, dans son propre intérêt, à procéder à une telle divulgation hâtive. Il ne faudrait cependant pas l'y obliger.

Évaluation des témoins experts par les avocats

L'une des propositions soumises à la Commission voulait que les avocats du procès aident le nouveau SOML à évaluer le rendement de ses pathologistes en remplissant des questionnaires une fois l'affaire close. Les avocats de la défense et de la Couronne sont de toute évidence en bonne posture pour fournir une évaluation au SOML au sujet du rendement du médecin légiste relativement à son témoignage. Ils peuvent, par exemple, juger de la façon dont le rapport a été préparé, de la disponibilité des médecins légistes pour se présenter aux rencontres préparatoires au procès, de leur objectivité et de leurs aptitudes à la communication, à l'intérieur comme à l'extérieur du tribunal.

Cette proposition d'évaluation des médecins légistes ressemblerait aux lettres portant sur la surveillance des tribunaux envoyées aux avocats en ce qui concerne les témoins experts du CSJ à la suite de la Commission Morin. Le D^r^ Ray Prime, directeur du CSJ, a affirmé que les avocats ont répondu en grand nombre à ces lettres et que l'information reçue grâce à ce procédé s'est avérée bénéfique pour le travail des scientifiques du CSJ. Le juge John McMahon, ancien directeur des services des procureurs de la Couronne pour la région de Toronto et directeur du comité de mise en œuvre des recommandations du *Rapport de la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin*, a confirmé que le programme de surveillance des tribunaux s'est avéré très efficace.

À mon avis, il serait grandement profitable pour le SOML, et en fin de compte pour le système de justice pénale, que les avocats de la défense et de la Couronne fassent part de leurs commentaires au SOML quant à la qualité du travail des médecins légistes. Afin de permettre des évaluations pertinentes du travail des médecins légistes dans le système de justice pénale, l'information devrait être vérifiée par le médecin légiste en chef et, au besoin, par l'Équipe des homicides d'enfants.

Recommandation 126

Un programme de surveillance des tribunaux devrait être instauré pour les médecins légistes par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, de concert avec le ministère du Procureur général et la Criminal Lawyers Association.

Formation en médecine légale

Comme je le recommande tout au long de ce rapport, il est impératif que les avocats de la défense et de la Couronne participent à un programme de formation juridique continue en médecine légale et en médecine pédiatrique légale afin d'être mieux outillés pour comprendre et plaider les causes difficiles. Toutefois, dans les faits, les avocats de la défense ont moins facilement accès à des programmes de formation juridique continue. Les programmes de formation organisés et financés par le ministère du Procureur général sont souvent accessibles aux avocats de la Couronne, mais aucune institution n'aide les avocats de la défense à y accéder. Par conséquent, plusieurs intervenants ont suggéré un regroupement des ressources pour offrir des programmes de formation aux avocats de la Couronne et de la défense. J'accueille chaleureusement cette suggestion.

Soulignons à leur honneur que le ministère du Procureur général et le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels nous ont affirmé qu'ils collaboreraient pour mettre sur pied des programmes conjoints de formation, traitant des questions entourant la médecine pédiatrique légale, offerts aux avocats de la Couronne et de la défense, aux policiers, aux magistrats et aux scientifiques. Le ministère du Procureur général a suggéré que ces programmes soient semblables à ceux portant sur les sciences judiciaires qui ont vu le jour à la suite des recommandations de la Commission Morin.

Je suis d'avis que des cours conjoints en médecine légale, financés par le ministère du Procureur général et le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, devraient être offerts de façon régulière (annuelle ou semestrielle). Cette formation devrait porter sur les connaissances spécialisées nécessaires aux cas de médecine pédiatrique légale. Ces cours devraient aussi aborder d'autres points critiques ou émergents sur l'interaction entre la médecine pédiatrique légale et le droit. On a suggéré que ces programmes soient offerts en ligne pour que les avocats puissent accéder au matériel chaque fois qu'ils en ont besoin. Je suis d'accord avec ces deux suggestions.

Toutefois, de façon générale, la formation des avocats devrait commencer beaucoup plus tôt, c'est-à-dire à l'école de droit. Le professeur Sherrin a indiqué qu'en 2007, une seule école de droit en Ontario offrait un cours en médecine légale.

Selon M^me^ Edwardh, les écoles de droit « n'épaulent personne en Ontario parce que leurs programmes ne sont pas conçus pour fournir des connaissances scientifiques, et je crois [...] que c'est un problème majeur ». Elle a fait remarquer que la plupart des avocats sont des étudiants ayant obtenu un diplôme en sciences humaines; ils ne possèdent donc pas la formation adéquate en sciences pures. M^me^ Edwardh a recommandé la création dans les écoles de droit d'un cours qui fournirait aux étudiants en droit des connaissances scientifiques de base. Elle a reconnu qu'un tel cours ne pourrait couvrir tous les domaines scientifiques éventuellement pertinents pour les avocats au cours de leur future carrière, mais elle avait l'impression qu'il serait tout de même bénéfique de leur permettre d'acquérir de telles connaissances scientifiques de base. Je suis d'accord avec M^me^ Edwardh.

Recommandation 127

a) Le ministère du Procureur général et le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devraient financer régulièrement des cours conjoints pour les avocats de la défense et de la Couronne portant sur la médecine légale en général et la médecine pédiatrique légale en particulier.

b) Cette formation devrait aider les avocats à acquérir les connaissances spécialisées nécessaires pour agir à titre d'avocat dans les cas de médecine pédiatrique légale. Les programmes d'enseignement pourraient être offerts en classe ou en ligne, mais il devrait aussi y avoir du matériel accessible en ligne afin que les avocats plaidant des causes de médecine pédiatrique légale puissent s'en servir comme ressource quand le cours n'est pas offert.

Recommandation 128

On devrait encourager les écoles de droit à offrir des cours permettant d'acquérir des connaissances scientifiques de base et traitant de l'interaction entre la science et le droit.

Ce chapitre ne se concentre pas sur les médecins légistes et les mesures nécessaires à la promotion de leur formation, de leurs études, de leur accréditation et de leur supervision par leurs collègues scientifiques. La mise en place de la plus radicale de ces mesures, bien que d'une importance capitale, n'offre aucune garantie contre l'apparition d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale dans le système de justice pénale. Ces mesures doivent s'appuyer sur les rôles importants que d'autres intervenants – les coroners, la police et les avocats de la Couronne et

de la défense – peuvent jouer pour protéger le public contre une médecine pédiatrique légale défaillante ou mal comprise. Les présentes recommandations visent à aider ces intervenants à bien remplir leurs rôles. Cependant, ce ne sont pas les seuls intervenants du système de justice qui doivent être objectifs, indépendants, vigilants et compétents afin d'empêcher que des erreurs scientifiques, y compris un processus vicié de médecine pédiatrique légale, s'infiltrent dans le système judiciaire. Les tribunaux doivent accomplir un rôle tout aussi crucial. C'est donc vers eux que je me tourne dans le chapitre 18.

18
Le rôle de la cour

Les juges jouent un rôle de premier plan en ce qui concerne la protection du système judiciaire contre les répercussions des preuves scientifiques douteuses. Bien que cet objectif soit grandement appuyé par l'utilisation de processus rigoureux d'assurance de la qualité concernant la préparation des opinions d'expert, l'intégrité et la franchise des témoins experts et le contre-interrogatoire des experts par un avocat compétent et renseigné, le juge doit porter le lourd fardeau de protéger en dernier ressort le système contre une preuve d'expert non fiable. Une telle preuve, comme nous l'avons souligné, peut être à l'origine d'erreurs judiciaires.

Dans les cas qui ont donné lieu à la création de la présente Commission d'enquête, on a permis au D^r^ Charles Smith de présenter des preuves d'expert en médecine pédiatrique légale, souvent sans contestation ou avec un contrôle limité de ses titres de compétence. Il était apparemment un expert qualifié provenant d'une institution reconnue. Il avait une présence imposante et témoignait souvent dans un style dogmatique. La preuve entendue dans le cadre de la présente Commission a permis de démontrer que le système judiciaire est vulnérable aux preuves d'experts non fiables, particulièrement si elles sont présentées par une personne ayant le comportement et la réputation du D^r^ Smith. Ce type d'expert peut facilement tromper la vigilance et le scepticisme sain du protecteur, comme nous l'avons vu. En fait, comme nous le savons, le D^r^ Smith ne possédait ni la formation requise en médecine légale ni de bases scientifiques solides permettant de formuler bon nombre de ses opinions.

En raison des inquiétudes concernant la vulnérabilité du système judiciaire à l'égard des témoignages d'expert, la Commission a commandé des études de recherche et convoqué des tables rondes sur les politiques relatives aux questions touchant l'admissibilité de la preuve d'expert dans le cadre des instances judiciaires. On a demandé aux auteurs et aux participants d'offrir des conseils en ce qui a trait à la meilleure façon de présenter les preuves d'expert aux juges des faits

– les juges ou les jurés – non seulement afin que ces derniers les comprennent bien, mais aussi qu'on ne s'appuie pas sur elles à tort. Nous avons principalement ciblé la preuve d'expert en médecine pédiatrique légale, mais avons également tenu compte des questions plus générales relatives à la preuve d'expert. Dans le cas qui nous occupe, cette perspective élargie est justifiée, car les tribunaux ont élaboré des critères relatifs à l'admissibilité de la preuve d'expert au sens large. J'espère que le présent chapitre contribuera à rendre les tribunaux moins vulnérables aux preuves d'experts non fiables dans les cas comportant à la fois une preuve de médecine pédiatrique légale et une preuve scientifique pouvant porter à controverse.

J'y examine en premier lieu les critères d'admissibilité de la preuve d'expert, en prêtant une attention particulière aux problèmes créés par des experts chevronnés qui sortent de leur domaine d'expertise et le rôle de protecteur des juges qui doivent s'assurer que la preuve d'expert est suffisamment fiable pour être admise. Cet exposé comprend une évaluation des outils que peuvent utiliser les juges afin de déterminer le seuil de fiabilité, de la manière dont les audiences peuvent être menées en vue de déterminer l'admissibilité d'une preuve d'expert, des résultats de l'audience sur l'admissibilité ainsi que du rôle de la formation de la magistrature en vue de permettre aux juges de première instance de décider du seuil de fiabilité. J'évalue ensuite la façon dont les juges et le système judiciaire devraient interagir avec les témoins experts, y compris la mise en place de codes de déontologie pour les témoins experts, le rôle des experts nommés conjointement ou par les tribunaux et celui du tribunal dans la gestion des questions de médecine légale, notamment le fait de favoriser l'échange de rapports d'experts et les réunions entre experts. Enfin, j'examine les exposés du juge au jury sur les preuves d'expert. J'ai déjà examiné la rédaction des rapports et la présentation de preuves au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale. Le présent chapitre met plutôt l'accent sur la façon dont le système judiciaire peut réglementer le comportement des témoins experts et, en particulier, le rôle essentiel de protecteur qui revient aux juges de première instance.

Admissibilité de la preuve d'expert

Définir les limites de l'expertise

Comprendre que le système judiciaire, en règle générale, interdit aux témoins de présenter leurs opinions plutôt que les faits qu'ils ont observés constitue le point de départ de l'examen de l'admissibilité d'une preuve d'expert. Il revient au juge des faits de tirer des conclusions fondées sur la preuve présentée au procès.

Exceptionnellement, les témoins experts sont autorisés à faire un témoignage d'opinion, mais seulement dans la mesure où ils ont été qualifiés d'experts de façon appropriée. Il est essentiel que les juges définissent précisément la nature et les limites de cette expertise au début de chaque procès. Cette description clarifie les sujets sur lesquels les experts peuvent donner leur opinion et permet au tribunal de restreindre le nombre d'« experts qui digressent ».

La preuve entendue par la Commission a révélé que le problème lié aux témoins experts qui présentent des témoignages d'opinion hors de leur domaine d'expertise est important. La majorité de ces excès surviennent dans des témoignages, et non dans des rapports, et souvent à l'invitation de l'avocat. Le défi que représentent les témoins experts qui digressent pour le système de justice pénale est de taille. Toutes les mesures relatives à l'admissibilité (dont il sera question dans la prochaine section) qui visent à assurer la pertinence, la nécessité et la fiabilité d'une preuve scientifique d'expert sont inutiles si l'on permet aux experts d'aller au-delà de leur domaine d'expertise et d'offrir, sous l'apparence d'expertise, ce qui ne sont essentiellement que des opinions de profane sans aucune valeur scientifique.

Dans le cas du D^r^ Charles Smith, il s'est égaré bien au-delà de son domaine d'expertise, de diverses façons. Quatre d'entre elles permettent d'illustrer cette situation. Premièrement, il a témoigné relativement à des affaires dépassant considérablement le domaine d'expertise d'un pathologiste. Par exemple, il a fourni un profil sociologique du secoueur de bébé type, y compris une analyse fondée sur le sexe, l'état familial, la motivation et l'heure probable de l'événement (comme il le dit, « les heures empoisonnées »). Deuxièmement, il a témoigné dans des affaires qui tomberaient normalement dans le domaine d'expertise d'un médecin légiste, mais pour lesquelles, en raison de son propre manque de connaissances, il n'avait pas (comme il l'a reconnu) les compétences nécessaires. Les morsures de chien dans l'affaire Sharon constituent un exemple de cette situation. Troisièmement, il a présenté des opinions d'expert sur la cause de la mort ou le mécanisme ayant entraîné celle-ci, pas en se fondant sur des données pathologiques, mais sur des renseignements d'une autre nature qu'il avait obtenus. Bien comprises, ces opinions ne cadraient pas du tout avec le domaine d'expertise d'un pathologiste. Quatrièmement, il a spéculé sur des questions qui n'étaient appuyées par aucune preuve existante.

La première tâche du juge de première instance, à titre de protecteur, est de définir clairement le domaine dans lequel le témoin proposé possède l'expertise requise pour présenter un témoignage d'opinion devant le tribunal. Comme l'a souligné l'honorable Patrick LeSage, ancien juge en chef de la Cour supérieure de l'Ontario et juge d'instance expérimenté, dans le cadre de la table ronde sur les

politiques, le juge de première instance doit définir ce domaine avec clarté et précision, après avoir compris le niveau de formation et d'expérience du témoin. Au début, le juge de première instance doit insister pour que le procureur limite avec précision le domaine d'expertise proposé et les questions vers lesquelles l'opinion sera dirigée. Le juge de première instance, dans les termes utilisés par M. LeSage, devrait donc trancher

> en ce qui a trait aux éléments précis sur lesquels ils pourront témoigner et aux opinions qu'ils seront en mesure de commenter, rien de plus. Et vous leur lancez aussi un regard furieux. Et s'ils digressent, je crois que comme juge, même si vous êtes un juge non interventionniste, vous avez l'obligation absolue d'intervenir et d'arrêter la personne immédiatement […] – si c'est devant le jury, tant mieux. L'avertissement a plus de poids si le juge le donne au témoin devant le jury. Mais vous avez l'obligation de faire ça et de vous assurer que les témoins ne dépassent pas ces limites.

Le juge Marc Rosenberg, de la Cour d'appel de l'Ontario, était d'accord avec M. LeSage sur le fait que les juges de première instance, dans leurs décisions relatives à l'admissibilité d'une preuve d'expert, doivent être le plus clairs possible concernant à la fois le domaine d'expertise et la portée de l'opinion. Il a également souligné que, dans les causes criminelles, les juges de première instance devraient être encore plus vigilants, compte tenu du fait que la liberté de la personne accusée est en jeu.

Une partie de la tâche qui consiste à définir la nature de l'expertise d'un témoin est d'en définir les limites extérieures. Au moment où l'expert témoigne, le juge de première instance est alors en mesure de l'empêcher d'aller au-delà de son domaine d'expertise. Comme nous l'avons souligné précédemment, les participants à notre table ronde ont appuyé pleinement l'idée voulant que les juges de première instance devraient arrêter les experts qui vont au-delà de leur domaine d'expertise reconnu, même s'il y a peu ou pas de contestation de la part de l'avocat de la partie adverse.

Dans son étude de recherche préparée pour la Commission, « Pediatric Forensic Pathology as Forensic Science: The Role of Science and the Justice System », Kathy Gruspier, professeure de criminalistique à l'Université de Toronto, avertit que, dans les cas de morts d'enfants, il existe un risque particulier que les experts témoignent hors de leur domaine d'expertise. Elle aborde la décision rendue en 1993 par la Cour suprême dans l'affaire *R. c. Marquard*, dans laquelle un témoin qui avait été reconnu comme étant une experte en violence faite aux enfants et en pédiatrie avait été autorisée à déclarer sous serment que les

brûlures qu'elle avait observées sur un enfant étaient des brûlures attribuables à un contact, par opposition à des brûlures attribuables à une flamme, même si elle n'était pas médecin spécialiste en brûlures[1]. Dans le même cas, un autre médecin reconnu comme un expert en brûlures a néanmoins été autorisé à témoigner que la passivité durant l'examen était caractéristique des enfants maltraités. Au procès, la défense ne s'est pas objectée aux questions qui ont permis d'obtenir ce témoignage. Ce cas illustre les difficultés qui surgissent lorsque le domaine d'expertise n'est pas adéquatement défini dès le début du processus.

Le juge de première instance dans l'affaire *Marquard* n'a pas donné pour instructions au jury de ne pas tenir compte du témoignage des experts, mais plutôt de les considérer « avec l'ensemble de la preuve »[2]. La Cour suprême a conclu qu'il ne s'agissait pas d'une erreur de droit, soulignant que « si importante que puisse être la qualification initiale d'un expert, il serait excessivement formaliste de rejeter le témoignage d'expert pour la simple raison que le témoin se permet de donner une opinion qui va au-delà du domaine d'expertise pour lequel il a été qualifié ». La Cour a annulé la condamnation et a ordonné la tenue d'un nouveau procès pour d'autres motifs relatifs au caractère préjudiciable de la preuve d'expert concernant des allégations de mauvais traitement antérieur sur l'enfant et au témoignage erroné de l'expert sur la crédibilité de l'enfant.

Je souligne que le jugement relatif à l'affaire *Marquard* a été rendu en 1993. Comme nous le verrons, il y a eu des développements importants depuis ce temps concernant les critères relatifs à l'admissibilité d'une preuve d'expert. La Cour adopte maintenant une démarche plus rigoureuse en ce qui a trait aux exigences voulant que la preuve d'expert soit pertinente et nécessaire, que son effet préjudiciable ne surpasse pas sa valeur probante et que son seuil de fiabilité soit suffisant pour justifier son admission. Le critère rigoureux relatif à l'admissibilité d'une preuve d'expert s'applique à tous les experts potentiels, peu importe leur réputation, leur formation et leur expérience. Personne ne devrait avoir carte blanche.

Marlys Edwardh, une criminaliste très respectée, a ouvertement fait part du défi que cela représentait lors de nos tables rondes. Elle a indiqué que le système judiciaire a « eu tendance à s'en remettre à la médecine sans que celle-ci ne fasse l'objet d'un examen aussi approfondi que d'autres domaines. Alors, a-t-elle continué, je crois que nous devons maintenant cesser de faire cela et bien asseoir le rôle de protecteur du juge de première instance qui consiste à s'assurer que ce qui est entendu correspond à ce que nous désirons définir comme fiable, à savoir que cette fiabilité peut être démontrée. »

---

[1] [1993] 4 R.C.S. 223.

[2] *Ibid.*, par. 34.

Lors des tables rondes, certaines personnes ont été très sceptiques à l'égard d'une solution possible – ordonner au jury qu'il donne moins de poids au témoignage que les experts présentent en dehors de leur domaine d'expertise. La professeure Erica Beecher-Monas, de la faculté de droit de l'Université Wayne State, a comparé le problème au fait de « faire taire la cloche » une fois que le jury a entendu le soi-disant témoignage d'expert. Le professeur Gary Edmond, de la faculté de droit de l'Université de la Nouvelle-Galles du Sud, et elle ont souligné la difficulté pour le jury de ne pas tenir compte de ce type d'information. Le professeur Edmond a également mis l'accent sur la nécessité de la prévention « dès le départ » et sur les problèmes systémiques liés au fait de permettre d'entendre la preuve, puis de tenter de la corriger au moyen de contre-expertises, de contre-interrogatoires et d'avertissements. Le juge Rosenberg et M. LeSage ont convenu qu'il est préférable d'empêcher les témoins de présenter des preuves allant au-delà de leur domaine d'expertise.

Il est par conséquent essentiel de définir clairement les limites du domaine d'expertise du témoin. Pour mettre cela dans le contexte de la médecine légale, un certain nombre de cliniciens ayant témoigné devant la présente Commission, tels que le D^r^ James Cairns, coroner en chef adjoint de l'Ontario, ont aisément reconnu que les cliniciens commettraient une erreur en donnant leur opinion sur la cause d'une mort. Ils n'ont simplement pas de formation en pathologie. Je suis d'accord. Bien que les cliniciens puissent être en mesure, dans les cas de morts d'enfants, de présenter des preuves pouvant satisfaire aux exigences rigoureuses d'admissibilité d'une preuve d'expert, la nature et les limites de leur domaine d'expertise, comme dans le cas de tous les témoins experts, devraient être définies avec précision au début du procès et le juge devrait en assurer le respect avec vigilance.

À mon avis, on pourrait éviter bon nombre des problèmes présentés dans la situation de fait de l'affaire *Marquard* en exigeant une définition précise de la nature et des limites du domaine d'expertise de chaque témoin expert au début du procès et en contrôlant efficacement le témoignage de cette personne par la suite. L'acte même de définir les limites du domaine d'expertise du témoin aura comme conséquence salutaire de faire en sorte que la preuve soit donnée par un véritable expert. Définir les limites d'un domaine d'expertise est un élément clé du rôle de protecteur du juge de première instance.

Recommandation 129

Lorsqu'un témoin est appelé à présenter une preuve scientifique d'expert, le tribunal devrait définir clairement son domaine d'expertise et limiter vigoureusement son témoignage à ce domaine.

Critère d'admissibilité de la preuve d'expert

La preuve d'expert est admise à titre d'exception à la règle générale visant à empêcher les témoins de présenter des témoignages d'opinion. Cette exception s'applique lorsque le juge des faits doit être aidé par des experts. Le critère d'admissibilité de la preuve d'expert a évolué dans une certaine mesure au cours de la période qui a fait l'objet de l'examen de la présente Commission et, sans doute, continuera à changer dans l'avenir.

L'un des premiers cas ayant fait l'objet d'un témoignage d'expert a été entendu en Angleterre à la fin du XVIII^{e} siècle où, afin de permettre au juge des faits d'évaluer l'autre preuve présentée relativement à ce cas, on a demandé à un ingénieur de donner son opinion sur ce qui avait entraîné l'envasement d'un port[3]. Durant bon nombre d'années, le principal critère concernant l'aptitude d'un expert à témoigner devant un tribunal était que le sujet était tellement spécialisé qu'une personne ordinaire aurait probablement été incapable de se former une opinion sans l'aide d'un expert. Le témoin expert était perçu comme ayant des connaissances particulières dans le domaine en raison de sa formation, de son expérience ou des deux[4]. Au cours des dernières années, toutefois, la démarche en ce qui a trait aux témoins experts a fait l'objet d'une amélioration considérable, comme nous le verrons en examinant l'affaire *Mohan*.

L'affaire Mohan

En 1994, la Cour suprême, dans *R. c. Mohan*[5], a établi quatre critères qui exigent que la preuve d'expert 1) soit pertinente, 2) soit nécessaire afin d'aider le juge des faits, 3) ne fasse pas l'objet d'une règle d'exclusion et 4) soit présentée par un expert suffisamment qualifié. Dans l'arrêt, le juge John Sopinka a lancé cet avertissement :

> La preuve d'expert risque d'être utilisée à mauvais escient et de fausser le processus de recherche des faits. Exprimée en des termes scientifiques que le jury ne comprend pas bien et présentée par un témoin aux qualifications impressionnantes, cette preuve est susceptible d'être considérée par le jury comme étant pratiquement infaillible et comme ayant plus de poids qu'elle ne le mérite. Comme le juge La Forest l'a dit dans l'arrêt *R. c. Béland*, [1987] 2 R.C.S. 398, à la p. 434, relativement

[3] *Folkes c. Chadd* (1782), 99 ER 589.
[4] *Kelliher (Village) c. Smith*, [1931] R.C.S. 672; *R. c. Béland*, [1987] 2 R.C.S. 398, par. 16; *R. c. Marquard,* [1993] 4 R.C.S. 223.
[5] [1994] 2 R.C.S. 9.

> au témoignage sur les résultats d'un détecteur de mensonges produits par l'accusé, une telle preuve ne devrait pas être admise en raison de « la faillibilité humaine dans l'évaluation du poids à donner à la preuve empreinte de la mystique de la science ». On a appliqué ce principe dans des décisions comme *R. c. Melaragni* (1992), 73 C.C.C. (3d) 348, dans laquelle le juge Moldaver a appliqué un critère préliminaire de fiabilité à ce qu'il a qualifié de « nouvelle technique ou discipline scientifique » (p. 353). Le juge Moldaver a également mentionné deux facteurs, entre autres, qui devraient être considérés dans de telles circonstances (à la p. 353) :
>
> 1) La preuve est-elle susceptible de faciliter la tâche de recherche des faits du jury, ou susceptible de l'embrouiller et de le dérouter?
>
> 2) Le jury est-il susceptible d'être écrasé par l'« infaillibilité mystique » de la preuve, ou sera-t-il capable de garder l'esprit ouvert et d'en apprécier objectivement la valeur[6]?

Le premier critère énuméré dans l'arrêt *Mohan* exige non seulement que le cas soit pertinent (c'est-à-dire qu'il soit pertinent du point de vue de la logique), mais qu'il y ait aussi une comparaison plus rigoureuse entre la valeur probante de la preuve et sa conséquence préjudiciable sur le déroulement de la procédure (c'est-à-dire sa pertinence juridique) :

> La preuve qui est par ailleurs logiquement pertinente peut être exclue sur ce fondement si sa valeur probante est surpassée par son effet préjudiciable, si elle exige un temps excessivement long qui est sans commune mesure avec sa valeur ou si elle peut induire en erreur en ce sens que son effet sur le juge des faits, en particulier le jury, est disproportionné par rapport à sa fiabilité. [...] Ce facteur fiabilité-effet revêt une importance particulière dans l'appréciation de l'admissibilité de la preuve d'expert[7].

La deuxième exigence est que la preuve d'expert doit être nécessaire afin d'aider le juge des faits à comprendre le sujet. Dans une cause ultérieure à l'affaire *Mohan*, la Cour a expliqué qu'on satisfaisait à cette exigence « seulement quand les profanes sont susceptibles d'en venir à une conclusion erronée sans l'aide d'experts ou qu'ils seront privés de renseignements importants s'ils ne peuvent recourir aux connaissances d'experts »[8]. Dans l'arrêt *Mohan*, la Cour avait conclu

---

[6] *Ibid.*, par. 19.
[7] *Ibid.*, par. 18.
[8] *R. c. D.D.*, [2000] 2 R.C.S. 275, par. 57.

que le critère de nécessité permettait de faire en sorte qu'on n'usurpe pas le rôle du juge des faits concernant des questions comme la crédibilité des témoins ou le point litigieux en cause.

La troisième exigence est l'absence de toute règle d'exclusion. L'une des règles d'exclusion importantes relativement à l'admissibilité de la preuve d'expert est que l'effet préjudiciable de la preuve ne doit pas surpasser la valeur probante de celle-ci. Comme je l'indiquerai, une autre importante règle d'exclusion prévoit qu'une preuve qui ne respecte pas le seuil de fiabilité ne doit pas être admise. Il est important de souligner, toutefois, que les doutes concernant le seuil de fiabilité peuvent avoir une incidence sur les quatre critères énumérés dans l'arrêt *Mohan*. En d'autres termes, le poids de la fiabilité en ce qui a trait à l'admissibilité devrait être perçu comme plus important que l'analyse de la valeur probante par rapport à l'effet préjudiciable.

En vertu de la quatrième exigence, l'expert proposé doit posséder des connaissances particulières sur le sujet sur lequel il doit témoigner. La meilleure façon de vérifier le respect de cette exigence est d'évaluer la formation initiale du témoin proposé, les pratiques de formation continue et d'accréditation applicables à ce témoin, ainsi que la façon dont ces deux facteurs sont reliés au sujet proposé du témoignage de l'expert.

Tenir compte du seuil de fiabilité

Le juge des faits doit déterminer en fin de compte la fiabilité de toute preuve admise, y compris la preuve d'expert. La question est de savoir si le droit de la preuve exige que le tribunal, en tant que protecteur, s'assure que la preuve présentée comme opinion scientifique atteint un seuil minimal de fiabilité pour justifier sa prise en compte par le juge des faits. À mon avis, la réponse à cette question est clairement positive.

Toute tentative de réduire l'admissibilité de la preuve d'expert à une application limitée de cette démarche à quatre volets ne rend pas pleine justice à l'arrêt *Mohan* et aux risques de ne pas tenir compte du rôle important qui consiste à s'assurer du seuil de fiabilité du témoignage de l'expert proposé. Les craintes concernant la fiabilité de la preuve d'expert ont toujours constitué un facteur en matière de droit de la preuve. Cela dit, l'application de la loi au cas par cas n'a pas toujours donné à la fiabilité l'importance qu'elle mérite au sein d'un système axé sur la recherche précise des faits[9].

---

[9] Gary Edmond, « 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, p. 91.

Dans l'arrêt *Mohan*, le juge Sopinka a abordé le seuil de fiabilité dans le contexte des nouvelles connaissances scientifiques :

> En résumé, il ressort donc de ce qui précède que la preuve d'expert qui avance une nouvelle théorie ou technique scientifique est soigneusement examinée pour déterminer si elle satisfait à la norme de fiabilité et si elle est essentielle en ce sens que le juge des faits sera incapable de tirer une conclusion satisfaisante sans l'aide de l'expert. Plus la preuve se rapproche de l'opinion sur une question fondamentale, plus l'application de ce principe est stricte[10].

Selon moi, cette déclaration ne devrait pas être interprétée de façon à laisser entendre que le rôle de protecteur que joue le juge en vue d'assurer le seuil de fiabilité de la preuve d'expert est limité à une « nouvelle théorie ou technique scientifique ». La référence aux nouvelles connaissances scientifiques est surtout considérée comme un exemple particulier où la fiabilité de la prétendue science sur laquelle repose l'opinion d'expert devra être évaluée. Toutefois, cet exemple ne constitue pas l'unique circonstance où les juges devraient se préoccuper de la fiabilité de la preuve scientifique proposée. Au cours des dernières années, la jurisprudence a effectué un virage vers la reconnaissance de l'importance des normes de fiabilité concernant toutes les preuves d'expert et, en fait, toutes les preuves[11].

La fiabilité en tant que principe d'organisation fondamental du droit de la preuve est enchâssée dans toutes les parties des critères définis dans l'arrêt *Mohan*. En 1999, mon ancien collègue, feu juge George Finlayson, a souligné ce qui suit : « [I]l est important que le juge de première instance agisse comme protecteur et accepte un témoignage d'opinion qui est fiable et qui permet de pousser plus loin la recherche précise des faits, tout en refusant les preuves qui ne sont pas pertinentes, qui sont préjudiciables ou qui ne reposent pas sur des fondements scientifiques suffisants[12]. »

La fiabilité est un facteur qui peut jouer un rôle important et décisif en ce qui a trait aux quatre étapes décrites dans l'arrêt *Mohan*. Comme il a été écrit dans *McWilliams' Canadian Criminal Evidence* :

> La fiabilité peut être perçue comme un aspect pertinent en soi ou faisant partie de l'application de la règle d'exclusion générale visant à comparer la valeur probante

---

[10] *R. c. Mohan*, [1994] 2 R.C.S. 9, par. 28.

[11] Voir *R. c. Khelawan* [2006] 2 R.C.S. 787.

[12] Tel que cité dans Todd L. Archibald et Heather Davies, « Law, Science and Advocacy: Moving towards a Better Understanding of Expert Scientific Evidence in the Courtroom », (2007) *Annual Review of Civil Litigation*, 2006, nº 2.

> et l'effet préjudiciable. Elle a également été traitée comme une partie intégrale du besoin de recourir à un expert adéquatement qualifié. Quant à la nécessité, les preuves présentant une fiabilité douteuse seront bien sûr peu utiles au juge des faits[13].

La juge Louise Charron, anciennement de la Cour d'appel de l'Ontario, a indiqué, dans son jugement relatif à l'affaire *R. c. K. (A.)*, à quel point la fiabilité occupe un rôle central dans au moins deux des facteurs décrits dans l'arrêt *Mohan* :

> La preuve doit respecter un certain seuil de fiabilité afin d'avoir une valeur probante suffisante pour satisfaire au critère de pertinence. La fiabilité de la preuve doit également être évaluée en tenant compte du deuxième critère, soit celui de la nécessité. Après tout, on pourrait difficilement affirmer que l'admission d'une preuve non fiable est nécessaire pour que le juge des faits puisse rendre un jugement approprié[14].

En tant que protecteurs, les juges doivent constamment tenir compte de la fiabilité, que la science soit classée comme nouvelle ou non et même si la fiabilité n'est pas citée distinctement lorsque l'arrêt *Mohan* est réduit à un critère à quatre volets relativement à l'admissibilité de la preuve d'expert.

Dans l'arrêt *Mohan*, la Cour a confirmé la décision du juge de première instance qui a refusé d'admettre la preuve d'expert d'un psychiatre qui s'apprêtait à déclarer que l'accusé ne possédait pas le profil psychiatrique d'un médecin qui commettrait des actes d'agression sexuelle sur des patientes adolescentes. Le juge a souligné que l'expert proposé avait interviewé et traité trois médecins qui avaient commis une inconduite sexuelle auprès de patientes, mais que le psychiatre « avait admis qu'il ne connaissait aucune étude ou documentation scientifique relative au profil psychiatrique des médecins qui abusent sexuellement de leurs patients, et que son expérience acquise auprès des trois délinquants reconnus, qui étaient des médecins, ne lui permettait pas de faire des généralisations sur le sujet »[15].

La Cour suprême a unanimement confirmé la décision du juge de première instance d'exclure la preuve d'expert, indiquant qu'« il n'existe aucune preuve

---

[13] S. Casey Hill *et coll.*, *McWilliams' Canadian Criminal Evidence,* reliure à feuillets mobiles, Canada Law Book, Aurora, 2003, pp. 12-27.

[14] (1999), 137 CCC (3d) 225 (C.A. de l'Ont.), par. 84.

[15] *R. c. Mohan*, [1994] 2 R.C.S. 9, par. 10.

acceptable indiquant que les médecins qui commettent des agressions sexuelles » présentent des caractéristiques « suffisamment distinctives pour faciliter l'identification de l'auteur des infractions reprochées [...] Les profils de groupe décrits par l'expert n'ont pas été *considérés suffisamment fiables pour être utiles*. En l'absence d'indices de fiabilité, on ne pouvait pas dire que la preuve serait nécessaire au sens où elle clarifierait utilement une question qui serait autrement inaccessible, ou que la valeur qu'elle pourrait avoir ne serait pas surpassée par la possibilité qu'elle induise le jury en erreur ou le détourne de ses tâches[16]. » Cette déclaration offre un bon exemple à la fois du rejet d'une preuve d'expert fondée uniquement sur l'expérience personnelle et de la recherche d'une preuve d'expert fondée sur des faits, en vue d'atteindre la fiabilité recherchée.

Cette jurisprudence devrait indiquer clairement que la remise en question du seuil de fiabilité constitue une partie importante du critère décrit dans l'arrêt *Mohan* en ce qui a trait à l'admissibilité d'une preuve d'expert. Cependant, comme je l'ai souligné, elle n'est pas énoncée expressément comme l'un des quatre éléments du critère, mais elle est manifestement enchâssée dans ceux-ci[17].

Au-delà de la jurisprudence, la nature constamment évolutive de la science, même dans des domaines établis comme la médecine légale, laisse supposer que les juges devraient se questionner sur le seuil de fiabilité de toutes les preuves scientifiques d'expert. Comme l'ont récemment souligné les juges Archibald et Heather Davies :

> De par sa nature même, la science est itérative et récursive et, par conséquent, la recherche de connaissances n'a pas de fin; chaque conclusion est provisoire. [...] Si une preuve est considérée comme « scientifique », il peut y avoir une tendance à supposer que le résultat est absolu et digne de foi. Mais les connaissances scientifiques et technologiques sont fluides par nature. Elles changent et évoluent constamment. Bon nombre de théories autrefois considérées comme vraies et scientifiquement « définitives » se sont depuis révélées fausses. En fait, l'histoire de la science est parsemée de théories erronées autrefois perçues comme exactes et fiables, notamment la croyance selon laquelle la terre est plate[18].

---

[16] *Ibid.*, par. 46 (italique ajouté).

[17] David Paciocco, « Coping with Expert Evidence about Human Behaviour », *Queens Law Journal*, 1999, nº 25, pp. 315, 335; Hill *et coll., McWilliams' Canadian Criminal Evidence*, pp. 12-27 et suivantes; Alan W. Mewett et Peter J. Sankoff, *Witnesses*, reliure à feuillets mobiles, Thomson Carswell, Toronto, 1999, pp. 10-5 et suivantes; Alan D. Gold, *Expert Evidence in Criminal Law: The Scientific Approach*, Irwin Law, Toronto, 2003; Glenn R. Anderson, *Expert Evidence*, LexisNexis Canada Markham, 2005, pp. 81 et suivantes; Edmond, « Pathological Science? », p. 106.

[18] Archibald et Davies, « Law, Science, and Advocacy », p. 21.

Les auteurs reconnaissent également que « si une théorie, une hypothèse ou des propositions n'ont pas été réfutées après qu'on leur eut appliqué des critères expérimentaux, elles sont généralement considérées comme exactes et valides »[19]. Ces thèmes sont repris dans *R. c. Trochym*, décrit ultérieurement dans le présent chapitre.

L'arrêt Daubert

Bien que cela n'ait pas été mentionné, l'arrêt *Mohan* de la Cour suprême correspond largement à celui que la Cour suprême des États-Unis a prononcé en 1993 relativement à l'affaire *Daubert c. Merrell Dow Pharmaceuticals, inc.*[20]. Dans ce jugement, la Cour a fait une entorse au critère décrit précédemment dans l'arrêt *Frye c. États-Unis*[21], qui reposait sur l'acceptation générale de la preuve d'expert par la communauté scientifique concernée. La majorité de la Cour a souligné que la participation de l'expert au processus scientifique qui consiste à « proposer et à raffiner des explications théoriques sur le monde qui peuvent faire l'objet d'autres examens et raffinement [...] établit une norme de fiabilité probante »[22].

En vue de déterminer si une théorie ou une technique constitue une connaissance scientifique et offre une fiabilité suffisante, la Cour, dans l'arrêt *Daubert*, a pris en considération un certain nombre de facteurs, notamment 1) si la théorie ou la technique avait été mise à l'épreuve et déclarée falsifiée, 2) si elle avait fait l'objet d'un examen par les pairs et d'une publication, 3) le taux d'erreurs connu ou potentiel et l'existence ainsi que le maintien à jour de normes visant à contrôler le fonctionnement et 4) si la théorie ou la technique fait l'objet d'une acceptation générale.

L'arrêt *Daubert* a ses détracteurs[23], et les juges dissidents dans cette affaire ont émis des doutes quant à la compétence des juges pour appliquer ces normes. Toutefois, je suis d'accord avec ceux qui soutiennent que l'arrêt *Daubert* peut avoir une incidence bénéfique permettant de mettre au défi les juges, les avocats et les témoins experts pour qu'ils relient la preuve d'expert proposée à une méthode scientifique axée sur la mise à l'épreuve et l'examen par les pairs en tant que moyens visant à essayer d'assurer la fiabilité de la preuve d'expert, en tenant

---

[19] *Ibid.*, p. 21

[20] 509 U.S. 579 (1993).

[21] 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923).

[22] *Ibid.*

[23] Voir Scott Brewer, « Scientific Expert Testimony and Intellectual Due Process », *Yale Law Journal*, 1998, nº 107, p 1535; Adina Schwartz, « A 'Dogma of Empiricism' Revisited, *Daubert c. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc*. and the Need to Resurrect the Philosophical Insight of *Frye v. The United States* », *Harvard Journal of Law & Technology*, 1997, nº 10, p. 149.

compte des taux d'erreurs connus ou potentiels. Comme l'a écrit la professeure Erica Beecher-Monas : « Il ne suffit plus d'obtenir l'approbation de la cohorte de copains de l'expert souhaitant répondre de la technique [...] L'arrêt *Daubert* met l'accent sur l'importance d'examiner la théorie et la technique sous-jacentes plutôt que les simples conclusions présentées[24]. »

La façon d'appliquer les critères présentés dans l'arrêt *Daubert* en vue de déterminer le seuil de fiabilité dépendra du type de preuve. Nombre de types de preuve d'expert, notamment en médecine légale, ne peuvent pas facilement faire l'objet d'un examen empirique et de calculs de taux d'erreurs précis. Le défi que doivent relever les juges à titre de protecteurs est d'employer les outils nécessaires afin de déterminer avec rigueur le seuil de fiabilité.

Comme l'a souligné le professeur Edmond, la mise à l'épreuve et les taux d'erreurs connus ou potentiels constitueront généralement de meilleurs indices du seuil de fiabilité que l'acceptation générale ou l'examen par des pairs et la publication, qui peuvent dépendre davantage de la réputation de l'expert dans un domaine restreint que de la fiabilité de ses opinions concernant un cas précis[25]. Le professeur Mike Redmayne l'a expliqué en ces termes : « Les affirmations des graphoanalystes, des odontologistes légistes et des experts en identification des cheveux et de la voix n'intéressent simplement pas la majorité des scientifiques et ont fait l'objet de peu de validation empirique. Néanmoins, dans leurs propres domaines, ces techniques sont généralement acceptées. [...] Une exigence de mise à l'épreuve permettrait, en théorie, de faire un bien meilleur travail au moment de rejeter une preuve non fiable[26]. »

L'arrêt J.-L.J.

Tous les doutes concernant la pertinence de l'arrêt *Daubert* ou le recours au seuil de fiabilité en vue de déterminer l'admissibilité d'une preuve d'expert ont été dissipés par l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *R. c. J.-L.J.*[27] Dans cette affaire, la Cour a confirmé la décision du juge de première instance d'exclure la preuve d'expert présentée par un psychiatre clinique selon laquelle le profil de l'accusé ne correspondait pas à celui des personnes qui agresseraient sexuellement de jeunes garçons, qui était fondée en partie sur une pléthysmographie pénienne[28]

---

[24] Erica Beecher-Monas, *Evaluating Scientific Evidence: An Interdisciplinary Framework for Intellectual Due Process,* Cambridge University Press, Cambridge, 2007, p. 11.

[25] Edmond, « Pathological Science? », p. 121 et suivantes.

[26] Mike Redmayne, *Expert Evidence and Criminal Justice*, Oxford University Press, Oxford, 2001, p. 116. Le professeur Redmayne enseigne le droit à la London School of Economics and Political Science et a publié plusieurs documents dans le domaine de la preuve criminelle.

[27] [2000] 2 R.C.S. 600.

[28] Un pléthysmographe pénien est un instrument servant à mesurer les variations de volume du pénis.

visant à mesurer si l'accusé était attiré sexuellement par les jeunes garçons. La Cour a déclaré ce qui suit :

> Dans Mohan et d'autres arrêts, la Cour a souligné que le juge de première instance devrait prendre au sérieux son rôle de « gardien ». La question de l'admissibilité d'une preuve d'expert devrait être examinée minutieusement au moment où elle est soulevée, et cette preuve ne devrait pas être admise trop facilement pour le motif que toutes ses faiblesses peuvent en fin de compte avoir une incidence sur son poids plutôt que sur son admissibilité. […] L'arrêt *Mohan* a laissé la porte ouverte aux nouvelles théories ou techniques scientifiques, rejeté le critère de « l'acceptation générale » formulé aux États-Unis dans *Frye c. United States*, 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923), et s'est engagé dans la même direction que le critère qui l'a remplacé, à savoir celui du « fondement fiable » qui a été établi plus récemment par la Cour suprême des États-Unis dans l'arrêt *Daubert*[29]…

Bien que la pléthysmographie pénienne ait été généralement acceptée comme technique thérapeutique, elle n'était pas « suffisante, devant une cour de justice, pour identifier ou exclure l'accusé en tant qu'auteur potentiel d'une infraction »[30]. La distinction entre les jugements cliniques, qui sont rendus pour traiter les patients vivants et servir leurs intérêts, et les jugements légaux, qui sont rendus pour aider les tribunaux à déterminer ce qui est arrivé aux patients morts, est essentielle dans le domaine de la médecine légale. Bien que les renseignements provenant d'études cliniques puissent être utiles, les tribunaux devraient toujours être prudents au moment de déterminer s'ils offrent une fiabilité suffisante pour servir dans un contexte de médecine légale devant un tribunal judiciaire. Comme nous l'avons laissé entendre précédemment, les cliniciens ne devraient généralement pas être autorisés à témoigner sur la cause de la mort, compte tenu qu'il s'agit du domaine d'expertise des médecins légistes et non des cliniciens.

Après avoir appliqué les critères décrits dans l'arrêt *Daubert*, la Cour, dans l'arrêt *J.-L.J.*, a mis en évidence le taux d'erreurs de la technique et a conclu que son acceptation à des fins judiciaires plutôt qu'à des fins cliniques n'avait pas été démontrée. La manière dont avait été exprimée l'opinion était également problématique. L'expert « a offert une opinion toute faite » et a été incapable de partager les renseignements avec la Cour, ou n'a pas voulu le faire, empêchant ainsi la Cour de se faire une opinion indépendante quant à la valeur et à la fiabilité de l'opinion de l'expert. L'arrêt *J.-L.J.* indique donc que l'opinion doit non seulement être

[29] *J.-L.J.*, [2000] 2 R.C.S. 600, par. 28, 33.
[30] *Ibid.*, par. 35.

fiable, mais doit pouvoir être présentée d'une façon qui permet au juge d'exercer sa fonction de protecteur. En fin de compte, la Cour s'est dite inquiète « qu'on [ait] seulement soumis au juge de première instance une opinion théorique qui, au cours du contre-interrogatoire, s'est révélée dépourvue d'appui scientifique établi »[31]. Comme l'illustre cette cause, les tribunaux canadiens ont considéré les questions abordées dans l'arrêt *Daubert* comme étant utiles pour déterminer si une preuve d'expert est suffisamment fiable pour être admise[32].

L'arrêt Trochym

Dans l'arrêt *R. c. Trochym*, la Cour suprême du Canada a exclu le témoignage post-hypnose d'un témoin appelé par la Couronne, qui était censé désigner l'accusé comme ayant été dans l'appartement de son ancienne petite amie au moment où elle avait probablement été tuée[33]. La juge Marie Deschamps, parlant pour la majorité des juges de la Cour, a souligné la responsabilité qu'a le juge de première instance de déterminer le seuil de fiabilité de la preuve d'expert. Elle a indiqué que « [l]a fiabilité est un élément essentiel de l'admissibilité. Bien que le degré de fiabilité requis par les tribunaux puisse varier selon les circonstances, une preuve qui n'est pas suffisamment fiable risque de compromettre l'équité fondamentale du processus pénal[34]. » Il convient également de noter que la juge Deschamps a établi un lien entre les inquiétudes relatives à une preuve non fiable et le risque d'erreurs judiciaires[35]. Enfin, dans l'arrêt *Trochym*, la Cour a réitéré le fait qu'une technique qui est parfaitement acceptable dans un contexte clinique peut ne pas être suffisamment fiable pour être acceptée dans un contexte judiciaire[36].

Le jugement majoritaire dans l'arrêt *Trochym* est particulièrement pertinent en ce qui concerne la preuve d'expert relativement aux controverses en médecine pédiatrique légale, car il reconnaît que « [l]'admissibilité de la preuve scientifique n'est pas figée dans le temps »[37]. La Cour a observé que « [b]ien que certaines formes de preuve scientifique gagnent en fiabilité avec le temps, d'autres peuvent reculer en raison de problèmes mis au jour par de nouvelles études. Ainsi, une technique qui a déjà été admissible peut un jour être jugée inadmissible[38]. » Cette

---

[31] *Ibid.*, par. 59.

[32] Voir *R. c. Klymchuk* (2005), 203 CCC (3d) 341 (C.A. de l'Ont.). Voir également Gold, *Expert Evidence*, chap. 1-3; Erica Beecher-Monas, *Evaluating Scientific Evidence: An Interdisciplinary Framework for Intellectual Due Process,* Cambridge University Press, Cambridge, 2007, p. 11.

[33] [2007] 1 R.C.S. 239.

[34] *Ibid.*, par. 27.

[35] *Ibid.*, par. 1.

[36] *Ibid.*, par. 37.

[37] *Ibid.*, par. 31.

[38] *Ibid.*, par. 32.

variabilité laisse supposer que certains éléments d'une science controversée, même au sein des disciplines les plus établies, doivent être examinés attentivement en vue de déterminer leur seuil de fiabilité. Comme l'a souligné la juge Deschamps, « une technique ou une science dont les prémisses sont contestées ne doit pas être admise en preuve sans appréciation préalable de la validité de ces prémisses, même si cette technique ou cette science a déjà été reconnue par les tribunaux »[39]. En règle générale, « la communauté scientifique remet en question et améliore sans cesse ses connaissances fondamentales. L'admissibilité de la preuve scientifique n'est pas figée dans le temps[40]. » En fait, la Cour d'appel de l'Ontario, avant l'arrêt *Trochym*, avait reconnu la fluidité de la preuve scientifique et l'incidence que cette variation potentielle pourrait avoir sur l'admissibilité[41]. À mon avis, cette démarche tient compte à la fois de la nature évolutive de la science et de la responsabilité du juge de première instance, en tant que protecteur, d'exclure une preuve d'expert qui n'est pas suffisamment fiable. Le système de justice doit donner beaucoup d'importance à la fiabilité d'une preuve afin de maximiser la contribution de cette preuve à la recherche de la vérité et de respecter l'impartialité fondamentale qu'exige le processus pénal.

L'arrêt *Trochym* confirme également l'utilité continue des critères décrits dans l'arrêt *Daubert*, auxquels a souscrit la Cour pour la première fois dans l'affaire *J.-L.J.* La Cour a mené un examen pour déterminer si la technique avait été mise à l'épreuve, si elle avait été examinée par des pairs et si elle avait fait l'objet d'une publication, si elle était généralement acceptée et quel était son taux d'erreurs connu ou potentiel. Elle a souligné que la mise à l'épreuve des souvenirs posthypnose avait permis de révéler que « même si l'hypnose peut permettre au sujet de se rappeler davantage de détails, ceux-ci incluront à la fois des renseignements exacts et des renseignements inexacts »[42]. La juge Deschamps a conclu que « [l]'élément sans doute le plus troublant, lorsqu'on l'utilise en criminalistique, est le taux potentiel d'inexactitude des renseignements additionnels obtenus par l'hypnose. Il n'existe présentement aucun moyen de savoir si ces renseignements sont exacts ou inexacts. Pareille incertitude est inacceptable dans une cour de justice[43]. »

---

[39] *Ibid.*, par. 32.

[40] *Ibid.*, par. 31.

[41] *R. c. A.K.* (1999), 137 CCC (3d) 225 (C.A. de l'Ont.), par. 86. Voir également *R. c. Chisholm* (1997), 8 CR (5e) 21 [Cour de l'Ont. (Div. gén.)], 35.

[42] *R. c. Trochym*, [2007] 1 R.C.S. 239, par. 37.

[43] *Ibid.*, par. 55.

Renvoi relatif à l'affaire Truscott

La récente décision rendue par la Cour d'appel de l'Ontario dans le renvoi relatif à l'affaire *Stephen Truscott* établit un rapport entre l'admissibilité des opinions d'expert (y compris en médecine légale) et l'importance que ces opinions reposent sur des preuves et la documentation scientifique en évolution[44]. Dans le cadre de ce renvoi, la Cour d'appel a entendu le témoignage du médecin légiste expert de la Couronne, le D^r^ Werner Spitz, qui avait été médecin légiste pendant plus de 50 ans et qui avait publié un traité sur le sujet. Le D^r^ Spitz a déclaré que l'analyse initiale de l'expert fixant l'heure de la mort de la personne à 19 h 45 était « admirablement exacte » et reposait « sur un fondement scientifique solide ». La Cour d'appel a ensuite souligné qu'« il est devenu très évident au cours du contre-interrogatoire, toutefois, que la seule analyse sur laquelle reposait l'opinion du D^r^ Spitz était sa propre expérience en matière d'autopsies et sa croyance, découlant de cette expérience, selon laquelle, si le contenu de l'estomac peut être déterminé dès l'autopsie, la mort doit être survenue moins de deux heures après le dernier repas »[45]. La Cour d'appel a poursuivi en indiquant que le « D^r^ Spitz était incapable de citer un document scientifique récent qui appuierait son avis » et qu'il « avait refusé de reconnaître que son opinion reposait sur de fausses prémisses et des perceptions erronées de la principale preuve présentée dans le cadre de cette affaire »[46]. En fin de compte, la Cour d'appel n'a pas considéré la preuve présentée par le D^r^ Spitz comme étant fiable.

La Cour d'appel a accepté le témoignage du D^r^ Michael Pollanen, selon qui la médecine légale était passée d'une démarche traditionnelle selon laquelle les « opinions d'expert reposaient largement sur une expérience faisant autorité et des rapports de cas cliniques isolés » à une « démarche fondée sur des éléments de preuve » qui demande « de procéder à une analyse critique de la documentation examinée par les pairs et de prêter attention à la preuve principale examinable découlant de l'autopsie »[47]. La documentation qui avait été publiée depuis le procès de 1959 et le renvoi à la Cour suprême du Canada de 1966 indiquait qu'il y avait moins de certitude et plus de variabilité que ce que l'on croyait précédemment relativement au temps nécessaire pour que le contenu d'un estomac soit évacué. La Cour d'appel a adopté une démarche semblable pour évaluer la fiabilité de la preuve présentée par un expert en entomologie, le D^r^ Neal Haskell, appelé par la Couronne. Elle a indiqué qu'« il était dogmatique et réticent à

[44] (2007) 225 CCC (3d) 321, (C.A. de l'Ont.).
[45] *Ibid.*, par. 165.
[46] *Ibid.*, par. 166.
[47] *Ibid.*, par. 169.

admettre des erreurs évidentes. Il a pris une position contradictoire, comme a permis de le révéler la correspondance échangée avec la Couronne, que le procureur de la Couronne a divulguée à l'avocat de l'appelant. Plusieurs éléments essentiels de son opinion étaient fondés sur rien de plus que sa prétendue expérience, qui ne pouvait pas faire l'objet d'une vérification et qui n'était appuyée par aucun travail empirique. Il a été incapable de démontrer que son expérience avait été reproduite par d'autres scientifiques[48]. »

Ces critiques démontrent l'utilité de soumettre une preuve d'expert à l'analyse méthodologique essentielle décrite dans l'arrêt *Daubert* et reprise dans les arrêts *J.-L.J.* et *Trochym*. Même si l'admissibilité dans le cadre d'un renvoi fondé sur une prétendue nouvelle preuve peut faire l'objet de diverses évaluations, la Cour a déclaré « qu'à un nouveau procès hypothétique, l'absence de soutien probant des hypothèses factuelles sur lesquelles l'opinion du D^r^ Haskell est fondée pourrait mener au rejet de son opinion par le juge de première instance »[49]. Enfin, j'observe que la Cour d'appel a appliqué ses critères de fiabilité fondés sur des éléments de preuve à la médecine légale et à l'entomologie, deux disciplines qu'on ne peut considérer comme de nouvelles sciences. À cet égard, le fait que les tribunaux américains ne restreignent pas non plus leur analyse de l'arrêt *Daubert* aux affaires mettant en cause une nouvelle science est significatif[50].

Une simple présentation d'opinions tenant lieu de conclusions, le dogmatisme et le refus de reconnaître la documentation pertinente sur le sujet ou la preuve principale ont tous été désignés dans l'arrêt *Truscott* comme des indices que la preuve scientifique d'expert pourrait ne pas présenter un seuil de fiabilité suffisant pour être admise dans un nouveau procès hypothétique. À mon avis, la jurisprudence indique clairement que le rejet de telles opinions d'expert pour ces motifs peut être nécessaire afin d'éviter le risque qu'un jury reçoive simplement la preuve d'expert d'« un témoin aux qualifications impressionnantes » comme « étant pratiquement infaillible et comme ayant plus de poids qu'elle ne le mérite »[51].

Lors de la table ronde sur les politiques concernant la preuve d'expert, j'ai été frappé par la déclaration de M. LeSage, qui disait que les normes relatives à l'admissibilité des experts devraient être plus sévères. Il s'est souvenu de sa propre expérience avec une franchise et une sagesse typiques :

---

[48] *Ibid.*, par. 313.

[49] *Ibid.*, par. 314.

[50] David Paciocco, « Context, Culture and the Law of Expert Evidence », *Advocates Quarterly*, 2001, n^o^ 24, pp. 44-47.

[51] *R. c. Mohan*, [1994] 2 R.C.S. 9, par. 19.

> Est-ce que j'ai […] suffisamment remis l'expertise en question? Est-ce que l'avocat de la défense, ou le procureur de la Couronne selon le cas, a remis en question l'expertise, son fondement, ses bases comme il le devait? Dans bon nombre de cas, non, nous ne l'avons pas fait.

M. LeSage a indiqué qu'au cours de sa longue carrière de juge, il avait rejeté le témoignage de peut-être seulement une douzaine de prétendus experts parce que leur conclusion ne reposait sur aucun fondement. Il a été clair en ce qui a trait au danger, pour les juges de première instance, de simplement admettre la preuve d'expert, puis de laisser des doutes sur la fiabilité à l'avocat responsable du contre-interrogatoire ou au juge des faits, au moment de donner le poids approprié à la preuve.

Recommandation 130

Douter de la fiabilité d'une preuve est un élément fondamental du droit de la preuve. Le seuil de fiabilité joue un rôle de premier plan au moment de déterminer si une preuve d'expert proposée est admissible en vertu des critères décrits dans l'arrêt *Mohan*. La fiabilité peut constituer un facteur important au moment de déterminer si une preuve d'expert est pertinente et nécessaire, si cette preuve doit être rejetée en vertu d'une règle d'exclusion, notamment la règle exigeant qu'une preuve soit rejetée si son effet préjudiciable surpasse sa valeur probante, et si l'expert est suffisamment qualifié. Les juges de première instance devraient être vigilants au moment d'exercer leur rôle de protecteur en ce qui a trait à l'admissibilité d'une telle preuve. Ils devraient en particulier s'assurer que la preuve scientifique d'expert qui ne satisfait pas aux normes de fiabilité est exclue, que la science soit classée ou non comme nouvelle.

Outils dont les juges disposent pour déterminer le seuil de fiabilité

Que la jurisprudence arme les juges de première instance, dans leur rôle de protecteur, d'un seuil de fiabilité pour déterminer l'admissibilité des preuves scientifiques d'expert est une chose, mais décrire la façon d'appliquer la norme dans des causes particulières en est une toute autre. Divers outils ont été élaborés afin d'aider les juges à accomplir cette tâche difficile. Certains de ces outils seront sans doute plus utiles que d'autres, selon la nature de la cause et de la preuve spécifique faisant l'objet d'un examen approfondi. Bien que ces considérations aident grandement les juges de première instance, ceux-ci doivent tout de même faire preuve

de jugement. Les outils devraient toutefois fournir un fondement raisonnable sur lequel appuyer ce jugement. Par conséquent, il pourrait être utile de passer brièvement quelques-uns d'entre eux en revue et d'offrir une évaluation de leur utilité potentielle pour un juge de première instance jouant son rôle de protecteur.

Dans une décision rendue en 1992 relativement à un voir-dire[52] visant à déterminer l'admissibilité d'une preuve d'ADN, le juge Kenneth Langdon a abordé bon nombre des facteurs pertinents concernant l'admissibilité de ce qui était à l'époque une nouvelle science. Il s'est inspiré de l'évolution de la situation aux États-Unis qui s'éloignait du critère d'acceptabilité générale décrit dans l'affaire *Frye*[53] pour exiger que la preuve d'expert soit pertinente et fiable[54]. Tout en ne traitant pas que de la fiabilité, il a fourni une liste de critères utiles afin d'aider à déterminer si la preuve serait admissible, dont les suivants :

1. le taux d'erreurs potentiel;
2. l'existence et le maintien à jour de normes;
3. le soin avec lequel la technique scientifique a été utilisée et la possibilité qu'elle puisse faire l'objet d'abus;
4. l'existence ou non de relations analogues avec d'autres types de techniques scientifiques régulièrement admises comme preuves;
5. la présence de caractéristiques de sécurité en cas de défaillance;
6. les compétences de l'expert;
7. l'existence d'une documentation spécialisée;
8. la nouveauté de la technique et son lien avec d'autres domaines d'analyse scientifique établis;
9. l'acceptation générale ou non de la technique par les experts du domaine;
10. la nature et la portée de la déduction présentée;
11. la clarté avec laquelle la technique peut être expliquée;
12. la mesure dans laquelle les renseignements de base peuvent être vérifiés par le tribunal et le jury;
13. la disponibilité d'autres experts pour évaluer la technique;
14. l'importance probante de la preuve[55].

Le juge Langdon a ajouté qu'« [une] prise en compte de tous ces facteurs devrait permettre au tribunal de déterminer s'il est convaincu que la technique scientifique en question présente un niveau de fiabilité suffisant pour justifier son

[52] *R. c. Johnston*, (1992), 69 CCC (3d) 395 (Cour de l'Ont. [Div. gén]) à p. 415.
[53] *Frye v. United States*, 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923).
[54] R. c. Johnston (1992), 69 CCC (3d) 395 (Cour de l'Ont. [Div. gén.]).
[55] *Ibid.*, p. 415.

utilisation dans la salle d'audience »[56]. En d'autres termes, ces facteurs sont utiles pour déterminer le seuil de fiabilité de la preuve d'expert. Bon nombre d'entre eux, notamment l'existence et le maintien à jour de normes scientifiques, le taux d'erreurs potentiel, la capacité de vérifier les renseignements sous-jacents et la disponibilité d'autres experts pour évaluer la technique, touchent directement le seuil de fiabilité de la preuve scientifique.

Dans une autre cause ayant fait l'objet d'une décision en 1992, le juge Michael Moldaver, alors juge de première instance, a admis un témoignage d'opinion concernant le point d'entrée approximatif d'une balle à travers une fenêtre de voiture, en se fondant sur un examen des lignes de fracture des morceaux de verre restants. Sa décision confirme que non seulement le juge de première instance a la responsabilité de déterminer le seuil de fiabilité d'une preuve d'expert, mais aussi que le jury a la responsabilité de déterminer la fiabilité définitive de cette preuve et de résoudre les différends entre les experts présentant des opinions contradictoires. Le juge Moldaver a conclu que la preuve d'expert de la Couronne pouvait être présentée, en partie parce que la défense « a déjà retenu les services d'un expert de premier plan » qui pouvait mener ses « propres examens afin de confirmer la proposition scientifique en question ou de jeter un doute sur celle-ci », notamment des examens sur la partie restante de la fenêtre brisée. Par conséquent, il était « convaincu que le jury ne sera pas confondu par l'"infaillibilité mystique" de la preuve. Ce serait plutôt le contraire qui arriverait[57]. »

En d'autres termes, au moment de déterminer si une preuve d'expert présente un seuil de fiabilité suffisant pour être admise, il faut se demander s'il y a assez de documents, provenant soit du soi-disant expert, soit des experts concurrents, pour permettre au jury de comprendre les controverses et les faiblesses pertinentes entourant la preuve scientifique. J'ajouterais seulement que la présence d'experts concurrents n'élimine pas l'obligation qu'a le juge de première instance de déterminer que l'ensemble de la preuve d'expert présente un seuil de fiabilité suffisant pour justifier son admission.

En 1994, le juge Casey Hill a défini les facteurs suivants comme étant pertinents en vue de déterminer l'admissibilité d'une preuve relevant de la psychologie à propos de souvenirs réprimés :

1. l'existence d'un ensemble de preuves acceptable ou d'une acceptation de la théorie permettant de valider objectivement l'opinion;

---

[56] *Ibid.*

[57] *R. c. Melaragni* (1992), 73 CCC (3d) 348 [Cour de l'Ont. (Div. gén.)], p. 354; voir également *R. c. B.M.* (1998), 130 CCC (3d) 353, par. 94, soulignant qu'une opinion d'expert contradictoire ne justifie pas en soi le rejet de celle-ci.

2. le fait que la technique peut manifestement être mise à l'épreuve;
3. l'existence d'un examen de la théorie ou de la technique par les pairs;
4. l'existence d'une publication;
5. le recours, lors de la mise à l'épreuve ou de la validation, à des contrôles et à des mesures d'erreurs;
6. une reconnaissance ou une acceptation dans le domaine scientifique en question[58].

À mon avis, il peut être utile de différencier les facteurs tels que l'acceptation générale, la publication et l'examen par les pairs, qui peuvent concerner davantage la discipline dans laquelle l'expert exerce, des facteurs comme les contrôles, les mesures d'erreurs et la mise à l'épreuve de la technique, qui peuvent être reliés plus directement à l'opinion réelle que souhaite présenter l'expert devant le tribunal. Cette différenciation met en évidence l'importance pour les juges de première instance d'être convaincus non seulement que la discipline sur laquelle le témoin expert proposé s'appuie présente un seuil de fiabilité suffisant, mais aussi que l'application réelle de cette discipline dans un cas précis est suffisamment fiable pour permettre au témoin de donner son opinion.

Des commentateurs ont également contribué à la discussion sur la façon de déterminer le seuil de fiabilité d'une preuve scientifique d'expert. En 1994, le professeur David Paciocco a fourni une liste utile de facteurs. Elle comprend une évaluation de la fiabilité du témoin, notamment de ses titres de compétence ou de la possibilité qu'il ait un parti pris, de la fiabilité du processus utilisé pour produire la preuve, y compris l'existence de documentation spécialisée, de la nouveauté de la technique, du taux d'erreurs potentiel, ce qui inclut les erreurs liées à des inclusions ou à des exclusions erronées, du maintien de normes et de techniques de sécurité en cas de défaillance et du soin avec lequel la technique scientifique a été utilisée. Les garanties de procédure, y compris la capacité de contre-interroger et de divulguer des renseignements afin de révéler les faiblesses du processus, constituent un autre facteur[59]. La valeur probante et l'effet préjudiciable de la preuve proposée, ainsi que la possibilité qu'elle entraîne une perte de temps inutile, sont d'autres éléments dont il faut tenir compte.

Dans une étude de recherche préparée pour la Commission, « Pathological Science? Demonstrable Reliability and Expert Forensic Pathology Evidence », le professeur Edmond a présenté à la Commission ses indices de fiabilité suivants, qui peuvent servir à compléter les critères décrits dans l'arrêt *Daubert :*

---

[58] (C.A. de l'Ont.), *R. c. J.E.T.*, [1994] OJ n° 3067 (Div. gén.), par. 73 et 75.

[59] David Paciocco, « Evaluating Expert Opinion Evidence for the Purpose of Determining Admissibility: Lessons from the Law of Evidence », (1994) 27 CR (4th) 302, pp. 313-318.

- Quel est le taux d'erreurs – de la technique, ainsi que du matériel et du praticien?
- La technique ou la théorie a-t-elle été appliquée dans des circonstances qui tiennent compte de son objectif de départ ou de son exactitude connue? Les dérogations aux applications établies doivent être justifiées.
- La technique ou l'opinion s'appuie-t-elle sur des idées, des théories et du matériel provenant d'autres domaines? Les appropriations seraient-elles acceptables pour les praticiens du domaine principal?
- La technique ou la théorie a-t-elle été décrite et appuyée dans la documentation? Cela devrait comprendre la prise en compte de la publication dans laquelle elle a paru et des compétences de la personne qui l'a décrite et appuyée.
- La référence dans la documentation est-elle importante ou secondaire? S'agit-il simplement de l'opinion de l'auteur ou y a-t-il quelque chose de plus?
- La publication, la technique ou l'opinion a-t-elle fait l'objet d'un examen par les pairs? Logiquement, l'acceptation des techniques et des théories par les pairs devrait avoir priorité sur l'examen par les pairs d'applications ou de résultats personnels. Si la fiabilité d'une technique est inconnue, un examen positif par les pairs peut être dénué de sens (sur le plan épistémologique, mais pas sur le plan sociologique).
- Existe-t-il un groupe important d'universitaires qui approuve la technique ou la démarche?
- Dans quelle mesure la technique ou la théorie est-elle acceptée? La technique ou la théorie fait-elle l'objet de discussions uniquement dans les milieux de la science judiciaire et de la médecine légale? Au moment d'évaluer la portée de l'*acceptation*, le juge devrait tenir compte de la preuve qui appuie cette acceptation – des opinions fondées sur des impressions personnelles ou des ouï-dire et des références secondaires dans la documentation peuvent ne pas suffire à soutenir les prétentions d'acceptation élargie. Le fait que le soutien provient de jugements précédents plutôt que de scientifiques ou de publications scientifiques, techniques ou biomédicales sera généralement important.
- L'expert exprime-t-il simplement une opinion personnelle (*ipse dixit*)? Dans quelle mesure la preuve d'expert est-elle une extrapolation ou une spéculation? La preuve d'expert est-elle plus qu'une supposition éclairée? Cet élément est-il clair?
- La preuve d'expert relève-t-elle réellement d'un domaine ou d'une spécialisation? Le juge ne devrait pas être trop empressé d'accepter l'existence de spécialisations limitées ou de nouveaux domaines fondés sur des recherches et des publications restreintes.

- La preuve dépasse-t-elle le domaine d'expertise reconnu de l'expert?
- Au moment de déterminer l'existence d'un domaine ou d'une spécialisation, il peut être utile de vérifier s'il existe des praticiens et des experts pratiquant à l'extérieur des organismes d'enquête de l'État. Si c'est le cas, que pensent-ils?
- La technique ou la théorie est-elle nouvelle? S'appuie-t-elle sur des principes établis? Est-elle controversée?
- La preuve est-elle traitée ou interprétée par des humains ou des machines? À quelle fréquence les machines sont-elles vérifiées ou étalonnées?
- Existe-t-il un processus de vérification relatif à la preuve? A-t-il été appliqué? Les protocoles ont-ils été suivis?
- Existe-t-il un système d'assurance de la qualité ou d'examen par les pairs? A-t-il été suivi?
- Dans quelle mesure la preuve d'expert repose-t-elle sur des faits prouvés (et sur une preuve admissible)?
- L'expert a-t-il expliqué le fondement de la technique, de la théorie ou de l'opinion? Est-ce compréhensible et logique?
- La preuve d'expert a-t-elle été viciée ou influencée par des opinions et des renseignements contraires ou inculpatoires? Les experts sont-ils en contact étroit avec les enquêteurs, ou étaient-ils officiellement tout à fait indépendants?
- L'expert a-t-il commis de graves erreurs dans le cadre d'autres enquêtes ou d'autres poursuites? A-t-il fait l'objet de commentaires défavorables de la part de juges?
- L'expert travaille-t-il invariablement pour la poursuite (ou la défense)?
- Les techniques ou les conclusions sont-elles fondées sur des études de cas individuels ou, de façon plus large, sur des démarches statistiques, comme l'épidémiologie et la méta-analyse?
- Quel est le degré de confiance de l'expert? Exprime-t-il un haut degré de confiance ou quantifie-t-il sa certitude en l'absence d'études de validation et d'exactitude? La qualité est-elle une caractéristique de sa pratique?
- L'expert est-il prêt à faire des concessions?
- Quel est le niveau de scolarité, de formation et d'expérience de l'expert? Ces renseignements sont-ils pertinents? Les juges devraient tenir compte de la formation et de l'expérience globales et, à une époque de spécialisation croissante, ne pas trop s'empresser de permettre aux personnes qui ne sont pas les experts les plus appropriés de témoigner.
- L'expert a-t-il des intérêts financiers relatifs à la preuve ou à la technique? Cette question va au-delà de l'utilisation et touche la propriété intellectuelle, la participation au capital, le rôle de gestionnaire et la possession d'actions. Les

> *conflits d'intérêts* doivent être divulgués afin qu'ils puissent être pris en considération dans l'évaluation de l'admissibilité et du poids de la preuve[60].

Bien qu'il ait proposé cette liste de questions utiles, le professeur Edmond a également émis la mise en garde suivante :

> Les juges devraient hésiter à utiliser ces indices supplémentaires (et d'autres) afin de pallier une lacune concernant la mise à l'épreuve. Ils devraient enquêter sur ce manque et non simplement excuser une telle lacune parce que la preuve d'expert inculpatoire est importante, ou essentielle, à la cause de la poursuite. Si des études empiriques rigoureuses ont été effectuées, le poids des résultats de ces études aura tendance – bien que ce ne soit pas toujours le cas – à surpasser celui des indices de fiabilité. De façon générale, les résultats d'un test empirique rigoureux devraient être préférés à une autre preuve, peu importe si l'opinion est prépondérante, si l'expert est digne de foi ou si le résultat est contraire à l'intuition. Sans plus, le fait qu'une technique ou une théorie a été utilisée par un groupe de médecins légistes pendant des décennies et qu'elle a été antérieurement admise dans des procès constituera rarement un motif persuasif permettant de résister à des résultats concurrents tirés d'études de validation et d'exactitude[61].

Je suis d'accord avec cette mise en garde. Les tests et les taux d'erreurs sont optimaux, mais il est important de réitérer le fait que nombre de types d'opinion d'expert ne peuvent pas faire rapidement l'objet d'un test empirique ou d'une reproductibilité. L'incapacité de fournir des résultats de test ne rend pas nécessairement ces types de preuve d'expert non fiables. Toutefois, cela rend nécessaire l'utilisation prudente d'autres indices de fiabilité plus pertinents pour accomplir cette tâche.

La médecine légale constitue un bon exemple de discipline qui, traditionnellement, ne donne pas lieu à des essais aléatoires ou au calcul des taux d'erreurs. Les raisons sont évidentes : on ne peut avoir recours à des tests et à la reproductibilité pour vérifier la cause d'une mort. L'opinion du médecin légiste doit plutôt reposer sur la formation, les normes et les protocoles acceptés au sein de la communauté médicolégale, la collecte rigoureuse de preuves empiriques, le respect des limites de la discipline et de la possibilité d'explications concurrentes ou d'erreur, les connaissances tirées de la documentation médicale établie et examinée par les pairs et le jugement professionnel solide.

---

[60] Edmond, « Pathological Science? », pp. 126-127.

[61] *Ibid.*, p. 128.

Bien qu'il soit souvent possible de tenir compte des tests et des taux d'erreurs, il existe d'autres outils que les juges peuvent utiliser afin de déterminer le seuil de fiabilité de sciences interprétatives comme la médecine légale. Le professeur Edmond en a dressé une liste très utile. Notre examen systémique laisse également entrevoir un certain nombre d'outils qui sont pertinents pour l'évaluation du seuil de fiabilité d'une opinion médicolégale.

Premièrement, il est important d'examiner avec attention les facteurs sur lesquels une opinion médicolégale solide repose, que j'ai décrits précédemment dans le présent rapport, afin de s'assurer qu'on s'y est conformé dans une cause précise. La preuve empirique est-elle consignée avec justesse? Le processus de raisonnement est-il clairement expliqué et logique? En s'appuyant sur ce fondement, l'opinion formulée semble-t-elle justifiable?

Comme l'a démontré clairement la preuve présentée devant la Commission, la présence ou l'absence d'un système d'assurance de la qualité et d'un examen significatif des rapports d'autopsie par les pairs dans l'environnement de travail d'où est issue l'opinion est également importante. Il faut aussi déterminer si le témoin expert a la formation et l'expérience nécessaires pour présenter cette opinion, ou s'il va au-delà des limites de son expertise.

De plus, parce que la médecine légale est une science interprétative, il est important d'examiner le langage utilisé par l'expert pour exprimer son opinion. Comme il arrive souvent dans des domaines où des tests et des taux d'erreurs peuvent ne pas être disponibles, il faut observer les limites que place la science concernant la précision ou la certitude avec laquelle une conclusion peut être tirée d'une preuve empirique. Une précision ou une certitude prétendue allant au-delà de ce que permet la preuve empirique peut constituer un indice de non-fiabilité. Cet avertissement se veut l'une des leçons importantes tirées de notre examen systémique.

Nous avons également appris que le refus de reconnaître qu'une opinion présentée se situe dans un domaine particulièrement controversé dans une science peut influencer le seuil de fiabilité, comme le refus de tenir compte d'autres conclusions qui pourraient sans doute être tirées des renseignements, et de donner des raisons pour leur rejet.

Par conséquent, comme toutes les preuves scientifiques d'expert, les opinions médicolégales peuvent faire l'objet d'un test visant à déterminer leur seuil de fiabilité. Le défi que doit relever le juge, à titre de protecteur, est d'accéder aux outils pertinents pour cette tâche au moment d'appliquer la dose de jugement nécessaire en vue de déterminer le seuil de fiabilité de façon raisonnée et transparente.

J'aborde plus loin dans le présent chapitre le processus auquel les juges de première instance peuvent avoir recours lorsqu'ils décident si une preuve d'expert est

admissible et, en particulier, de la façon dont cette tâche peut être accomplie de manière rapide et juste en se fiant davantage aux documents écrits, y compris les rapports d'expert uniformisés. Mais tout d'abord, il est important de mettre en contexte la crainte légitime voulant qu'une démarche vigilante en matière de protection de la justice prolonge le processus judiciaire, du moins en ce qui a trait aux cas de médecine pédiatrique légale.

Les types de cas étudiés par la présente Commission, c'est-à-dire ceux où la preuve d'expert était absolument essentielle au point litigieux de la cause, sont plutôt rares. Les cas de morts d'enfants sont, heureusement, peu communs. Toutefois, même parmi ces quelques cas, bon nombre ne dépendront pas d'une opinion médicolégale d'expert sur la cause de la mort. En ce qui a trait aux cas qui dépendent de cette opinion, les juges doivent jouer leur rôle de protecteur avec prudence. Malgré leurs meilleurs efforts, cette démarche peut prolonger le processus judiciaire, mais cela est nécessaire si les intérêts de la justice le commandent. Comme l'a observé la Commission, les conséquences de l'acceptation d'une opinion d'expert non fiable peuvent être dévastatrices. Cela dit, cependant, l'exercice approprié de la fonction de protecteur peut en fait réduire la durée du processus judiciaire, s'il entraîne un rejet de certains ou de tous les témoignages d'experts proposés. Comme l'a indiqué le juge Moldaver de la Cour d'appel de l'Ontario dans le jugement *Johnson c. Milton (Town) :*

> Reconnaissant, comme je le fais, que la preuve d'expert peut ne pas toujours entrer parfaitement dans des compartiments étanches et que des zones grises existeront inévitablement, les juges de première instance devraient faire de leur mieux pour exercer la fonction de protecteur qui leur a été dévolue, ne serait-ce que pour des raisons d'économie de temps. Permettre à des experts de témoigner sur des questions courantes ou à l'égard desquelles ils ne possèdent aucune compétence, connaissance ou formation particulière entraîne une perte à la fois de temps et de ressources et ajoute de la pression sur un système de justice déjà surchargé. C'est également incorrect du point de vue juridique[62].

Afin de donner suite à ce que j'ai entendu au cours de la Commission d'enquête, laissez-moi présenter, à titre de conclusion, quelques pensées sur la fonction de protecteur, qui vise à examiner toute preuve scientifique pour en déterminer le seuil de fiabilité. Je reconnais que le fait de simplement réciter une liste interminable de facteurs ou de questions est d'une utilité limitée. Il peut être utile de distinguer les questions qui mettent l'accent sur la fiabilité du témoin et

[62] 2008 C.A. de l'Ont. 440, par. 48.

du domaine scientifique en question en général de celles qui mettent l'accent sur la fiabilité de l'opinion particulière que le témoin souhaite présenter. Bien que certaines preuves d'expert puissent être rejetées parce que le témoin, la discipline, ou les deux, ne sont pas assez fiables pour justifier leur admission, la preuve d'expert ne devrait pas être admise pour la seule raison que le témoin possède des titres de compétence impressionnants et provient d'une discipline reconnue. Dans chaque cas, le juge de première instance devrait approfondir son évaluation afin de déterminer si la preuve réelle que doit présenter le témoin satisfait aux normes de fiabilité.

Au moment de vérifier le seuil de fiabilité, le juge de première instance devrait mettre l'accent sur les facteurs visant à déterminer :

1 la fiabilité du témoin, notamment le fait qu'il témoigne ou non hors de son domaine d'expertise;
2 la fiabilité de la théorie ou de la technique scientifique sur laquelle l'opinion repose, notamment le fait qu'elle est généralement acceptée ou non et qu'il y a ou non des examens significatifs par les pairs, de normes professionnelles et d'assurance de la qualité;
3 si l'expert peut relier son opinion spécifique dans une cause à une théorie ou à une technique qui a été ou qui peut être mise à l'épreuve, y compris des tests de remplacement adaptés à la discipline particulière;
4 s'il existe un sérieux différend ou une incertitude concernant la science et, le cas échéant, si le juge des faits est avisé adéquatement de l'existence de ce différend ou de cette incertitude;
5 si l'expert a adéquatement examiné les autres explications ou interprétations relatives aux données et si la preuve sous-jacente est disponible pour permettre à d'autres de contester l'interprétation de l'expert;
6 si le langage que l'expert souhaite utiliser pour exprimer ses conclusions est approprié, compte tenu du degré de controverse ou d'incertitude entourant la science sous-jacente;
7 si l'expert peut exprimer son opinion de façon que le juge des faits soit en mesure de se faire sa propre idée quant à la fiabilité de l'opinion de l'expert.

Ces facteurs n'obligent évidemment pas le juge de première instance à être convaincu que l'opinion proposée est correcte. Il s'agit là d'une question de fiabilité définitive que doit résoudre le juge des faits. Le juge de première instance doit évaluer si les conclusions et les opinions particulières formulées par l'expert peuvent être soutenues par un ensemble de connaissances spécialisées que l'expert connaît bien et si la façon dont ce dernier propose de présenter son témoignage

tient compte avec justesse de la science et de toute controverse ou incertitude pertinente relative à celle-ci. Cette divulgation complète des limites et des controverses relatives à la science, présentée de façon que le juge des faits puisse comprendre, est particulièrement importante dans un domaine comme la médecine pédiatrique légale.

Recommandation 131

Au moment de déterminer le seuil de fiabilité d'une preuve scientifique d'expert, le juge de première instance devrait évaluer la fiabilité du témoin proposé, le domaine scientifique et l'opinion présentée dans une cause particulière. Ce faisant, le juge devrait tenir compte des questions et des outils qui se rapportent le mieux à sa tâche dans cette cause.

Le processus de détermination de l'admissibilité et de la portée des preuves d'expert

Ma recommandation à l'effet que les juges devraient exercer avec vigilance leur rôle de protecteur a des répercussions sur le processus qu'utilisent les juges de première instance pour décider si une preuve d'expert doit être admise. Ces répercussions sont abordées dans les paragraphes qui suivent.

Lorsqu'il n'y a aucune objection

L'un des principaux problèmes consiste à déterminer ce qui doit être fait s'il n'y a aucune objection relativement à l'introduction d'un témoignage d'expert, comme cela est arrivé dans un certain nombre de cas examinés par la Commission. Dans leur article, le juge Archibald et M^me^ Davies laissent entendre ce qui suit :

> Si les deux parties conviennent qu'un témoin potentiel est un expert, le juge de première instance doit néanmoins déterminer si tous les critères décrits dans l'arrêt *Mohan* sont respectés. Dans cette situation, l'évaluation est généralement rapide et le résultat qui en découle est l'admission de la preuve. Toutefois, si le juge de première instance n'est pas d'accord avec les avocats, il faut se rappeler que le fait que le témoin est un expert compétent ou non constitue clairement un point de droit. Si, après avoir appliqué tous les principes décrits dans l'arrêt *Mohan*, le juge conclut que le témoin n'est pas un expert, la preuve est inadmissible[63].

[63] Archibald et Davies, « Law, Science, and Advocacy », p. 19.

Je conviens qu'il revient au juge de première instance de déterminer l'admissibilité d'une preuve scientifique d'expert, sans égard à l'absence d'objection des avocats. Toutefois, l'absence d'une objection ou, en fait, le consentement à l'admission de la preuve devrait occuper une place importante si le juge de première instance se lance dans le type d'examen détaillé du seuil de fiabilité dont il est question dans le présent chapitre. Un avocat expérimenté peut n'avoir aucun intérêt à contester la cause de la mort, compte tenu de la nature de la défense. De plus, l'avocat connaîtra des facteurs encore inconnus du juge de première instance et pouvant avoir une incidence sur ses décisions tactiques. Reconnaissant toute la prudence dont doit faire preuve un juge de première instance quand vient le temps d'examiner les décisions tactiques de l'avocat, il peut y avoir des circonstances dans lesquelles le juge est le mieux placé pour aborder la question avec l'avocat afin de s'assurer que l'absence d'objection est une décision éclairée.

La forme du voir-dire

Deux méthodes peuvent servir à déterminer l'admissibilité d'une preuve d'expert. En ce qui a trait à la première, l'avocat fournit un résumé de la preuve proposée, sur lequel le juge se fondera pour rendre sa décision. Ce résumé peut prendre la forme d'un témoignage anticipé, le rapport de l'expert, et (ou) le témoignage présenté à l'enquête préliminaire. La jurisprudence a favorisé l'adoption de cette démarche lorsqu'il n'est pas nécessaire de présenter une preuve orale supplémentaire pour résoudre les questions liées à l'admissibilité. La seconde méthode touche l'audition de la preuve, notamment celle du témoin expert proposé, avant de décider d'admettre ou non cette preuve. Si le débat se limite aux compétences ou à l'expertise du témoin particulier concernant la présentation de la preuve, ce voir-dire a souvent lieu en présence du jury. Si le voir-dire est plus poussé, et si on fait référence à l'opinion définitive de l'expert, le jury sera généralement exclu.

Un examen détaillé et contesté du seuil de fiabilité forcera probablement l'audition de certaines preuves en voir-dire. Comme je l'ai indiqué précédemment, cette audition soulèvera sans doute la crainte qu'un exercice plus rigoureux de la fonction de protecteur par les juges ralentira le procès, surtout à une époque où des préoccupations ont déjà été exprimées en ce qui concerne le ralentissement des procès criminels attribuable aux motions préalables. Ces préoccupations légitimes ne peuvent être rejetées avec légèreté, mais je ne crois pas qu'elles devraient dissuader les juges de première instance de jouer leur important rôle de protecteur et de s'assurer que l'opinion d'expert présente un seuil de fiabilité suffisant pour être admise. Heureusement, je pense qu'il y a des façons de bien procéder à cet examen et de le faire efficacement.

La fonction de protecteur peut être facilitée par des rapports d'expert qui satisfont aux exigences d'intégralité, de langage clair et de transparence décrites au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale. Elle peut également être facilitée, dans certains cas, par des descriptions écrites, contenues dans le rapport, de la nature de la discipline en question et de la façon dont celle-ci tient compte des critères de fiabilité énoncés précédemment, comme l'existence de tests, d'un examen par les pairs, de normes, d'une acceptation générale et d'un taux d'erreurs. En médecine légale, cette description pourrait également inclure une énumération des domaines de controverse se rapportant au cas et une liste de documents scientifiques pertinents. Ces renseignements fourniraient au juge et aux parties adverses un fondement solide permettant d'effectuer une présélection efficace et rigoureuse. Il serait encore souvent nécessaire de tenir des audiences orales, mais celles-ci seraient ciblées et raccourcies par ces documents écrits. De la façon dont j'envisage le fonctionnement de ce processus, ces descriptions n'auraient pas à être refaites chaque fois qu'un témoin expert prépare un rapport dans un domaine scientifique particulier. Elles ne seraient plutôt qu'adaptées dans chaque cas par l'expert proposé et pourraient constituer un moyen de favoriser un contre-interrogatoire efficace et ciblé.

Le professeur Edmond a également abordé, dans son étude de recherche, les objections qui pourraient être soulevées du point de vue de l'efficacité du procès concernant l'examen plus rigoureux de la fiabilité de la preuve d'expert :

> Sur le plan pratique, l'exclusion d'une preuve d'expert non fiable peut augmenter la durée de certaines instances préliminaires, mais, dans l'ensemble, elle réduira probablement la durée des procès et évitera aux juges d'avoir à donner des directives complexes concernant une preuve discutable et aux jurés de faire, littéralement, des suppositions mal avisées. Il est aussi important de noter que l'exclusion d'une preuve d'expert non fiable évite aux avocats de la défense de devoir entreprendre de longs contre-interrogatoires techniques ainsi que de désigner des experts en contre-preuve et de retenir leurs services. Le contre-interrogatoire exhaustif et l'expertise en contre-preuve seront plutôt nécessaires seulement si la poursuite fournit une expertise dont la fiabilité peut être démontrée. De plus, le fait de mettre l'accent sur la fiabilité signifie que la défense peut mettre en doute ou contester la preuve d'expert incriminante en vertu de ses propres conditions plutôt que d'être forcée à contester la réputation ou les capacités d'experts expérimentés appelés par l'État[64].

[64] Edmond, « Pathological Science? », p. 92.

Par conséquent, bien qu'il soit important de rendre le processus relatif à la fonction de protecteur le plus efficace possible, il est également vrai que le temps consacré au début du procès pour exclure une preuve d'expert non fiable et pour comprendre les avantages et les limites de la science sur laquelle repose cette preuve d'expert portera ses fruits plus tard au cours du procès et permettra de restreindre le besoin d'interjeter appel par la suite ou même de mener des enquêtes publiques. Notre examen systémique a permis de tirer clairement cette leçon.

Recommandation 132

La fonction de protecteur du juge de première instance peut être facilitée, dans certains cas, par des descriptions écrites, dans les rapports d'expert, de la nature de la discipline en question et de la façon dont celle-ci tient compte des critères de fiabilité. En médecine légale, ces descriptions pourraient inclure une énumération des domaines de controverse pertinents se rapportant au cas et une liste de documents scientifiques sur le sujet.

Les résultats de l'audience sur l'admissibilité

La fonction de protecteur ne doit pas offrir au juge de première instance que deux options – admettre complètement la preuve scientifique d'expert ou la rejeter complètement. Formulé dans ces termes, le choix que devrait effectuer le juge serait particulièrement difficile. Il serait compréhensible que les juges hésitent avant de disqualifier un témoin proposé possédant une expérience et des titres de compétence impressionnants. De plus, une telle démarche de type « tout ou rien » pourrait empêcher les juges de première instance de tenir compte du seuil de fiabilité de chaque élément d'une opinion particulière.

Étant donné qu'une décision concernant l'admissibilité devrait être rendue pour chaque partie de la preuve d'expert proposée, un éventail de résultats est possible. Un médecin légiste compétent peut être autorisé à mettre en évidence les conclusions anormales d'une autopsie, mais pas à présenter une opinion quant à la cause de la mort si la science ne permet pas qu'une telle opinion soit présentée. Ou il peut être autorisé à situer son opinion quant à la cause de la mort par rapport à une controverse existante, pour autant que cette controverse soit divulguée entièrement. Il peut également être autorisé à donner son opinion quant à la cause de la mort, mais pas en ce qui concerne les circonstances de celle-ci. En outre, les opinions du médecin légiste peuvent être admises, mais l'utilisation d'un langage trompeur ou scientifiquement infondé ou d'expressions de certitude peut être rejetée. Il faut retenir que les options devraient être dictées, en

grande partie, par le seuil de fiabilité et non par des propositions de type « tout ou rien » présentées par l'avocat ou le témoin.

Au moment de déterminer quelles parties du témoignage d'expert devraient être admissibles, le juge tiendra également compte de tous les préalables relatifs à l'admissibilité présentés dans l'arrêt *Mohan*, notamment l'équilibre entre la valeur probante de la preuve proposée et l'effet préjudiciable de celle-ci. Cet équilibre peut entraîner le rejet d'une partie ou de l'ensemble de la preuve. La mesure dans laquelle la preuve aborde le point litigieux de la cause peut également indiquer si elle présente un seuil de fiabilité suffisant pour justifier son admission.

Une autre option dont le juge de première instance devrait tenir compte concernant l'admissibilité est le fait que le voir-dire a reçu moins d'attention que ce qu'il mérite – déterminer quel langage l'expert proposé peut ou ne peut pas utiliser. Si, par exemple, certains craignent que des expressions comme « compatible avec » seront potentiellement trompeuses, cette crainte devrait faire l'objet d'une discussion au moment de l'audience sur l'admissibilité et le juge devrait indiquer clairement, à la fin de l'audience, quelles expressions peuvent ou ne peuvent pas être utilisées.

Le résultat final du processus relatif à l'admissibilité est une définition claire de la portée de l'expertise qu'un témoin particulier peut fournir. Comme nous l'avons mentionné précédemment dans le présent chapitre, il sera salutaire de définir le plus précisément possible la portée de l'expertise afin que toutes les parties ainsi que le témoin soient informés des domaines pour lesquels ce dernier n'a pas été autorisé à présenter une preuve. Par exemple, une telle démarche aurait empêché le D^{r} Smith de témoigner sur des questions de science sociale qui dépassaient de loin son expertise en pathologie. Nous sommes revenus à notre point de départ sur ce sujet. Comme je l'ai déjà recommandé, le juge de première instance devrait prendre des mesures dès le départ pour définir clairement le domaine proposé de l'expertise du témoin. À la fin du voir-dire, le juge sera bien placé pour statuer avec précision sur ce que le témoin peut ou ne peut pas dire. Ces mesures contribueront à faire en sorte que le témoignage de l'expert, au moment où il est présenté, puisse être limité à des domaines autorisés et qu'il satisfasse aux normes de fiabilité.

Recommandation 133

Les juges devraient évaluer si des parties de la preuve d'expert proposée sont suffisamment fiables pour être admises et si d'autres qui ne le sont pas doivent être modifiées pour être admises.

Formation des juges visant à améliorer la fonction de protecteur

L'établissement du seuil de fiabilité d'une preuve scientifique d'expert par un juge de première instance sera grandement facilité si les juges reçoivent une formation concernant les concepts scientifiques de base[65]. Les juges n'ont pas à être outillés pour résoudre les controverses scientifiques, mais ils peuvent apprendre à comprendre ce qui constitue un bon et un mauvais fondement scientifique, par exemple, ainsi que les faiblesses et les limites de la science.

John Conley et David Peterson[66] ont affirmé que « parce que la science ne constitue pas un facteur de sélection des juges, ceux-ci peuvent être tant des Einstein non assumés que de fiers luddites »[67]. Une étude empirique sur les juges siégeant dans les tribunaux d'État aux États-Unis a permis de conclure que la majorité d'entre eux ont de la difficulté à appliquer les critères décrits dans l'arrêt *Daubert* concernant la réfutabilité et les taux d'erreurs[68].

Une solution possible serait d'affecter des juges spécialistes à des cas nécessitant une preuve scientifique. Dans le cadre de notre table ronde sur les preuves d'expert, cette possibilité a été abordée et rejetée par tous les participants. La professeure Erica Beecher-Monas a indiqué qu'elle ne croyait pas que les juges devaient être spécialisés : « Je crois que le fait d'avoir des juges généralistes, des juges qui ont l'expérience des procès réguliers et qui transposent cette expérience dans des procès nécessitant une preuve scientifique constitue une valeur inestimable ». Toutefois, elle a souligné ce qui suit :

> En même temps, je crois que la formation des juges est une chose merveilleuse. Je crois qu'une formation juridique continue doit être favorisée au sein du barreau et de la magistrature. Je crois également qu'il est important de faire part aux juges des problèmes concernant les points de vue contradictoires sur une science. Par exemple, un comité responsable de la formation des juges sur certaines controverses entourant le syndrome de mort subite du nourrisson, ou le syndrome du bébé secoué, serait très utile. Les juges ne retiendront probablement pas de cette

---

[65] Gold, *Expert Evidence*, p. 23.

[66] David Peterson est détenteur d'un doctorat et vice-président principal de Peopleclick. John Conley est le professeur de droit William Rand Kenan Jr à l'Université de Caroline du Nord, à Chapel Hill.

[67] John Conley et David Peterson, « The Science of Gatekeeping: The Federal Judicial Center's New Reference Manuel on Scientific Evidence », *North Carolina Law Review*, 1996, vol. 74, nº 1183, pp. 1205-1206, cités dans Gold, *Expert Evidence*, 21.

[68] Sophia Gratowski *et coll.*, « Asking the Gatekeepers: A National Survey of Judges on Judging Expert Evidence in a Post-Daubert World », *Law and Human Behaviour*, 2001, vol. 25, nº 433, p. 452.

> formation tous les détails entourant les controverses, mais ils se souviendront qu'il existe une controverse, et s'ils doivent statuer dans une affaire de syndrome de mort subite du nourrisson ou de syndrome du bébé secoué, ils se questionneront sur la preuve. Et je pense que cela est très important. Je crois que l'on devrait encourager les juges dans leur fonction de protecteur, et la prestation d'une formation est l'une des façons d'y arriver. Mais je crois fermement dans les juges généralistes.

Elle a indiqué qu'une formation juridique continue doit être favorisée au sein du barreau et de la magistrature. En fait, la professeure Beecher-Monas a écrit un livre que j'ai trouvé très utile au moment de concevoir ce qu'elle appelle un « processus intellectuel équitable » – un cadre d'analyse qui permet aux avocats, aux juges et à d'autres d'évaluer une vaste gamme de preuves scientifiques et d'aider les juges à s'acquitter de leur rôle de protecteur en vertu de l'arrêt *Daubert*[69].

M. LeSage, ainsi que mon collègue le juge Rosenberg, ont convenu que des juges spécialistes ne constituaient pas une option viable. Comme l'a dit M. LeSage : « De mon point de vue, un juge est un juge. » Je suis entièrement d'accord. Toutefois, ces deux juges expérimentés ont appuyé le rôle important que pourrait jouer la formation continue des juges en vue d'aider ces derniers à s'acquitter de leur fonction de protecteur. M. LeSage a fait référence à sa propre expérience en tant que commissaire de la Commission d'enquête sur James Driskell au Manitoba (dans le cadre de laquelle il a tenu une table ronde sur les preuves scientifiques) et a formulé les observations suivantes :

> Je dois dire que cela a été pour moi comme un choc, après avoir passé plus de quarante (40) ans dans le système de justice, d'entendre certains experts scientifiques parler de l'incertitude et du manque de clarté entourant certains domaines scientifiques que j'avais toujours pensé beaucoup plus sûrs que ce qu'ils sont réellement. Et je me suis senti coupable de ne pas m'être mieux formé il y a longtemps relativement à ces domaines.

Le juge Rosenberg a laissé entendre qu'il est difficile pour les juges de déterminer le seuil de fiabilité. On leur demande de se pencher sur un domaine complètement différent pour lequel leurs avis normaux sur ce qui constitue le bon sens et ce qui est logique peuvent ne pas aider autant qu'ils le souhaiteraient. Il a indiqué que les juges doivent connaître les questions qui doivent être posées. Si les avocats

---

[69] Erica Beecher-Monas, *Evaluating Scientific Evidence: An Interdisciplinary Framework for Intellectual Due Process*, Cambridge University Press, Cambridge, 2007.

ne les posent pas, le juge de première instance pourrait les pousser, bien que prudemment, afin de s'assurer qu'ils les posent.

Le juge Rosenberg, qui a beaucoup participé à la formation des juges, a laissé entendre que l'Institut national de la magistrature doit occuper un rôle important en ce qui a trait à l'élaboration d'autres cours soulevant des questions sur la méthode scientifique et le seuil de fiabilité de la preuve d'expert. Je suis d'accord. L'important arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Trochym* rend l'époque actuelle particulièrement opportune pour améliorer la formation des juges à l'égard de ces questions ainsi que d'autres sujets connexes.

Recommandation 134

L'Institut national de la magistrature devrait envisager l'élaboration de programmes supplémentaires destinés aux juges concernant le seuil de fiabilité et la méthode scientifique dans le contexte de la détermination de l'admissibilité d'une preuve scientifique d'expert.

À la suite de l'arrêt *Daubert*, le Federal Judicial Center des États-Unis a préparé le *Reference Manual on Scientific Evidence* (manuel de référence sur la preuve scientifique), qui comprend une introduction écrite par le juge Stephen Breyer, de la Cour suprême des États-Unis, et des chapitres traitant des critères juridiques relatifs à l'admissibilité de la preuve d'expert, à la méthode scientifique, à la gestion de la preuve d'expert ainsi qu'aux guides et aux sujets de références, comme la statistique, la régression multiple, la recherche-sondage, l'estimation de la perte économique, l'épidémiologie, la toxicologie, le témoignage d'un médecin, l'ADN et les pratiques d'ingénierie[70]. À mon avis, il serait utile de préparer un guide de référence au Canada, peut-être sous les auspices du Conseil canadien de la magistrature, qui comprendrait un guide sur la médecine légale. Jusqu'à ce que cela soit fait, le manuel de référence américain pourrait être une ressource utile.

Recommandation 135

Il serait utile que le Conseil canadien de la magistrature, en collaboration avec l'Institut national de la magistrature, évalue la faisabilité de la préparation d'un équivalent canadien du *Reference Manual on Scientific Evidence*, préparé par le Federal Judicial Center aux États-Unis.

---

[70] Federal Justice Center, *Reference Manual on Scientific Evidence*, 2e édition, 2000, en ligne (en anglais) : Federal Judicial Centre http://www.fjc.gov/public/home.nsf.

L'Interaction entre le système de justice et les témoins experts

Code d'éthique pour les témoins experts

Le D[r] Smith a reconnu qu'au moment où il a entrepris son travail, il ne comprenait pas que son obligation était de présenter un témoignage d'expert impartial visant à aider le tribunal, plutôt qu'à servir les intérêts de la Couronne. À mon avis, il serait utile d'élaborer un code d'éthique pour les experts témoignant dans des causes criminelles. Parce que les témoins experts doivent présenter un témoignage impartial et transparent devant le tribunal, le juge président doit s'assurer qu'on les a informés de leurs obligations avant le début de leur témoignage. Cette vérification peut prendre différentes formes. Par exemple, dans le cadre de leurs rapports écrits, les experts pourraient devoir attester qu'ils comprennent cette obligation et, avant de témoigner, accepter d'être liés par les obligations prévues dans le code d'éthique. Ou encore, le tribunal pourrait demander aux avocats si leurs experts ont accepté ces conditions. Le tribunal pourrait également présenter cette demande directement au témoin.

Dans son Projet de réforme du système de justice civile, l'honorable Coulter Osborne a recommandé que les Règles de procédure civile de l'Ontario ou la *Loi sur la preuve* « établissent que l'expert a l'obligation d'aider la cour relativement aux questions relevant de sa compétence et que cette obligation a la priorité sur toute obligation envers la personne qui lui a fourni des directives ou le paie »[71]. Il a également recommandé que les experts soient tenus d'attester dans leurs rapports qu'ils comprennent cette obligation.

Dans l'arrêt *R. c. Harris et autres*, cité dans des chapitres précédents, la Cour d'appel de l'Angleterre et du pays de Galles a mis en évidence les obligations qu'ont les témoins experts envers le tribunal :

1) La preuve d'expert présentée au tribunal devrait être le produit indépendant de l'expert, non influencé quant à la forme ou au contenu par les exigences relatives au procès, et devrait être perçue comme telle.
2) Un témoin expert devrait offrir une aide indépendante au tribunal par l'entremise d'une opinion objective non biaisée sur les questions relevant de son domaine de compétence. Un expert témoignant devant la Haute Cour ne devrait jamais jouer le rôle d'arbitre.

---

[71] C. A. Osborne, *Projet de réforme du système de justice civile : Résumé des conclusions et des recommandations*, Ontario : ministère du Procureur général, novembre 2007, p. 83.

3) Un témoin expert devrait indiquer les hypothèses ou les faits sur lesquels il fonde son opinion. Il ne devrait pas omettre de tenir compte des faits substantiels qui ne correspondent pas à ses conclusions.
4) Un expert devrait indiquer clairement si une question précise se situe hors de son domaine d'expertise.
5) Si une opinion d'expert n'est pas suffisamment documentée parce que cet expert considère qu'il n'y a pas assez de renseignements disponibles, il faut le mentionner et indiquer que l'opinion n'est que provisoire.
6) Si, après l'échange des rapports, un témoin expert change d'opinion sur des questions importantes, il doit en informer immédiatement l'autre partie et, au moment approprié, le tribunal[72].

En Angleterre et au pays de Galles, ces directives générales relatives à tous les témoins experts ont été ajoutées et précisées dans un livre s'adressant aux experts, préparé par le directeur des poursuites publiques (DPP). Cela comprend la responsabilité qu'ont les experts appelés par la Couronne d'attester qu'ils comprennent leurs obligations envers le tribunal et qu'ils informeront les parties et, si nécessaire, le tribunal, de tout changement d'opinion sur une question importante. En vertu de cette obligation, les témoins experts doivent également informer le DPP de toute instance judiciaire, professionnelle ou disciplinaire en cours contre eux, de toute décision défavorable rendue par un juge ou un coroner à leur endroit ou de tout autre élément pouvant avoir une incidence sur leur compétence et leur crédibilité professionnelles en tant que témoins experts[73]. Bon nombre de ces directives se trouvent désormais également dans *The Criminal Procedure [Amendment No 2] Rules* 2006.

De plus, le Home Office et le Royal College of Pathologists ont élaboré leur propre code de pratique, intitulé Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists (code de pratique et de normes de rendement relatif aux médecins légistes). Il contient des directives s'adressant spécifiquement aux médecins légistes, ainsi que des dispositions plus générales qui pourraient s'appliquer à tous les experts. Au chapitre 15, Pratiques exemplaires, et au chapitre 16, Communication efficace avec le système de justice pénale, je recommande la création d'un code de pratique et de normes de rendement semblable pour les médecins légistes ontariens, ciblant l'ensemble de leur pratique. Pour l'instant,

---

[72] *R. c. Harris et autres,* [2005] CAAPG (Div. crim.), 1980, par. 271, citant l'arrêt *National Justice Compania Naviera SA c. Prudential Assurance Co. Ltd. (The Ikarian Reefer) (N° 1)*, [1993] 2 Lloyd's Rep. 68, p. 81.

[73] *Disclosure: Expert's Evidence and Unused Material Guidance Booklet for Experts*, mars 2006, pp. 17-19, en ligne (en anglais seulement) : Policy Directorate http://www.cps.gov.uk/publications/docs/experts_guidance_booklet.pdf.

toutefois, j'évaluerai l'opportunité de créer un code d'éthique général pour *tous* les experts concernant les témoignages dans des causes criminelles.

Lors de la table ronde sur les politiques concernant la preuve d'expert, j'ai demandé aux participants de commenter l'opportunité de créer un code d'éthique qui indiquerait clairement aux témoins experts qu'ils ne doivent pas jouer le rôle d'arbitre, mais plutôt présenter un témoignage impartial et transparent visant à aider le tribunal. Je faisais référence à quelque chose qui irait au-delà du code de pratique et de normes de rendement pour les médecins légistes et qui constituerait un code d'éthique pour tous les témoins experts en général, semblable à celui que M. Osborne avait proposé. Aucune objection n'a été formulée concernant cette proposition, bien qu'à la fois M. LeSage et le juge Rosenberg aient souligné avec justesse qu'un code en soi ne garantirait pas l'intégrité des témoins experts. La professeure Beecher-Monas a appuyé l'idée en raison de sa fonction éducative et parce que des témoins experts pourraient citer le code afin de résister aux avocats zélés qui pourraient essayer de leur faire dire des choses avec lesquelles ils ne se sentent pas confortables ou qui se situent hors de leur domaine de compétence. Le consensus semblait indiquer qu'un code d'éthique ne ferait pas de mal et qu'il pourrait avoir une incidence positive.

À mon avis, il existe diverses façons d'intégrer un tel code d'éthique au système de justice pénale. Par exemple, la Cour supérieure de justice de l'Ontario et la Cour de justice de l'Ontario pourraient publier des directives en matière de pratique obligeant les avocats à s'assurer que les experts qu'ils ont l'intention d'appeler comme témoins se sont familiarisés avec le code d'éthique et ont accepté d'être liés par les obligations qui en découlent avant de témoigner. De plus, les formulaires relatifs aux conférences préalables au procès pourraient être modifiés afin d'y inclure une question visant à déterminer si les avocats ont assumé leurs responsabilités en vertu des directives en matière de pratique. Dans le contexte d'instances criminelles, ces démarches pourraient être préférables à une modification des règles de procédure en matière criminelle ou de la *Loi sur la preuve au Canada.* Toutefois, peu importe la démarche particulière adoptée, cette proposition, comme celle qu'a avancée M. Osborne relativement aux experts témoignant dans des instances civiles, ferait en sorte qu'un code d'éthique s'applique aux experts témoignant dans des instances criminelles. En fait, compte tenu du fait que la liberté de l'accusé est en jeu, il serait anormal d'avoir un code régissant les experts lorsqu'ils témoignent dans des causes civiles, mais pas lorsqu'ils témoignent dans des causes criminelles. Une telle démarche correspond également à ce qui a été fait en Angleterre et au pays de Galles.

Recommandation 136

a) Il faudrait créer un code d'éthique s'appliquant aux experts témoignant dans des instances criminelles.

b) Ce code devrait être intégré au système de justice pénale. Cela peut être fait par l'introduction de directives en matière de pratique et de modifications aux formulaires relatifs aux conférences préalables.

c) Le code devrait prévoir que les experts ont l'obligation d'aider le tribunal en ce qui a trait à des questions relevant de leur domaine d'expertise et que cette obligation l'emporte sur toute obligation envers la personne qui leur a fourni des directives ou versé un paiement.

d) Les experts devraient être obligés d'attester dans leurs rapports qu'ils comprennent cette obligation et, avant de témoigner, d'accepter d'être liés par les obligations prévues dans le code d'éthique.

Experts nommés conjointement ou par le tribunal

Certains commentateurs ont laissé entendre que les experts, y compris les médecins légistes, qui sont nommés par le tribunal ou conjointement par les parties représentent le meilleur espoir d'obtenir un témoignage d'expert objectif et fiable. Dans les causes civiles, on a manifesté un intérêt à l'égard du recours à des experts nommés par le tribunal ou conjointement, bien que je souligne que M. Osborne a conclu, dans son examen, que l'utilisation obligatoire de tels experts n'était pas recommandée[74]. À mon avis, ils ne seraient pas utiles dans des causes criminelles où sont soulevées des questions complexes et controversées en matière de médecine pédiatrique légale.

Le professeur Edmond a indiqué dans son étude de recherche effectuée dans le cadre de la présente enquête que des personnes comme le professeur Roy Meadow, dont le témoignage a été ultérieurement discrédité en Angleterre, ou le D[r] Smith, auraient pu être précisément le type d'« experts » reconnus nommés par le tribunal ou choisis conjointement par les parties[75]. Le recours à un expert nommé par le tribunal ou conjointement par les parties fait suite à une perception de la science qui ne tient pas compte des désaccords entre les scientifiques sur des questions de jugement – un domaine particulièrement pertinent en ce qui a trait aux éléments les plus interprétatifs de la médecine légale. De plus, l'un des

[74] Osborne, *Projet de réforme du système de justice civile : résumé des conclusions et des recommandations*, p. 82.
[75] Edmond, « Pathological Science? », p. 137.

avantages d'un système adversatif est sa capacité, par l'entremise d'un témoignage et d'un contre-interrogatoire bien éclairés et disposant de bonnes ressources, de mieux faire ressortir les domaines de controverse scientifique. Comme l'a écrit l'un des principaux commentateurs sur l'interaction entre la science et le droit : « Au mieux, les instances judiciaires peuvent non seulement faire la lumière sur la compréhension technique divergente des experts, mais aussi divulguer l'engagement social et normatif sous-jacent de ces derniers d'une manière qui permet une évaluation intelligente par des profanes[76]. »

Le professeur Edmond a également fait ressortir la capacité du processus adversatif, y compris le contre-interrogatoire, à fournir une forme de contestation ciblée pouvant ne pas toujours exister au sein des communautés scientifiques[77]. Cela dit, il est primordial d'allouer des ressources suffisantes afin d'assurer une contestation efficace. J'aborderai ce sujet un peu plus en détail dans un autre chapitre du présent rapport.

Recommandation 137

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

Gestion des cas, divulgation des rapports d'experts et rencontres entre experts

Le paragraphe 657.3 (3) du *Code criminel* prévoit que, « [e]n vue de favoriser l'équité et l'efficacité en matière de présentation des témoignages », chaque partie qui veut appeler un témoin expert doit aviser les autres parties de son intention au moins 30 jours avant le début du procès ou à l'intérieur de tout délai que fixe le tribunal. Cet avis doit comprendre le nom du témoin proposé, une description de son domaine d'expertise assez détaillée pour permettre aux autres parties de se renseigner sur ce domaine d'expertise et un exposé des compétences du témoin en tant qu'expert.

---

[76] Sheila Jasanoff, *Science at the Bar: Law, Science, and Technology in America*, Harvard University Press, Cambridge, 1995, p. 215.

[77] Gary Edmond, « Secrets of the Hot Tub: Expert Witnesses, Concurrent Evidence and Judge-led Law Reform in Australia », *Civil Justice Quarterly*, 2008, pp. 51-82.

De plus, le procureur doit, dans un délai raisonnable avant le procès, fournir à la ou aux parties adverses un exemplaire du rapport d'expert ou, si aucun rapport n'a été rédigé, un résumé de l'opinion prévue ainsi que les fondements sur lesquels elle s'appuie. La défense doit fournir ces documents au plus tard au moment de terminer la preuve pour la poursuite. Sans le consentement de l'accusé, le procureur ne peut présenter en preuve ce document de la défense si le témoin de la défense proposé ne témoigne pas.

Au chapitre 17, Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense, je rejette l'introduction de nouvelles dispositions qui obligeraient la défense à divulguer d'avance un témoignage d'expert prévu. Toutefois, j'indique que la défense est souvent bien servie (comme l'est le témoignage médicolégal présenté au système de justice pénale) par une divulgation rapide et volontaire de la preuve médicolégale prévue. En fait, dans plusieurs cas examinés dans le cadre de la présente enquête, une telle divulgation a incité des procureurs à mettre fin aux instances criminelles ou a contribué à prendre de telles décisions.

Dans le présent chapitre, je mets l'accent sur le rôle de premier plan que les juges devraient jouer en vue d'assurer le respect des dispositions existantes en matière de divulgation et de favoriser l'adoption de mesures supplémentaires afin de promouvoir l'évaluation précise et rapide d'un témoignage d'expert.

Le paragraphe 657.3 (4) prévoit que, si une partie appelle un témoin expert sans respecter ses obligations décrites au paragraphe (3), le tribunal doit, à la demande de toute autre partie, accorder un ajournement afin de permettre une préparation du contre-interrogatoire, ordonner à la partie qui appelle le témoin de fournir les documents qu'elle aurait dû fournir au préalable et ordonner l'appel ou le rappel de tout témoin afin qu'il témoigne sur les questions connexes, à moins que le tribunal considère cela comme inapproprié. De plus, même si les obligations ont été respectées, si le tribunal est d'avis qu'une autre partie n'a pas été en mesure de se préparer au témoignage du témoin proposé, il peut ajourner les instances ou ordonner que d'autres renseignements sur le témoignage soient donnés ou que tout témoin soit appelé ou rappelé.

Ces dispositions signifient que le juge de première instance doit jouer un rôle vital relativement à la promotion du respect du *Code criminel* existant et à l'adoption de mesures, même si le respect a été total, afin de s'assurer que toutes les parties sont pleinement préparées et renseignées et, par conséquent, qu'elles peuvent interroger efficacement le témoin expert présenté. Plus important encore, le juge de première instance peut ordonner la divulgation d'autres renseignements sur la preuve. Ces renseignements comprennent, en ce qui a trait à la médecine pédiatrique légale, plus d'information sur toute compétence ou toute opinion exprimée, sur le degré de confiance de l'expert à l'égard de l'opinion exprimée ainsi

que sur toute controverse existante entourant les questions à l'étude et la position de l'expert relativement à cette controverse.

Le tribunal doit jouer un rôle tout aussi essentiel en ce qui a trait à la gestion de cas avant le procès. L'article 625.1 du *Code criminel* stipule que des conférences préparatoires doivent être tenues en vue de favoriser une audition rapide et équitable ou de discuter des questions qui peuvent être résolues plus efficacement avant le début des instances et de prendre des mesures concernant des décisions sur ces questions. En fait, de telles conférences sont obligatoires pour les procès devant jury. Même en dehors de ces dispositions, les conférences préparatoires auxquelles participent les juges en Ontario sont bien établies à tous les niveaux des instances judiciaires ou, pour les cas complexes ou graves, peuvent exiger que les juges assurent la gestion continue de cas avant le procès.

La gestion de cas est particulièrement pertinente pour les procès où une preuve d'expert en médecine pédiatrique légale ou dans un autre domaine complexe peut occuper une place importante. Le juge peut faciliter la délimitation des questions en litige entre les parties en ce qui concerne la médecine légale. Par exemple, une entente peut être conclue en vue de déterminer si l'expertise du pathologiste doit être admise, si le rapport de consultation ou d'autopsie, ou des parties de celui-ci, seront déposés avec consentement, dans quelle mesure les faits sous-jacents sur lesquels s'appuyait l'expert seront prouvés et quelles photos seront présentées, le cas échéant. Au moins, ce processus permet de définir avec précision les enjeux en vue d'aider le juge de première instance.

En ce qui a trait au rapport d'expert, les paragraphes 657.3 (1) et (2) du *Code criminel* sont parfois oubliés. Le paragraphe 657.3 (1) stipule que le témoignage de l'expert peut se faire par remise d'un rapport, accompagné d'un affidavit ou d'une déclaration solennelle de l'expert faisant état de ses compétences, si certaines conditions sont réunies. Le tribunal doit reconnaître la qualité d'expert de la personne et la partie qui souhaite présenter le rapport doit avoir donné aux autres parties un exemplaire de ce rapport, l'affidavit ou la déclaration solennelle et un préavis raisonnable de son intention de déposer le rapport. Le paragraphe 657.3 (2) stipule que, par dérogation au paragraphe (1), le tribunal peut ordonner à la personne d'être présente pour interrogatoire ou contre-interrogatoire sur le contenu de l'affidavit ou de la déclaration, ou sur celui du rapport. Ces dispositions invitent à la discussion dans le cadre du processus de gestion de cas. En bout de ligne, elles invitent le juge de première instance à évaluer si une ordonnance devrait être rendue afin d'admettre le rapport comme preuve et si ce rapport devrait être accompagné d'un interrogatoire ou d'un contre-interrogatoire de son auteur.

Enfin, même si la défense n'est pas obligée de divulguer, avant le procès, le

rapport de son témoin proposé ou un résumé de l'opinion prévue de ce témoin, le juge siégeant à la conférence préparatoire peut néanmoins déterminer avec la défense si elle est préparée à le faire et, dans l'affirmative, quand et comment cela peut se faire. Le juge peut apaiser, par l'entremise de conditions ayant fait l'objet d'un accord, toute crainte que peut avoir la défense concernant une divulgation rapide volontaire.

Recommandation 138

a) Les juges de première instance peuvent jouer un rôle important relativement à la promotion du respect des dispositions existantes du *Code criminel* concernant la divulgation d'un témoignage d'expert prévu et à l'adoption de mesures, même si le respect a été total, afin de faire en sorte que toutes les parties soient pleinement préparées et renseignées et, par conséquent, qu'elles puissent interroger efficacement le témoin expert présenté.

b) Les juges de la conférence préparatoire jouent un rôle tout aussi important dans les cas où une preuve d'expert en médecine pédiatrique légale ou dans un autre domaine complexe peut occuper une place importante. Ils peuvent faciliter la délimitation des questions en litige entre les parties et la présentation d'autres renseignements sur l'opinion de l'expert proposé ou les fondements sur lesquels elle s'appuie. Enfin, ils peuvent envisager, avec la défense, la divulgation rapide et volontaire du rapport par son témoin proposé ou d'un résumé de l'opinion prévue de ce témoin, et déterminer quand et comment cela peut se faire.

Rencontres préalables au procès ou « concertations » entre les experts[78]

On a manifesté un intérêt considérable à l'égard de l'idée voulant que les experts choisis par les parties adverses se rencontrent avant le procès afin de tenter de régler ou de diminuer leurs différends. M. Osborne a récemment recommandé que, dans les causes civiles, les juges des instances préparatoires soient en mesure d'ordonner ce qui suit aux experts adverses, dans les cas où cela s'applique :

> a se rencontrer afin de discuter sous toutes réserves d'une ou de plusieurs questions contenues dans leurs rapports respectifs en vue de déterminer, de

[78] L'expression « concertation » fait ici référence à la rencontre entre les experts choisis par les parties adverses en vue d'essayer de conclure une entente ou de délimiter les questions en litige. Elle a également été utilisée d'une autre façon, soit pour décrire l'appel de témoins en comités plutôt qu'individuellement.

clarifier et, idéalement, de régler les questions sur lesquelles ils ne s'entendent pas;

b rédiger une déclaration conjointe sur les questions qui font l'objet d'un accord ou les motifs d'un désaccord continu lorsque, selon la cour,
   i un accord peut être conclu relativement à une partie ou à l'ensemble des questions;
   ii la raison justifiant les opinions d'experts contradictoires est inconnue et qu'une clarification des questions faisant l'objet d'un désaccord aiderait les parties ou la cour;
   iii des économies de temps et d'argent ou autres avantages peuvent en découler proportionnellement aux montants en jeu et aux questions litigieuses.

Le commentaire suivant revêt un intérêt particulier dans le cadre de la présente enquête :

> Au cours des consultations, les experts en médecine ont souligné que les médecins arrivent souvent à un consensus. Ils ont indiqué qu'il serait très utile de permettre aux experts de se réunir afin de voir si des questions peuvent faire l'objet d'une entente et de déterminer celles qui sont toujours litigieuses. Cette réforme permettrait à tous les experts de profiter d'un certain examen par les pairs, ce à quoi ils ne sont pas régulièrement soumis. Elle pourrait également permettre de clarifier les interprétations disparates des hypothèses et des faits sous-jacents et d'introduire un degré de responsabilisation pouvant contribuer à éliminer les « mercenaires »[79].

Les rencontres entre les experts de la Couronne et ceux de la défense pourraient être utiles si, à la lumière de la critique d'un expert formulée par un collègue respecté, elles incitent les experts à repenser, clarifier ou atténuer leur désaccord. Il sera souvent dans l'intérêt des parties, y compris de l'accusé, de favoriser les rencontres entre les témoins experts sur des questions complexes relevant de la médecine pédiatrique légale. Les règles en matière de procédure pénale en Angleterre et au pays de Galles ont récemment été modifiées afin de donner aux juges le pouvoir d'ordonner aux experts de se rencontrer afin de discuter de leurs témoignages et d'indiquer les questions sur lesquelles ils sont d'accord et celles sur lesquelles ils ne le sont pas, et pourquoi[80]. À l'exception de ces indications, le contenu des rencontres entre les experts n'est pas admissible[81].

---

[79] Osborne, *Projet de réforme du système de justice civile*, p. 83.
[80] *Criminal Procedure Rules 2005,* R. 33.5; *R. c. Holdsworth,* [2008] CAAPG (Div. crim.), 971, par. 25 et 59.
[81] *Criminal Procedure Rules 2005,* R. 33.5 (3).

Ces règles prévoient que le tribunal peut refuser d'accepter une preuve d'expert en tant que recours pour non-respect de ces exigences[82]. Au Canada, une telle démarche peut s'exposer aux mêmes objections en vertu de la *Charte*, abordées au chapitre 17, Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense, relativement à la divulgation obligatoire préalable au procès des rapports des experts de la défense. Cela dit, les juges peuvent favoriser les rencontres entre les experts disposés à y participer. Il s'agit d'un autre rôle que peuvent remplir les juges de la conférence préparatoire, qui sont également bien placés pour déterminer les avantages potentiels de telles rencontres et travailler afin d'en arriver à une entente sur le moment et les conditions de ces rencontres et sur tout document écrit pouvant en découler.

Recommandation 139

Les rencontres préparatoires entre les témoins experts visant à discuter de leurs désaccords et à les clarifier serviront souvent les intérêts de toutes les parties concernées. Dans les cas où cela s'impose, les juges, particulièrement les juges de la conférence préparatoire, peuvent favoriser et faciliter de telles rencontres entre les experts disposés à y participer, sans exiger qu'elles aient lieu.

Exposés du juge au jury concernant la preuve d'expert

Enfin, le tribunal peut jouer un rôle de protecteur du système de justice pénale contre les erreurs médicolégales en recourant à l'exposé au jury à bon escient. Le juge ne devrait pas se servir de directives sur le poids que doit accorder le jury à la preuve d'expert comme solution de rechange aux décisions concernant le seuil de fiabilité. Comme l'a souligné le juge Ian Binnie, « la Cour a souligné que le juge de première instance devrait prendre au sérieux son rôle de "protecteur". La question de l'admissibilité d'une preuve d'expert devrait être examinée minutieusement au moment où elle est soulevée et cette preuve ne devrait pas être admise trop facilement pour le motif que toutes ses faiblesses peuvent en fin de compte avoir une incidence sur son poids plutôt que sur son admissibilité[83]. »

Le Conseil canadien de la magistrature a publié un modèle de directives au jury, qui comprend des directives concernant la preuve d'expert. Celles-ci expliquent que l'expert a donné une opinion sur certaines questions techniques dont le jury peut devoir tenir compte au moment de statuer sur le cas et que l'expert

[82] *Ibid.*, R.33.6.

[83] *R. c. J.-L.J.*, [2000] 2 R.C.S. 600, par. 28.

est qualifié, en raison de sa formation, de sa scolarité et de son expérience, pour présenter une opinion d'expert. Elles prévoient ensuite ce qui suit :

> Le témoignage d'un expert ne diffère pas du témoignage d'un autre témoin. Vous n'êtes pas tenu de l'accepter du seul fait qu'il a été présenté par un expert. Vous pouvez le croire en totalité ou en partie ou l'écarter entièrement. Au moment de décider de la valeur à accorder à l'opinion, vous devrez tenir compte de la scolarité, de la formation et de l'expérience de l'expert, des fondements de son opinion, de la pertinence des méthodes utilisées et des autres éléments de preuve de la présente affaire. La décision vous appartient. […] Vous seuls décidez de la valeur à accorder au témoignage de l'expert. Plus les faits que l'expert tient pour acquis ressemblent aux faits que vous retenez de la preuve, plus les opinions d'expert peuvent vous être utiles. À l'inverse, moins les faits que l'expert tient pour acquis ressemblent aux faits que vous retenez de la preuve, moins les opinions d'experts peuvent vous être utiles[84].

Si les experts expriment des opinions divergentes et si la preuve d'un élément essentiel dépend entièrement de la preuve d'expert, on avise les juges qu'ils doivent donner les directives suivantes au jury :

> Le désaccord des experts porte sur un élément essentiel que la Couronne doit prouver hors de tout doute raisonnable. Toutefois, avant d'accepter l'opinion de l'expert de la Couronne sur la présente question, vous devez être convaincus hors de tout doute raisonnable qu'il a raison. Si vous n'êtes pas certain qu'il a raison, la Couronne n'a alors pas réussi à prouver hors de tout doute raisonnable l'élément essentiel de l'infraction reprochée.

Ces modèles de directives sont utiles pour rappeler aux jurés qu'ils ont l'obligation de faire preuve de bon sens au moment d'évaluer les conclusions des experts et de tirer leurs propres conclusions concernant la fiabilité définitive du témoignage de l'expert, qu'ils ne sont pas tenus d'accepter une opinion d'expert et qu'ils peuvent rejeter l'opinion, en totalité ou en partie[85], même s'il n'existe aucune preuve d'expert adverse[86].

Le juge ne doit pas indiquer au jury que la preuve d'expert a déjà été jugée

---

[84] Modèles de Directives au jury – Directive 10.4, Témoignage d'expert (conflit d'opinions), en ligne : Conseil canadien de la magistrature http://www.cjc-ccm.gc.ca/french/lawyers_fr.asp?selMenu=lawyers_pmf_types_fr.asp

[85] Voir *R. c. Fisher*, [1961] O.W.N. 94 (C.A. de l'Ont.), confirmé [1961] R.C.S. 535.

[86] Voir *R. c. D.D.* [2000] 2 R.C.S. 275.

comme admissible, que son seuil de fiabilité a déjà été déterminé[87] ou que l'expert possède des compétences particulières[88]. Dans les cas où cela s'impose, il peut toutefois convenir de mettre l'accent sur des domaines controversés relatifs à la preuve d'expert ou indiquer aux jurés qu'ils doivent évaluer attentivement la preuve d'expert scientifique et ne pas simplement l'accepter sans l'avoir examinée minutieusement.

Dans les cas où la preuve d'expert est importante, les juges de première instance devraient utiliser la formulation des directives prévue dans les directives du Conseil canadien de la magistrature, tout en étant conscients qu'ils devraient modifier cette formulation afin de tenir compte des besoins particuliers de chaque cas.

Recommandation 140

a) Dans les cas où la preuve d'expert est importante, les juges de première instance devraient utiliser la formulation des directives prévue dans les directives du Conseil canadien de la magistrature.

b) Les juges devraient rappeler aux jurés qu'ils doivent faire preuve de bon sens au moment d'évaluer le témoignage d'un expert et qu'il leur revient de décider d'accepter ou non l'opinion de l'expert, en totalité ou en partie.

c) De plus, les juges devraient, dans les cas où cela s'impose, fournir des questions structurées en vue d'aider le jury à déterminer la fiabilité définitive de l'opinion de l'expert. Ces questions peuvent ressembler à celles dont les juges disposent pour évaluer le seuil de fiabilité, telles qu'elles sont abordées dans le présent rapport.

La preuve entendue dans le cadre de l'enquête démontre clairement que le système de justice pénale peut être vulnérable aux preuves scientifiques d'expert non fiables, notamment les preuves d'expert reliées à la médecine pédiatrique légale. Heureusement, comme j'ai essayé de le décrire, il existe des outils permettant de réduire le risque que le système soit trompé par un témoignage d'expert non fiable. Il est important de souligner que cette fonction de protecteur n'est pas de type « tout ou rien », mais que chaque partie du témoignage d'expert proposé doit être vérifiée afin de s'assurer qu'elle présente une fiabilité suffisante pour que

[87] *R. c. Logan* (1999), 139 CCC (3d) 57 (C.A. de l'Ont.), p. 61.

[88] C'est-à-dire en ce sens où le témoin possède des compétences particulières permettant de mieux comprendre les questions se situant en dehors de l'expérience normale du juge des faits; *R. c. A.K.* (1999), 137 CCC (3d), 225 (C.A. de l'Ont.), p. 280.

le juge des faits en tienne compte. Les rapports d'experts préparés de façon appropriée, accompagnés d'une attestation que l'expert comprend son obligation de présenter un avis impartial au tribunal, sont également utiles et devraient faciliter le processus visant à assurer le seuil de fiabilité de la preuve d'expert. Une fois que les experts sont adéquatement qualifiés, il faut s'assurer qu'ils demeurent dans les limites de leur expertise. Aucun système de justice ne peut être immunisé contre le risque de témoignages scientifiques viciés. Toutefois, avec vigilance et attention, nous pouvons nous rapprocher de cet objectif.

19

Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée

Un certain nombre de parties ont présenté des observations sur ce qui devrait être fait relativement aux cas traités par le système de justice pénale pour lesquels la pratique de la médecine légale présente des failles. Afin de discuter de ces questions, il est nécessaire de se pencher aussi bien sur le passé que sur l'avenir.

Mon mandat m'empêche de conclure qu'une condamnation injustifiée a été prononcée dans l'un ou l'autre des cas examinés par la présente Commission d'enquête. Toutefois, la vérification du coroner en chef a permis de conclure que le travail du D^r^ Charles Smith présentait des lacunes dans un certain nombre de cas ayant fait l'objet d'une condamnation au criminel. Dans l'un de ces cas, la Cour d'appel de l'Ontario a déjà statué que les erreurs de médecine pédiatrique légale ont entraîné une condamnation injustifiée. D'autres cas parmi cet ensemble font l'objet d'une poursuite en vue de tirer la même conclusion. Tous conviennent qu'il faut mener ce processus le plus rapidement possible.

Cependant, la pathologie défaillante utilisée dans les cas examinés dans le cadre de la vérification du coroner en chef suggère également qu'il pourrait y avoir eu des erreurs médicolégales ayant entraîné des condamnations injustifiées relativement à d'autres cas passés mettant en cause le D^r^ Smith ou d'autres médecins légistes.

Comme il est important de savoir ce qui est arrivé dans le passé, il importe tout autant de savoir ce qui arrivera dans le futur si, malgré les divers changements que je propose, des erreurs médicolégales devaient entraîner des condamnations considérées comme injustifiées.

Enfin, on m'a incité à traiter de la question de l'indemnisation de ceux ayant souffert à la suite de failles dans le travail du D^r^ Smith, désignées dans la vérification du coroner en chef. Ici, une fois de plus, mon mandat et les témoignages limités que j'ai entendus m'imposent des contraintes. On m'invite néanmoins à traiter de ces questions d'une façon ou d'une autre.

Pour chacune de ces questions, il faut avant tout tenir compte du fait que l'on doive regagner et accroître la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale et de son utilisation future au sein du système de justice pénale. Quelles mesures devrait-on prendre relativement aux erreurs passées que le système de justice pénale aurait pu commettre en raison d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale et, de même, que devrait-on faire pour corriger de telles erreurs si elles sont commises dans le futur? J'aborde ces questions dans le présent chapitre.

Cas examinés dans le cadre de la vérification du coroner en chef

Des condamnations au criminel ont été enregistrées relativement à un certain nombre de cas pour lesquels la vérification du coroner en chef a permis de conclure que la pratique médicolégale du D^r^ Smith présentait des lacunes. Certaines personnes condamnées tenteront sans doute de présenter les conclusions des vérificateurs devant la Cour d'appel compte tenu qu'ils doivent apporter de nouvelles preuves pour voir leur condamnation annulée.

Dans tous ces cas, la limite de temps est dépassée depuis longtemps. Néanmoins, comme l'ont démontré les preuves présentées devant la Commission d'enquête, le D^r^ Smith a commis un certain nombre d'erreurs et, par conséquent, une question importante est soulevée pour chaque cas à savoir si, à la lumière de ce fait, la condamnation devrait être annulée. Il importe de s'attarder à cette véritable question plutôt que de se laisser distraire par des débats portant, par exemple, sur le prolongement de délais. En effet, le ministère du Procureur général a reconnu cette priorité (de façon remarquable) dans le cadre de la table ronde que nous avons tenue à ce sujet.

Au cours de cette table ronde, M^me^ Mary Nethery, directrice générale de la modernisation de la justice à la division du droit criminel du ministère, a discuté de la démarche à adopter relativement aux cas soumis à la Commission d'enquête où des prolongements seront demandés en se fondant sur la preuve contenue dans la vérification du coroner en chef.

> [L]e ministère souhaite accélérer les cas où il y a une nouvelle preuve potentielle; par exemple, le témoignage d'éminents médecins légistes devant cette Commission d'enquête indiquant que la preuve médicolégale déposée au procès présentait des lacunes ou que la science pourrait avoir changé.

> Nous souhaiterions alors mettre en place un processus accéléré visant à prolonger le délai accordé pour interjeter appel. Nous travaillerions avec les avocats de la défense et la Cour d'appel de l'Ontario afin d'élaborer ce processus.
>
> Nous nous attendons à ce que ce processus s'applique à la plupart des cas. Il peut s'agir d'une sorte de demande de groupe fondée sur une preuve ayant été présentée ici.
>
> Alors afin d'accélérer les choses [...] s'il devait y avoir un prolongement du processus relatif au délai accordé pour interjeter appel, la vraie question toucherait le bien-fondé du cas présenté devant la Cour d'appel. Et [nous] concentrerions notre temps et notre énergie sur cette question, à la fois du côté de la défense et du côté de la Couronne.
>
> […]
>
> [E]n tant que ministres de la Justice, nous devons voir à ce que justice soit faite dans chaque cas, et nous pourrions ne pas être d'accord avec ce processus dans certains cas. Je m'attends à ce que cette situation survienne peu souvent, si elle survient.

Maître James Lockyer, avocat de plusieurs des parties condamnées, m'a informé que le ministère avait rappelé la position de M^me^ Nethery et que « ce rappel… était de bon augure pour l'avenir... et qu'il était en accord avec ce qui avait été dit lors de la table ronde ».

Je me réjouis de ces développements. Il faut déterminer le plus rapidement possible si le travail du D^r^ Smith dans les cas examinés dans le cadre de la vérification du coroner en chef a donné lieu à d'autres condamnations injustifiées. Cela contribuerait à regagner la confiance du public.

Recommandation 141

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

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

Vérification d'autres cas passés

Certaines parties ainsi que certains témoins et participants aux tables rondes m'ont invité à recommander que les cas passés autres que les 19 cas examinés par la Commission d'enquête fassent l'objet d'une ou plusieurs vérifications. Il y a eu diverses propositions quant au nombre de ces vérifications, à leur portée ainsi qu'aux motifs et aux mécanismes qui leur étaient reliés. Les trois principales propositions visaient 1) à examiner les cas sur lesquels le D^r^ Smith a travaillé de 1981 à 1991, 2) à mener un examen complet de tous les cas de médecine pédiatrique légale en Ontario et 3) à examiner tous les cas de syndrome du bébé secoué et de blessures à la tête infligées à des enfants.

La vérification du coroner en chef a d'abord permis d'examiner les cas suspects d'un point de vue criminel sur lesquels le D^r^ Smith a travaillé de 1991 à 2001. Le D^r^ Michael Pollanen, médecin légiste en chef pour l'Ontario, a déclaré lors de son témoignage que la vérification du coroner en chef fournissait une base raisonnable permettant de croire que les cas sur lesquels le D^r^ Smith aurait travaillé précédemment pourraient présenter des problèmes. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) a donc décidé que les cas de 1981 à 1991 devraient également être examinés. Cet examen, qui est en cours, cible les cas où le D^r^ Smith a pratiqué une autopsie ou a été consulté afin de donner une opinion, et pour lesquels le BCCO a établi que la cause de la mort était un « homicide ».

Le groupe Mullins-Johnson et l'Association in Defence of the Wrongly Convicted (AIDWYC) m'ont invité à recommander un examen complet de tous les cas de médecine pédiatrique légale en Ontario ayant entraîné des condamnations depuis 1981. Ils font valoir que l'influence et le leadership qu'exerçait le D^r^ Smith dans la province rendait probable que d'autres personnes l'aient

consulté de façon informelle ou aient adopté sa démarche présentant des lacunes.

Le Dr Pollanen a partagé, avec la Commission d'enquête, son point de vue selon lequel la vérification du coroner en chef a également permis de mettre en évidence le besoin d'envisager une vérification des cas de syndrome du bébé secoué (SBS) – sans égard au médecin légiste concerné – compte tenu de l'incertitude scientifique qui caractérise maintenant ce syndrome. En raison de cette incertitude, il a analysé la base de données du BCCO pour relever les cas traités au cours de la période allant de 1986 à 2006 pour lesquels la cause de la mort a été codée comme SBS ou blessures à la tête d'origine inconnue[1]. La recherche a été restreinte afin d'inclure seulement les morts d'enfants âgés entre un et douze mois. Le Dr Pollanen a relevé 142 cas de cette nature. Il ne savait toutefois pas combien de ces cas avaient fait l'objet d'une condamnation.

Le Dr Pollanen avait le sentiment qu'une vérification de ces cas, comme celle qui a été entreprise au Royaume-Uni sous la direction du procureur général Lord Goldsmith, que j'aborde plus loin dans le présent chapitre, devrait être envisagée en Ontario, et il a défendu cette position lors d'une présentation qu'il a effectuée devant le procureur de la Couronne en mars 2007.

Lors de son témoignage, la Dre Helen Whitwell, médecin légiste du Royaume-Uni, a souligné la nécessité d'établir un « système où il est possible de vérifier un cas » lorsque des développements en recherche ou des progrès en médecine peuvent avoir une incidence sur des condamnations au criminel. Elle a décrit en détail l'évolution de la pensée associée aux cas de SBS. Le Dr Jack Crane, médecin légiste d'État en Irlande du Nord, a également appuyé une vérification des condamnations relatives aux cas de SBS, étant donné qu'il est possible qu'elles soient incertaines ou injustifiées. Lui aussi a décrit les controverses existantes dans ce domaine, soulignant que certains médecins légistes demeurent sceptiques quant à l'existence même du syndrome. Le Dr Albert Lauwers, coroner en chef adjoint par intérim, a déclaré qu'une « société morale, éthique et juste » se pencherait sur ces cas afin de s'assurer qu'aucune famille n'a subi de préjudice en raison d'information changeante.

Ces opinions, formulées par des professionnels responsables et hautement compétents devant la Commission d'enquête, découlent toutes du fait que le débat au sein de la communauté mondiale de médecine légale a évolué et pris de l'ampleur au cours des 15 dernières années. Comme de nouveaux renseignements ont été recueillis, l'inquiétude exprimée par tous ces médecins est que les condamnations au criminel qui s'appuient sur la médecine pédiatrique légale

[1] Le Dr Pollanen a expliqué qu'il avait inclus certains cas de blessures à la tête d'origine inconnue pour tenir compte du fait que la police avait pu traiter ces cas « d'origine inconnue » comme étant suspects.

d'une autre époque peuvent être sans fondement compte tenu de l'état actuel de la science. Une revue de l'expérience de l'Angleterre et du pays de Galles ainsi qu'un bref résumé de l'état actuel de la pensée sur le sujet peuvent aider à mieux comprendre cette inquiétude.

Expérience de l'Angleterre et du pays de Galles

Dans le cadre de leur étude pour la Commission, les professeurs Kathryn Campbell et Clive Walker ont souligné ce qui suit :

> des erreurs commises par des médecins légistes relativement à des causes criminelles concernant des morts subites de nourrissons ont entraîné une série d'erreurs judiciaires au Royaume-Uni. Ces types d'erreurs sont extrêmement graves pour les familles endeuillées, la crédibilité des experts et le système de justice lui-même. Les conclusions présentées par les experts dans des procès sont souvent masquées par un langage scientifique dense qui implique que de tels résultats et témoignages sont irréfutables quant aux faits, alors qu'en réalité, ces conclusions se sont avérées être des interprétations influencées par des déductions subjectives et une construction de cas indigne[2].

Les leçons qui peuvent être tirées des vérifications de Goldsmith et des causes criminelles qui les ont entraînées touchent non seulement les processus de vérification, mais aussi l'incidence que peut avoir l'évolution des connaissances scientifiques sur la nature et la portée de ces vérifications.

En janvier 2003, la Cour d'appel de l'Angleterre a annulé la condamnation de Sally Clark, prononcée en 1999, pour le meurtre de ses deux petits garçons[3]. Le premier appel de M^me^ Clark avait été rejeté en 2000. Elle a continué à clamer son innocence et demandé à la Criminal Cases Review Commission (Commission d'examen des causes criminelles) (CCRC), organisme indépendant responsable de faire enquête sur les erreurs judiciaires potentielles en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord, d'examiner ses condamnations en tenant compte d'allégations d'erreurs judiciaires. On avait découvert que le D^r^ Alan Williams, médecin légiste, avait demandé que soit pratiqué un test microbiologique sur le sang du deuxième fils pendant l'autopsie. Les résultats de ce test, qui indiquaient

---

[2] Kathryn Campbell et Clive Walker, « Medical Mistakes and Miscarriages of Justice: Perspectives on the Experiences in England and Wales » 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 (Toronto : Ministère du Procureur général, 2008), p. 325.

[3] *R. c. Clark*, [2003] Cour d'appel Angl. et Galles, Div. crim 1020.

la présence d'une infection dans l'organisme de l'enfant, n'ont pas été inclus dans le rapport d'autopsie ni divulgués à la défense ou mentionnés dans le témoignage. Ils étaient par conséquent inconnus du jury.

Cette non-divulgation était importante, car le D^r^ Williams avait déclaré sous serment que rien ne laissait croire que l'enfant était mort des suites d'une maladie naturelle ou d'une infection. De plus, la mort du premier enfant de M^me^ Clark avait d'abord été attribuée au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Ce n'est qu'après que la mort du deuxième enfant eut été déclarée non accidentelle que celle du premier enfant a fait l'objet d'une révision et du même diagnostic. Par conséquent, la non-divulgation aurait pu avoir une incidence sur les deux condamnations pour meurtre.

De plus, le pédiatre Sir Roy Meadow a déclaré lors de son témoignage qu'il était peu probable que deux morts attribuables au SMSN surviennent dans la même famille. Il a calculé que les probabilités qu'une mort attribuable au SMSN survienne dans une famille étaient de 1 sur 8 543 et a élevé ce nombre au carré pour établir les probabilités que deux morts attribuables au SMSN surviennent dans une même famille à 1 sur 73 millions. (Le faux raisonnement qui consiste à supposer que des morts au sein d'une même famille doivent être attribuées soit à une coïncidence, soit à des homicides plutôt qu'à une maladie ou une tare héréditaire, par exemple, semble évident.)

La CCRC a renvoyé ce cas à la Cour d'appel. La Cour a jugé qu'il s'agissait d'un cas difficile et que l'autopsie n'était pas concluante. Elle a annulé les condamnations en raison de la non-divulgation, à savoir que des éléments de preuve (les résultats des tests microbiologiques) n'ayant pas été présentés au jury auraient pu inciter celui-ci à prononcer un verdict différent[4]. Elle a également indiqué que le chiffre de 1 sur 73 millions, très probablement, « exagère grossièrement les probabilités que deux morts subites attribuables à des causes inconnues mais naturelles surviennent dans une même famille ». Cet élément de preuve, selon la Cour, aurait dû être exclu[5].

À la suite de la publication de cette décision, le procureur général Lord Goldsmith a mis sur pied un Interdepartmental Group (IDG) (groupe interdépartemental), composé de membres de la police et du Crown Prosecution Service, du Home Office, de la Law Society et de la CCRC. L'objectif de ce groupe était de vérifier d'autres cas sur lesquels le D^r^ Williams avait travaillé afin de déterminer s'ils avaient fait l'objet d'une non-divulgation similaire. De plus, le directeur des poursuites publiques et le Crown Prosecution Service ont

[4] *Ibid*. par. 134–136.

[5] *Ibid*. par. 177–178.

entrepris de faire connaître la conduite du D^r^ Williams dans l'affaire *Clark* à tous les avocats de la défense travaillant sur des cas mettant en cause à l'époque le D^r^ Williams.

Cette vérification a été éclipsée par une vérification de plus grande portée, annoncée plus tard par Lord Goldsmith le 19 janvier 2004, à la suite de la décision rendue par la Cour d'appel dans l'affaire *R. c. Cannings*[6]. En 2002, Angela Cannings a été reconnue coupable du meurtre de deux de ses quatre enfants. Un troisième enfant était également mort alors qu'il était bébé. La quatrième enfant, soit la deuxième plus jeune, avait souffert d'une crise aiguë potentiellement mortelle alors qu'elle était en bas âge, de laquelle elle s'est rétablie complètement. La poursuite se fondait sur un témoignage d'expert qui, en effet, indiquait que si plusieurs morts de nourrissons surviennent dans une famille, celles-ci sont attribuées à des causes non naturelles à moins qu'il soit possible de trouver une autre explication permettant d'établir que leurs causes sont naturelles.

En 2003, la Cour d'appel a annulé les condamnations de M^me^ Cannings. La Cour a souligné que « trois morts subites de nourrissons inexpliquées au sein d'une même famille ne peuvent pas nécessairement mener à la conclusion inexorable qu'elles résultent de sévices infligés délibérément »[7]. Si, au moment d'un examen de la preuve relative à un cas de mort d'un nourrisson, chaque cause possible connue a été exclue, la cause de la mort demeure inconnue. Soulignant que nous sommes à la « frontière de la connaissance » en ce qui a trait aux morts subites de nourrissons, la Cour a déclaré ce qui suit :

> Tout cela laisse supposer, pour le moment, que si une enquête complète portant sur au moins deux morts subites de nourrissons non expliquées au sein d'une même famille est suivie par un désaccord profond entre deux experts réputés concernant la cause de la mort, et si un ensemble d'opinions d'experts conclut que des causes naturelles, qu'elles soient expliquées ou non, ne peuvent être exclues comme possibilités raisonnables (et non fantasques), la poursuite d'un ou de plusieurs parents pour meurtre ne devrait pas être entreprise ou continuée, à moins qu'il existe une preuve convaincante supplémentaire, sans rapport avec le témoignage d'expert, [...] qui tend à appuyer la conclusion que le nourrisson ou, s'il y a plus d'une mort, l'un des nourrissons, a été blessé délibérément. Dans des cas comme celui-ci, si le résultat du procès dépend exclusivement ou presque exclusivement d'un désaccord profond entre deux experts distingués de bonne réputation, il sera souvent malavisé, et donc imprudent, d'aller de l'avant[8].

---

[6] *R. c. Cannings*, [2004] Cour d'appel Angl. et Galles, Div. crim 1

[7] *Ibid*. par. 148.

[8] *Ibid*. par. 178.

Par la suite, dans l'affaire *R. c. Kai-Whitewind*, la Cour d'appel a réfuté l'argument voulant que sa décision dans l'affaire *Cannings* signifie qu'une poursuite ne doive pas être intentée ou doive être arrêtée dès qu'il y a un véritable conflit d'opinions entre des experts de bonne réputation[9]. Le jugement relatif à l'affaire *Cannings* doit être compris, a souligné la Cour, comme pouvant s'appliquer aux cas pour lesquels la poursuite repose sur des déductions fondées sur la coïncidence de plusieurs morts de nourrissons au sein d'une même famille, sans preuve de meurtre autre que les preuves médicolégales contradictoires. Aucune règle générale ne prévoit qu'un désaccord entre des experts en médecine suffit par lui-même à rendre une condamnation injustifiée. Il revient au jury d'évaluer les témoignages contradictoires d'experts[10].

Néanmoins, le jugement *Cannings* invitait le procureur général à demander au Crown Prosecution Service d'examiner tous les cas en cours impliquant la mort inexpliquée d'un nourrisson. Cet examen a entraîné la décision de ne pas aller de l'avant avec la poursuite dans trois cas. Lord Goldsmith a également mis en place un examen des cas passés pour lesquels une gardienne ou un parent avait été condamné au cours des dix dernières années pour le meurtre d'un nourrisson de moins de deux ans. L'objectif de l'examen des cas actuels et passés était de déterminer si l'un ou l'autre de ces cas « présentait les éléments décrits par la Cour d'appel dans l'affaire *Cannings*, qui rendaient une condamnation potentiellement injustifiée »[11].

L'examen mis en place par Goldsmith a permis de relever un total de 297 cas de condamnations passées pertinentes. Parmi ces cas, 28 soulevaient des inquiétudes quant à la justification des condamnations. Les procureurs de la défense, et, dans certains cas, la CCRC et la Cour d'appel, en ont été avisés. Une autre tranche de 89 cas parmi les 297 avait trait au syndrome du bébé secoué. Ceux-ci n'ont pas été renvoyés à la CCRC, en attente d'une décision de la Cour d'appel relativement à quatre cas similaires entendus simultanément dans l'affaire *R. c. Harris and others*[12]. Le 21 juillet 2005, la Cour d'appel a rendu sa décision.

Lorraine Harris avait été condamnée pour homicide involontaire relativement à la mort de son fils de quatre mois. Raymond Rock avait été condamné pour le meurtre de la fille de 13 mois de son associé. Alan Cherry avait été condamné pour homicide involontaire relativement à la mort de la fille de 21 mois de son associé. Enfin, Michael Faulder avait été condamné pour avoir infligé des lésions corporelles graves à son fils de sept semaines.

---

[9] *R. c. Whitewind* [2005] Cour d'appel Angl. et Galles, Div. crim 1092.

[10] *Ibid.* par. 82-89.

[11] R.-U., Chambre des Lords, *Parliamentary Debates*, vol. 667, col. 1658 (21 décembre 2004) (Lord Goldsmith).

Le deuxième examen supervisé par Goldsmith avait permis d'aviser M^me^ Harris et M. Cherry qu'il pourrait être approprié, afin de s'assurer de la justesse de leurs condamnations, que celles-ci fassent l'objet d'un examen par la Cour d'appel. Ils ont tous deux réussi à obtenir un prolongement du délai accordé pour demander l'autorisation d'interjeter appel, et cette autorisation leur a été accordée. M. Rock avait déjà présenté un avis d'appel et reçu l'autorisation d'interjeter appel. La CCRC a renvoyé le cas de M. Faulder à la Cour.

Dans les quatre cas, les appelants avaient avancé que l'évolution de la recherche médicale relative au SBS depuis leurs condamnations mettait en doute le bien-fondé de ces condamnations. Vingt et un experts ont témoigné devant la Cour d'appel pour diverses parties. De plus, quatre autres experts ont présenté leur témoignage par écrit.

L'élément essentiel de ces cas visait à contester l'hypothèse acceptée concernant le SBS ou le traumatisme crânien non accidentel (TCNA). L'hypothèse acceptée était que la présence d'une triade de traumatismes crâniens consistant en une *encéphalopathie* (maladie du cerveau qui en affecte le fonctionnement et souvent associée à une tuméfaction), des hémorragies sous-durales (saignement dans l'espace situé entre le cerveau et la dure-mère, située au contact de l'enveloppe osseuse) et des hémorragies rétiniennes (hémorragies de la rétine) sur des nourrissons constitue « la marque » du TCNA. La Cour a souligné qu'il n'est pas nécessaire que les trois blessures soient présentes pour diagnostiquer un TCNA, mais les médecins appuyant l'hypothèse de la triade ont déclaré qu'aucun diagnostic de SBS pur (comparativement aux blessures résultant d'un choc ou d'une secousse et d'un choc infligé) ne pouvait être prononcé sans la présence à la fois d'une encéphalopathie et d'hémorragies sous-durales[13].

L'un des témoins experts était la D^re^ Jennian Geddes, neuropathologiste. De 2000 à 2004, une équipe de médecins dirigée par la D^re^ Geddes a publié trois articles présentant ses recherches sur la triade. Le troisième article (Geddes III) avançait une nouvelle hypothèse suggérant qu'il existait une cause unifiée pouvant expliquer la triade, laquelle ne consistait pas nécessairement en un traumatisme. L'« hypothèse de la cause unifiée » était qu'un œdème cérébral combiné avec une montée de la pression intracrânienne pouvait entraîner des hémorragies à la fois sous-durales et rétiniennes. Compte tenu qu'une montée de la pression intracrânienne et qu'un œdème cérébral peuvent être expliqués par un simple arrêt respiratoire (non attribuable à un traumatisme), l'hypothèse, si elle s'avère juste, signifierait que la triade ne pourrait jamais entraîner un diagnostic de

[12] *R. c. Harris and others*, [2005] Cour d'appel Angl. et Galles, Div. crim 1980.
[13] *Ibid.* par. 56.

TCNA. La D^re^ Geddes a fait l'objet d'un contre-interrogatoire relativement à la validité de l'hypothèse de la cause unifiée. Elle a admis que l'hypothèse avait été avancée afin de stimuler le débat et non pour être utilisée comme preuve dans un procès ou comme fait (bien qu'elle ait été utilisée comme tel dans bon nombre de procès). La Cour a conclu que l'hypothèse de la cause unifiée ne pouvait être considérée comme crédible ou comme autre cause de la triade. Toutefois, cette conclusion n'a pas permis de statuer sur les appels étant donné qu'un ensemble d'opinions mettait toujours en garde contre le recours à la triade en tant que diagnostic sûr en l'absence d'autres preuves[14].

La Cour s'est déclarée en accord avec cet ensemble d'opinions. Bien qu'elle ait été d'avis que la triade constitue comme tel un « indice solide » de TCNA, la Cour soutient que cette triade ne devrait pas automatiquement ni nécessairement entraîner un diagnostic de TCNA. Il faut tenir compte de toutes les circonstances, y compris du portrait clinique[15]. En bout de ligne, la décision de la Cour signifie que les juges des faits doivent établir la valeur du diagnostic de la triade au cas par cas, en tenant compte de tous les éléments de preuve disponibles.

La Cour a également tenu compte des deux premiers articles rédigés par la D^re^ Geddes et son équipe (Geddes I et II). Cette recherche était pertinente en ce qui a trait à la force requise pour entraîner la mort. Elle soutient fortement qu'un TCNA causé à un nourrisson présente rarement un traumatisme axonal grave (dommage au tissu nerveux), à moins que le choc n'ait été très violent. Elle soutient également que les dommages diffus au cerveau, généralement responsables de la perte de conscience, sont attribuables à un manque d'oxygène plutôt qu'à un traumatisme direct au cerveau. (Comme l'a expliqué devant cette Commission d'enquête la D^re^ Whitwell, membre de l'équipe de Geddes, cette étude signifiait entre autres que la mort pouvait être causée par une force de beaucoup inférieure à ce qui était cru auparavant.)

La Cour a souligné que les connaissances en biomécanique, science en pleine évolution, (et dans une certaine mesure Geddes I et II) ont permis de relativiser l'opinion traditionnelle voulant qu'une force considérable soit requise pour entraîner la triade de blessures[16]. Sur la question concernant la force nécessaire pour entraîner des blessures comme celles de la triade, la Cour a indiqué qu'il est généralement reconnu qu'il n'existe aucune méthode scientifique permettant d'établir une corrélation entre la force utilisée et la gravité des dommages causés. Il existe un fossé entre les parties qui maintiennent que des blessures graves peuvent être attribuées avec assurance à un traumatisme et celles qui prétendent

[14] *Ibid.* par. 69.
[15] *Ibid.* par. 70.
[16] *Ibid.* par. 148.

qu'une force minime peut entraîner des blessures graves. La Cour a refusé de statuer sur la question, formulant plutôt quelques propositions générales :

- le bon sens veut que plus la blessure est grave, plus il est probable qu'elle ait été causée par une force plus grande qu'une simple « manipulation brusque »;
- si le jeu rude pouvait entraîner des blessures graves, les hôpitaux devraient traiter bon nombre de ces blessures, ce qui n'est pas le cas;
- les cas où des blessures graves ont été causées par une force mineure seraient très rares;
- l'âge de la victime ne constitue pas nécessairement un facteur permettant de déterminer la force du choc. Toutefois, la vulnérabilité d'un nourrisson découle du fait que sa tête est proportionnellement plus grosse que son corps et que les muscles de son cou sont plus faibles que ceux d'enfants plus âgés. Par conséquent, les blessures au niveau de la jonction craniocervicale sont importantes[17].

La Cour a donc évalué le bien-fondé de chaque appel. En bout de ligne, la Cour a annulé les condamnations dans deux cas, les ayant jugées injustifiées. Dans le troisième cas, l'homicide involontaire a remplacé le meurtre. Dans le quatrième cas, l'appel a été rejeté. Il convient de noter qu'en ce qui a trait à l'appel de Lorraine Harris, la Cour a conclu que la preuve et les arguments présentés par la Couronne étaient convaincants. Aucun témoin de la défense n'a pu convaincre la Cour de l'existence d'une autre cause spécifique concernant les blessures infligées à l'enfant. Il ne restait que la triade, et la preuve clinique ne menait pas à un diagnostic de TCNA. En fait, la seule preuve de la triade peut être incertaine (compte tenu des témoignages d'experts contradictoires sur ce point). Quoi qu'il en soit, la Cour a souligné que la simple présence de cette triade ne devait pas automatiquement ni nécessairement entraîner un diagnostic de TCNA. La Cour a conclu que la nouvelle preuve concernant l'importance réduite de la triade et la quantité moindre de force qui pourrait être requise pour entraîner une triade pouvait raisonnablement avoir une incidence sur le verdict. Par conséquent, la condamnation était injustifiée[18]. La nouvelle preuve était complète. Elle comprenait des éléments de biomécanique, science en pleine évolution, ainsi que les conclusions formulées dans Geddes I et II qui auraient pu faire en sorte qu'un médecin rejette avec moins d'assurance l'explication voulant que les blessures aient été causées par une secousse visant à ressusciter l'enfant mort.

[17] *Ibid.* par. 76-80.
[18] *Ibid.* par. 152-153.

À la suite de la publication de la décision relative à l'affaire *Harris*, Lord Goldsmith a annoncé qu'il y aurait un examen des cas de syndrome du bébé secoué mentionnés précédemment. Étant donné qu'un de ces 89 cas avait déjà fait l'objet d'un renvoi à la Cour d'appel, le nombre de cas touchés par l'examen de Lord Goldsmith a été réduit à 88. Le 14 février 2006, Lord Goldsmith a indiqué à la Chambre des Lords qu'il avait terminé son examen. Il a relevé seulement trois condamnations présentant des problèmes et a informé les avocats des personnes concernées qu'il pouvait être approprié d'interjeter appel des condamnations de leurs clients devant la Cour d'appel ou la CCRC. Neuf cas de syndrome du bébé secoué avaient précédemment fait l'objet d'un renvoi[19].

Je n'ai pas examiné le fonctionnement interne de l'examen de Goldsmith. Je ne suis pas bien placé pour exprimer une opinion à savoir si l'étude était complète ou non, ou si ses auteurs se sont fiés aux bonnes personnes pour déterminer quels cas étaient préoccupants. Les docteurs Milroy et Whitwell ne savaient pas si on avait consulté des médecins légistes au cours du processus d'examen et, si tel était le cas, dans quelle mesure. Mais les examens de Goldsmith et les cas anglais qui les ont engendrés demeurent néanmoins instructifs. Ils illustrent la façon dont un processus peut être conçu en vue d'examiner des condamnations au criminel auxquelles a pris part un médecin légiste discrédité (le D^r^ Williams) ou qui sont touchées par l'évolution de la médecine pédiatrique légale et de sciences connexes (SBS). Il convient que le gouvernement dirige ces examens, s'ils sont nécessaires, étant donné la participation de ses ressources, la nécessité d'avoir accès à des documents détenus par les autorités et les conséquences en ce qui a trait à l'administration de la justice. Il convient également de partager les résultats de ces examens avec les parties touchées, dans un esprit de collaboration. Les examens de Goldsmith ont été engendrés par des problèmes relevés dans des cas particuliers. Par conséquent, la preuve commandait un examen des autres cas présentant les mêmes problèmes.

Les examens de Goldsmith et les cas qui les ont engendrés – plus particulièrement l'affaire *Harris* – mettent en évidence à la fois les limites de la médecine pédiatrique légale et les controverses qui entourent celle-ci. Ces limites et ces controverses ont fait l'objet d'une analyse au chapitre 6 du présent rapport, intitulé La science et la culture de la médecine légale. Il est toutefois important de réitérer que ces limites et ces controverses font surface dans les cas de blessures à la tête sur lesquels a travaillé le D^r^ Smith et qui étaient visés par la vérification du coroner en chef. En ce qui concerne l'affaire Amber, les controverses entourant le SBS et la possibilité que de petites chutes à la maison aient entraîné sa mort

[19] R.-U., Chambre des Lords, *Parliamentary Debates*, vol. 678, col. 1079 (14 février 2006) (Lord Goldsmith).

occupent une place importante. Dans l'affaire Tyrell, la possibilité qu'une chute puisse expliquer les blessures à la tête de l'enfant constitue encore une fois un élément central. Dans l'affaire Dustin, on se demande quelles déductions peuvent être tirées avec certitude quant à la présence de la triade. Dans l'affaire Gaurov, le saignement ultérieur soulève la controverse[20]. Dans plusieurs de ces cas, la D^re^ Whitwell a déclaré que les opinions du D^r^ Smith reflétaient la pensée dominante ou traditionnelle à l'époque, et qu'elles continuent en fait de refléter les opinions de certains médecins légistes. Dans tous les cas, cependant, les vérificateurs experts ont convenu que les opinions exprimées par le D^r^ Smith, en se fondant sur une bonne compréhension de la médecine pédiatrique légale et de ses limites, sont déraisonnables.

Envisager un processus d'examen

Avant de formuler mes recommandations précises, il convient de présenter certaines observations d'ordre général. Premièrement, tout examen que je recommande doit être fondé sur la preuve qu'on m'a présentée au cours de cette enquête. Cette preuve met en évidence la nécessité de regarder non seulement vers le passé, mais aussi vers l'avenir. Je ne peux nier que des erreurs judiciaires soient attribuables à une pathologie fautive, que ce soit en Ontario, ailleurs au Canada ou dans le monde. Dans le futur, le travail de médecins légistes autres que le D^r^ Smith pourrait soulever des inquiétudes quant à de possibles erreurs judiciaires. Il est tout aussi évident qu'au fur et à mesure qu'évolue la médecine légale et que des controverses sont résolues ou remplacées par d'autres, des doutes seront inévitablement soulevés concernant la preuve présentée dans le cadre d'instances passées. Par conséquent, outre l'examen des cas passés, il faut s'assurer que des processus ou des mécanismes continus sont en place afin de permettre l'évaluation des nouveaux cas lorsqu'ils surgissent, que ce soit en raison d'erreurs de pathologie ou de l'évolution de la science.

Deuxièmement, tout examen que je recommande doit découler du mandat de cette Commission d'enquête. Par exemple, le groupe Mullins-Johnson et l'AIDWYC m'ont demandé de recommander un examen de tous les cas de médecine légale dans l'Est de l'Ontario ayant entraîné des condamnations au criminel, en se fondant sur des preuves présentées à la Commission d'enquête concernant la qualité du travail d'un pathologiste à Ottawa. Ces preuves ont été entendues

[20] Le saignement ultérieur fait référence à la controverse qui existe en médecine pédiatrique légale concernant la possibilité qu'une hémorragie sous-durale ancienne ou en voie de guérison et relativement peu importante puisse devenir une hémorragie aiguë potentiellement mortelle à la suite d'une manipulation normale ou d'un traumatisme mineur.

parce qu'elles étaient liées à l'existence ou à l'absence d'un contrôle adéquat de la médecine légale par le BCCO. La preuve n'a toutefois pas permis de démontrer que le pathologiste pratiquait des autopsies pour les cas de morts d'enfants. La Commission d'enquête n'a pas tenu compte – ni ne pourrait le faire – de la qualité de son travail relativement aux cas ne relevant pas de la pédiatrie. Par conséquent, je n'émets aucune recommandation à cet égard.

Troisièmement, tout examen devrait, selon moi, chercher à relever les cas ayant fait l'objet de condamnations et pour lesquels les opinions médicolégales formulées soulèvent des doutes quant à la possibilité que ces condamnations soient injustifiées. Un tel examen a donc une portée qui diffère de celle de la vérification du coroner en chef, qui a permis d'examiner 45 des cas pour lesquels le D^r^ Smith a émis une opinion – qu'ils aient ou non donné lieu à une condamnation au criminel. Cette vérification a été mise en place afin de regagner la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale. Par conséquent, elle ne pourrait pas se limiter aux cas ayant fait l'objet de condamnations au criminel, particulièrement en raison du fait que les inquiétudes concernant le travail du D^r^ Smith découlaient en partie de cas complexes n'ayant pas donné lieu à des condamnations. Aujourd'hui, nous espérons qu'il ne soit pas nécessaire d'examiner les cas passés non reliés à de possibles condamnations injustifiées afin de regagner et d'accroître la confiance du public, étant donné les autres mesures désormais en place et recommandées dans le présent rapport.

Quatrièmement, les examens demandent beaucoup de temps et engagent des sommes considérables. Ils grèvent des ressources humaines et financières déjà limitées. Le nombre de médecins légistes étant limité, je propose qu'on leur délègue des responsabilités supplémentaires en vue de répondre aux besoins continus en médecine légale. Bien sûr, les considérations à l'égard des ressources ne devraient pas déterminer à elles seules si un examen doit avoir lieu ou non. En fait, on peut soutenir que ces considérations ne peuvent prédominer dans des circonstances où un examen révélera au moins une possible condamnation injustifiée. Tout examen recommandé devrait plutôt être conçu en vue de tenir compte des ressources limitées disponibles et de choisir les mécanismes favorisant la meilleure utilisation possible de ces ressources.

C'est dans ce contexte que j'ai évalué le besoin de réviser des cas passés en vue de déterminer ceux pour lesquels des opinions médicolégales déraisonnables ont soulevé d'importants doutes quant au caractère possiblement injustifié des condamnations. J'ai examiné attentivement les trois options mentionnées précédemment. Mis à part ces trois options, les preuves que j'ai entendues ne constituent pas, selon moi, un fondement raisonnable pour recommander un examen d'autres cas en raison d'un doute concernant une possible condamnation injustifiée

attribuable à un processus vicié de médecine pédiatrique légale. Je me tourne donc vers les trois options proposées.

Examen des cas sur lesquels a travaillé le Dr Smith de 1981 à 1991

La vérification du coroner en chef a permis d'examiner les cas « suspects à caractère criminel » sur lesquels le Dr Smith a travaillé au cours de la période allant de 1991 à 2001. Un examen des cas sur lesquels il a travaillé au cours de la période allant de 1981 à 1991 est en cours. Le 26 juin 2008, le Dr Andrew McCallum, coroner en chef, a mandaté le Dr Pollanen pour compléter l'examen. J'approuve l'examen en cours et ne vois aucune nécessité de recommander des modifications à un processus qui, à mes yeux, semble bien fonctionner. Ce processus permettra de terminer l'examen des cas sur lesquels a travaillé le Dr Smith et qui pourraient avoir donné lieu à des condamnations injustifiées.

Recommandation 142

L'examen en cours des cas d'homicide sur lesquels a travaillé le Dr Smith au cours de la période allant de 1981 à 1991 devrait être complété. Les résultats devraient être rendus publics d'une manière tenant compte du respect de la vie privée des personnes touchées et qui n'entravera aucune instance judiciaire future.

Examen complet des cas de médecine pédiatrique légale en Ontario

Comme il a été mentionné précédemment, le groupe Mullins-Johnson et l'AIDWYC ont déclaré que le rôle symbolique du Dr Smith dans la province, l'orientation qu'il a donnée à d'autres pathologistes et le fait qu'on l'ait probablement consulté de façon informelle relativement à des cas non répertoriés invitent à un examen de tous les cas de morts d'enfants ayant donné lieu à des condamnations de 1981 à 2001.

À mon avis, aucune preuve fournie dans le cadre de cette Commission d'enquête ne me permet de conclure que l'influence du Dr Smith sur d'autres médecins légistes a été suffisante pour forcer un examen de tous les cas de morts d'enfants dans cette province. En fait, selon les éléments de preuve présentés, l'influence du Dr Smith sur d'autres médecins légistes n'était pas aussi importante qu'on aurait pu le croire. Il avait tendance à travailler seul. On m'a fait part de nombreuses opinions exprimées par d'autres médecins légistes avec beaucoup

plus de précautions que ce que démontrait souvent le Dr Smith. Je ne peux pas recommander un examen d'une telle ampleur injustifiée.

Examen des cas de syndrome du bébé secoué et de traumatismes crâniens chez les enfants

Comme il a déjà été souligné dans le présent rapport, l'une des plus grandes controverses entourant la médecine pédiatrique légale touche le syndrome du bébé secoué et, de façon plus générale, la cause des traumatismes crâniens et le mécanisme qui leur est relié. Au fur et à mesure qu'évoluait la médecine légale, les controverses sont demeurées et ont même pris de l'ampleur. Les médecins légistes présentent une grande diversité de points de vue à l'égard des éléments qui peuvent ou ne peuvent pas être divulgués avec assurance sur ces questions. Ce qui suit illustre à la fois les controverses et les défis reliés à un examen de ces cas.

Le Dr Pollanen a déclaré à la Commission d'enquête qu'étant donné l'opinion de bon nombre de professionnels ayant pratiqué la médecine légale à la même période que le Dr Smith, il existe sans aucun doute des cas de pure « triade » ne présentant aucune autre pathologie où l'expert, dans son témoignage, a attribué la mort au fait d'avoir secoué l'enfant. Un tel témoignage peut aussi bien avoir entraîné un rejet ferme de l'explication d'une gardienne concernant une chute mineure à la maison. L'opinion habituellement émise voulait que les chutes mineures à la maison ne pouvaient pas causer de blessures graves ou entraîner la mort.

À cette époque, les avis contradictoires (à la fois ceux concernant la triade et ceux concernant les chutes à la maison) étaient moins courants et, de ce fait, pouvaient être perçus comme marginaux. Aujourd'hui, bon nombre de médecins légistes mettent en doute le fait que le syndrome du bébé secoué puisse être diagnostiqué en se fondant uniquement sur la triade. D'autres continuent de s'en tenir à l'opinion contraire, bien qu'ils soient moins nombreux qu'auparavant. Dans l'affaire *Harris,* la Cour d'appel d'Angleterre a décrit la triade comme un « indice solide » de TCNA mais a émis une mise en garde contre son utilisation en tant qu'élément « menant automatiquement et nécessairement à un diagnostic de TCNA »[21]. La décision de la Cour a soulevé une question à savoir si la triade suffisait, à elle seule, à établir la preuve hors de tout doute raisonnable. Pour ce qui est des chutes à la maison, on semble reconnaître davantage aujourd'hui qu'elles peuvent entraîner la mort ou une blessure grave, bien

[21] *R. c. Harris and others*, [2005] Cour d'appel Angl. et Galles, Div. crim 1980 par. 70.

que de nombreuses personnes considèrent de tels événements comme extrêmement inhabituels.

L'évolution de la médecine légale dans ce domaine présente trois caractéristiques. Premièrement, l'opinion dominante n'est plus que la triade constitue comme tel un diagnostic de SBS. La question est plutôt controversée. Certains affirment que cela est possible, alors que d'autres prétendent que c'est impossible. L'opinion conservatrice consiste à dire qu'il ne faut pas seulement tenir compte de la triade, mais aussi de toutes les circonstances, reconnaissant le fait qu'un diagnostic sur la cause d'une mort peut souvent être difficile à poser et mener à déclarer cette cause « non déterminée ».

Deuxièmement, l'opinion qui prédomine actuellement est que les chutes mineures peuvent entraîner une blessure mortelle, bien que ce soit rarement le cas. Il y a quinze ans, l'opinion qui prédominait était qu'une telle chose est impossible.

Troisièmement, la majorité des pathologistes conviennent que ce domaine de leur spécialité est devenu beaucoup plus explicitement controversé qu'il l'était au début ou au milieu des années 1990.

Par conséquent, la question est soulevée d'une façon valable en ce qui a trait aux cas ayant donné lieu à des condamnations uniquement en raison de la présence de la « triade » et où aucune autre pathologie n'a été relevée, et possiblement dans d'autres cas de SBS : peut-on conclure, dans de tels cas, qu'une erreur judiciaire a été commise, compte tenu de l'état du débat actuel entre les pathologistes? En d'autres termes, l'évolution de la médecine légale nous force-t-elle à réexaminer ces cas en raison des changements d'opinions et de la controverse croissante parmi les médecins légistes?

À mon avis, la réponse peut être liée à d'autres facteurs qu'à la seule médecine légale. Par exemple, si les juges des faits ont été informés que la présence de la triade constituait un diagnostic complet d'une secousse et qu'ils n'ont pas été mis au courant de la controverse, on peut certainement soutenir qu'ils ont été privés d'un élément de preuve important pour déterminer si la preuve avait été établie hors de tout doute raisonnable. On peut affirmer la même chose si les juges des faits ont été informés sans équivoque, pour un cas particulier, que des chutes mineures à la maison ne peuvent entraîner la mort. Toutefois, si les juges des faits étaient au courant des controverses et qu'ils ont néanmoins rendu un verdict de culpabilité, les motifs appelant une intervention après condamnation peuvent être moins convaincants.

Une décision récente de la Cour d'appel du Wisconsin dans la cause *State c. Edmunds* – qui a été rendue à la suite d'une motion pour un nouveau procès en raison de la découverte d'un nouvel élément de preuve – indique que cette question

est plus nuancée que le simple fait de se demander si la Cour connaissait déjà l'existence d'une controverse[22]. La Cour d'appel du Wisconsin a reconnu qu'un changement s'était opéré au sein de la communauté médicale en ce qui a trait au SBS au cours des 10 années passées depuis le premier procès et la motion pour un nouveau procès après condamnation. Par conséquent, les opinions qui étaient perçues comme marginales en 1997 (lorsque l'appelante a présenté sa première motion ultérieure à sa condamnation) sont devenues l'objet d'un débat important et légitime. Au moment de son procès et du dépôt de sa première motion, le débat au sein de la communauté médicale concernant le SBS n'avait pas encore atteint son niveau actuel. Par conséquent, l'État a pu facilement défaire l'argument de l'appelante en indiquant que le jury aurait dû ne pas croire la preuve médicale pour avoir des doutes raisonnables quant à la culpabilité de l'appelante. Au moment de la seconde motion après condamnation (déposée en 2006), cependant, l'état de la preuve médicale était tel qu'un juge des faits aurait eu à analyser deux opinions médicales crédibles contradictoires pour déterminer s'il subsistait un doute raisonnable quant à la culpabilité[23]. Cette situation a incité la Cour d'appel à ordonner la tenue d'un nouveau procès.

Le renvoi de l'affaire *Truscott* à la Cour d'appel de l'Ontario en 2007 est également instructif[24]. Bien que la décision ait été rendue dans le contexte d'un renvoi à la Cour d'appel par le ministre par suite d'une demande de révision auprès du ministre présentée en vertu de l'article 696.1 – qui soulève ses propres questions particulières –, ce renvoi illustre comment une connaissance rapide de la controverse scientifique, même si elle constitue un facteur important, n'est pas toujours déterminante. Au procès de 1959, l'expert de la poursuite avait témoigné sur les déductions qui pouvaient être tirées relativement à l'heure de la mort en se fondant sur le contenu de l'estomac de la personne décédée, l'étendue de la rigidité cadavérique et l'état de décomposition. Il a déclaré qu'il existait une fenêtre définissable de 45 minutes relativement au moment où étaient infligées les blessures mortelles et à l'heure de la mort. Ce témoignage, s'il était accepté, signifiait que Steven Truscott était le seul à avoir eu la possibilité de commettre le meurtre.

Dans le cadre d'un renvoi à la Cour suprême du Canada en 1966, une nouvelle preuve d'expert portant sur la même question médicolégale a été entendue par la Cour[25]. Cette preuve comprenait le témoignage de deux médecins légistes anglais chevronnés ayant exprimé des opinions contradictoires. Huit membres de la

[22] 746 NW 2d 590 (C.A. du Wis. 2008)
[23] *Ibid.* par. 23.
[24] Renvoi relatif à *Truscott* (2007), 225 CCC (3d) 321 (C.A. de l'Ont.)
[25] Renvoi relatif à *R. c. Truscott*, [1967] R.C.S. 309.

Cour suprême ont conclu que la nouvelle preuve appuyait la position de l'expert de la Couronne durant le procès, mais que l'argument décisif demeurait celui présenté au jury par le juge du procès. Ils ont donc rendu une décision défavorable à M. Truscott[26].

Plus récemment, le ministre de la Justice a renvoyé l'affaire *Truscott* à la Cour d'appel de l'Ontario. Dans le cadre du renvoi de 2007, la Cour d'appel a reçu une autre preuve d'expert concernant le contenu de l'estomac, la rigidité cadavérique et la décomposition, ainsi que la signification de cette preuve en ce qui a trait à l'heure de la mort. La Cour d'appel a déterminé que bien que la nouvelle preuve touchait les mêmes questions qui avaient été abordées au procès et dans le cadre du renvoi à la Cour suprême (ce qui est normalement défavorable à l'admission de la nouvelle preuve), les experts avaient présenté d'autres éléments importants à prendre en compte relativement à ces questions[27]. La Cour était convaincue que l'état de la preuve d'expert concernant l'heure de la mort dans cette cause différait sensiblement de ce qu'il était au procès et au moment du premier renvoi. La nouvelle preuve établissait que la preuve présentée au procès par la Couronne concernant l'heure de la mort devait être rejetée parce qu'elle était « non fondée d'un point de vue scientifique »[28]. Par conséquent, même si la Cour est déjà au fait de l'existence d'une controverse scientifique, cela ne permet pas toujours de statuer sur la question si la controverse a évolué considérablement. La fonction de recherche de la vérité du système de justice pénale peut parfois exiger une plus grande réceptivité face à l'évolution des connaissances et des opinions scientifiques.

Un élément de preuve autre que la preuve médicolégale constitue un autre facteur qui pourrait bien être pertinent dans le cadre d'un examen. Par exemple, des éléments de preuve corroborants importants, indépendants de la preuve médicolégale, pourraient avoir justifié le verdict.

Compte tenu de ce qui a été mentionné précédemment et de l'évolution de ce domaine de la médecine légale, les cas de morts d'enfants catégorisés comme SBS ou TCNA exigent un examen rigoureux. Il peut ou non y avoir des motifs valables pour effectuer une intervention après condamnation dans des cas particuliers; cela dépend de toutes les circonstances, y compris une prise en compte de l'opinion médicolégale relativement à chaque cas à la lumière d'opinions actuelles, la mesure dans laquelle les juges des faits connaissaient l'existence de controverses aujourd'hui bien connues, le fait que le cas reposait ou non sur un

[26] *Ibid.* par. 342-343.
[27] Renvoi relatif à *Truscott* (2007), 225 CCC (3d) 321 (C.A. de l'Ont.), par. 201.
[28] *Ibid.* par. 211.

témoignage catégorique jugeant comme impossibles les explications telles que les chutes mineures à la maison, ainsi que la nature et la portée des éléments de preuve corroborants.

De plus, le Dr Pollanen a évoqué la possibilité que certains cas parmi ceux catégorisés comme SBS ou TCNA avaient simplement fait l'objet d'un mauvais diagnostic et avaient été confondus avec une triade et, à l'exception de cette mauvaise interprétation, présentaient d'autres éléments de preuve médicolégale appuyant l'explication donnée visant à prouver l'innocence. Cette possibilité d'erreur relative au diagnostic de la triade ne constitue pas un fondement suffisant pour procéder à un examen de tous les cas de SBS ou de traumatismes crâniens chez les enfants, mais serait néanmoins documentée par un tel examen en raison de l'évolution de la science et de la controverse croissante qui en a résulté.

En termes simples, l'évolution des connaissances en pathologie concernant le SBS et les traumatismes crâniens chez les enfants offre des motifs convaincants pour procéder à un examen soigneusement structuré de ces cas. Tous ces cas n'entraîneront pas un examen externe complet des pratiques médicolégales dont ils ont fait l'objet. Il est donc très important de les trier afin d'assurer un examen ciblé et réalisable. Je reconnais également qu'il est très difficile, en se fondant sur les éléments de preuve disponibles, de prédire la portée finale d'un tel examen et plus particulièrement le nombre de cas qui feront l'objet du même type d'examen externe détaillé de la pratique médicolégale qui a été effectué relativement à 45 cas sur lesquels a travaillé le Dr Smith.

Néanmoins, notre examen systémique a permis de définir cette sphère particulière de la médecine légale comme une sphère où l'évolution de la connaissance permet d'évoquer la possibilité que des erreurs aient réellement été commises dans le passé. En d'autres termes, certaines condamnations attribuables à la médecine pédiatrique légale pourraient aujourd'hui être jugées déraisonnables, tant en ce qui concerne le fond (par exemple, en rejetant de façon catégorique les chutes mineures comme des causes possibles d'une blessure mortelle) que la procédure (en n'expliquant pas la controverse au juge des faits). Un examen découlant de motifs semblables a été mené en Angleterre. De plus, des leaders responsables dans ce domaine m'ont affirmé qu'il faudrait, selon eux, procéder à un tel examen.

Je suis tout à fait d'accord. À mon avis, un tel examen s'impose afin de regagner la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale. Son objectif consisterait à identifier les cas où la preuve de nature pathologique peut être décrite comme déraisonnable à la lumière des connaissances actuelles et dans les cas où les opinions des pathologistes ont joué un rôle suffisamment important pour soulever des doutes concernant le caractère potentiellement injustifié des condamnations.

Les 142 cas répertoriés par le D^r^ Pollanen devraient constituer le point de départ de l'examen. Il est probable que le sous-ensemble composé des cas ayant fait l'objet de condamnations soit considérablement plus restreint. De même, il existe probablement parmi les 142 cas répertoriés certains cas où la preuve de nature pathologique présente des indices évidents de violence qui mettent le résultat final à l'abri de toute controverse raisonnable. Par exemple, la preuve de nature pathologique pourrait avoir révélé un large éventail de blessures graves retirant toute pertinence aux controverses médicales existantes.

Il est tout aussi probable que cette preuve permette par la suite de réduire le nombre de cas soulevant des questions relatives aux erreurs judiciaires. Par exemple, si la personne qui prodiguait des soins a incontestablement causé la mort de l'enfant en raison d'une maladie mentale, l'opinion de nature pathologique aurait pu présenter des failles, mais pas le verdict.

De plus, le consentement de la personne condamnée devrait être une condition préalable pour que son cas fasse l'objet d'un examen externe. Il est possible, dans certains cas, que des personnes souhaitent uniquement mettre de tels incidents tragiques derrière elles.

Cela dit, l'avocat du groupe Mullins-Johnson et de l'AIDWYC a déclaré avec raison que certaines parties condamnées peuvent ne pas donner leur consentement, étant convaincues qu'un examen ne présenterait que peu ou pas de chance de succès. À mon avis, la meilleure façon de tenir compte de cet élément est de mettre l'accent sur le *moment* où l'on communique avec les personnes (c'est-à-dire après que leur cas a fait l'objet d'un triage), plutôt que de déterminer *si* l'on communiquera ou non avec elles. Au moment de communiquer avec elles, on les informera des motifs ayant mené à la sélection de leur cas pour faire l'objet d'un examen externe.

Une partie du triage qui devrait être effectué (comme l'examen préliminaire de la preuve médicolégale visant à déterminer si les conclusions de TCNA vont de soi et sont à l'abri de toute controverse raisonnable) peut s'appuyer sur les dossiers disponibles au BCCO. Le reste du triage (qui vise à relever les cas ayant fait l'objet de condamnations au criminel, les cas où la preuve de nature non pathologique exclut un examen supplémentaire et les cas où les parties condamnées n'ont pas intérêt à donner suite à l'affaire) peut généralement se faire seulement après la collecte de renseignements auprès d'autres sources, telles que les services de police, les dossiers de poursuites judiciaires ou les dossiers de la défense. Je dis « généralement », car les dossiers du BCCO, dans certains cas, peuvent également contenir des renseignements de même nature que ceux décrits précédemment et qui ne sont pas d'ordre pathologique.

Bien qu'il puisse être tentant de commencer avec les cas ayant entraîné des

condamnations au criminel, aucun système au BCCO ne permettait de retracer les verdicts relatifs à ces cas de morts d'enfants. Par conséquent, il semble plus raisonnable de commencer par déterminer les cas où la preuve médicolégale appelle à un examen plus approfondi.

Parmi les cas examinés dans le cadre de la présente Commission d'enquête, un certain nombre a fait l'objet de plaidoyers de culpabilité. La majorité des parties condamnées contestent aujourd'hui leur condamnation, alléguant que leurs plaidoyers de culpabilité ont été provoqués par divers facteurs, notamment les conséquences importantes découlant d'une possible condamnation pour meurtre et la difficulté reconnue de contester les opinions du D^r^ Smith. Sans commenter le bien-fondé de chaque demande, je suis convaincu, en me fondant sur la preuve entendue dans le cadre de la présente Commission d'enquête, qu'on ne doit pas exclure de cas de l'examen simplement parce qu'un accusé a plaidé coupable. L'examen ne doit pas non plus être limité aux cas où la personne condamnée est toujours en détention. Bien que l'examen des cas où les personnes condamnées sont toujours en détention doive être prioritaire, le fait que d'autres personnes condamnées puissent ne pas être en détention n'atténue pas l'importance de tenir compte de leurs cas si leurs condamnations étaient injustifiées.

Le résultat final de l'examen que je propose permettra de relever les cas où la preuve médicolégale présentée au procès est aujourd'hui jugée comme déraisonnable, mais a suffi à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée. La personne condamnée peut alors choisir de participer aux processus offerts visant à régler les cas individuels ayant fait l'objet d'une condamnation injustifiée.

Un tel examen, s'il n'est pas bien géré, pourrait évidemment constituer un fardeau pour le Service ontarien de médecine légale (SOML) et avoir une incidence sur sa capacité à accomplir ses tâches actuelles dans le respect des normes futures. On ne peut permettre une telle concentration des ressources. L'examen étant directement relié à l'administration de la justice, le ministère du Procureur général devrait en être responsable. Ce ministère devrait s'assurer que les ressources médicolégales nécessaires à cet examen peuvent, le cas échéant, être obtenues auprès d'une entité autre que le SOML, dont les ressources, du moins pour le moment, devront être entièrement destinées à la prestation d'un service continu de haute qualité.

En résumé, je crois que l'examen que j'ai recommandé s'avère nécessaire dans l'intérêt de la justice. J'ai également confiance qu'un examen comme celui que j'ai recommandé contribuera de façon importante à regagner la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale et de son rôle essentiel au sein du système de justice pénale.

Recommandation 143

L'évolution importante des connaissances en médecine pédiatrique légale concernant le syndrome du bébé secoué et les traumatismes crâniens chez les enfants invite à un examen de certains cas passés en raison du doute à l'effet que certaines condamnations devraient aujourd'hui être considérées comme des erreurs judiciaires.

a) **L'objectif de cet examen devrait consister à relever les cas ayant donné lieu à une condamnation et où l'opinion du médecin légiste, si elle est maintenant jugée déraisonnable, a suffi à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée.**

b) **Guidé par l'exemple lié à la vérification du coroner en chef, l'examen devrait recourir à un petit sous-comité de volontaires du Comité consultatif des services judiciaires représentant la Couronne, la défense, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Bureau du médecin légiste en chef.**

c) **Le ministère du Procureur général devrait fournir les ressources humaines et financières nécessaires pour soutenir les travaux du sous-comité, et non le BCCO, étant donné que l'objectif de l'examen est lié à l'administration de la justice. En outre, le ministère devrait être responsable de rémunérer tout examinateur externe engagé relativement à cet examen.**

d) **L'examen devrait tenir compte des condamnations découlant d'un plaidoyer de culpabilité et d'un procès.**

e) **L'examen ne devrait pas se limiter aux cas où la personne condamnée est toujours en détention.**

f) **L'examen devrait être effectué seulement dans les cas où la personne condamnée y consent.**

g) **Bien qu'il devrait revenir au sous-comité de choisir la procédure à suivre, je lui recommande de prendre en considération la démarche suivante :**

   i) **le sous-comité devrait commencer par les 142 cas identifiés par le D^r^ Pollanen;**

   ii) **le sous-comité devrait examiner les cas avec l'aide des dossiers du BCCO afin d'éliminer ceux où les renseignements, qu'ils soient de nature pathologique ou non, rendent évident qu'il n'y a aucun doute important quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée;**

iii) **le sous-comité devrait donc recueillir les renseignements nécessaires afin de relever les cas ayant donné lieu à une condamnation et éliminer les cas restants;**

iv) **le sous-comité devrait donc obtenir les dossiers requis (comme les dossiers de la police) concernant les cas relevés et utiliser ces renseignements supplémentaires afin d'éliminer d'autres cas en se fondant sur le critère décrit au paragraphe (ii) ci-dessus;**

v) **le sous-comité devrait aller de l'avant avec les cas restants seulement s'il obtient le consentement de la personne condamnée;**

vi) **le sous-comité devrait obtenir les transcriptions d'instances judiciaires précédentes pertinentes, dans la mesure du possible, si la personne condamnée consent à l'examen;**

vii) **le sous-comité devrait renvoyer les cas restants aux fins d'examen externe par des médecins légistes s'il est d'avis que la preuve médicolégale a suffi, si elle est déraisonnable tant sur le plan du fond que de la procédure compte tenu de l'état actuel des connaissances, à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée. L'examen externe ne peut avoir une incidence négative sur la capacité du Service ontarien de médecine légale à accomplir ses tâches régulières;**

viii) **les examinateurs externes devraient présenter un rapport sur le caractère raisonnable des opinions fondées sur la preuve médicolégale exprimées relativement à ces cas, compte tenu de l'état actuel des connaissances. Ils devraient notamment déterminer si la cour était au courant de l'importance de la controverse liée au syndrome du bébé secoué ou aux traumatismes crâniens chez les enfants, comme on la comprend aujourd'hui;**

ix) **les personnes condamnées devraient être informées des résultats de l'examen externe afin de pouvoir choisir de participer ou non aux processus offerts visant à régler les cas individuels pouvant avoir fait l'objet d'une condamnation injustifiée.**

h) **Le public devrait être informé des résultats de l'examen d'une manière tenant compte du respect de la vie privée des personnes touchées et qui n'entravera aucune instance judiciaire future.**

Rôle futur du Comité consultatif des services judiciaires

Le recours à un sous-comité du Comité consultatif des services judiciaires (CCSJ) a eu une valeur inestimable en ce qui a trait à l'accélération de la vérification du coroner en chef. Je recommande également qu'un sous-comité du CCSJ occupe un rôle central dans l'examen que j'ai proposé. À mon avis, un tel sous-comité pourrait également examiner les cas faisant l'objet d'un appel interjeté dans le futur par une personne condamnée soutenant qu'une preuve médicolégale présentant des failles a entraîné une condamnation injustifiée. Il pourrait se pencher sur des préoccupations plus importantes attribuables au travail d'un médecin légiste en particulier au sein du système de justice pénale. Il pourrait répondre aux préoccupations concernant des affaires criminelles passées, découlant d'une évolution des connaissances médicales. Le rôle du sous-comité pourrait permettre d'éduquer à la fois les médecins légistes et les participants au sein du système de justice relativement aux pratiques à éviter en médecine légale. En d'autres termes, il pourrait jouer un rôle institutionnel utile.

Recommandation 144

Le Comité consultatif des services judiciaires, par l'entremise d'un sous-comité, devrait être en mesure d'examiner d'autres cas où l'on soutient qu'un processus vicié de médecine pédiatrique légale peut avoir entraîné des condamnations injustifiées et de recommander au Bureau du coroner en chef de l'Ontario les mesures supplémentaires qui devraient être prises, le cas échéant.

a) **En fonction de la charge de travail créée par de tels renvois, le sous-comité devrait être soit un comité consultatif soit un comité formé au besoin.**

b) **Le ministère du Procureur général devrait fournir au sous-comité les ressources humaines et financières appropriées en vue d'accomplir ses travaux. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait également ne pas avoir à rémunérer les examinateurs externes engagés pour effectuer ses travaux.**

c) **Si le sous-comité a renvoyé un cas aux fins d'examen externe, et si cet examen permet de conclure que l'opinion fondée sur la preuve médicolégale exprimée par le passé était déraisonnable et suffisait à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée, le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait favoriser l'accès de la personne condamnée à la Cour d'appel et la définition des enjeux vraiment importants relativement à ces cas, et ce, sans contraintes de procédure inutiles. Une telle aide devrait être semblable à celle offerte dans les**

cas où la vérification du coroner en chef a relevé des erreurs dans le travail du Dr Charles Smith.

d) Le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait également offrir ce type d'aide, dans la mesure où cela est possible, à une personne condamnée présentant une demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1 du *Code criminel*, s'il s'agit du forum approprié pour traiter de la question d'une possible condamnation injustifiée.

Demande de révision auprès du ministre de la Justice

Le *Code criminel,* L.R.C. 1985, chap. C-46, prévoit qu'une demande de révision fondée sur une erreur judiciaire peut être présentée au ministre fédéral de la Justice par une personne qui a été condamnée pour une infraction en vertu du Code ou d'autres lois ou règlements fédéraux et dont les droits de demander une révision judiciaire ou d'interjeter appel ont été épuisés, ou au nom de cette personne. En ce qui a trait à l'examen du bien-fondé d'une telle demande, le ministre a des compétences légales élargies. De plus, le pouvoir qu'a le ministre de recevoir une preuve, d'émettre des assignations à comparaître, d'obliger les témoins à fournir des preuves et à témoigner, et de mener une enquête peut être délégué à quelqu'un d'autre. La décision finale relative à la demande est rendue par le ministre qui, s'il est convaincu qu'il est raisonnable de conclure qu'une erreur judiciaire a probablement été commise, peut ordonner la tenue d'un nouveau procès ou renvoyer l'affaire à la Cour d'appel aux fins d'audience et de jugement, comme s'il s'agissait d'un appel. Le ministre peut également, en tout temps, renvoyer toute question reliée à une demande pour laquelle il souhaite recevoir du soutien à la Cour d'appel compétente afin que celle-ci lui donne son avis.

Au moment de prendre une décision, le ministre doit notamment tenir compte de l'existence ou non de nouveaux points d'importance relatifs à la demande qui n'avaient pas précédemment été examinés, de la pertinence et de la fiabilité des renseignements présentés et du fait que tout recours disponible est extraordinaire, la demande ne visant pas à servir d'appel supplémentaire.

En pratique, le processus de révision comprend quatre étapes : l'évaluation préliminaire par le Groupe de la révision des condamnations criminelles (GRCC) du ministère de la Justice, l'enquête, le rapport d'enquête (sur lequel le demandeur peut émettre des commentaires), et la décision du ministre. Pour prendre cette décision, le ministre étudie les observations du demandeur, le rapport d'enquête et

un mémoire présentant des conseils juridiques préparé par le GRCC ou par un conseiller externe ayant mené l'enquête.

Le processus est fondé sur la demande, ce qui signifie entre autres que le demandeur doit présenter la preuve sur laquelle il se fonde afin d'appuyer la décision du ministre indiquant qu'il est raisonnable de conclure qu'une erreur judiciaire a probablement été commise. Cela ne signifie pas que le ministre ou les personnes menant l'enquête en son nom ne peuvent, par exemple, recourir à un médecin légiste expert pour influencer la décision du ministre. Ils le peuvent. Mais il est évident que le demandeur doit d'abord présenter de nouveaux renseignements d'importance dans le cadre de la demande initiale. En termes pratiques, si les demandeurs cherchent à soutenir que l'évolution de la science permet d'expliquer leurs condamnations injustifiées, ils devront d'abord présenter certaines preuves scientifiques afin d'appuyer leur position.

Monsieur Alastair MacGregor, vice-président de la CCRC d'Angleterre, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord, a décrit le processus après condamnation dans ces régions. La Criminal Cases Review Commission est un organisme indépendant responsable d'enquêter sur les allégations d'erreurs judiciaires. Elle a été créée en 1997 afin de remplacer un processus de révision antérieur mené par le secrétaire de l'Intérieur ou le secrétaire d'État. La CCRC examine les condamnations et les sentences et, si elle détermine qu'il existe une « possibilité réelle » qu'une condamnation ou une sentence ne soit pas maintenue, elle renvoie l'affaire au tribunal compétent – la Cour d'appel dans les cas découlant d'une mise en accusation[29].

La CCRC enquête de façon proactive sur toutes les allégations de condamnations injustifiées qui, selon les dires de M. MacGregor, ne sont « pas clairement frivoles ». M. MacGregor a indiqué qu'il n'existe aucun critère préliminaire juridique pour justifier une enquête par la CCRC. Chaque cas est étudié afin de déterminer s'il mérite de faire l'objet d'une enquête, en se fondant sur le bon sens qui est « très généreux à l'égard du demandeur ». La CCRC, selon M. MacGregor, ne se fie pas aux demandeurs pour savoir ce qui est pertinent relativement à une révision après condamnation ou quels renseignements peuvent être disponibles en vue de soutenir les demandeurs dans leur demande. Il a expliqué que s'il y avait motif de croire que la preuve médicolégale présentait un problème, il est presque certain que la CCRC chercherait à produire son propre rapport.

Le D[r] Crane a confirmé, en se fondant sur sa propre expérience, que la CCRC aurait recours à des médecins légistes afin d'examiner la preuve relative à un cas particulier. Le médecin embauché relève de la CCRC, et non des parties. Les

[29] *Criminal Appeal Act 1995* (R.-U.), 1995, chap. 35, par. 9 (1) et 10 (1), et alinéa 13 (1) (a).

demandeurs n'ont pas à retenir les services d'un avocat ni à payer pour les examens médicolégaux.

L'AIDWYC et le groupe Mullins-Johnson m'ont demandé de recommander que le modèle actuel d'examen après condamnation soit remplacé par un mécanisme efficace et indépendant modelé sur la CCRC et que la province de l'Ontario recommande ce changement auprès du ministre fédéral de la Justice. Ils m'ont également demandé de recommander la mise en place d'une structure de financement adéquate concernant le processus de révision après condamnation. Cette structure comprendrait l'accès à une consultation et à un examen après condamnation par des médecins légistes ainsi qu'à un financement accordé par le BCCO pour cette consultation et cet examen, semblables à l'examen médicolégal après condamnation pratiqué par le Centre des sciences judiciaires à la demande de la défense.

Les deux groupes ont présenté un certain nombre d'observations en appui à cette position. L'une d'elles est particulièrement pertinente quant à la preuve que j'ai entendue. Ils ont soutenu que le processus de révision ministérielle actuel, limité par le cadre législatif, n'est pas suffisamment proactif. Il revient au demandeur de préparer adéquatement une demande, de mener une enquête, de chercher de nouvelles preuves, de demander le soutien d'experts, de réunir les documents nécessaires et d'embaucher un avocat. Les étapes de la préparation d'une demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1 sont longues et coûteuses. Souvent, les demandeurs ne disposent pas des ressources ou des renseignements nécessaires en vue de préparer une demande, particulièrement dans les cas ayant fait l'objet d'un témoignage d'expert. On me dit que ce problème est encore plus important si l'on doit recourir à des médecins légistes, en raison de la pénurie de ce type d'experts.

On a également attiré mon attention sur quatre rapports d'enquête qui recommandaient un changement dans ce domaine :

En 1989, en Nouvelle-Écosse, la *Royal Commission on the Donald Marshall, Jr., Prosecution* (Commission royale sur les poursuites contre Donald Marshall, Jr.) recommandait que le procureur général de la province entreprenne des discussions avec le ministre fédéral de la Justice et les autres procureurs généraux provinciaux en vue de créer un organisme indépendant visant à favoriser une nouvelle enquête sur les cas d'allégations de condamnation injustifiée[30].

Dans le rapport de 1998 de la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin, l'honorable Fred Kaufman a recommandé que le gouvernement du

[30] Nouvelle-Écosse, *Royal Commission on the Donald Marshall, Jr., Prosecution: Findings and Recommendations,* vol. 1 ([Halifax] : la Commission, 1989), 145 (président T. Alexander Hickman).

Canada étudie l'opportunité de créer, par voie législative, une commission d'examen des causes criminelles afin de remplacer ou de compléter le processus actuel d'examen des condamnations dirigé par le ministre fédéral de la Justice[31].

Dans le rapport de 2001 de l'Inquiry Regarding Thomas Sophonow, l'honorable Peter Cory écrivait ce qui suit :

> À l'avenir, il devrait y avoir en place une entité entièrement indépendante pouvant examiner de façon efficace, efficiente et rapide les cas faisant l'objet d'allégations de condamnation injustifiée. Au Royaume-Uni, il existe un excellent modèle pour une telle institution. J'espère que des mesures seront prises en vue de créer une institution semblable au Canada[32].

De même, dans le rapport de 2007 de la Commission Driskell, l'honorable Patrick LeSage a mentionné et appuyé la recommandation, formulée dans le rapport de l'enquête Sophonow, visant la création d'un organisme indépendant responsable des examens après condamnation. Le commissaire LeSage a fait part de sa préoccupation concernant la nature contradictoire du processus actuel :

> Driskell ne pouvait présenter une demande jusqu'à ce qu'il dispose d'une quantité suffisante de renseignements pour satisfaire à la norme du ministère de la Justice concernant la présentation d'une demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.2. Toutefois, le service de police de Winnipeg refusait de divulguer des renseignements aux fins de cette demande de révision jusqu'à ce que Driskell ait présenté sa demande. Il s'agit d'une situation sans issue favorable classique. S'il existait un organisme inquisitoire indépendant, comme c'est le cas au R.-U., il pourrait de sa propre initiative, après avoir été convaincu qu'on a satisfait à un critère préliminaire non nécessairement sévère, lancer le processus de demande de révision auprès du ministre. Ainsi, les renseignements non disponibles pour le demandeur en raison de l'incapacité de ce dernier à imposer leur divulgation seraient disponibles pour l'organisme indépendant afin de lui permettre de déterminer plus facilement si une erreur judiciaire a été commise[33].

---

[31] Ontario, *Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin : Rapport,* vol. 2, Toronto, 1998, Ministère du Procureur général, p. 1237.

[32] Manitoba, *The Inquiry Regarding Thomas Sophonow: The Investigation, Prosecution and Consideration of Entitlement to Compensation* (Winnipeg : ministère de la Justice, 2001), p. 101.

[33] Manitoba, *Report of the Commission of Inquiry into Certain Aspects of the Trial and Conviction of James Driskell* (Winnipeg : ministère de la Justice, 2007), pp. 121-22 (commissaire Patrick J. LeSage).

Je suis d'avis que ces rapports, tous rédigés par d'éminents collègues du domaine judiciaire, étaient dignes d'être pris en compte sérieusement et qu'ils étaient en fait convaincants. Mes recommandations doivent cependant être fondées sur les preuves que j'ai entendues et tenir compte de mon propre mandat. Comme l'a souligné un avocat des gouvernements fédéral et provincial, un seul cas compris dans mon examen (celui de M. Mullins-Johnson) concernait l'article 696.1, et les résultats se sont avérés concluants. Aucune preuve ne me permet de conclure que le processus de demande de révision auprès du ministre présentée en vertu de l'article 696.1 présente des lacunes dans les cas de médecine pédiatrique légale. De plus, de tels cas ne constituent qu'un sous-ensemble des cas présentés aux fins de révision par le ministre. Ni mon mandat ni les cas que j'examine ne me permettent de vérifier le fonctionnement du processus prévu à l'article 696.1 pour tous les autres types de cas. On ne peut prétendre, non plus, qu'une révision complète du processus actuel soit nécessaire pour regagner la confiance à l'égard de la médecine pédiatrique légale.

Il est toutefois évident, selon ce que j'ai entendu de la science de la médecine légale et du défi que représente son utilisation au sein du système de justice pénale, que la présentation d'une demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1 dans un cas où la médecine pédiatrique légale a joué un rôle important dans la condamnation et fait maintenant l'objet de critiques sera sans aucun doute difficile. La science est complexe. Trouver des experts et retenir leurs services pourrait bien être difficile et coûteux. Pour le ministre, rendre un jugement sur des opinions en médecine pédiatrique légale peut exiger des connaissances scientifiques difficiles à acquérir.

De plus, pour les personnes condamnées indigentes, lancer le processus de demande de révision auprès du ministre relativement à un cas de médecine pédiatrique légale pose des défis supplémentaires. Selon ma compréhension, fournir une opinion juridique à Aide juridique Ontario en vertu de l'article 696.1 quant au bien-fondé de l'appel constitue l'une des conditions préalables pour financer une telle demande. L'opinion n'a pas à démontrer que la demande sera finalement acceptée. Cette condition préalable est semblable à celle qui doit être satisfaite pour qu'Aide juridique Ontario finance les appels de condamnations.

Si le redressement après condamnation dépend d'une nouvelle preuve médicolégale, la personne condamnée pourrait se retrouver dans une impasse. Si le financement de l'aide juridique dépend d'une démonstration du bien-fondé de la requête et qu'une telle démonstration dépend d'une nouvelle preuve médicolégale, la personne condamnée pourrait ne pas être en mesure d'obtenir du financement pour retenir les services d'un médecin légiste. Une recommandation formulée précédemment tient compte de cette question en proposant un

accroissement du rôle du sous-comité du CCSJ relativement au renvoi des cas appropriés à un examen externe. Cette recommandation ne tient cependant pas compte de la capacité de chaque demandeur à retenir les services de son propre médecin légiste si cela s'avère nécessaire.

Compte tenu de ces défis, deux éléments d'un processus comme la CCRC sont attrayants relativement à des cas comme les suivants :

1 Une structure comme la CCRC peut faire en sorte qu'il sera plus facile de trouver l'expertise nécessaire car c'est l'institution, et non la personne, qui retient les services de l'expert requis.
2 L'indépendance d'un processus comme la CCRC peut avoir tendance à entraîner, pour les décisions difficiles, un niveau plus élevé de confiance du public car la science complexe sur laquelle se fondent ces décisions signifie que le fondement habituel de cette confiance, c'est-à-dire une compréhension et une évaluation profanes de la validité des décisions, n'est pas présent. Ajouter l'élément d'indépendance peut aider.

À mon avis, la mise en place d'un modèle inspiré de la CCRC ne peut être justifiée simplement parce qu'un tel modèle est nécessaire pour rebâtir la confiance à l'égard de la médecine pédiatrique légale et rétablir son utilisation au sein du système de justice pénale. Les caractéristiques du système de la CCRC auxquelles j'ai fait référence pourraient toutefois contribuer à accroître la confiance du public. Si, à l'avenir, une condamnation devait être fondée sur une opinion médicolégale présentant des failles et si le processus d'appel n'est plus une option, un tel système offrirait les deux avantages décrits précédemment en ce qui a trait à la prise en compte d'allégation d'une condamnation injustifiée.

Recommandation 145

La province de l'Ontario devrait attirer l'attention du gouvernement fédéral sur les deux avantages que j'ai décrits relativement au modèle de la Criminal Cases Review Commission (CCRC) – une structure qui peut faire en sorte qu'il est plus facile de trouver l'expertise nécessaire, et une indépendance qui peut entraîner un niveau plus élevé de confiance du public à l'égard de ses décisions – pour les cas de médecine pédiatrique légale. Ces éléments devraient contribuer à toute discussion future concernant l'adoption d'un modèle inspiré de la CCRC au Canada.

Recommandation 146

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

a) en s'assurant, conjointement avec Aide juridique Ontario, que ces personnes peuvent compter sur du financement de l'aide juridique pour obtenir l'expertise médicolégale nécessaire en vue d'appuyer leurs demandes. Aide juridique Ontario devrait financer adéquatement les demandes de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1. De plus, il faudrait envisager qu'Aide juridique Ontario finance, dans les circonstances appropriées, le recours à des médecins légistes par la défense en vue de déterminer si le bien-fondé d'une demande auprès du ministre de la Justice est suffisant pour que cette demande soit acceptée;

b) en demandant au gouvernement fédéral d'accroître le rôle d'enquêteur du Groupe de la révision des condamnations criminelles (GRCC) du ministère de la Justice afin d'examiner les allégations selon lesquelles une erreur médicolégale a contribué à des condamnations injustifiées. Cela pourrait comprendre une utilisation accrue d'experts en médecine légale engagés par le GRCC afin d'enquêter sur une demande d'aide ministérielle et d'évaluer celle-ci.

Aide juridique

Au chapitre 17, Les rôles des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense, je me penche sur certaines des questions entourant la défense de cas de morts d'enfants qui bénéficiaient de l'aide juridique. Je viens également de souligner les défis liés à l'obtention d'un financement de l'aide juridique relativement aux demandes en vertu de l'article 696.1.

Il ne reste qu'à mentionner que les mêmes défis se posent pour les appels de condamnation fondés sur un processus vicié de médecine pédiatrique légale. Si le redressement en appel dépend entièrement d'une nouvelle preuve médicolégale, la personne condamnée peut se retrouver dans la même impasse que celle que nous avons vue dans le cas des requêtes présentées en vertu de l'article 696.1. Si le financement de l'aide juridique dépend d'une démonstration du bien-fondé de l'appel et qu'une telle démonstration dépend d'une nouvelle preuve médicolégale qui est essentiellement difficile à rassembler, la personne condamnée pourrait ne pas être en mesure d'obtenir du financement pour retenir les services d'un médecin légiste.

Recommandation 147

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

Indemnisation

Plusieurs parties m'ont demandé de formuler une recommandation à l'égard de l'indemnisation des personnes ayant subi un préjudice en raison d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale. Dans leurs observations, elles proposaient que l'indemnisation s'étende aux personnes ayant fait l'objet d'une accusation ou d'une condamnation injustifiée, ainsi qu'aux familles touchées par suite d'allégations criminelles contre le parent. Le Groupe des familles touchées a laissé entendre que l'indemnisation faisait non seulement partie de mon mandat, mais qu'elle était essentielle à son exécution. Il a soutenu que l'indemnisation des personnes ayant souffert en raison d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale était nécessaire afin de regagner la confiance du public à l'endroit du système. Par conséquent, le Groupe m'a demandé de recommander la mise en place d'un processus visant à obtenir une indemnisation.

De même, le groupe Mullins-Johnson et l'AIDWYC ont souligné que les injustices commises auprès de familles et de personnes innocentes à la suite d'erreurs médicolégales justifiaient une certaine forme d'indemnisation. Ils ont laissé entendre qu'en raison du fait qu'un procès civil relatif à chaque demande est inefficient et inefficace, la Commission devrait recommander l'élaboration d'un autre mécanisme visant à examiner les demandes d'indemnisation. Ils ont reconnu qu'il n'est pas dans mon mandat de recommander une indemnisation pour l'une ou l'autre des personnes ou familles touchées par les témoignages ou les opinions du D^{r} Smith. L'organisme Défense des enfants international – Canada m'a également demandé de formuler des recommandations concernant l'indemnisation financière des personnes victimes d'erreurs dues à une pathologie défaillante.

La province de l'Ontario a soutenu que mon mandat ne me permet pas de rendre des décisions concernant l'indemnisation parce qu'il m'est interdit de présenter un rapport sur chaque cas et que le décret suppose de façon implicite, sinon explicite, l'existence de mécanismes civils à utiliser. De plus, la province a laissé entendre qu'il serait inapproprié que je recommande une indemnisation, car la Commission d'enquête n'a reçu aucune preuve sur laquelle fonder des

décisions concernant cet enjeu complexe (notamment qui devrait avoir droit à une indemnisation, et pourquoi, de la part de qui, et pour quelles raisons?). On m'a demandé de laisser la question de l'indemnisation aux processus déjà établis : les poursuites civiles, les arbitrages, les médiations et le protocole fédéral-provincial d'indemnisation des personnes condamnées à tort.

Cette question m'a donné beaucoup de difficulté.

D'un côté, mon mandat m'empêche de présenter un rapport sur chaque cas. Il a fait en sorte que je mette l'accent sur un examen systémique de la médecine pédiatrique légale et plus particulièrement de son utilisation au sein du système de justice pénale. Par conséquent, je n'ai pas examiné tous les aspects des cas relevés pour lesquels le travail du D^r^ Smith présentait des failles. Je n'ai rien entendu non plus concernant des systèmes d'indemnisation, que ce soit par l'entremise de tribunaux civils ou d'autres entités, pouvant servir pour l'une ou l'autre des personnes touchées.

D'autre part, il semble, selon ce que j'ai entendu, que certaines personnes touchées par ces cas, dont certains ont reçu beaucoup d'attention, ont subi des préjudices graves en étant poursuivies au criminel à la suite de ces erreurs médicolégales, en n'ayant elles-mêmes commis aucune faute. Qu'elles aient fait l'objet d'une enquête complète, d'accusations ou de condamnations, ou qu'elles aient perdu la garde de leurs enfants survivants sans aucun autre motif, il est évident qu'elles ont subi des préjudices sérieux et dévastateurs. À mon avis, si on trouvait une façon de les indemniser de façon rapide et efficace, que ce soit dans le cadre d'instances civiles ou non, cela contribuerait à regagner la confiance du public.

Je dois clairement souligner que je ne peux traiter que des 19 cas pour lesquels j'ai entendu des témoignages et où le D^r^ Smith a commis des erreurs. De plus, il semblerait que dans certains de ces cas, les personnes touchées auraient très bien pu être poursuivies au criminel malgré les erreurs médicolégales commises.

Par conséquent, il faudrait relever d'importants défis pour créer un modèle d'indemnisation à l'intention des personnes touchées par les 19 cas et qui ont malheureusement été poursuivies au criminel simplement en raison d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale, sans avoir elles-mêmes commis de faute. Voici quelques questions auxquelles il faudrait répondre :

- Qui devrait être admissible à une indemnisation – seulement les personnes ayant fait l'objet d'une enquête injustifiée, d'accusations ou de condamnations injustifiées, ou également les membres de leurs familles, particulièrement ceux qu'on a injustement séparés les uns des autres à la suite d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale?

- Comment définit-on le caractère « injustifié »? Par exemple, concerne-t-il les personnes qui n'auraient pas été poursuivies au criminel si une erreur médico-légale n'avait pas été commise? Ou fait-il référence aux personnes innocentes dans les faits?
- Qui devrait payer et comment cela devrait-il être déterminé? Qui, à part le gouvernement, devrait avoir la responsabilité de payer, dans quelle mesure et de quelle façon? À quelle étape cela doit-il être déterminé?
- L'erreur pathologique relevée grâce à la vérification du coroner en chef constitue-t-elle une faille suffisante ou doit-on établir d'autres preuves?
- Comment devrait-on quantifier l'indemnisation?

Il ne faut pas percevoir ces questions comme des raisons pour ne pas prendre de mesures, mais plutôt comme des défis à relever en vue de regagner la confiance du public.

Dans son *Rapport sur les événements concernant Maher Arar – Analyse et recommandations*, présenté en 2006, le juge en chef adjoint Dennis O'Connor déclarait ce qui suit : « [l]e gouvernement du Canada devrait évaluer la demande de dédommagement de M. Arar à la lumière des constatations de ce rapport, et y répondre en conséquence »[34]. Le cadre de référence de cette Commission d'enquête empêchait spécifiquement le commissaire O'Connor de formuler toute conclusion ou recommandation concernant la responsabilité civile ou criminelle de toute personne ou de tout organisme. Le commissaire O'Connor a reconnu cette limite et a indiqué ce qui suit dans la Recommandation 23 :

> Je souhaite formuler deux commentaires au sujet de la demande de dédommagement de M. Arar. Tout d'abord, en étudiant la question d'un dédommagement, le gouvernement devrait éviter de procéder à une évaluation légaliste de sa responsabilité potentielle. Il devrait reconnaître la souffrance que M. Arar a vécue, même après son retour au Canada. ... En outre, au fil des travaux de la Commission, une partie des souffrances morales que M. Arar a vécues en Syrie sont revenues à la surface. En supposant que la tenue d'une enquête publique a servi l'intérêt public, le rôle qu'y a joué M. Arar et les souffrances supplémentaires qu'il a connues en raison d'elle devraient être reconnus comme facteurs pertinents pour déterminer si un dédommagement est justifié.
>
> La seule autre observation que je souhaite formuler est que si le gouvernement du Canada choisit de négocier avec M. Arar, les arrangements négociés peuvent

[34] Canada, *Rapport sur les événements concernant Maher Arar – Analyse et recommandations* (Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2006), p. 395.

> être plus créatifs qu'un jugement en dommages-intérêts. Une entente de dédommagement pourrait impliquer aussi bien des excuses qu'une offre d'emploi ou de l'aide à obtenir un emploi[35].

J'aimerais me faire l'écho des remarques du commissaire O'Connor en invitant le gouvernement, au moment de tenir compte du défi que représente une indemnisation, à éviter de procéder à une évaluation légaliste de sa propre responsabilité potentielle. Toute indemnisation devrait reconnaître la souffrance qu'ont vécue et que vivent toujours les personnes innocentes par suite d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale.

Recommandation 148

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

[35] *Ibid.* p. 396.

20

Premières nations et collectivités éloignées

Principes directeurs

Comme le prévoit mon mandat, je dois me pencher sur les recommandations à soumettre pour regagner et accroître la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale en Ontario. Le mandat sous-entend que les révélations entourant le D^r^ Smith ont miné la confiance des Ontariens envers la médecine pédiatrique légale. Il va sans dire que plusieurs raisons expliquent cela. Je dois toutefois reconnaître que certaines personnes n'avaient probablement que peu ou pas confiance en la façon dont les services de médecine légale étaient dispensés, même avant les révélations au sujet du D^r^ Smith. Je pense plus particulièrement aux collectivités éloignées des Premières nations, bien que cette observation puisse également être valable pour d'autres. Ce manque de confiance est davantage lié aux préoccupations concernant la prestation des services médicaux et des services offerts par les coroners, tant aux collectivités éloignées des Premières nations qu'aux autres collectivités éloignées de l'Ontario.

Pour les Premières nations, les lacunes dans la prestation de services de médecine pédiatrique légale ne constituent qu'une partie d'un ensemble de questions d'ordre systémique beaucoup plus vaste, soit des soins médicaux inadéquats, des ressources financières et humaines limitées, des taux de mortalité élevés dans de nombreuses collectivités, particulièrement chez les enfants et les jeunes, ainsi que les aspects considérés comme des échecs institutionnels par rapport aux caractéristiques uniques des Premières nations sur les plans culturel, spirituel, religieux et linguistique.

Pour illustrer l'étendue de ces problèmes systémiques, on rapporte qu'entre 1982 et 2001, 52 pour cent des décès survenus dans la collectivité de Mishkeegogamang étaient accidentels, comparativement à 6 pour cent dans la population canadienne en général. Un grand nombre de ces décès étaient liés à la consommation d'alcool et touchaient des jeunes. Les taux de mortalité infantile

sont de deux à trois fois plus élevés dans les collectivités des Premières nations et inuites que dans les collectivités non autochtones, et les décès sont plus souvent attribués au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Jim Morris, directeur administratif de la Sioux Lookout First Nations Health Authority (Autorité sanitaire des Premières nations de Sioux Lookout), a parlé des nombreux suicides dans les collectivités des Premières nations de sa région – selon ses chiffres, il y en a eu 276 depuis 1986. La plupart de ces suicides touchaient des jeunes de moins de 16 ans.

Au début des travaux de la Commission, je me suis rendu dans deux collectivités des Premières nations, Mishkeegogamang et Muskrat Dam afin d'avoir une meilleure idée des défis auxquels elles sont confrontées. Ces visites avaient pour but non pas de me permettre de constater des faits, mais plutôt de m'aider à reconnaître la valeur de la preuve et les tables rondes qui allaient avoir lieu plus tard. Bien que ces collectivités soient très différentes l'une de l'autre, elles ont en commun un leadership fort ainsi qu'un engagement à améliorer la vie de leurs habitants. Je suis reconnaissant envers les habitants et les dirigeants de ces deux collectivités pour leur hospitalité et les renseignements qu'ils m'ont transmis.

Pendant la Commission, on a aussi organisé une série de tables rondes à Thunder Bay pour se pencher sur les questions d'ordre systémique relatives à la prestation de services de médecine pédiatrique légale aux collectivités éloignées et des Premières nations. Bien que les questions touchant les Premières nations nécessitent une compréhension particulière, bon nombre des problèmes systémiques soulevés pendant les tables rondes et abordés dans le présent chapitre s'appliquent de la même manière, tant aux collectivités des Premières nations qu'aux collectivités éloignées ou à celles du Nord. Tous ces problèmes sont traités dans le présent chapitre.

Les tables rondes portant sur les Premières nations ont été animées conjointement par Wally McKay, ancien grand chef de la nation Nishnawbe Aski et Mark Sandler, agissant au nom de la Commission. Ces rencontres m'ont grandement aidé à comprendre les problèmes qui se posent et à formuler les recommandations qui suivent. Elles ont aussi permis à des dirigeants du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et des Premières nations de se rencontrer et de discuter ensemble. Le dialogue est important. Il doit se poursuivre et servir de tremplin pour établir la confiance et amener des changements positifs.

Je suis conscient que les limites de mon mandat m'empêchent d'aborder les autres problèmes énoncés ci-dessus, mais qui sont toujours présents dans le cœur et l'esprit des gens que j'ai rencontrés. Il ne fait aucun doute que, pour certains, il s'agit là d'une source de frustration. Le fait d'énumérer les conditions de mon mandat ne serait d'aucun réconfort pour ceux qui sont préoccupés, entre autres,

par le suicide chez les jeunes ou par le nombre élevé de blessures accidentelles ou de décès attribuables à des noyades ou à d'autres causes chez les enfants. Il me serait d'ailleurs impossible d'agir avec justice à l'égard de ces problèmes dans le cadre de la présente Commission d'enquête.

Cela dit, même dans les limites de mon mandat, d'importantes recommandations ayant trait également aux problèmes élargis peuvent être présentées. Pour ne citer qu'un exemple, une communication efficace entre le BCCO et les dirigeants des Premières nations, les collectivités et les habitants sur des questions se situant dans les limites de mon mandat pourrait bien faciliter une communication plus efficace sur les autres problèmes.

De nombreux témoins ou participants aux tables rondes, dont les coroners les plus chevronnés de la province, ont insisté sur le fait qu'il était important que les coroners se rendent sur les lieux de la mort dans les cas où la mort est jugée suspecte sur le plan criminel. Or, la réalité est que les coroners ne visitent habituellement pas les lieux de la mort dans les collectivités éloignées. En effet, les habitants de nombreuses collectivités du Nord ne voient jamais de coroners ou ne savent même pas ce que fait un coroner comme travail.

De plus, les familles touchées ne sont presque jamais mises au courant de ce qui a été fait ou sera fait avec le corps de leur enfant décédé. De même, elles ne savent souvent pas grand-chose de la façon dont leur enfant est décédé ni de la raison qui explique son décès. On ne peut pas laisser les choses continuer ainsi. Mes recommandations ont trait aux façons dont le système peut relever les défis qui résident dans la prestation des services de médecine pédiatrique légale aux Premières nations et aux collectivités éloignées. L'essentiel, c'est que ces défis soient abordés et surmontés, tout simplement parce que les habitants de toutes ces régions sont en droit de recevoir des services de médecine pédiatrique légale adéquats. La confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale en dépend.

Avant de passer aux recommandations précises, on doit se rappeler deux principes fondamentaux. D'abord, en raison de la diversité géographique de l'Ontario et de celle des populations, des cultures et des langues, il se peut que les solutions destinées à certaines régions de la province ne s'appliquent peu ou pas aux autres. En effet, l'étendue et la diversité du Nord de l'Ontario font que ce qui fonctionne pour une collectivité ne fonctionnera peut-être pas nécessairement dans une autre. Les recommandations doivent donc tenir compte de cette réalité. Ensuite, pour que ces dernières aient une incidence sur les collectivités des Premières nations, on doit tenir compte de la nouvelle relation qui prendra place entre le peuple autochtone et la province de l'Ontario. Au printemps 2005, la province a publié un document exposant la *Nouvelle approche ontarienne des affaires autochtones* :

> Le gouvernement [...] résolu à bâtir une nouvelle ère dans les relations entre la province et les peuples autochtones, empreinte de respect pour leur diversité. Nous sommes impatients de commencer à travailler avec les communautés et les organismes autochtones de la province en vue de concrétiser cette vision. Nous serons ainsi en mesure d'assurer la durabilité de nouveaux partenariats fructueux et de réaliser des progrès réels [...][1].

La province reconnaît également que les Premières nations ont mis sur pied des gouvernements et elle s'engage à négocier avec eux selon une approche coopérative et respectueuse qui cadre avec leur statut de gouvernement. Par conséquent, les recommandations doivent mettre en évidence le statut des gouvernements des Premières nations et de leur peuple. Lorsque des décisions concernant les Premières nations ou, de façon plus générale, la population autochtone de l'Ontario sont prises, celles-ci doivent tenir compte de l'importance des partenariats véritables, y compris des consultations précédentes avec les gouvernements et les collectivités concernées[2].

Structure médicolégale actuelle dans le Nord de la province

Coroners

À l'heure actuelle, le D^r^ David Eden est le seul coroner régional pour tout le Nord de l'Ontario. La région dont il est responsable s'étend du Manitoba, à l'ouest jusqu'à la frontière du Québec, à l'est et de Parry Sound, au sud jusqu'à la baie d'Hudson, au nord. Selon le prédécesseur du D^r^ Eden, le D^r^ David Legge, il s'agit d'une « immense » région. Les témoignages de coroners chevronnés, dont le D^r^ Eden et le D^r^ Legge, ont clairement démontré que cette région était trop vaste et trop diversifiée pour compter sur un seul bureau régional et un seul coroner régional. Non seulement le niveau de service en est-il affecté de façon négative, mais les collectivités touchées ont l'impression que leurs problèmes sont moins importants que ceux des personnes vivant dans d'autres régions. Cette impression est d'ailleurs amplifiée par le fait que les coroners se présentent rarement sur les lieux de la mort dans les collectivités éloignées.

---

[1] Secrétariat des affaires autochtones de l'Ontario, *Nouvelle approche ontarienne des affaires autochtones* (Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005), p. 2.

[2] Même si j'ai discuté avec les dirigeants des Premières nations et les personnes qui travaillent au sein de ces collectivités (de là vient l'emploi du terme « Premières nations »), je reconnais que pratiquement tout ce qui est dit s'applique aussi au contexte autochtone élargi.

La vaste étendue du Nord de l'Ontario de même que les problèmes complexes qui l'affligent justifient la création de deux régions desservies par les services de coroners : le Nord-Ouest de l'Ontario, administré à partir de Thunder Bay, et le Nord-Est de l'Ontario, administré depuis Sudbury. Actuellement, le bureau régional est situé à Thunder Bay. Le choix de Sudbury comme siège du bureau de la région du Nord-Est se veut un complément à ma recommandation visant la création d'une unité régionale de médecine légale à Sudbury. Plusieurs coroners chevronnés, dont le D^r^ Andrew McCallum, qui est depuis devenu coroner en chef de l'Ontario, ont affirmé que le travail d'équipe et l'efficacité étaient favorisés lorsque le bureau du coroner régional et l'unité régionale de médecine légale étaient situés à proximité l'un de l'autre.

Chaque région desservie par les services de coroners devrait être dirigée par son propre coroner régional et dotée d'un personnel de soutien adéquat ainsi que des installations nécessaires. Le D^r^ Eden a mentionné certains des problèmes actuels relatifs aux ressources, en commençant par des questions aussi élémentaires que l'absence d'un accès Internet adéquat.

Recommandation 149

a) Le Nord de l'Ontario devrait être divisé en deux régions desservies par les coroners – la région du Nord-Ouest, administrée à partir de Thunder Bay et la région du Nord-Est, administrée depuis Sudbury.

b) Chacune de ces deux régions devrait être dirigée par son propre coroner régional et dotée des ressources adéquates pour remplir ses responsabilités stipulées dans la *Loi sur les coroners*.

c) Plus généralement, la province de l'Ontario devrait fournir les ressources adéquates pour la prestation de services de coroners et de médecine légale dans le Nord de la province qui soient raisonnablement équivalents à ceux dispensés ailleurs en Ontario, même si les coûts associés à ces services seront plus élevés dans le Nord.

Médecins légistes et cas de mort d'enfants

En mars 2002, le BCCO a annoncé que toutes les autopsies médicolégales d'enfants de moins de deux ans devaient être effectuées dans l'un des quatre centres pédiatriques régionaux, dont aucun n'est situé dans le Nord. Au besoin, les cas du

Nord-Ouest de l'Ontario devaient être confiés à la Dre Susan Phillips, médecin légiste à l'hôpital universitaire Winnipeg Health Sciences Centre[3].

Dans ces conditions, les autopsies visant des morts d'enfants survenues dans le Nord de l'Ontario, à très peu d'exceptions près, sont réalisées à Toronto, à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) ou à Winnipeg. On m'a informé que le médecin légiste en chef, le Dr Michael Pollanen, passe actuellement en revue les rapports d'autopsies pour les cas de l'Ontario examinés par la Dre Phillips à Winnipeg. Étant donné l'importance de faire en sorte que les normes relatives à la révision par les pairs, à la responsabilisation et à l'assurance de la qualité qui sont appliquées soient les mêmes pour les autopsies visant des cas de mort d'enfants et d'autres cas, je suis d'avis que le BCCO devrait chercher à conclure une entente de services avec l'hôpital universitaire Winnipeg Health Sciences Centre afin d'officialiser la fourniture de services de médecine légale par la Dre Phillips au BCCO. Cela garantirait que des protocoles et des procédures comparables par rapport à ces normes sont observés pour les autopsies de cas provenant de l'Ontario qui sont réalisées à Winnipeg.

Recommandation 150

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait conclure une entente de services avec l'hôpital universitaire Winnipeg Health Sciences Centre pour faire en sorte que des protocoles et des procédures équivalents à ceux recommandés dans le présent rapport concernant la révision par les pairs, la responsabilisation et l'assurance de la qualité soient en place à Winnipeg pour les autopsies de cas provenant de l'Ontario.

Le Dr Martin Queen, qui a participé aux tables rondes de Thunder Bay, est un médecin légiste pleinement accrédité qui travaille à Sudbury. Il est également professeur adjoint de médecine de laboratoire et de pathologie à l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Il travaille au sein d'une « unité non officielle » appelée Unité de médecine légale du Nord-Est, qui se trouve à l'Hôpital régional de Sudbury. L'unité n'a pas de directeur désigné ni d'entente contractuelle de financement établie, mais fonctionne malgré tout efficacement en tant qu'unité régionale de médecine légale. Le Dr Queen, seul médecin légiste de l'unité, effectue toutes les autopsies pour les régions de Sudbury et de Manitoulin et la majorité, pour ne pas dire la totalité, de celles des régions de

[3] Certaines autopsies effectuées par les coroners ont également lieu à Thunder Bay. Or, aucune d'entre elles n'a trait à des cas de mort d'enfants. De plus, la plupart des autopsies touchant des homicides d'adultes et des cas suspects sur le plan criminel sont réalisées par le Dr Martin Queen à Sudbury.

Timmins, de Cochrane et de la région côtière de la baie James. Plus récemment, il a commencé à s'occuper des cas d'homicides, de ceux qui sont suspects sur le plan criminel et d'autres cas complexes provenant des régions de North Bay et de Thunder Bay. Il réalise en moyenne 250 autopsies par année, dont 90 pour cent sont des cas relevant du coroner. Compte tenu de la politique du BCCO décrite précédemment, sa pratique de la médecine pédiatrique légale est limitée. Il effectue des autopsies pédiatriques simples, telles que les noyades avec témoins et les décès occasionnels liés à un accident de la route, mais les cas plus graves et complexes continuent d'être envoyés à l'UOMLP, à Toronto. Cependant, lorsqu'il est arrivé à Sudbury, il y a neuf ans, il s'occupait également des autopsies de cas que l'on attribuait, ou dont la cause ressemblait, au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Le D[r] Queen et le BCCO sont tous deux d'accord pour que l'unité de Sudbury soit convertie en une unité officielle de médecine pédiatrique légale qui posséderait son propre directeur et serait financée adéquatement. On prévoit que l'unité continuerait d'être dirigée par un médecin légiste et de recourir à l'expertise spécialisée que possède l'Hôpital régional de Sudbury. L'UOMLP peut offrir des consultations spécialisées à cette unité de même qu'à d'autres unités régionales pour les cas de mort d'enfants.

À mon avis, la création d'une unité régionale de médecine pédiatrique légale à Sudbury comporterait de nombreux avantages. Tout d'abord, si des services de médecine pédiatrique légale de première ligne pouvaient être offerts dans le Nord, il ne serait plus nécessaire de transférer certains corps d'enfants à Toronto[4]. Ensuite, la création de l'unité encouragerait possiblement des coroners et des médecins légistes à s'établir dans le Nord. Je suis d'ailleurs impressionné par les initiatives déployées par l'École de médecine du Nord de l'Ontario pour tenter de pallier le manque de médecins. La formation médicale possible dans le Nord, la proximité des autopsies réalisées par les coroners, la possibilité de suivre des cours en médecine légale et un programme de résidence en médecine familiale font partie des mesures qui devraient stimuler l'intérêt envers la pratique de la médecine légale dans les régions du Nord. À cet égard, le D[r] Queen a collaboré activement avec l'École de médecine.

[4] L'inspecteur-détective Dennis Olinyk de la Police provinciale de l'Ontario a affirmé que le transport des corps sur de longues distances vers les unités de médecine légale donne souvent lieu à plusieurs déplacements qui peuvent compromettre la qualité des autopsies et se solder par la perte de certaines preuves. Par conséquent, afin de minimiser la perte de preuves, il est préférable que les corps ne soient déplacés qu'une seule fois. La chaîne de la continuité peut elle aussi être affectée par l'écoulement du temps. (La réalisation des autopsies liées à des cas de mort d'enfants à Sudbury contribuerait à réduire ces inconvénients, quoique seulement dans certains cas.)

Recommandation 151

L'Unité de médecine légale du Nord-Est devrait devenir une unité officielle, avoir un directeur et recevoir un financement pour les paiements de transfert. À ce titre, elle pourrait effectuer des autopsies liées à des cas de mort d'enfants tel que précisé par le médecin légiste en chef.

Présence du coroner sur les lieux de la mort

J'aborde ce sujet en exposant tout d'abord ce que précisent les « Guidelines for Death Investigations » (lignes directrices relatives aux enquêtes sur les décès) du BCCO au sujet de la présence des coroners sur les lieux de la mort, et la façon dont cela concorde avec la réalité actuelle. L'avant-propos de la section des lignes directrices portant sur la présence du coroner-enquêteur sur les lieux de la mort indique que le coroner doit, dans la mesure du possible, se rendre sur les lieux de la mort et voir le corps avant qu'il soit déplacé parce que la participation active du coroner constitue une « valeur ajoutée » aux enquêtes menées sur les lieux d'une mort. Il est précisé que la présence du coroner est essentielle lorsqu'il semble être question d'un homicide ou d'un suicide, mais qu'elle est également « extrêmement importante » lors d'enquêtes sur une mort de nature accidentelle ou naturelle en apparence. Dans le même extrait de l'avant-propos, on indique que la distance parcourue pour se rendre sur les lieux de la mort doit être prise en compte pour l'élaboration de lignes directrices.

Les lignes directrices, quant à elles, stipulent que l'on s'attend à ce que le coroner-enquêteur se rende sur les lieux de la mort pour observer le corps dans les régions urbaines. On m'a dit que cette attente était satisfaite dans les régions urbaines et dans bon nombre de collectivités rurales. Dans la région de Niagara, par exemple, en l'absence de circonstances exceptionnelles, les coroners se rendent toujours sur les lieux des morts dont la cause n'est pas naturelle.

Pour ce qui est des régions rurales, on s'attend à ce que le coroner-enquêteur se rende sur les lieux de la mort si le déplacement nécessite moins de 30 minutes. Lorsque le déplacement nécessite de 30 à 60 minutes, les lignes directrices précisent que le coroner-enquêteur doit se rendre sur les lieux de tous les homicides et suicides, des morts accidentelles, des morts d'enfants (de moins de 12 ans) et, dans la mesure du possible, des morts qui semblent être de causes naturelles, particulièrement si la police le demande.

Même lorsque la durée du trajet est supérieure à 60 minutes, les lignes directrices stipulent que le coroner-enquêteur doit se rendre sur les lieux de tous les cas qui laissent croire à un homicide ou à un suicide, de tous ceux où l'enfant est âgé de moins de 12 ans, et des cas où la cause est accidentelle mais pour lesquels

la police a demandé expressément la présence du coroner. Lorsqu'il lui est impossible de se déplacer, le coroner-enquêteur doit téléphoner au coroner régional pour discuter des circonstances de la mort avant que le corps ne soit retiré des lieux.

Par le passé, le BCCO ne disposait d'aucun système pour effectuer le suivi de la présence des coroners sur les lieux de la mort dans les collectivités éloignées. Le Dr Barry McLellan, ancien coroner en chef de l'Ontario, a indiqué que même s'il n'existe aucun système informatisé officiel, le BCCO a commencé à procéder au suivi des visites des coroners dans le cadre de son nouveau processus d'assurance de la qualité et de vérification.

Cela dit, la preuve présentée pendant la Commission a clairement démontré que les coroners ne se présentaient pas sur les lieux de la mort dans de nombreuses collectivités éloignées, y compris notamment les collectivités des Premières nations. La chef de Mishkeegogamang, Connie Gray-McKay, a qualifié les services de coroners comme étant « pratiquement inexistants » dans sa collectivité. En 13 ans à titre de chef, elle n'a jamais vu de coroner et aucun ne s'est présenté sur les lieux des 233 morts qui sont survenues depuis 1981. Le chef adjoint du Service de police de la nation Nishnawbe Aski, John Domm, ne pouvait se rappeler de la présence d'un coroner sur les lieux d'une collectivité éloignée, à part les conversations téléphoniques. Les lignes directrices stipulent que lorsqu'un coroner ne se présente pas sur les lieux, ce dernier doit inscrire ce fait accompagné des raisons qui le justifient dans son rapport et son énoncé d'enquête, et en discuter avec le coroner régional. Le Dr Legge a affirmé qu'au cours de son mandat à titre de coroner régional, il arrivait régulièrement que la ligne directrice exigeant la consultation avec le coroner régional ne soit pas respectée par les coroners-enquêteurs.

Le maintien du statu quo est inacceptable. Bien que tous admettent qu'il soit souvent impossible pour les coroners-enquêteurs de se rendre sur les lieux de la mort en temps opportun en raison des conditions météorologiques, des distances à parcourir et de la logistique des déplacements, leur absence ne devrait pas être présumée ni devenir la norme. En étant présents sur les lieux, les coroners facilitent les enquêtes relatives à la mort d'une manière non égalée par les substituts, les technologies de remplacement ou les consultations téléphoniques. Le Dr McLellan est d'avis que « le fait d'être présent sur les lieux n'a pas son égal ».

Cela est particulièrement vrai dans le cas d'enquêtes complexes, comme les cas de médecine pédiatrique légale étudiés dans le cadre de la présente Commission d'enquête. Étant donné le nombre limité de médecins légistes, les endroits où ils travaillent dans la province ainsi que la demande à laquelle ils doivent répondre, il n'est pas réaliste de croire que les médecins légistes vont se présenter souvent sur les lieux de la mort dans des collectivités éloignées. Cette réalité accroît l'importance

de la présence d'un coroner sur les lieux, dans certains de ces cas, pour aider à recueillir les renseignements destinés au médecin légiste.

Tout aussi important, la présence des coroners constitue une occasion pour eux de discuter directement avec les familles touchées et d'établir des relations avec les collectivités. Comme l'admettent le D^r^ Legge et les autres, ce genre de discussion n'a simplement pas lieu tel qu'elle le devrait. Par conséquent, les familles touchées sont souvent mal informées sur la cause de la mort (sujet traité de nouveau ci-dessous) et les collectivités ont l'impression que leurs cas de décès sont moins importants que les autres aux yeux de ceux qui gèrent le système. Voilà le message qui nous a été communiqué par les dirigeants des Premières nations et les personnes qui travaillent dans ces collectivités dans le cadre de notre enquête.

Pendant la Commission, plusieurs raisons ont été invoquées afin d'expliquer pourquoi les coroners ne se présentent pas sur les lieux d'une mort dans les collectivités éloignées, à part les conditions météorologiques, la distance à parcourir et la logistique des déplacements qui, évidemment, peuvent rendre leur présence difficile, voire même impossible. La pénurie de médecins qui desservent habituellement les régions éloignées est l'une de ces raisons, parce que ceux qui travaillent déjà dans des régions mal desservies peuvent se montrer réticents à l'idée d'assumer des responsabilités additionnelles relatives à la fonction de coroner. Quant aux coroners qui travaillent dans le Nord, ils peuvent être hésitants ou incapables de quitter leur pratique trop occupée (salles d'attente pleines de patients non traités) pour se rendre sur les lieux d'une mort. De plus, compte tenu de la rémunération offerte, ces déplacements constituent un fardeau financier pour les coroners. Le D^r^ McLellan m'a affirmé que l'ajout de 25 à 50 autres coroners permettrait d'atteindre le nombre désiré de médecins dans le Nord. Or, il demeure difficile de recruter le nombre nécessaire de coroners parce que la rémunération, surtout si on la compare à celle offerte pour le travail clinique, n'est pas suffisante pour attirer des médecins. Ces défis doivent être surmontés si l'on veut que les coroners se rendent davantage sur les lieux de la mort.

Recommandation 152

Des mesures devraient être prises pour augmenter la probabilité que les coroners-enquêteurs se présentent sur les lieux de la mort conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. La présence des coroners améliore la qualité d'un grand nombre d'enquêtes et permet à ces derniers de communiquer avec les familles touchées et d'établir des relations avec les collectivités.

Recommandation 153

Un suivi des présences et des absences des coroners sur les lieux de la mort devrait être effectué dans le cadre du processus d'assurance de la qualité du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO). De même, on devrait effectuer un suivi de la conformité à la ligne directrice du BCCO indiquant que les coroners doivent documenter les raisons pour lesquelles ils ne se rendent pas sur les lieux et en discuter avec le coroner régional.

Recommandation 154

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

Recommandation 155

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

Quand le coroner ne peut se présenter sur les lieux de la mort

La technologie

Bien que les recommandations ci-dessus soient destinées à favoriser une plus grande présence des coroners-enquêteurs sur les lieux de la mort, il se produira inévitablement certaines situations où les coroners ne seront pas en mesure de s'y rendre, même dans un système doté de ressources optimales. Compte tenu de cette réalité, comment la technologie peut-elle aider à contourner ce problème et à qui les coroners devraient-ils déléguer leurs pouvoirs d'investigation quand ils ne peuvent se présenter sur les lieux d'une mort?

Au cours de cette enquête, on m'a fait part de l'existence d'une variété d'outils

technologiques pouvant être utilisés pour aider le coroner (et, en bout de ligne, le médecin légiste). Ceux-ci comprennent :

- la transmission de photos numériques avant que le corps ne soit retiré des lieux;
- la photographie en temps réel qui permet au coroner (et au médecin légiste) de voir les lieux de la mort à distance;
- l'établissement d'un réseau de téléconférence similaire aux technologies de communication Télésanté à l'aide desquelles les médecins peuvent examiner les patients à distance. Le D^r^ Legge a imaginé un « éventail de possibilités futures en matière de visualisation directe à distance des lieux de la mort, rendue possible lorsque le coroner se trouve dans un lieu éloigné et que la technologie est disponible et financée adéquatement dans les collectivités éloignées ».

On utilise déjà le premier outil, qui connaît un certain succès. L'inspecteur-détective Dennis Olinyk de la Police provinciale de l'Ontario a expliqué qu'il arrive que des policiers prennent des photos des lieux de la mort en régions éloignées pour les transférer ensuite sur disque et les transmettre par voie électronique à un coroner, à un médecin légiste ou même au médecin légiste en chef, si nécessaire.

Comme je l'ai mentionné ailleurs dans le présent rapport, le médecin légiste qui pratique une autopsie peut également avoir recours à la technologie pour consulter des pairs, notamment le médecin légiste en chef. Ce type de technologie s'avère particulièrement utile dans le cas de la télémédecine, que l'on met de plus en plus à profit dans le Nord. On devrait encourager davantage, entre autres, la consultation en temps réel avec l'UOMLP au sujet des autopsies difficiles qui ne sont pas suspectes du point de vue criminel et qui n'auraient donc pas à être effectuées à Winnipeg.

Recommandation 156

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

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

Délégation des pouvoirs d'investigation du coroner

Le paragraphe 16 (1) à (5) de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, prévoit que les coroners peuvent déléguer leurs pouvoirs d'investigation à un médecin dûment qualifié ou à un agent de police. On peut y lire ce qui suit :

> **16.** (1) Un coroner peut :
> (a) examiner et prendre possession d'un corps;
> (b) pénétrer dans tout endroit où se trouve un corps et dans tout endroit d'où il a des motifs raisonnables de croire que le corps a été enlevé et inspecter les lieux.
> (2) Le coroner qui a des motifs raisonnables et probables de croire que cela est nécessaire pour les fins de son investigation peut :
> (a) inspecter tout lieu dans lequel se trouvait la personne décédée ou dans lequel il a des motifs raisonnables de croire que celle-ci se trouvait avant son décès;
> (b examiner les dossiers ou écrits relatifs à la personne décédée ou à sa situation, en extraire des renseignements et en faire des copies, selon ce qu'il juge nécessaire;
> (c) saisir toute chose qu'il a des motifs raisonnables de croire importante aux fins de son investigation.
> (3) Le coroner peut autoriser un médecin dûment qualifié ou un agent de police à exercer une partie ou la totalité des pouvoirs que lui confère le paragraphe (1).
> (4) S'il l'estime nécessaire aux fins de son investigation, le coroner peut autoriser un médecin dûment qualifié ou un agent de police à exercer une partie ou la totalité des pouvoirs que lui confèrent les alinéas 2 a), b) et c). Cependant, si l'exercice de ce ou ces pouvoirs dépend de ce que croit le coroner, son opinion personnelle est exigée.
> (5) Si le coroner saisit une chose en vertu de l'alinéa (2) c), il la remet entre les mains d'un agent de police pour qu'il la garde en lieu sûr et la rend à la personne qui la détenait au moment où elle a été saisie aussitôt que possible après la fin de l'investigation ou, s'il y a enquête, aussitôt que possible après la fin de l'enquête à moins que la loi ne l'autorise ou ne l'oblige à en disposer d'une autre façon.

On m'a informé que dans le Nord, les coroners délèguent le plus souvent leurs pouvoirs d'investigation aux agents de police. Le D^{r} McLellan a reconnu qu'il était tout à fait possible, dans les collectivités éloignées, qu'une enquête relative à une mort soit menée en entier par des agents de police plutôt que par un coroner-enquêteur. Le D^{r} Legge a confirmé qu'il est très improbable qu'un coroner se

rende sur les lieux d'une mort dans une localité du Nord. De nombreux coroners expérimentés travaillent en supposant que les questions relatives aux enquêtes sur les morts peuvent être réglées lors de conversations téléphoniques avec les policiers qui se trouvent sur place. Le Dr Legge a admis que la situation « n'était pas idéale » et qu'il « éprouvait une certaine appréhension par rapport à ces scénarios en tant que coroner régional depuis onze ans ».

L'incapacité ou l'échec systémiques faisant en sorte que les coroners ne se rendent pas sur les lieux de la mort dans les collectivités éloignées ont incité la coalition des Aboriginal Legal Services of Toronto et de la nation Nishnawbe Aski (ALST/NAN) à proposer que la législation soit modifiée pour permettre à des personnes vivant dans les collectivités d'exercer les fonctions déléguées des coroners. Ces personnes pourraient être des professionnels de la santé, comme des infirmières, à qui on offrirait une formation spécialisée. Le Dr John Butt a affirmé qu'un tel modèle avait été adopté avec succès en Alberta. Le BCCO s'est opposé à ce type d'approche en faisant valoir que les personnes vivant dans les collectivités ne feraient peut-être pas preuve de l'indépendance et du détachement émotionnel requis, compte tenu des relations qui existent nécessairement dans les petites collectivités éloignées. De plus, il pourrait s'avérer difficile d'offrir une formation spécialisée à des personnes de chaque collectivité et de s'assurer que la formation demeure à jour. Le BCCO s'est plutôt montré favorable à une formation spécialisée plus poussée pour les agents de police, qui pourraient assumer les fonctions déléguées. La coalition ALST/NAN a à son tour manifesté son désaccord face à cette position. Elle a souligné le financement déjà inadéquat accordé aux services de police, comme le Service de police de la nation Nishnawbe-Aski, et elle a aussi rappelé certaines difficultés historiques entre les Premières nations et les services de police qui pourraient bien se montrer défavorables à l'idée que des membres des services de police des Premières nations agissent à titre de substituts aux coroners. En outre, elle a fait valoir que la décision de la Cour suprême du Canada dans la cause *R. c. Colarusso* avait jeté un doute sur la légitimité d'avoir recours à des agents de police pour assumer ce rôle[5].

Dans la cause *Colarusso*, la validité du paragraphe 16 (2) de la *Loi sur les coroners* était remise en cause. Bien que la Cour ait finalement refusé de statuer sur cette question, le juge Gérard La Forest, se prononçant au nom de la majorité de la Cour, a précisé ce qui suit :

> Le paragraphe 16 (4), qui dispose que le coroner peut autoriser un policier ou un médecin à exercer la totalité des pouvoirs d'investigation que lui confère le

[5] [1994] 1 R.C.S. 20.

par. 16 (2), est tout aussi inquiétant [comme le par. 16,5]. De toute évidence, cette disposition a été adoptée pour permettre au coroner de déléguer certains pouvoirs dans des situations d'urgence où il se voit dans l'impossibilité de se rendre immédiatement sur les lieux. Elle sera certes utile dans les régions plus éloignées où le coroner pourra être à plusieurs heures de route de l'endroit où se trouve la preuve. Pourtant, le risque d'un chevauchement inadmissible de l'investigation du coroner et de l'enquête criminelle est énorme. Lorsqu'un coroner délègue à un policier les pouvoirs d'investigation prévus au par. 16 (2), il devient immédiatement évident qu'il est dangereux que la distinction entre l'investigation du coroner et l'enquête criminelle s'efface et que les deux se confondent. Du point de vue pratique, il semble difficile que la police puisse agir pour le coroner totalement indépendamment de l'enquête criminelle lorsqu'elle exerce des pouvoirs délégués en vertu de l'art. 16. Tout ce que la police découvre lorsqu'elle agit au nom du coroner deviendra facilement une partie du fondement sur lequel pourra être établie la preuve à invoquer contre le défendeur. De plus, vu les exigences procédurales moins sévères que l'art. 16 impose à l'enquêteur, en déléguant à la police les pouvoirs qu'il détient aux termes du par. 16 (2), le coroner lui donne des pouvoirs d'enquête plus étendus que ceux qu'elle possède normalement en vertu du par. 16.

À mon avis, les par. 16 (4) et 16 (5) de la *Loi sur les coroners*, du fait qu'ils mettent le coroner dans un état de dépendance par rapport à la police au stade de l'investigation, confinent dangereusement au domaine du droit criminel, lequel est du ressort exclusif du Parlement. Puisque ces deux paragraphes ne s'appliquent pas indépendamment du par. 16 (2), les problèmes que j'ai relevés se posent également à l'égard de cette dernière disposition. Je préfère cependant laisser sans réponse la question de savoir si le par. 16 (2) de la *Loi sur les coroners* est *ultra vires* étant donné que les par. 16 (4) et 16 (5) n'ont pas été pleinement débattus devant nous et que j'ai déjà conclu que les actes de la police constituaient une saisie abusive. Je répète toutefois que les arrêts précédents de notre Cour n'ont pas établi la légitimité des pouvoirs d'investigation du coroner et il nous sera loisible de décider ultérieurement que les relations réciproques entre la police et le coroner prévues à l'art. 16 de la *Loi sur les coroners* représentent un empiétement inadmissible sur le pouvoir fédéral en matière de droit criminel[6].

Il n'est pas de mon ressort de trancher les questions constitutionnelles soulevées mais non réglées par la Cour suprême du Canada dans la cause *Colarusso.* De plus, on s'est penché davantage sur le par. 16 (3) de la *Loi sur les coroners*, qui permet la délégation de pouvoirs d'investigation plus limités que

[6] *Idem*. par. 57-58.

ceux accordés par le par. 16 (1), pendant cette Commission. Cela étant dit, les commentaires du juge La Forest suscitent des préoccupations concernant les conséquences de la délégation des pouvoirs des coroners aux agents de police, étant donné la nécessité de préserver la distinction entre l'investigation du coroner et l'enquête criminelle. Tout aussi important, ses commentaires renforcent le fait que la délégation des pouvoirs était censée se limiter aux situations d'urgence où le coroner ne pouvait se présenter immédiatement sur les lieux de la mort. L'intention n'était pas qu'elle constitue la norme, comme c'est le cas maintenant dans la plupart des régions du Nord.

D'après moi, il est préférable que ce débat – dont les implications dépassent largement la portée de mon mandat – soit tranché après un processus de consultation exhaustif avec les collectivités les plus touchées. Manifestement, la nation Nishnawbe Aski devrait se voir accorder une place importante dans ce processus de consultation. On devrait considérer tous les modèles dans un esprit de partenariat et d'intérêt commun, y compris l'intégration de professionnels de la santé comme les infirmières. Bien que je sois d'accord avec l'opinion de la D^re^ Bonita Porter voulant qu'il soit avantageux pour le système de compter sur des coroners ayant reçu une formation médicale, il ne s'agit pas en soi d'une raison convaincante pour rejeter l'intégration d'autres substituts pour les cas où les coroners sont dans l'impossibilité de se rendre sur les lieux de la mort. Je suis également d'avis que l'on doit préciser davantage quels pouvoirs d'investigation sont en réalité délégués aux agents de police sur les lieux par les coroners qui leur donnent des directives au téléphone. Encore une fois, ce manque de clarté devrait faire partie de la consultation.

Recommandation 157

a) **Le recours aux agents de police comme substituts aux coroners était, de toute évidence, destiné aux situations d'urgence seulement. Cela ne devrait pas constituer la norme ou la solution par défaut pour l'ensemble des morts qui surviennent sur le territoire d'un coroner.**

b) **Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait amorcer un processus de consultation avec les collectivités les plus touchées pour évaluer les divers modèles visant à déléguer les pouvoirs d'investigation du coroner à d'autres intervenants, y compris à des professionnels de la santé ou à des personnes vivant dans les collectivités qui auraient reçu une formation spécialisée.**

Questions culturelles

Lorsque le Dr Legge a témoigné devant la Commission, il a affirmé que de nombreux coroners qui travaillent dans le Nord sont conscients des besoins des collectivités des Premières nations de même que des défis auxquels elles sont confrontées. Il a toutefois souligné qu'aucune formation sur les enjeux relatifs aux Autochtones n'a été offerte aux coroners qui pratiquent dans les régions du Nord.

Pendant les tables rondes à Thunder Bay, des discussions ont porté sur les points délicats entourant la façon de manipuler les corps des défunts, particulièrement dans le contexte des croyances spirituelles autochtones. Elizabeth Mamakeesic de la Première nation de Sandy Lake a décrit de façon émouvante l'incidence qu'avait la mort d'un enfant sur une collectivité des Premières nations, tout comme la chef Connie Gray-McKay, qui a trop souvent été témoin de ce genre d'événement dans sa collectivité.

Les pratiques et les croyances spirituelles ou religieuses relatives à la mort chez les Autochtones sont évidemment diversifiées. Or, comme l'a souligné la coalition ALST/NAN dans ses observations :

> Pour un grand nombre d'Autochtones, il existe une relation continue entre les ancêtres qui ont franchi la porte de l'Ouest et les descendants qui perpétuent leur héritage. Les descendants ont des responsabilités envers leurs ancêtres, dont une partie intégrante consiste à s'assurer que les membres de leur famille ne font pas l'objet de perturbations ou de profanation. Une personne qui n'honore pas de telles obligations spirituelles porte atteinte non seulement aux défunts mais aussi aux vivants.

Ces pratiques et croyances soulèvent d'importantes considérations quant aux circonstances où l'on devrait ou non pratiquer une autopsie. Pour certains peuples autochtones, l'autopsie du corps d'un enfant représente une profanation terrible et un deuil additionnel pour la famille, alors que pour d'autres, une autopsie peut aider à mieux comprendre la perte de l'être cher et à composer avec celle-ci.

Par ailleurs, ces pratiques et ces croyances ont aussi des conséquences sur le plan du prélèvement d'organes, qui peut être une source de grand bouleversement pour les membres des collectivités autochtones, surtout si aucune notification n'a été transmise à l'avance. Par conséquent, le Dr Legge a recommandé que le médecin légiste en chef rencontre les dirigeants autochtones pour discuter des façons d'aborder le prélèvement d'organes qui sont spécifiques à leur culture. Je mentionne ces deux exemples, et il en existe de nombreux autres, simplement pour illustrer l'importance de discuter de ce type de questions avec les dirigeants

autochtones dans un esprit de partenariat et, par la suite, possiblement en tenir compte dans les lignes directrices du BCCO. La consultation devrait faire partie d'une vaste stratégie de communication, sujet abordé ci-après.

Recommandation 158

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait consulter les dirigeants autochtones lors de l'élaboration des politiques visant à accommoder, dans la mesure du possible, les diverses pratiques autochtones concernant la manipulation du corps d'un défunt.

Recommandation 159

Les coroners devraient recevoir une formation sur les questions culturelles, particulièrement celles entourant la mort, afin de faciliter l'exécution de leurs responsabilités.

Communication entre le BCCO et les Premières nations

Les témoignages devant la Commission et pendant les tables rondes sur les politiques ont clairement démontré l'existence de lacunes considérables dans la façon dont les coroners et le BCCO communiquent avec les Premières nations. Ces lacunes se manifestent à trois niveaux. Premièrement, les coroners-enquêteurs et les coroners régionaux peuvent ne pas parvenir à communiquer adéquatement (ou, pour certains dans le Nord, ne pas communiquer du tout) avec les familles touchées par la mort d'un être cher. Deuxièmement, ils peuvent, dans les régions éloignées, ne pas communiquer avec les dirigeants de la collectivité (chefs, conseils de bande et sages) qui, après la mort, jouent un rôle important dans le soutien et l'aide apportés aux membres de la famille immédiate ainsi qu'aux membres d'une collectivité tissée serré. Troisièmement, au niveau le plus élevé, la communication entre le BCCO, y compris le coroner en chef, et les organismes politiques et les gouvernements des Premières nations doit être accrue afin d'établir la confiance ainsi que des protocoles pour améliorer tous les aspects de la communication. Chacun de ces trois points est abordé brièvement ci-après.

Informer les familles touchées

Le Rapport institutionnel du BCCO mentionne que « la communication avec la famille du défunt tôt dans l'enquête sur la mort, et durant toute sa durée, constitue un élément clé du rôle du coroner pendant une investigation ». Une telle

communication permet au coroner de partager l'information au sujet du processus et d'être informé de toute préoccupation que pourraient avoir les membres de la famille. Le coroner avise aussi la famille si une autopsie a été demandée et lui offre la possibilité de prendre connaissance des résultats. Qui plus est, le coroner peut obtenir des renseignements importants au sujet du défunt et des événements qui ont mené à sa mort.

Dans les collectivités éloignées, cette communication revêt une importance particulière. Le corps sera probablement transporté à une certaine distance pour l'autopsie. Il est possible que les familles touchées ne sachent pas à quel endroit le corps sera envoyé, à quel moment il arrivera, qu'est-ce qui sera fait sur celui-ci à son arrivée et quand on le ramènera pour l'enterrement. Comme il a été souligné précédemment, la mort peut être associée à des pratiques ou à des croyances culturelles ou religieuses dont on doit aussi discuter. James Sargent, directeur de funérailles à Thunder Bay, a parlé du bouleversement vécu par les familles qui perdent un enfant, ainsi que du stress additionnel de voir les funérailles reportées en raison de l'enquête sur la mort. Le manque d'information aggrave considérablement le bouleversement et le stress.

Le processus d'enquête, qui comprend une étude par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans dans tous les cas où la mort d'un enfant est survenue subitement et de façon inattendue, peut nécessiter plusieurs années. Ce délai est particulièrement angoissant si les personnes touchées n'ont aucune idée de ce qui se passe ou de combien de temps il faudra.

Malheureusement, tel que mentionné précédemment, la triste réalité est que le BCCO a montré des lacunes considérables dans la communication avec les familles des Premières nations qui ont perdu un être cher. Le D^{r} Legge a reconnu qu'il n'y a souvent aucun contact direct entre le coroner et la famille du défunt, ce qu'il a qualifié de « faille dans le système de communication ».

De même, Barbara Hancock, directrice des Tikinagan Child and Family Services, a décrit l'incapacité de communiquer avec les familles des Premières nations, qui vivent déjà le deuil d'un membre de leur famille, comme étant très grave. Elle a également affirmé qu'il n'était pas exceptionnel que les familles ne reçoivent aucune information sur l'endroit où le corps du défunt sera amené, le moment où il sera retourné pour l'enterrement, ou à savoir si une autopsie sera pratiquée. De nombreuses familles se tournent vers elle et ses employés pour obtenir des renseignements. Cette responsabilité constitue un lourd fardeau pour les membres de son personnel, qui doivent communiquer des renseignements techniques avec lesquels ils ne sont pas familiers.

À cet égard, le Rapport institutionnel du BCCO mentionne que les réponses aux cinq questions de l'enquête du coroner devraient être fournies sur demande

aux membres de la famille. Ces questions portent sur l'identité de la personne décédée, la façon dont elle est morte, le moment et l'endroit de sa mort et les circonstances dans lesquelles la mort est survenue. Le Dr Legge a admis que les membres des Premières nations étaient réticents à l'idée de faire de telles demandes et de demander quoi que ce soit aux personnes en position d'autorité. Compte tenu de cette réticence, le Dr Legge a souligné que, dans un monde idéal où il en aurait le temps, il téléphonerait à toutes les familles touchées pour leur transmettre les résultats de l'enquête relative à la mort. En réponse à ce commentaire, le Dr Eden a affirmé être préoccupé par la possibilité qu'une telle initiative contrevienne au paragraphe 18 (2) de la *Loi sur les coroners*, qui stipule que l'information doit être communiquée aux membres de la famille si ceux-ci « en font la demande ». Il était toutefois d'accord avec l'avocat de la Commission pour affirmer que le coroner pourrait s'assurer, dès le début, que les familles touchées sont pleinement au courant de leur droit de faire la demande :

> M. SANDLER : L'approche à adopter consiste bien à reconnaître que l'information est transmise sur demande, mais de s'assurer que les familles soient bien informées quant à leur droit de formuler la demande? Si je comprends bien, c'est ce que vous voulez dire.
>
> Dr EDEN : Oui. Oui, c'est exact.

Au chapitre 21, qui porte sur la médecine pédiatrique légale et les familles, je recommande que le BCCO embauche du personnel dévoué dont la seule tâche consisterait à communiquer avec les familles en faisant preuve de sollicitude et de compassion. Cependant, toutes les personnes concernées ont reconnu que pour bien communiquer avec les familles des Premières nations, il faut comprendre et connaître leur culture, leurs langues et leurs croyances et pratiques spirituelles ou religieuses, et être en mesure de surmonter les défis linguistiques. À mon avis, il faudrait élaborer, en consultation avec les Premières nations, des protocoles visant à améliorer et à accroître les communications existantes.

Recommandation 160

Les coroners jouent un rôle important dans la communication avec les familles touchées concernant l'enquête sur la mort. Une telle communication devrait inclure les renseignements suivants : l'endroit où le corps sera amené; si une autopsie sera réalisée et pourquoi; ce que l'autopsie implique; quand on prévoit la pratiquer; les questions, le cas échéant, soulevées par rapport au prélèvement d'organes ou de

tissus; quand le corps, les organes ou d'autres parties du corps seront rapportés; et, si une demande a été faite à cet égard, les résultats de l'autopsie ou les éléments que d'autres examens pertinents ont révélés. En l'absence de raisons convaincantes servant l'intérêt public, il est inacceptable qu'une famille qui souffre de la perte d'un enfant ne reçoive pas de tels renseignements concernant l'enquête sur la mort.

Communication entre les coroners et les chefs des collectivités

On m'a informé que les chefs des collectivités éloignées des Premières nations n'ont également que peu de contacts avec le coroner régional ou les coroners-enquêteurs. Au cours des tables rondes de Thunder Bay, Alvin Fiddler, grand chef adjoint de la nation Nishnawbe Aski, a affirmé que « la relation entre le bureau du coroner et les chefs des collectivités des Premières nations – est inexistante ».

Le D^r^ James Cairns a confirmé qu'il était tout à fait possible que les chefs ou les conseils de bande des Premières nations n'aient jamais rencontré de coroner-enquêteur ou entendu parler d'un tel intervenant. Au mieux, la communication aurait eu lieu par téléphone.

Le D^r^ McLellan a indiqué qu'il était important pour le coroner régional de rencontrer les chefs des Premières nations de la région. Certes, il s'agirait d'une attente raisonnable envers un coroner régional et, dans le cas d'une région éloignée, d'une attente particulièrement importante.

Durant les tables rondes de Thunder Bay, le D^r^ Eden a exprimé le souhait, en tant que nouveau coroner régional de la région du Nord, de visiter bon nombre de collectivités éloignées des Premières nations et d'en rencontrer les chefs. Ce souhait est digne de mention, et une telle initiative ouvrira des portes pour établir des relations et favoriser la compréhension.

Recommandation 161

Dans les collectivités éloignées, les chefs jouent un rôle de première importance dans le soutien apporté aux familles et aux membres de la collectivité touchés par le deuil, surtout par la mort d'un enfant. Ils peuvent aussi aider à déterminer les questions d'ordre systémique qui se posent à l'occasion d'une mort isolée, y compris relativement au travail de médecine légale associé à ces cas. Les chefs des collectivités peuvent collaborer avec le BCCO et, s'il y a lieu, avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations pour favoriser les changements nécessaires. En conséquence, il est important que les coroners régionaux et les coroners-enquêteurs rencontrent les dirigeants des collectivités pour établir des relations et favoriser des partenariats.

Communication avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations

Il a été généralement admis, pendant la Commission, que le BCCO et les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations, comme la nation Nishnawbe Aski, devaient conjuguer leurs efforts pour élaborer des protocoles de communication. De tels protocoles pourraient également viser les organismes communautaires, les agences et les services de police, lorsque cela est souhaitable. Ces protocoles devraient avoir pour objectif de nouer des relations respectueuses et d'améliorer les communications entre le BCCO et les Premières nations sur des questions importantes, y compris celles qui sont mises en évidence pendant la Commission d'enquête. Les protocoles devraient respecter les principes mentionnés précédemment dans le présent chapitre, dont la *Nouvelle approche ontarienne des affaires autochtones*.

Pour améliorer les communications, le BCCO a recommandé la nomination d'un agent de liaison autochtone. Le D^r^ Eden était d'avis que cette personne pourrait bâtir une relation d'aide avec la famille, tout en assurant le lien avec le BCCO, pour faire en sorte que tous les faits soient communiqués aussi rapidement que possible, et de façon détaillée. L'agent de liaison serait formé pour occuper ce poste et détiendrait une expérience professionnelle pertinente, par exemple en travail social, en médecine ou en soins infirmiers. De plus, l'agent devrait bien comprendre les questions autochtones. Selon le D^r^ Eden, cela permettrait à la famille de poser des questions par l'entremise d'une personne de confiance. Il croyait aussi que l'agent de liaison pourrait, au besoin, défendre les droits de la famille en ce qui a trait au processus d'enquête.

Pendant les tables rondes sur les politiques, la coalition ALST/NAN et les chefs des Premières nations ont exprimé leur désaccord avec la proposition, de même qu'avec le fait que le BCCO n'ait pas consulté les Premières nations avant de tenter de leur imposer une solution. D'après eux, il était essentiel de discuter avec les collectivités pour déterminer leurs besoins avant d'élaborer une politique. De même, la description du rôle comme en étant un d'agent de liaison autochtone a suscité des préoccupations à savoir s'il s'agissait là d'une solution répondant réellement aux besoins identifiés durant la Commission.

Pour être juste envers le D^r^ Eden, cette idée a été suggérée pour la première fois lorsqu'il était question des recommandations possibles pendant son interrogatoire principal. Sa réponse traduisait la bonne intention de mettre en place de nouvelles mesures destinées à promouvoir des communications tenant compte des différences culturelles entre le BCCO et les familles des Premières nations touchées. Cela étant dit, je suis d'avis que la meilleure voie à suivre consiste à

entamer des consultations visant l'élaboration de protocoles et de stratégies, y compris le recrutement de personnel au BCCO, lesquelles pourraient faire avancer les relations entre le Bureau du coroner et les Premières nations.

L'un des aspects de la proposition du BCCO ne peut être rejeté. Peu importe le modèle élaboré dans le cadre des protocoles de communication, celui-ci doit engager des personnes travaillant dans le système du coroner qui comprennent et connaissent les cultures, les langues ainsi que les croyances et les pratiques spirituelles ou religieuses des collectivités autochtones concernées. Comme le souligne le rapport d'une Commission de réforme du droit de l'Ontario intitulé « *Report on the Law of Coroners* » (rapport sur la *Loi sur les coroners*), les « questions relatives aux Premières nations, y compris les problèmes associés à la vie dans les collectivités éloignées, nécessitent des solutions adaptées au contexte culturel et social. Ce qui n'a pas toujours été le cas[7] ».

Pendant les tables rondes de Thunder Bay, Nathan Wright, coordonnateur de la justice auprès de Chiefs of Ontario, a reconnu les avantages des protocoles de communication. Il a toutefois souligné la nécessité d'un respect et d'une compréhension de l'unicité et de la diversité des Premières nations, si l'on veut améliorer et renforcer la relation entre l'Ontario et les Premières nations et continuer à la consolider. Je partage cet avis.

Recommandation 162

a) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait travailler en partenariat avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations pour élaborer des protocoles de communication. La priorité devrait d'abord être accordée à l'établissement de tels protocoles pour la région du Nord, où le besoin est particulièrement criant.

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

Manifestement, on doit relever de grands défis pour arriver à fournir adéquatement des services de coroner et de médecine légale aux Premières nations ainsi qu'aux autres collectivités éloignées du Nord de l'Ontario. Or, l'existence de ces défis ne peut justifier l'acceptation du statu quo – et personne n'a suggéré que ce

[7] *Report on the Law of Coroners* (Toronto : Commission de réforme du droit de l'Ontario, 1997) art. 192, n. 27.

soit le cas pendant cette Commission. Il importe que l'attention des gouvernements, du BCCO et de tous ceux qui travaillent au sein du système de coroner soit portée sur ces défis. Je suis convaincu que des changements positifs vont s'opérer par le biais de partenariats et de consultations véritables. Les peuples du Nord de l'Ontario, autochtones ou non autochtones, ne méritent rien de moins.

21

La médecine pédiatrique légale et les familles

Plus tôt dans le présent rapport, je décris les conséquences dévastatrices de la mort soudaine et inattendue d'un enfant sur les parents, les frères et sœurs, les membres de la famille et la collectivité. Lorsque ces morts sont considérées suspectes, le système de justice pénale doit impérativement traiter ces cas complexes associés à une charge émotionnelle de façon juste et équitable. Sans compromettre les enquêtes criminelles en cours, les autorités doivent procéder en faisant preuve de sensibilité et même de compassion, par considération pour le traumatisme subi par les familles et les répercussions tragiques pour une personne accusée à tort de violence ayant causé la mort d'un enfant.

Bien que mon mandat exige que je m'intéresse principalement au rôle de la médecine pédiatrique légale dans le système de justice pénale, cette branche de la médecine peut aussi occuper une place importante dans les procédures parallèles entamées par la protection de l'enfance. En effet, les difficultés auxquelles sont confrontés les préposés à la protection de l'enfance sont, à certains égards, plus importantes que celles que doivent surmonter les enquêteurs criminels. Après tout, le travail de ces intervenants ne porte pas sur la responsabilité criminelle liée à la mort d'un enfant décédé, mais vise plutôt à assurer la sécurité immédiate des enfants qui sont en vie. Lorsqu'un parent est soupçonné d'avoir maltraité ou négligé un enfant et d'avoir causé sa mort, des décisions urgentes doivent être prises pour veiller à l'intérêt véritable des autres enfants du parent en cause. Ces décisions doivent forcément être prises au moment opportun. Dans la prise en compte de ces préoccupations urgentes, il faut reconnaître que la séparation des parents de leurs autres enfants – surtout si les parents n'ont rien fait de mal – ne fait qu'aggraver la tragédie pour les personnes touchées.

À mon avis, pour rétablir complètement la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale, nous devons réfléchir à la façon dont celle-ci peut servir plus efficacement les instances portant sur la protection de l'enfance et

mieux répondre aux besoins des familles concernées par la mort suspecte d'un enfant. Ce qui importe le plus, c'est la question de savoir comment la médecine pédiatrique légale peut à la fois répondre aux exigences du système de justice pénale et des procédures visant la protection des enfants. Compte tenu des besoins de l'enquête criminelle en cours, il importe que les résultats pathologiques soient communiqués le plus rapidement et le plus précisément possible aux intervenants en protection de l'enfance. Il est vrai que cet objectif peut créer des tensions entre les deux systèmes. Je comprends la crainte de voir une enquête criminelle compromise par le fait que des renseignements partagés soient parvenus aux oreilles des personnes soupçonnées de violence. Or, il faut aussi se préoccuper des délais serrés auxquels doit faire face le système de protection de l'enfance en ce qui concerne la prise des décisions relatives au placement des enfants, et de l'importance que les décisions rendues soient les bonnes. La police doit assumer l'importante responsabilité de transmettre une information exacte et à jour aux intervenants qui participent aux instances de protection des enfants. Des renseignements à jour, particulièrement ceux de nature médicolégale, peuvent permettre de monter un dossier solide ou de mettre en évidence des faiblesses ou des limites par rapport aux opinions exprimées plus tôt. D'une façon ou d'une autre, les renseignements sont essentiels à la recherche des faits exacts.

Premièrement, nous devons reconnaître la pertinence de la préoccupation voulant que le partage d'information puisse compromettre l'enquête criminelle, sans toutefois la surestimer. Parallèlement, nous devons reconnaître l'importance, sans bien sûr la sous-estimer, des décisions portant sur la protection des enfants et la manière dont le partage de l'information peut favoriser une recherche des faits plus efficace. Mes recommandations relatives aux protocoles de la police et des sociétés d'aide à l'enfance visent ces deux objectifs.

En second lieu, j'aborde dans le présent chapitre la façon dont le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) peut communiquer plus efficacement avec les familles touchées par la mort soudaine et inattendue d'un enfant afin de les aider à comprendre ce qui s'est produit. Ce rôle consiste à expliquer les résultats de l'autopsie et, le cas échéant, le prélèvement prévu d'organes et d'échantillons de tissus du corps de l'enfant. Comme je l'expliquerai, je crois qu'il est possible d'en faire beaucoup plus.

Troisièmement, je me penche sur la question des instances de protection de l'enfance sur lesquelles le D^r^ Charles Smith ainsi qu'un processus vicié en matière de pathologie pédiatrique ont eu une incidence dont on doit se préoccuper.

Finalement, j'aborde le problème du financement de l'aide juridique visant les procédures de protection de l'enfance dans des cas touchant la médecine pédiatrique légale.

Partage de l'information

Lorsqu'un enfant meurt dans des circonstances suspectes et que la famille compte d'autres enfants vivants, il est probable que des enquêtes criminelles et de protection de l'enfance aient lieu parallèlement. Dans ces conditions, il est impératif que la police partage le plus de renseignements pertinents possible avec les sociétés d'aide à l'enfance. Un élément clé des renseignements pertinents à partager porte sur ce que l'autopsie permet de révéler quant à la cause de la mort. L'obligation statutaire de dévoiler un cas présumé d'enfant maltraité à laquelle sont soumis la police et les autres intervenants renforce le devoir qu'a la police de partager de tels renseignements. Cette obligation est permanente. Au fur et à mesure que la police rassemble des renseignements pertinents, y compris les résultats et les avis différents ou modifiés concernant la médecine pédiatrique légale, elle se doit de les partager le plus rapidement possible avec les sociétés d'aide à l'enfance. Comme je l'ai souligné plus tôt, l'information additionnelle peut permettre de monter un dossier de violence plus solide ou de mettre en évidence les faiblesses ou les limites des opinions déjà exprimées. D'une façon ou d'une autre, l'information est essentielle à la recherche de faits exacts pendant les procédures de protection des enfants. De plus, il est indispensable que l'information soit communiquée le plus rapidement possible afin d'être disponible au moment où des décisions cruciales sont prises par les sociétés d'aide à l'enfance et par le tribunal qui doit déterminer si un enfant survivant doit être placé.

Laffaire Jenna illustre bien cette préoccupation. Jenna est morte le 22 janvier 1997. Sa sœur Justine, âgée de sept ans, a été prise en charge par la société d'aide à l'enfance (SAE) locale le même jour. Elle est demeurée dans une famille d'accueil ou chez sa tante et son oncle pendant environ trois mois et demi. Elle a ensuite été confiée à sa mère, Brenda Waudby et est demeurée chez elle jusqu'à ce que M^{me} Waudby soit arrêtée le 18 septembre 1997 et accusée de meurtre environ huit mois après la mort de Jenna. On a repris Justine en charge ce jour-là. En 1999, la SAE a aussi placé un deuxième enfant, M.W., de M^{me} Waudby. M.W. a été confié à la garde de son père.

Au cours de cette période, alors que la cause de Jenna progressait après l'enquête préliminaire et à l'approche du procès, la défense a dévoilé à l'expert de la Couronne des preuves médicales qui mettaient en cause la théorie de la Couronne concernant l'heure à laquelle les blessures mortelles avaient été infligées et jetaient un doute sur le dossier monté par la poursuite. En bout de ligne, une fois les renseignements examinés intégralement et corroborés, à la demande de la Couronne, par la D^{re} Bonita Porter, coroner en chef adjointe, enquêtes, la Couronne a retiré les accusations les plus graves déposées contre M^{me} Waudby.

Avant le retrait des accusations, M^me^ Waudby avait toutefois plaidé coupable à une accusation de violence à l'endroit d'un enfant, incident qui se serait produit à un moment donné pendant les trois semaines précédant la mort de Jenna, en vertu de l'article 79 de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille, L.R.O. 1990*, chap. C. 11[1].

Une fois l'accusation retirée, M^me^ Waudby a demandé la garde et la tutelle provisoire de Justine et de M.W. Le juge du tribunal de la famille a accepté la demande pour Justine mais ordonné que M.W. demeure chez son père, avec un droit de visite accordé à M^me^ Waudby. La SAE s'est opposée à la demande de M^me^ Waudby et a plus tard porté les ordonnances du tribunal en appel. Le juge chargé de la révision a rejeté l'appel et confirmé les ordonnances.

Pendant la Commission, l'avocat qui représentait M^me^ Waudby a tenté de savoir si la police et la poursuite avaient informé les intervenants en protection de l'enfance du déroulement de l'enquête criminelle, s'attardant particulièrement à l'invalidation progressive de la théorie mettant en cause M^me^ Waudby au fur et à mesure que de nouvelles preuves devenaient accessibles. Le procureur qui a témoigné pendant la Commission jugeait qu'il avait rempli ses obligations. En outre, il a clairement indiqué que l'avocat de M^me^ Waudby était bien placé, mieux que lui en fait, pour s'assurer que les nouvelles preuves soient transmises aux personnes prenant part aux procédures de protection de l'enfance. Les renseignements exacts qu'ont communiqués à la SAE la police ou les procureurs, et le moment auquel ils l'ont fait, ne sont pas tout à fait clairement établis dans le dossier. Le procureur a affirmé qu'il croyait nécessaire de mettre en place de meilleurs protocoles pour déterminer quelles parties du dossier devaient être remises à la SAE. À mon avis, cette affaire démontre, et je crois en la bonne foi de tous ceux qui y ont participé, qu'aucun protocole ou pratique n'était clairement établi pour faire en sorte que les développements pertinents de l'enquête criminelle soient communiqués de façon opportune et complète aux intervenants en protection de l'enfance. Évidemment, ce problème ne concerne pas uniquement le partage des résultats de l'autopsie. Une démarche plus globale doit être adoptée.

Il existe au moins deux documents du gouvernement de l'Ontario dont on doit tenir compte en se penchant sur le partage de l'information entre la police et les sociétés d'aide à l'enfance : les *Normes de protection de l'enfance en Ontario*, publiées en février 2007 par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, et le *Manuel des normes policières* (Policing Standards Manual), publié en 2000 par

[1] Les preuves pathologiques qui étayaient le plaidoyer de culpabilité n'ont pu être confirmées lors de l'examen effectué par le D^r^ Michael Pollanen.

le ministère du Solliciteur général (maintenant le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels).

Les *Normes de protection de l'enfance en Ontario* visent à « promouvoir la prestation constante de services de haute qualité aux enfants, aux adolescents et aux familles qui reçoivent des services de la part des sociétés d'aide à l'enfance de la province[2] ».

> Les nouvelles normes *régissent* la manière dont ces services sont rendus. Elles établissent un *seuil de réalisation* [...]; elles créent les normes qui reflètent le niveau de rendement désiré. Ces normes constituent la référence à laquelle doivent se conformer les niveaux de rendement requis par le régime global de responsabilisation du ministère relativement à la protection de l'enfance [italique ajouté][3].

La norme nº 3 énoncée dans ce document stipule que si les renseignements reçus par une SAE allèguent qu'un délit criminel a été perpétré contre un enfant, le préposé de la société d'aide à l'enfance en informera la police immédiatement et travaillera de concert avec elle conformément aux protocoles d'enquête qui ont été établis. Chaque société d'aide à l'enfance établira des protocoles avec les services de police locaux concernant les enquêtes portant sur de telles allégations.[4]

Mis à part l'exigence minimale qui impose l'existence de protocoles locaux, les *Normes de protection de l'enfance* ne fournissent que peu ou pas de directives quant au contenu de ces protocoles. En lien avec la médecine pédiatrique légale, ces normes n'abordent pas précisément les cas où un enfant meurt et où des décisions concernant la garde des frères et des sœurs doivent être prises, et ne spécifient pas non plus le rôle du coroner ou du médecin légiste.

Dans le *Manuel des normes policières*, on précise que le document se veut un reflet de la position du ministère sur les questions d'ordre politique et qu'il fournit des recommandations relatives aux politiques, aux procédures et aux programmes locaux. Les services de police et les municipalités ont recours à ces lignes directrices comme premier outil pour les aider à comprendre et à appliquer la *Loi sur les services policiers*, L.R.O. 1990, chap. 15 et ses règlements[5].

---

[2] Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, *Normes de protection de l'enfance en Ontario*, février 2007, en ligne : http://www.gov.on.ca/children/french/resources/child/STEL02_185915.html, p. 2.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.*, p.2, 4 et 25.

[5] Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, Normes policières, en ligne : http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/police_serv/pol_stand_fr.html

Le *Manuel des normes policières* énumère une série de directives portant sur la coordination multidisciplinaire dans des cas de violence et de négligence envers un enfant, y compris le partage d'information. Voici ce qu'on peut y lire :

1. Chaque chef de police *doit*, en partenariat avec les avocats de la Couronne, les sociétés d'aide à l'enfance, les municipalités, les conseils scolaires et les autres fournisseurs de services appropriés, notamment le personnel hospitalier, établir un comité chargé de coordonner l'élaboration d'une stratégie locale pour prévenir la violence et la négligence envers les enfants et résoudre les questions et les plaintes s'y rapportant.
2. Le comité *devrait* avoir comme mandat de :
   a) s'occuper du partage de l'information entre les organismes membres afin de favoriser une intervention coordonnée dans les cas de violence et de négligence envers les enfants;
   b) mettre en œuvre les stratégies, les initiatives et les programmes communautaires d'éducation et de sensibilisation pour faire face aux problèmes de violence et de négligence à l'endroit des enfants;
   c) travailler en liaison avec l'équipe responsable d'examiner le dossier de violence (Child Abuse Review Team) lorsqu'il y en a une dans la collectivité.

…

4. Chaque chef de police *devrait* conclure un protocole relatif à la violence envers les enfants avec les sociétés d'aide à l'enfance locales, lequel devrait :

…

   f) exiger l'adoption de procédures pour mener et gérer les enquêtes conjointes qui :
      i) définissent les rôles et les responsabilités respectives;
      ii) portent sur les entrevues avec les enfants, les parents non agresseurs, les personnes responsables de l'enfant et les présumés coupables, y compris l'utilisation d'enregistrements audio et vidéo et le recours à des énoncés de l'affaire *R. c. K.G.B.,* au besoin;
      iii) exposent les procédures à suivre pour la collecte, la manipulation et la préservation des preuves en tenant compte des circonstances uniques d'une enquête sur la violence physique et sexuelle à l'endroit d'un enfant, y compris les arrangements pour faire examiner ce dernier;
   g) *traiter du partage et de la divulgation des renseignements au moment de la notification initiale, pendant l'enquête conjointe et après celle-ci, y compris le partage d'information portant sur les instances criminelles découlant de l'enquête;*

      …

j) *énumérer les exigences et les procédures d'une enquête suivant la mort d'un enfant, y compris dans les cas où l'on soupçonne une agression ou quand la mort est survenue de façon soudaine et inattendue, conformément au* Major Case Management Manual *(manuel de gestion des cas importants) de l'Ontario et du document de travail du coroner en chef sur le protocole à suivre lors d'enquêtes sur la mort soudaine et inattendue d'un enfant de moins de deux ans;*

k) *aborder la nécessité d'évaluer le risque pour les autres enfants dans tous les cas de mort d'enfant où l'on soupçonne une agression;* … [italique ajouté].

Le manuel propose également un cadre qui prévoit un protocole modèle à suivre dans un cas de violence envers un enfant (Framework for Model Child Abuse Protocol). Le cadre délimite les sujets suivants devant être inclus dans le protocole local :

Planification de l'enquête conjointe
Collecte et préservation des preuves
Conduite d'interrogations conjointes des enfants dans le cadre des enquêtes
Consultation après l'interrogation
Interrogation des parents non agresseurs
Interrogation du présumé coupable
Aide aux victimes
Consultation continue et suivi des dossiers

Le cadre indique en outre que les protocoles locaux doivent aborder la question du partage et de la divulgation d'information, y compris :

– au moment de la notification initiale;
– les dispositions des enquêtes, notamment la consultation dans les cas où l'on a omis de présenter un rapport;
– les dispositions des instances et des ordonnances judiciaires;
– durant l'enquête conjointe;
– durant l'enquête conjointe continue.

De plus, le cadre traite l'enquête sur la mort d'un enfant comme un sujet distinct devant être examiné dans les protocoles locaux, y compris le rôle de la police, de la SAE et du coroner local, le partage d'information et les protocoles en place entre la police et le coroner.

J'ai remarqué que l'enquête suivant la mort d'un enfant était parfois décrite

dans les protocoles locaux comme étant une enquête menée « conjointement » par la police et la SAE. Or, il serait peut-être plus juste de parler d'enquêtes « parallèles » réalisées par la police et la SAE. Par exemple, les enquêteurs assignés aux homicides conduisent souvent leurs propres interrogations et collectent la plupart des preuves d'expert et des témoignages de profane ayant trait à l'affaire sans faire appel à la SAE, alors que la police qui enquête sur une agression sexuelle présumée mène souvent les interrogations conjointement avec le préposé à la protection de l'enfance. Le fait d'analyser quand et dans quelle mesure les enquêtes doivent être menées conjointement ou parallèlement dépasse nettement la portée du présent rapport. Ce qui importe de reconnaître, c'est que lorsque les enquêtes ne sont pas réalisées conjointement – en totalité ou en partie – le partage d'information est d'autant plus essentiel.

Comme il est indiqué ci-dessus, même si l'on affirme que le *Manuel des normes policières* ne contient que des lignes directrices, il stipule tout de même que les chefs de police *doivent* avoir établi des protocoles locaux avec les SAE. Quoi qu'il en soit, le manuel indique bel et bien les sujets à couvrir dans les protocoles locaux, mais ne précise pas leur contenu.

De tels protocoles existent à Toronto et Peel et dans d'autres territoires de compétence de la province. Le protocole de Toronto s'intitule « Protocol for Joint Investigations of Child Physical & Sexual Abuse: Guidelines & Procedures for a Coordinated Response to Child Abuse in the City of Toronto » (protocole relatif aux enquêtes conjointes sur la violence physique et sexuelle à l'endroit d'un enfant : lignes directrices et procédures visant une intervention coordonnée en réaction à une agression envers un enfant à Toronto) et prévoit notamment :

a) Qu'une enquête conjointe soit menée par la police et la SAE dans toutes les situations où un enfant meurt dans des circonstances suspectes ou à la suite de violence ou de négligence, et que d'autres enfants se trouvent possiblement exposés à des risques.
b) Que, dans le cas où aucun autre enfant ne semble en situation de risque, la police informera, à tout le moins, la SAE des circonstances entourant la mort de l'enfant si l'on soupçonne ou l'on sait qu'elle est survenue à la suite de violence ou de négligence.
c) Que les principes de divulgation mutuelle et de partage d'information sont essentiels et s'appliquent dans ces situations graves. Toutefois, dans le cas de la mort d'un enfant, la police est en droit le limiter le partage d'information pour ne pas compromettre l'enquête en cours.
d) Que l'autorité revient au coroner dans tous les cas de mort d'enfant et que les personnes qui participent au dossier doivent suivre ses directives.

Le protocole de Toronto stipule aussi que les agents de police doivent faire part aux préposés à la protection de l'enfance des raisons qui expliquent pourquoi une accusation criminelle est déposée ou non, de l'issue des instances criminelles et des dates des comparutions à venir devant les tribunaux. Quand des procédures relatives à la protection d'un enfant sont entamées, l'intervenant de la SAE doit informer la police de toute ordonnance pouvant avoir une incidence sur les instances criminelles et des dates des comparutions à venir.

Le protocole de la région de Peel (Peel Child Abuse Protocol), qui concerne la Peel Regional Police, la SAE de Peel et le bureau du procureur de la Couronne de Peel, prévoit ce qui suit relativement au partage d'information :

a) Une intervention efficace nécessite l'entière coopération et coordination entre la police et la société d'aide à l'enfance.
b) Dans le but de faciliter la conduite de l'enquête conjointe, une divulgation complète des renseignements entre l'agent de police et l'intervenant de la SAE est exigée.
c) L'agent de police a la responsabilité principale de l'enquête criminelle sur le présumé coupable. Le préposé de la SAE a la responsabilité principale du bien-être et de la protection de l'enfant et il lui revient de procéder à l'enquête et à l'évaluation nécessaires. La police et les représentants de la SAE doivent partager le plus de renseignements possible.

L'agent de police se voit aussi dans l'obligation d'informer le préposé de la SAE des conditions de la libération sous caution, de la décision du tribunal criminel et des raisons qui expliquent cette dernière.

Malgré l'existence de tels protocoles locaux, plusieurs experts ayant témoigné devant la Commission ont décrit des lacunes dans la relation entre les personnes qui participent aux enquêtes ou aux procès touchant les cas de morts d'enfants (qu'il s'agisse des coroners, des agents de police, des médecins légistes ou des procureurs de la Couronne) et les sociétés d'aide à l'enfance.

Jane Fitzgerald, directrice générale de la SAE de London et Middlesex et membre du conseil d'administration de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE), a confirmé que des protocoles locaux existent. Selon elle, toutefois, l'information est dans la plupart des cas partagée en fonction de la relation personnelle entre les personnes qui participent à l'enquête et non du respect des protocoles en place. Elle a aussi expliqué que les protocoles actuels sont généralement suivis par la police et les sociétés d'aide à l'enfance, mais qu'ils n'incluent pas les coroners ni les médecins légistes. Elle a qualifié l'enquête sur la mort suspecte d'un enfant de « tabouret à trois pattes », où les trois « pattes » sont requises.

Andrew Koster, directeur général de la SAE de Brant, a affirmé qu'étant donné que les préposés à la protection de l'enfance doivent prendre des décisions très rapides au sujet des autres enfants de la famille d'un enfant qui est mort, ils doivent recevoir le plus de renseignements possible, le plus rapidement possible, de la part de la police et des médecins légistes. Il a souligné qu'en pratique le partage de l'information entre la police et les SAE est irrégulier dans la province. Dans certains territoires de compétence, la police ne partage pas les renseignements par crainte de compromettre l'enquête criminelle en cours.

Nicholas Bala, expert reconnu sur les questions de protection des enfants et professeur de droit à l'Université Queen's, a informé la Commission que les sociétés d'aide à l'enfance avaient parfois dû intenter des poursuites contre la police pour obtenir des renseignements sur l'enquête criminelle en cours afin d'être en mesure de mener les enquêtes de protection de l'enfance appropriées. Les SAE doivent prendre des décisions rapides relativement au placement des enfants survivants, présenter les questions de placement au tribunal et en informer les parents, mais il se peut que la police ou le bureau du coroner n'aient pas terminé leur enquête et ne soient donc pas disposés à communiquer les renseignements voulus. Il a indiqué que les tribunaux avaient tendance à ordonner la divulgation des renseignements à la SAE lors d'un litige, mais que ce n'était pas là le meilleur moyen de résoudre ce genre de situation. Il a reconnu que le système de bien-être de l'enfance tirerait profit de l'existence de meilleurs protocoles entre les services de police et les sociétés d'aide à l'enfance concernant le partage d'information, lesquels feraient en sorte que les litiges ne soient pas nécessaires.

Pendant la Commission, certaines discussions ont porté sur la question de savoir si l'on devrait élaborer de tels protocoles à l'échelle provinciale ou locale. Le professeur Bala et M. Koster ont tous deux plaidé en faveur d'un système régi par des normes provinciales, mises en œuvre localement afin de respecter les différences régionales.

Le BCCO a également reconnu la nécessité de normaliser les protocoles relatifs aux enquêtes conjointes. En juin 2007, le BCCO a publié le deuxième rapport du Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE). Le CEDE a indiqué qu'au cours de son examen des morts survenues en 2005 et en 2006, il avait constaté un manque d'uniformité constant sur le plan du respect et de l'utilisation des protocoles d'enquête par la police et les SAE, ainsi qu'un manque d'efficacité dans la communication et le partage d'information avec les autres professionnels travaillant avec les familles et les co-enquêteurs. Par conséquent, le CEDE a recommandé une amélioration du partage de l'information et la mise en place de protocoles obligatoires devant être observés par la police et les SAE dans les cas d'enquêtes conjointes et de rapports sur les morts d'enfants.

Durant la Commission, il a été confirmé qu'aucune norme provinciale n'existe à l'heure actuelle. Des protocoles locaux sont en place, mais ceux-ci sont souvent mal compris et leur application varie. Il arrive aussi qu'ils n'abordent pas le partage ou l'échange d'information en temps opportun. Ainsi, la mesure dans laquelle l'information doit être partagée et divulguée demeure une source d'incompréhension et de confusion.

Je suis d'accord avec le professeur Bala et M. Koster quant à la nécessité d'élaborer des normes provinciales afin d'appuyer celles qui existent déjà et de faire en sorte que des protocoles locaux en facilitent la mise en œuvre. Les normes provinciales devraient porter précisément sur les attentes entourant le partage d'information relativement aux enquêtes conjointes ou parallèles menées dans les cas de morts d'enfants où d'autres enfants pourraient se trouver en situation de risque. Elles devraient insister sur l'importance du fait que les renseignements soient communiqués en temps opportun et de façon précise et qu'ils soient mis à jour au fur et à mesure que les circonstances évoluent; plus particulièrement, la police doit maintenir les représentants de la protection de l'enfance au fait des derniers développements pour s'assurer que les décisions prises concernant les enfants survivants sont adéquates. Les normes devraient éliminer toute interprétation erronée faisant obstacle à un partage d'information approprié et renforcer le point soulevé précédemment à l'effet que, même s'il est important de protéger l'intégrité d'une enquête criminelle en cours, on ne doit pas surestimer la nécessité de ne pas divulguer les renseignements aux représentants de la protection de l'enfance. De même, on ne doit pas sous-estimer l'importance des décisions relatives à la protection de l'enfant ni la manière dont le partage d'information peut favoriser une meilleure recherche des faits. Les normes devraient aussi définir les rôles que doivent jouer les coroners, les médecins légistes et les avocats de la Couronne dans le partage d'information entourant la mort suspecte d'un enfant. Par ailleurs, il serait utile que les normes soient accompagnées d'un modèle pour que les protocoles locaux facilitent leur adoption dans l'ensemble de la province.

Comme je l'ai mentionné, les normes provinciales devraient être suffisamment souples pour permettre aux territoires de compétence locaux de les mettre en œuvre en vue de répondre le mieux possible aux besoins des collectivités. Cependant, cette souplesse ne doit pas donner lieu à des largesses qui nuiraient à l'objectif fondamental des normes – la normalisation partout en Ontario. Il s'agit là d'un équilibre délicat dont devront tenir compte les personnes qui seront chargées de l'élaboration des normes et des protocoles locaux. Évidemment, lorsque de telles normes seront établies, les organismes locaux devront être formés pour en assurer une mise en œuvre efficace.

Recommandation 163

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

b) **Les normes provinciales devraient :**

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

c) **Des protocoles locaux devraient être créés partout dans la province afin de permettre aux différents territoires de compétence de mettre en œuvre les normes provinciales en vue de répondre le mieux possible aux besoins de leurs collectivités.**

d) **L'élaboration en temps opportun de ces protocoles locaux devrait être facilitée par la création d'un modèle qui accompagnerait les normes provinciales.**

e) **Les sociétés d'aide à l'enfance locales, la police, les coroners, les médecins légistes et les avocats de la Couronne devraient recevoir une formation**

conjointe sur les normes provinciales et leur mise en œuvre à l'échelle locale afin d'assurer une compréhension et une interprétation communes des normes et des protocoles ainsi que de leur mise en application par toutes les parties en cause.

Communiquer avec les familles touchées

Pendant la Commission, tout le monde s'est entendu pour dire que la famille d'un enfant décédé est en droit de recevoir en temps opportun les renseignements de l'enquête sur sa mort et les résultats de cette enquête, d'une façon attentionnée et bienveillante. Plus particulièrement, les résultats médicolégaux concernant la cause de la mort sont souvent d'une importance capitale pour la famille. Comme l'a affirmé la baronne Helena Kennedy dans *Sudden Unexpected Death in Infancy* [mort soudaine et inattendue d'enfants en bas âge] (Kennedy Report), rapport de 2004 issu de l'enquête qui a suivi l'acquittement de Sally Clark en Angleterre :

> Les parents qui vivent une tragédie terrible ont besoin d'un soutien compréhensif pour les aider à surmonter la perte de leur enfant. Toutes les familles ont droit à une enquête adéquate sur la mort de leur bébé. Elles veulent désespérément savoir ce qui s'est passé, comment l'événement a pu se produire, ce qui a causé la mort et s'il était possible de l'éviter. Ces renseignements les aident à vivre leur deuil, mais s'avèrent tout aussi pertinents pour apaiser la grande anxiété qu'une famille peut ressentir à l'égard des grossesses futures et peuvent aider à identifier une cause sous-jacente, comme un problème génétique. Et si une autre mort subite d'enfant survient dans la famille, une enquête sur une mort précédente menée avec soin pourra contribuer à prévenir les erreurs judiciaires[6].

Il est impératif que la famille d'un enfant décédé obtienne le plus de renseignements possible. Or, dans la réalité, les coroners et les médecins légistes sont déjà surchargés.

Dans ses observations écrites, le BCCO a proposé la création d'un service de liaison à l'intention des familles qui fournirait de l'information et de l'aide pour passer à travers les situations complexes liées à la mort d'un membre de la famille, particulièrement à celle d'un enfant. Le cadre de référence du service de liaison à

---

[6] *Sudden Unexpected Death in Infancy: A Multi-Agency Protocol for Care and Investigation* (Londres : Royal College of Pathologists and Royal College of Paediatrics and Child Health, septembre 2004), présidente, baronne Helena Kennedy, 1, en ligne http://www.rcpath.org et http://www.rcpch.ac.uk.

l'intention des familles serait affiché sur le nouveau site Web du BCCO. De plus, une description complète des services auxquels peuvent s'attendre les familles serait fournie, y compris l'information nécessaire pour déposer une plainte, le cas échéant.

J'approuve la proposition du BCCO. L'élaboration d'un tel service contribuerait fortement, je l'espère, à faire en sorte que les familles dont un enfant est mort soient informées et tenues au courant de façon adéquate et humaine du statut et des résultats de l'enquête. Évidemment, la création d'un bureau de ce genre nécessitera un financement approprié de la part de la province.

Recommandation 164

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

Remise des rapports d'autopsie aux familles

Pendant la Commission, l'une des propositions formulées pour résoudre le problème de la communication inadéquate était que l'on permette à la famille d'un enfant décédé de consulter le rapport d'autopsie immédiatement après son dépôt. Des préoccupations ont toutefois été soulevées concernant la possibilité que les enquêtes criminelles soient parfois compromises par la publication hâtive des rapports d'autopsie.

Le rapport Kennedy a recommandé que les résultats des autopsies soient présentés aux parents le plus tôt possible. On a suggéré que ce soit un pédiatre spécialisé dans la mort soudaine et inattendue chez les enfants qui discute des résultats de l'autopsie avec les parents. Le rapport Kennedy a aussi recommandé que le pédiatre « écrive une lettre détaillée aux parents afin de les informer de la cause du décès du bébé et de prendre les dispositions nécessaires pour les rencontrer et leur expliquer le contenu de la lettre, répondre à leurs questions et leur offrir un soutien et des soins[7] ».

J'espère que l'embauche par le BCCO de personnes dévouées pour s'occuper des familles qui ont perdu un enfant permettra de résoudre en grande partie les problèmes de communication inadéquate. Je propose en outre que l'on établisse

[7] *Ibid.*, p. 20.

des lignes directrices pour aider ces personnes à communiquer avec les familles. D'après moi, ces lignes directrices devraient inclure une disposition indiquant que les résultats de l'autopsie doivent être communiqués à la famille de vive voix et par écrit, en temps opportun et avec sensibilité.

Dans les cas où une enquête criminelle a lieu, la question de savoir quels renseignements devraient être divulgués aux familles touchées, y compris le rapport d'autopsie, en est une de nature litigieuse qui doit être abordée. Le BCCO m'a encouragé à recommander la convocation d'une réunion entre le Bureau et l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) visant l'élaboration d'une politique relative à la divulgation en temps opportun de l'information sur la cause de la mort lorsqu'une enquête criminelle est en cours. Je suis d'accord pour affirmer qu'une telle réunion permettrait aux parties de trouver un équilibre adéquat entre la nécessité de maintenir la famille informée et celle de protéger une éventuelle enquête criminelle. On devrait aussi faire participer les principaux services de police à cette réunion afin de s'assurer que leur point de vue est compris et intégré dans la politique.

Recommandation 165

a) La divulgation des résultats de l'autopsie doit se faire de vive voix et par écrit, en temps opportun et en faisant preuve de sensibilité à l'égard de la perte et du deuil que vivent les parents.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait rencontrer des représentants de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et des principaux services de police pour élaborer une politique relative à la divulgation en temps opportun des renseignements sur l'autopsie lorsqu'une enquête criminelle a lieu.

Prélèvement et disposition des organes et des tissus

Le prélèvement et la disposition des organes et des tissus prélevés pendant l'autopsie constituent un autre sujet de préoccupation[8]. Certaines familles peuvent s'y opposer pour des raisons culturelles ou religieuses, alors que d'autres souhaitent être informées par le BCCO de ce qui sera fait à cet égard.

La note de service actuelle du BCCO sur le sujet reconnaît que « [l]'importance de communiquer avec les familles pendant toutes les étapes de l'enquête du

[8] Il ne faudrait pas confondre ces procédures avec le *don d'organes*, qui fait l'objet d'une politique distincte du BCCO. J'approuve la politique du BCCO en matière de *don d'organes*.

coroner ne peut être surestimée ». Elle prévoit que le coroner-enquêteur doit déployer des efforts raisonnables pour aviser la famille, avant l'autopsie, de la possibilité que des échantillons de tissus soient prélevés. Lorsque le médecin légiste transmet les résultats initiaux de l'autopsie au coroner, tous deux doivent décider ensemble s'il sera nécessaire de prélever des organes entiers et un nombre important d'échantillons de tissus. L'objectif du prélèvement d'organes et de tissus est de faire avancer les enquêtes sur les homicides et les morts suspectes ou dont la cause est indéterminée. Le médecin légiste prend note de tous les prélèvements d'organes et de tissus et transmet les renseignements au coroner-enquêteur et au coroner régional.

Le coroner-enquêteur doit déployer des efforts raisonnables pour informer dès que possible la famille des résultats de l'autopsie, dès que celle-ci est terminée. Les renseignements communiqués à la famille doivent également inclure ceux ayant trait aux prélèvements d'organes entiers et d'échantillons de tissus, et à la façon dont ceux-ci pourront être retournés à la famille en vue de l'enterrement ou de l'incinération. Le coroner-enquêteur doit informer la famille de la pratique courante qui veut que ce soit l'hôpital ou l'unité de médecine légale qui procède à l'incinération des organes et des tissus une fois l'enquête sur la mort terminée. Cependant, le coroner doit faire savoir à la famille qu'elle devra communiquer avec une maison funéraire si elle souhaite que les organes et les tissus lui soient retournés, afin que celle-ci s'en occupe.

Dans ses observations écrites, le BCCO a reconnu les inquiétudes culturelles et personnelles pouvant être soulevées par le prélèvement d'organes comme éléments de l'autopsie. Le BCCO a suggéré qu'il continue d'appliquer sa politique actuelle voulant que les familles soient informées lorsque les médecins légistes demandent que des organes soient prélevés pour effectuer des examens plus approfondis. On informe aussi les familles au sujet de la disposition des organes lorsque les analyses sont terminées. Je suis d'accord avec les observations du BCCO et j'approuve sa politique actuelle en matière de prélèvement d'organes et de tissus. Je souhaite n'ajouter qu'un seul commentaire. Dans l'éventualité d'un conflit entre le BCCO et la famille au sujet du prélèvement d'organes et de tissus, je suis d'avis que s'il est vraiment nécessaire de procéder à des analyses d'organes et de tissus dans le cadre de l'enquête sur la mort, cette nécessité doit l'emporter sur les croyances culturelles et religieuses des familles. La rétention doit toutefois être de la plus courte durée possible et l'explication fournie à la famille doit être complète et empreinte de sensibilité.

Recommandation 166

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

Examen des cas de protection d'enfants auxquels a participé le Dr Smith

L'organisme Défense des enfants – international (Canada) (DEI – Canada) a suggéré que les cas de protection de l'enfance auxquels a participé le Dr Smith soient passés en revue. L'objectif serait de déterminer si des erreurs de médecine pédiatrique légale ont mené à la séparation d'enfants de leurs parents ou tuteurs et, le cas échéant, la meilleure façon de remédier à ces séparations injustifiées. Le Groupe des familles touchées a appuyé la recommandation de la DEI – Canada, qui souhaite la mise en place de mesures appropriées pour avertir les enfants adoptés ou assujettis à une ordonnance de tutelle par la Couronne en raison des erreurs commises par le Dr Smith.

D'après moi, aucun fondement ne me permet de formuler une telle recommandation. L'examen du coroner en chef a déjà relevé tous les cas survenus entre 1991 et 2001 mettant en cause le Dr Smith et où la mort de l'enfant a été considérée suspecte sur le plan criminel. Parmi ces cas, ceux où les familles comptaient d'autres enfants constituent des cas où l'opinion médicolégale du Dr Smith a pu avoir une incidence sur les instances de protection de l'enfance. L'ensemble des cas survenus entre 1991 et 2001 et auxquels a participé le Dr Smith est connu.

L'examen en cours, qui porte sur la période de 1981 à 1991, permettra de relever les autres cas. On ne s'arrêtera qu'aux cas où une condamnation a eu lieu, mais il est peu probable qu'il y en ait d'autres, considérés comme suspects du point de vue criminel et dans lesquels le Dr Smith aurait témoigné en qualité de pathologiste pendant les instances de protection de l'enfance, dont les enfants survivants seraient toujours placés. Pendant toutes ces années, le Dr Smith a participé à peu de cas de mort d'enfants et, compte tenu du nombre d'années écoulées depuis, les enfants concernés sont probablement adultes aujourd'hui.

Enfin, il n'y a rien dans les dossiers qui indique la nécessité de revoir les témoignages d'autres médecins légistes.

Comme aucun autre examen n'est justifié, notre mandat nous permet d'aider les familles touchées dans les cas déjà relevés. La Commission a déjà facilité

le counselling pour les familles touchées par un processus vicié de médecine pédiatrique légale. Pour un grand nombre de ces personnes, le counselling s'est avéré très utile pour les aider à surmonter ces événements tragiques et à passer à autre chose. Initialement, la Commission a financé le counselling pendant deux ans, soit le temps qu'a duré la Commission d'enquête. Dans les cas où le counselling a commencé pendant le déroulement de la Commission, je recommande que celui-ci soit financé pendant trois autres années si les personnes concernées et les conseillers croient qu'un tel prolongement peut être bénéfique.

Recommandation 167

La province de l'Ontario devrait financer le counselling pour les personnes dont la famille a été touchée par un processus vicié de médecine pédiatrique légale pendant trois années additionnelles, donc pour une durée totale de cinq ans depuis le commencement, si les personnes concernées et les conseillers croient qu'un tel prolongement serait bénéfique.

Les personnes dont le nom a été inscrit au Registre des mauvais traitements infligés aux enfants en raison des preuves pathologiques fautives du D^{r} Smith doivent recevoir de l'aide. Le Registre des mauvais traitements infligés aux enfants est une base de données qui contient les noms de personnes reconnues coupables de violence ou de négligence envers un enfant dont elles avaient la garde. La *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* (*LSEF*) et ses règlements gouvernent le Registre, dans lequel figurent des renseignements sur les actes de violence ou de négligence qui ont été reçus et vérifiés par une SAE. Une fois les renseignements vérifiés par la SAE, ceux-ci doivent être transmis au directeur du Registre dans les 14 jours qui suivent. Lorsqu'une personne est inscrite au Registre, la *LSEF* exige que le directeur avise cette dernière par écrit.

Le critère servant à déterminer si le nom d'une personne doit être inscrit au Registre est moins rigoureux que la norme de preuve appliquée dans les causes civiles et criminelles. Ainsi, une telle décision peut reposer simplement sur le fait qu'il existe des preuves crédibles pour justifier l'inscription. Dans la cause *Ridley c. la Société d'aide à l'enfance du comté de Hastings*, le juge Sydney Robins a soutenu que si l'on voulait que le Registre atteigne ses objectifs, les inscriptions ne devaient pas se limiter aux causes où la violence a été établie en fonction de la norme de preuve civile ou criminelle. Au lieu de cela, il convient de se fier à des preuves crédibles qui soutiennent les renseignements contenus dans le Registre. Or, « dans l'éventualité où des preuves crédibles sont présentées, il revient au

directeur de déterminer si, selon les circonstances de la demande qui lui est adressée, l'information doit demeurer dans le Registre. En l'absence de preuves crédibles, le nom doit être supprimé[9] ».

Si une demande visant le retrait ou la modification des renseignements contenus dans le Registre est déposée, le directeur peut soit approuver la demande soit tenir une audience en vertu des paragraphes 76 (4) et (12) de la *LSEF*. Si, à la suite d'une audience, le directeur décide que l'information qui figure dans le Registre est erronée ou ne devrait pas s'y retrouver, il doit alors la retirer ou la modifier. Le directeur peut également demander à la SAE de modifier ses dossiers pour qu'ils reflètent la décision.

Dans leur étude, les professeurs Nicholas Bala et Nico Trocmé ont suggéré que je recommande le « retrait des noms du Registre des mauvais traitements infligés aux enfants s'il n'existe plus de preuves crédibles confirmant des antécédents de violence[10] ». Dans ces observations écrites, la DEI – Canada était du même avis que les professeurs Bala et Trocmé et m'a demandé avec insistance de recommander le retrait des noms du Registre.

Selon moi, les personnes dont le nom a été inscrit au Registre des mauvais traitements infligés aux enfants à la suite d'examens de médecine pédiatrique légale erronés ne devraient plus subir la stigmatisation associée à cette inscription. Le directeur du Registre devrait être encouragé à approuver les demandes de retrait des noms déposées par ces personnes.

Recommandation 168

Dans l'exécution de son mandat, le directeur du Registre des mauvais traitements infligés aux enfants de l'Ontario devrait être encouragé à approuver les demandes de retrait déposées par les personnes inscrites à tort au Registre à la suite d'examens de médecine pédiatrique légale erronés s'il n'existe plus de preuves crédibles de violence.

---

[9] [1981] O.J. nº 174 (H.C.J), par. 20.

[10] Nicholas Bala et Nico Trocmé, « Child Protection Issues and Pediatric Forensic Pathology », *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 (Toronto : ministère du Procureur général, 2008), p. 87.

Financement de l'aide juridique pour les instances de protection de l'enfance faisant appel à la médecine pédiatrique légale

Ailleurs dans le présent rapport, je formule des recommandations relatives à l'augmentation du financement pour les avocats et les experts pathologistes dans les cas de poursuites pour homicide d'enfants ou de demandes de révision de condamnations injustifiées déposées auprès du ministre. Dans la présente section, je me penche sur le financement provenant de l'aide juridique pour les avocats et les experts dans les cas d'instances de protection de l'enfance mettant en cause la médecine pédiatrique légale.

Au cours de la table ronde portant sur la médecine pédiatrique légale et les possibilités de violence à l'endroit des enfants, M^me^ Fitzgerald a affirmé que lorsqu'un homicide survient dans une famille, les préposés à la protection de l'enfance doivent prendre des décisions très complexes pour déterminer si les enfants survivants doivent ou non être placés. Les préposés à la protection de l'enfance doivent évaluer l'intérêt véritable des enfants ainsi que leur sécurité. Pour ce faire, M^me^ Fitzgerald a expliqué que les intervenants des SAE se fient nécessairement aux renseignements qui leur sont transmis par d'autres professionnels. Elle a indiqué que les préposés des SAE n'étaient pas en mesure de remettre en question les preuves médicales ni de vérifier les avis d'experts en matière de médecine pédiatrique légale potentiellement erronés. M^me^ Fitzgerald a toutefois souligné qu'au cours des instances de protection de l'enfance, les avocats des parents ou les spécialistes qui témoignent au nom de ces derniers peuvent procéder à la vérification des avis médicaux émis par les experts. Or, l'expérience de M^me^ Fitzgerald relative aux causes de protection de l'enfance portées devant les tribunaux lui a démontré que les parents n'ont malheureusement pas souvent accès au soutien de l'aide juridique nécessaire à l'obtention d'une consultation ou d'une expertise destinée à remettre en cause la preuve du médecin légiste. Le professeur Bala a expliqué à la Commission qu'il pouvait être très difficile, pour des parents, de trouver un avocat pour se charger des procédures ayant trait à la protection de l'enfance :

> Notre système d'aide juridique est souvent terriblement inadéquat, en particulier dans le contexte de la protection des enfants. Les parents ont généralement beaucoup de difficulté à trouver un avocat qui puisse répondre à leurs besoins. Les problèmes concernant l'aide juridique sont certainement réels dans le système criminel. Ceux du système de protection de l'enfance sont encore pires. À l'heure actuelle il est impossible, dans de nombreuses régions de l'Ontario, de trouver des

> avocats qui acceptent de travailler sur des cas de protection de l'enfance en raison du barème d'honoraires et des difficultés liées à ce travail.

Rob Buchanan, vice-président d'Aide juridique Ontario (AJO), a affirmé qu'il était difficile, dans certaines régions de l'Ontario, de retenir les services d'un avocat pour défendre une cause de protection de l'enfance en raison de considérations économiques. M. Buchanan a aussi expliqué qu'il n'existait pas de réel processus de gestion des cas pour les causes de droit familial. Il a affirmé qu'un avocat devait consacrer un maximum de 50 heures à sa préparation en vue d'une audience de protection de l'enfance. M. Buchanan a ajouté que les seuils d'admissibilité au financement établis par l'AJO sont très bas. Par exemple, pour qu'une personne célibataire soit admissible à un certificat d'aide juridique, son revenu annuel ne doit pas dépasser 13 000 dollars.

Les professeurs Bala et Trocmé m'ont demandé instamment de recommander que l'aide juridique offre un meilleur soutien aux parents devant prendre part à des procédures de protection de l'enfance :

> L'une des façons de promouvoir l'équité pour les parents et la prise de décisions judiciaires éclairées consiste à s'assurer que les parents ont accès à des avocats efficaces et, dans les cas appropriés, à des experts indépendants qui peuvent remettre en cause de façon crédible les opinions des experts retenus ou embauchés par le gouvernement. Bien que l'aide juridique offre un financement aux parents les plus démunis, les montants attribués sont souvent insuffisants et cela fait en sorte qu'il est très difficile pour les parents et leurs avocats de contester efficacement les décisions de l'organisme de protection de l'enfance et les opinions des experts. En outre, bien des parents aux moyens limités et dont les revenus dépassent de peu les seuils très bas établis par l'aide juridique ne sont pas en mesure d'assumer les coûts souvent astronomiques des litiges en matière de protection de l'enfance[11].

Malgré le fait que je sois d'accord avec les commentaires des professeurs Bala et Trocmé et des autres, je ne suis pas à même d'aborder, en raison de mon mandat limité, le financement de l'aide juridique pour les avocats et les experts au service des familles dans toutes les instances portant sur la protection de l'enfance. Mon mandat se limite au rétablissement de la confiance envers la médecine pédiatrique légale dans la province. Par conséquent, toutes les recommandations formulées relativement au financement provenant de l'AJO concernent uniquement les cas

[11] *Ibid.*, p. 88.

où la médecine pédiatrique légale occupe une place importante dans les instances de protection de l'enfance.

Comme l'a démontré la preuve présentée devant la Commission, la médecine pédiatrique légale est une science complexe. Les avocats doivent posséder des connaissances et des compétences accrues pour pouvoir comprendre et, le cas échéant, remettre en question les preuves médicolégales pédiatriques. Voilà pourquoi, au chapitre 17, qui porte sur le rôle du coroner, de la police, de la Couronne et de la défense, je recommande que ce ne soient que des avocats avertis, compétents et expérimentés qui prennent en charge ces cas dans le contexte criminel. Comme je le mentionne dans ce même chapitre, Aide juridique Ontario doit accroître la rémunération versée dans les causes touchant la médecine pédiatrique légale afin de s'assurer que les avocats qualifiés acceptent ces cas complexes.

Le même principe s'applique aux instances de protection de l'enfance dans lesquelles la médecine pédiatrique légale occupe une place importante. Je suis d'avis que les avocats et les experts qui agissent au nom des parents constituent une protection nécessaire contre les erreurs judiciaires causées par un processus vicié de médecine pédiatrique légale non seulement dans les causes criminelles, mais aussi dans les procédures de protection de l'enfance. Par conséquent, dans les causes de protection de l'enfance où la médecine pédiatrique légale occupe une place importante et pour lesquelles la participation d'avocats possédant une expérience, des connaissances et des compétences accrues est nécessaire, l'AJO devrait offrir à ces avocats un financement plus élevé. Je désire souligner que le *Rapport 2008 sur l'examen du régime d'aide juridique* du professeur Michael Trebilcock met également en évidence la nécessité d'augmenter les tarifs de l'aide juridique, particulièrement pour les avocats en droit criminel et en droit familial, pour veiller à ce que les avocats qualifiés acceptent de défendre les causes prises en charge par l'aide juridique[12]. Lui aussi a recommandé que les tarifs soient augmentés considérablement dans un avenir immédiat. De plus, on devra possiblement financer des heures de préparation additionnelles en raison de la complexité de ces cas. Et comme ces causes nécessitent généralement la participation d'un médecin légiste pour aider l'avocat et la famille, l'AJO devrait aussi financer l'embauche d'un médecin légiste à un taux correspondant à celui de l'expert retenu par la Couronne. Encore là, il est possible que l'AJO doive approuver des heures additionnelles, au besoin, pour la préparation de l'expert.

[12] Michael Trebilcock, *Rapport 2008 sur l'examen du régime d'aide juridique*, http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/trebilcock/legal_aid_report_2008_FR.pdf (consulté le 14 août 2008).

Recommandation 169

a) Aide juridique Ontario devrait collaborer avec la profession des avocats en droit familial pour s'assurer que les membres reçoivent une rémunération adéquate dans les instances de protection de l'enfance où la médecine pédiatrique légale occupe une place importante. Le tarif pour les avocats qui défendent ces causes doit être augmenté afin d'encourager les avocats expérimentés et spécialisés à accepter les cas pris en charge par l'aide juridique et de tenir compte de leur expertise. Aide juridique Ontario devrait financer un nombre d'heures suffisant pour permettre aux avocats d'assumer adéquatement leurs responsabilités.

b) Dans les cas où cela est approprié, Aide juridique Ontario devrait autoriser le financement des services d'un ou de plusieurs médecins légistes et, si nécessaire, de pathologistes provenant d'une autre région, y compris leurs frais de déplacement.

c) Aide juridique Ontario devrait augmenter le taux horaire des médecins légistes qui témoignent à titre d'experts pour qu'il corresponde à celui des experts de la Couronne. Cela est nécessaire pour s'assurer que des experts possédant des compétences comparables à celles des experts de la Couronne soient disposés à aider les avocats en droit de la famille. On devrait procéder rapidement à l'augmentation du taux relatif aux cas de médecine pédiatrique légale.

d) Aide juridique Ontario devrait augmenter le nombre d'heures financées et accordées aux médecins légistes.

Je conclus le présent rapport dans le même esprit qu'au moment de le commencer. La mort soudaine et inattendue d'un enfant est une terrible tragédie. Pour les parents, la perte est dévastatrice. Elle l'est encore davantage lorsqu'une pathologie erronée fait peser des soupçons sur un parent endeuillé et incite les instances criminelles à séparer le parent de ses enfants survivants. Le fait que des preuves pathologiques erronées compromettent la recherche de la vérité, peu importe ce qu'elle pourrait dévoiler, est tout aussi troublant.

Pour que le public accorde sa confiance à la médecine pédiatrique légale, cette dernière doit tenir compte des besoins des instances de protection de l'enfance et des familles touchées. Ces besoins parallèles exigent que le système de protection de l'enfance dispose des faits nécessaires à la prise de décisions informées en temps opportun. Les membres de la famille sur qui pèsent des soupçons ainsi que leur avocat doivent être en mesure d'évaluer et, au besoin, de contester les preuves pathologiques existantes. Ce qui importe le plus, c'est que les familles

soient traitées équitablement et avec compassion lorsqu'on leur fournit un soutien pour les aider à comprendre ce qui s'est produit, si elles l'ignorent, et pendant le counselling si elles ont été touchées par un processus vicié de médecine pédiatrique légale. Les recommandations formulées dans le présent chapitre sont destinées à rétablir la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale en réglant les questions abordées.

22

Conclusion et liste générale des recommandations

Comme nous l'avons vu, un certain nombre d'incidents graves qui se sont produits dans les années 1990 ont jeté de sérieux doutes sur la capacité de la médecine pédiatrique légale, telle qu'elle était alors pratiquée en Ontario, d'assumer de façon appropriée le rôle important que l'on exigeait d'elle dans le système de justice pénale. Ces incidents ont souvent eu des répercussions tragiques sur les personnes touchées. L'examen systémique qu'a effectué la Commission a révélé d'importantes failles dans de nombreux aspects de l'exercice de la médecine légale. Il a également révélé de graves déficiences dans les mécanismes de responsabilisation et de supervision qui étaient responsables de la médecine légale en Ontario. Dans le présent volume, je recommande les mesures qui doivent être prises à mon avis pour aborder et corriger ces défaillances systémiques. Ces modifications sont nécessaires si l'on veut rétablir et rehausser la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale et son utilisation future dans le système de justice pénale.

La création d'un véritable service ontarien de médecine légale professionnalisé est d'une importance primordiale. J'ai décrit les pierres angulaires sur lesquelles un tel service doit reposer. Elles comprennent la reconnaissance législative du rôle essentiel que joue la médecine légale dans les enquêtes sur les morts, un enseignement, une formation et une accréditation en médecine légale appropriés au Canada, le recrutement et le maintien en poste de médecins légistes compétents et un financement durable adéquat pour assurer la croissance de la profession.

Le besoin de modifier les mécanismes de supervision de la médecine légale en Ontario s'avère tout aussi important. Le plus important, c'est qu'un changement institutionnel majeur dans la gouvernance du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) lui-même est essentiel si l'on veut garantir au public une supervision efficace à la fois du service de médecine légale et du service des coroners. Ce changement exige la mise sur pied d'un conseil de direction au BCCO.

De plus, il importe que des changements organisationnels soient apportés pour rationaliser et clarifier les rôles et les responsabilités des différentes parties du Service ontarien de médecine légale et de ses cadres supérieurs.

Le travail des médecins légistes sur le plan individuel doit lui aussi être abordé. J'ai formulé des recommandations visant à tabler sur les importants progrès qui ont été réalisés à cet égard depuis 2001, dans le but de promouvoir davantage la réalisation d'autopsies exactes, compréhensibles et transparentes. De plus, j'aborde le besoin essentiel de faire en sorte que les médecins légistes puissent communiquer leurs opinions de façon efficace au système de justice pénale.

Nous devons en même temps reconnaître que d'autres participants au système de justice pénale ont des rôles importants à jouer dans la protection du public contre l'intégration de pratiques médicolégales fautives ou mal comprises dans les enquêtes et les instances criminelles. Je formule des recommandations sur la façon dont les coroners, la police, les procureurs, les avocats de la défense et les tribunaux eux-mêmes peuvent aider à atteindre cet objectif.

Je me suis finalement penché sur trois autres questions dans le présent volume. La première se rapporte à ce qui peut être fait et à ce qui devrait être fait, le cas échéant, à l'égard des pratiques médicolégales fautives que nous avons examinées relativement aux risques de condamnation injustifiée. La deuxième question aborde les défis que présente le besoin d'offrir des services de médecine légale et de coroner adéquats aux Premières nations et autres collectivités éloignées du Nord de l'Ontario. La troisième porte sur les modifications qui devraient être apportées si l'on veut que la médecine pédiatrique légale soit aussi sensible que possible aux conséquences dévastatrices qu'a la mort soudaine et inattendue d'un enfant sur les familles touchées.

Je conclus par la liste générale de mes recommandations détaillées sur chacun de ces importants sujets. Ces recommandations découlent directement de l'examen que j'ai été tenu de réaliser concernant la période allant de 1981 à 2001. Elles abordent les défaillances systémiques sur le plan de la pratique et de la supervision de la médecine pédiatrique légale qui ont été décelées durant l'enquête. À mon avis, ce sont les mesures qui doivent être prises pour regagner et accroître la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale en Ontario et son utilisation future dans le système de justice pénale.

Au cours des dernières années, les nouveaux dirigeants ont commencé à prendre des mesures importantes pour relever ce défi. Toutefois, comme ils le reconnaissent, il reste encore beaucoup à faire. Si nous arrêtons maintenant, nous risquons de revenir aux années troubles qui ont fait l'objet de l'examen de la Commission d'enquête. Cependant, les mesures prises jusqu'à maintenant, ainsi que le sentiment d'espoir et d'enthousiasme envers l'avenir qui a commencé à

naître chez les personnes qui continuent à œuvrer dans le domaine, fournissent de solides assises sur lesquelles nous pourrons tabler.

Mes recommandations visent à tirer parti de ces assises. Si nous y donnons suite, elles représentent le meilleur moyen de protéger le système de justice contre les pratiques fautives en matière de pathologie, de laisser derrière l'époque sombre des dernières années et de créer le service de médecine légale dont le système de justice pénale a besoin et que les habitants de l'Ontario méritent.

Liste générale des recommandations

Les recommandations complètes, numérotées de façon séquentielle, se trouvent ci-après en faisant référence aux numéros de chapitre et de page dans le texte.

Chapitre 11
Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale

1 La province de l'Ontario doit modifier sa *Loi sur les coroners* afin de :

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

2 Aussi rapidement que possible, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devrait :

a) approuver l'accréditation de programmes de formation en médecine légale de un an offerts par les écoles de médecine du Canada aux candidats détenant un certificat du Collège royal en anatomopathologie ou en pathologie générale;
b) accréditer les médecins légistes qui réussissent un programme de formation accrédité et l'examen du Collège royal en médecine légale;
c) parachever le processus permettant aux pathologistes qui exercent présentement la médecine légale en Ontario d'obtenir l'accréditation du Collège royal. [Voir page 324.]

3 Le service ontarien de médecine légale et le médecin légiste en chef devraient activement encourager :

a) les facultés de médecine à promouvoir l'intérêt envers la médecine légale en permettant aux étudiants d'en faire l'expérience au début de leur programme;
b) les médecins légistes à collaborer avec les facultés de médecine afin de renseigner les étudiants au sujet de la médecine légale. [Voir page 325.]

4 Le conseil de direction et le médecin légiste en chef devraient s'assurer que le Service ontarien de médecine légale repose sur les trois piliers essentiels et interdépendants que sont le service, l'enseignement et la recherche. [Voir page 327.]

5 La province de l'Ontario, le conseil de direction et le médecin légiste en chef devraient collaborer avec l'Université de Toronto afin de mettre sur pied un centre de médecine légale et de criminalistique qui :

a) offrirait un enseignement aux praticiens et aux étudiants dans différentes disciplines médicales liées à la criminalistique;
b) serait affilié directement à l'Unité provinciale de médecine légale et à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique. [Voir page 329.]

6 Toutes les personnes et institutions qui assurent ou supervisent l'enseignement de la médecine aux étudiants en Ontario devraient mettre l'accent sur l'importance cruciale d'inclure le système de justice pénale dans l'enseignement de la médecine légale. Plus particulièrement, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devrait s'assurer que les programmes accrédités de bourses de recherche en médecine légale offrent un enseignement sur les témoignages d'expert, le système de justice et les aspects pertinents du droit de la preuve et de la procédure pénale. [Voir page 330.]

7 Toutes les personnes et institutions qui assurent ou supervisent les services de médecine légale en Ontario devraient mettre l'accent sur l'importance cruciale de la formation continue et, plus particulièrement :

a) le médecin légiste en chef ou son remplaçant désigné devrait assumer la responsabilité principale de favoriser la formation continue et interdisciplinaire sur le rôle du médecin légiste dans le système de justice;
b) la province de l'Ontario devrait financer adéquatement la formation continue destinée aux médecins légistes concernant les récents progrès de la médecine légale et le rôle du médecin légiste dans le système de justice. [Voir page 331.]

8 La province de l'Ontario fournir les ressources nécessaires afin de remédier au manque important de médecins légistes en Ontario. La province de l'Ontario devrait tout particulièrement :

a) financer de façon adéquate et durable des bourses de recherche en médecine légale dans chacune des unités régionales de médecine légale de la province;
b) financer des postes à temps plein dans cette profession qui appuieront les trois piliers, soit le service, l'enseignement et la recherche, y compris, sans toutefois s'y limiter, les postes de médecin légiste en chef adjoint, de directeurs au sein des unités régionales de médecine légale et de médecins légistes à l'interne;
c) fournir des ressources suffisantes pour faire en sorte que la charge de travail des médecins légistes ne dépasse pas les normes recommandées;
d) inclure les pathologistes du Service ontarien de médecine légale dans le Laboratory Medicine Funding Framework Agreement afin de s'assurer que tous les pathologistes sont rémunérés équitablement, qu'ils travaillent dans les hôpitaux ou à l'Unité provinciale de médecine légale, ou prendre les mesures nécessaires pour arriver au même résultat et le maintenir;
e) augmenter le nombre de postes équivalents temps plein dans les unités régionales de médecine légale de l'Ontario;
f) s'assurer que toutes les unités où sont pratiquées des autopsies en vertu de mandats du coroner sont entièrement équipées, bénéficient des ressources appropriées et ne sont pas désuètes;
g) financer la construction de nouvelles installations modernes pour héberger le Bureau du coroner en chef de l'Ontario ainsi que les services de criminalistique connexes. [Voir page 335.]

9 Le Service ontarien de médecine légale devrait immédiatement recruter, à l'étranger, des médecins légistes dûment accrédités afin de remédier à la pénurie qui existe dans la province. [Voir page 337.]

10 La province de l'Ontario devrait fournir des ressources suffisantes pour permettre le recrutement de médecins légistes dûment accrédités dans d'autres pays. [Voir page 337.]

11 La province de l'Ontario devrait s'engager à offrir un financement suffisant pour soutenir les changements qui s'avèrent nécessaires pour le rétablissement de la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale. [Voir page 338.]

Chapitre 12
Réorganisation de la médecine pédiatrique légale

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

« Service ontarien de médecine légale » s'entend de la direction du Bureau du coroner en chef de l'Ontario qui, sous la direction du médecin légiste en chef, fournit tous les services de médecine légale offerts en vertu d'un mandat du coroner ou en relation avec un tel mandat[1]. [Voir page 340.]

13 La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin d'inclure les définitions suivantes de « pathologiste » et de « médecin légiste accrédité » :

a) « pathologiste » s'entend d'un médecin légalement compétent accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou son équivalent, à titre de spécialiste en anatomie pathologique ou en pathologie générale;
b) « médecin légiste accrédité » s'entend d'un pathologiste accrédité par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou son équivalent, à titre de spécialiste en médecine légale. [Voir page 341.]

14 La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin de prévoir que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme un médecin légiste accrédité au poste de médecin légiste en chef de l'Ontario pour :

a) diriger le Service ontarien de médecine légale et être responsable des services qu'il offre;
b) surveiller, diriger et superviser le travail de tous les pathologistes ontariens effectué en vertu d'un mandat du coroner ou en relation avec un tel mandat;
c) offrir des programmes de formation aux pathologistes sur leurs fonctions;
d) rédiger, publier et distribuer un code de déontologie pour servir de guide aux pathologistes;
e) administrer un registre des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner;

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

f) accomplir toute autre tâche qui lui est confiée par cette loi ou une autre loi ou en vertu de celles-ci, par les règlements pris en application de ces lois ou par le lieutenant-gouverneur en conseil. [Voir page 342.]

15 Le conseil de direction devrait créer un document énonçant les fonctions et les responsabilités supplémentaires du médecin légiste en chef, notamment les suivantes :

a) s'assurer que le Service ontarien de médecine légale (SOML) offre des services de haute qualité;
b) assurer la supervision efficace des travaux exécutés dans l'ensemble du SOML;
c) assumer la responsabilité de la mission du SOML en ce qui a trait au service, à l'enseignement et à la recherche;
d) favoriser une culture de la qualité axée sur la collaboration au sein du SOML;
e) assumer la responsabilité de la préparation et de l'administration du budget annuel du SOML;
f) assumer la responsabilité de désigner le pathologiste qui pratiquera chaque autopsie effectuée en vertu d'un mandat du coroner en Ontario. [Voir page 342.]

16 Le coroner en chef de l'Ontario devrait enjoindre aux coroners-enquêteurs régionaux d'adresser tous les mandats demandant une autopsie au médecin légiste en chef ou à son représentant. [Voir page 343.]

17 La *Loi sur les coroners* devrait être modifiée afin de prévoir que le lieutenant-gouverneur en conseil puisse nommer au moins un médecin légiste à titre de médecin légiste en chef adjoint en Ontario, qui peut agir au nom du médecin légiste en chef et exercer tous ses pouvoirs en l'absence de ce dernier ou lorsqu'il n'est pas en mesure d'agir. [Voir page 343.]

18 Le lieutenant-gouverneur en conseil, sur recommandation du médecin légiste en chef, devrait nommer un directeur régional à la tête de chaque unité régionale de médecine légale, en lui confiant les responsabilités suivantes :

a) superviser le travail de son unité régionale et en être responsable;
b) être membre du Comité consultatif de la médecine légale;
c) aider le médecin légiste en chef ainsi que le ou les médecins légistes en chef adjoints à mettre en place des processus d'assurance de la qualité et

d'examen par les pairs ainsi que d'autres mécanismes d'examen. [Voir page 345.]

19 Afin d'assurer la qualité des services à l'échelle de la province, le Service ontarien de médecine légale devrait recourir aux unités régionales de médecine légale et miser sur celles-ci. [Voir page 346.]

20 La province de l'Ontario devrait financer les coûts réels des unités régionales de médecine légale. [Voir page 346.]

21 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait conclure des ententes de services concernant chaque unité régionale de médecine légale. Ces ententes devraient au moins prévoir ce qui suit :

a) l'unité assumera la responsabilité d'une zone géographique désignée du Service ontarien de médecine légale;
b) chaque directeur régional sera responsable devant le médecin légiste en chef du travail de son unité et de la supervision, de la rapidité et du contrôle de la qualité de toutes les autopsies pratiquées en vertu de mandats du coroner à l'intérieur de la zone désignée de l'unité;
c) le médecin légiste en chef sera responsable de la supervision générale des unités, de définir l'orientation et de fournir des directives concernant les normes acceptables d'exercice de la médecine légale au sein des unités et d'assurer la mise en place de mesures de contrôle de la qualité appropriées;
d) les médecins légistes effectuant des travaux pour le Service ontarien de médecine légale doivent être inscrits au registre des pathologistes et relèveront principalement de leur directeur régional;
e) chaque directeur régional occupera un poste à traitement annuel au sein de l'unité régionale, bien que ce poste puisse être à temps plein ou à temps partiel, selon les circonstances locales. [Voir page 350.]

22 Les hôpitaux de l'Ontario devraient élaborer des politiques les obligeant à signaler au médecin légiste en chef tout doute sérieux concernant le travail de tout pathologiste en milieu hospitalier pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner, que ce doute soit lié ou non à un travail effectué en vertu de tels mandats. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait également élaborer des politiques l'obligeant à signaler tout doute sérieux concernant le travail d'un médecin légiste à l'hôpital où pratique le pathologiste. [Voir page 351.]

23 Le Service ontarien de médecine légale devrait s'assurer qu'en tant qu'exigence d'inscription au registre, les pathologistes autorisent les hôpitaux à signaler tout doute sérieux au médecin légiste en chef et le médecin légiste en chef à signaler tout doute sérieux aux hôpitaux. [Voir page 351.]

24 Avec le soutien du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le Service ontarien de médecine légale et chaque hôpital auquel une unité régionale est associée devraient élaborer des protocoles visant à définir clairement les domaines de responsabilité de l'hôpital et les limites de cette responsabilité, afin d'éviter qu'il y ait confusion à l'égard du rôle de supervision du médecin légiste en chef et de l'hôpital. [Voir page 351.]

25 Le Service ontarien de médecine légale devrait augmenter le nombre de postes équivalent temps plein dans toutes les unités, ainsi que le pourcentage d'autopsies judiciaires pratiquées au sein de ces unités. [Voir page 352.]

26 La province de l'Ontario devrait financer la création d'un portail de télémédecine à l'Unité provinciale de médecine légale et dans chacune des unités régionales de médecine légale, si elles ne font pas déjà partie d'un réseau hospitalier particulier. [Voir page 353.]

27 L'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique devrait continuer à fonctionner comme unité régionale de médecine légale au SickKids. Son directeur doit être un médecin légiste accrédité. [Voir page 355.]

28 Concernant les cas de morts d'enfants qui doivent être pris en charge à Toronto, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait ordonner ce qui suit :

a) en ce qui a trait aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes, l'autopsie devrait normalement être pratiquée à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique;
b) en ce qui a trait aux cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie devrait être pratiquée par un pathologiste compétent à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique ou à l'Unité provinciale de médecine légale, selon ce que décide le médecin légiste en chef ou son représentant;
c) les pathologistes de chaque unité devraient tirer profit de l'expertise disponible dans l'autre unité, particulièrement dans les cas difficiles. [Voir page 357.]

29 Concernant les morts d'enfants hors de la région géographique généralement desservie par l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait ordonner ce qui suit :

a) en ce qui a trait aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes survenues dans la région géographique des unités régionales désignées, l'autopsie devrait être pratiquée par l'unité régionale de médecine légale compétente ou par la D^re^ Susan Phillips ou un autre médecin légiste agréé de Winnipeg;
b) en ce qui a trait aux cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie devrait être pratiquée par le pathologiste, et à l'unité choisie par le médecin légiste en chef ou son représentant. [Voir page 358.]

30 Jusqu'à la création du registre des pathologistes, les dispositions des directives de 2007 intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* devraient être suivies dans tous les cas de morts suspectes d'enfants. [Voir page 359.]

31 Une fois le registre créé, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste pédiatrique autorisé. [Voir page 359.]

32 Dès que le nombre le permettra, le médecin légiste en chef devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'enfants, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste accrédité ayant de l'expérience en médecine pédiatrique légale. [Voir page 359.]

33 Concernant tous les cas de médecine légale, mais particulièrement les cas de morts suspectes d'enfants, le Service ontarien de médecine légale devrait renforcer une politique qui encourage la collaboration entre le médecin légiste et d'autres professionnels compétents[2]. [Voir page 360.]

34 Le Service ontarien de médecine légale devrait établir un protocole relatif aux cas de morts d'enfants qui ne semblent pas suspectes au début, mais qui le deviennent au cours de l'autopsie. Le pathologiste doit appliquer le proto-

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

cole dès que des soupçons sont soulevés et le protocole devrait prévoir l'accès immédiat à un médecin légiste et, finalement, au médecin légiste en chef. [Voir page 362.]

35 Jusqu'à ce que le registre des pathologistes soit créé, les dispositions des lignes directrices de 2007 intitulées *Guidelines on Autopsy Practice for Forensic Pathologists: Criminally Suspicious Cases and Homicides* devraient être suivies dans tous les cas de morts suspectes d'enfants. [Voir page 362.]

36 Une fois le registre créé, le médecin légiste en chef ou son représentant devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'adultes, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste autorisé. [Voir page 362.]

37 Dès que le nombre le permettra, le médecin légiste en chef devrait s'assurer qu'en ce qui a trait à tous les cas de morts suspectes d'adultes, l'autopsie est pratiquée par un médecin légiste accrédité. [Voir page 363.]

Chapitre 13
Amélioration de la supervision et de la responsabilisation

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

a) la supervision de l'orientation et de la planification stratégiques du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, y compris le service des coroners et le Service ontarien de médecine légale;
b) l'approbation du budget;
c) les décisions concernant les cadres supérieurs;
d) l'administration du processus de traitement des plaintes du public. [Voir page 372.]

39 Le coroner en chef devrait rendre des comptes au conseil de direction en ce qui concerne le fonctionnement et la gestion du service des coroners. Le médecin légiste en chef devrait rendre des comptes au conseil de direction en ce qui concerne le fonctionnement et la gestion du Service ontarien de médecine légale. [Voir page 373.]

40 Le conseil de direction devrait remettre chaque année un rapport au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Son rapport annuel devrait être mis à la disposition du public. [Voir page 373.]

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

- un représentant du juge en chef de l'Ontario, qui pourrait assumer le rôle de président du conseil, sinon le président, pourrait être désigné par le 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. [Voir page 373.]

42 Le conseil de direction devrait orienter l'élaboration des mécanismes d'assurance de la qualité, de supervision et de responsabilisation en ce qui a trait au travail du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, à la fois pour le Service ontarien de médecine légale et le service des coroners. [Voir page 375.]

43 Le service ontarien de médecine légale devrait créer un registre, accessible au public, des pathologistes autorisés à pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner. [Voir page 378.]

44 L'administration du registre devrait incomber au médecin légiste en chef. [Voir page 378.]

45 Le médecin légiste en chef devrait, avec l'approbation du conseil de direction, définir les détails du registre, y compris des procédures justes et transparentes d'inscription, de renouvellement et de retrait. Toutefois, le registre devrait comporter des catégories distinctes pour les médecins légistes autorisés à

pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes, ceux autorisés à le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants et ceux autorisés à pratiquer seulement des autopsies courantes pour les coroners. [Voir page 378.]

46 À mesure que le Service ontarien de médecine légale se développera sur les plans de la taille et des compétences, les critères d'inscription au registre devraient devenir plus rigoureux. Dès que possible, seuls les médecins légistes accrédités devraient être autorisés à pratiquer des autopsies dans les cas de morts suspectes d'adultes et seuls ceux qui ont une grande expérience en médecine pédiatrique légale devraient pouvoir le faire dans les cas de morts suspectes d'enfants. [Voir page 378.]

47 Le conseil de direction devrait nommer un directeur général responsable de l'administration à la fois du service des coroners et du Service ontarien de médecine légale. [Voir page 380.]

48 Les postes de coroner en chef et de médecin légiste en chef devraient être des emplois à temps plein. [Voir page 381.]

49 Un comité consultatif de la médecine légale devrait être constitué pour conseiller le médecin légiste en chef dans l'établissement des objectifs, des politiques, des protocoles et des lignes directrices relatifs à la prestation des services de médecine légale. Il devrait se composer des directeurs régionaux. [Voir page 382.]

50 Le service ontarien de médecine légale devrait affecter du personnel à l'assurance de la qualité, dont un directeur à temps plein, pour suivre les mécanismes d'assurance de la qualité. [Voir page 384.]

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

a) continuer d'exiger, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, que le médecin légiste en chef soit informé directement des résultats préliminaires de l'autopsie dans tous les cas de morts suspectes;
b) continuer d'exiger, conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, que tous les rapports d'autopsies pratiquées dans des cas de morts suspectes fassent l'objet d'un examen complet par les

pairs, soit par un directeur régional, un pathologiste à l'interne de l'Unité provinciale de médecine légale, le médecin légiste en chef ou son délégué;

c) élaborer un système d'examen des rapports d'autopsie par les pairs dans les cas de morts non suspectes lorsque l'autopsie a été pratiquée dans une unité régionale de médecine légale ou à l'Unité provinciale de médecine légale. Le système d'examen pourrait être moins approfondi que celui qui est utilisé dans les cas de morts suspectes;

d) élaborer un système d'examen par les pairs des opinions supplémentaires demandées après le rapport d'autopsie dans les cas de morts suspectes;

e) élaborer un système d'examen des opinions de consultation par les pairs dans les cas de morts suspectes;

f) élaborer des pratiques exemplaires relatives aux visites matinales quotidiennes dans les unités régionales de médecine légale. Les directeurs régionaux devraient faire rapport au médecin légiste en chef de la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires. [Voir page 388.]

52 Le médecin légiste en chef devrait instaurer un programme d'examens annuels du rendement. Chaque année, il devrait examiner le rendement des directeurs régionaux. Ces derniers devraient effectuer des examens annuels du rendement des médecins légistes qui travaillent dans leur unité. [Voir page 390.]

53 Le médecin légiste en chef et les hauts dirigeants du Service ontarien de médecine légale devraient diriger la mise en place d'une culture qui favorise la critique constructive du travail d'un médecin légiste sans tenir compte de son poste et de sa réputation. [Voir page 391.]

54 Afin d'assurer la supervision appropriée du travail du médecin légiste en chef, au-delà de celle prévue par les lignes directrices de 2007 relatives aux autopsies, on devrait faire appel de façon aléatoire à des experts de l'extérieur de la province pour évaluer son travail. [Voir page 391.]

55 Le Comité d'examen des décès d'enfants, le Comité consultatif des services judiciaires et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans devraient être maintenus. [Voir page 392.]

56 Le bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait mettre en place un système de suivi central pour, au moins, les dossiers des coroners comportant des autopsies. La province de l'Ontario devrait fournir les ressources néces-

saires à la création, à la mise en œuvre et à l'administration du système de suivi central. [Voir page 393.]

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

a) un système d'examen par les pairs des témoignages des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles;
b) un programme permettant d'obtenir les commentaires des avocats de la défense et de la Couronne concernant le travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles. [Voir page 395.]

58 Lorsqu'ils sont portés à sa connaissance, le médecin légiste en chef devrait examiner tous les commentaires défavorables des juges à propos du travail des médecins légistes dans le cadre d'instances criminelles et prendre les mesures qui s'imposent en l'occurrence. [Voir page 395.]

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

a) élaborer un système de vérifications externes aléatoires d'exemples de rapports d'autopsie des unités régionales et de l'Unité provinciale de médecine légale;
b) s'efforcer de se rendre justiciable devant des organismes externes qui évaluent ces services. [Voir page 396.]

60 Le Service ontarien de médecine légale devrait s'efforcer d'accroître la formation continue des médecins légistes inscrits au registre. [Voir page 397.]

Chapitre 14
Amélioration du processus de traitement des plaintes

61 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait établir un processus public de traitement des plaintes qui :

a) est transparent, adapté, et opportun;
b) englobe tous les médecins et spécialistes qui participent au processus

d'enquête sur les morts, y compris les coroners et les médecins légistes. [Voir page 401.]

62 Le processus de traitement des plaintes que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario établira devrait être distinct de celui de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et devrait être axé sur l'exercice des fonctions des médecins légistes et leur conformité avec les exigences du Service ontarien de médecine légale. [Voir page 403.]

63 L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devrait continuer d'enquêter sur les plaintes concernant les médecins légistes qui travaillent en vertu de mandats du coroner. [Voir page 403.]

64 Avec l'approbation du conseil de direction, le coroner en chef de l'Ontario et le médecin légiste en chef devraient définir les procédures précises du processus de traitement des plaintes de manière à :

a) tenir compte des principes de transparence, d'adaptation, d'à-propos et d'équité;
b) accorder une importance particulière aux mesures correctives et à la réadaptation, plutôt qu'aux mesures punitives, sauf si l'intérêt public est mis en péril;
c) prévoir la possibilité pour le plaignant ou le médecin d'en appeler devant le comité des plaintes du conseil de direction lorsqu'ils ne sont pas satisfaits du règlement initial de la plainte par le coroner en chef, le médecin légiste en chef ou leurs représentants. [Voir page 404.]

65 Le comité des plaintes du conseil de direction devrait traiter les plaintes concernant le travail des hauts dirigeants du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, sous réserve d'un examen supplémentaire par le sous-ministre, au besoin. [Voir page 405.]

66 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devraient être prêts à informer l'autre :

a) du fait qu'ils s'inquiètent sérieusement du travail ou de la conduite d'un médecin légiste ou d'un coroner;
b) de l'information pertinente qu'ils ont recueillie pendant le processus d'enquête;
c) du résultat de leur enquête. [Voir page 406.]

67 Le médecin légiste en chef devrait s'assurer que tous les médecins légistes sont tenus, comme condition de leur inscription au registre, de consentir au partage de renseignements entre le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario relativement aux sérieuses inquiétudes éprouvées à propos de leur travail ou de leur conduite. [Voir page 407.]

Chapitre 15
Pratiques exemplaires

68 Le Service ontarien de médecine légale devrait adopter sans ambiguïté un ensemble de principes fondamentaux englobant ceux qui sont énoncés dans le présent chapitre et qui devraient servir de base aux lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires en matière d'autopsie. [Voir page 410.]

69 a) La médecine légale fondée sur des éléments de preuve est incompatible avec la « pensée fondée sur la méfiance ». Au contraire, elle incite à garder un esprit réceptif à tout l'éventail de possibilités auxquelles les preuves peuvent mener, sans idées préconçues ni présomption d'agression, et à recueillir des preuves qui confirment ou infirment toutes les hypothèses.

b) La « pensée fondée sur des éléments de preuve », orientation que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a désormais adoptée, décrit précisément la bonne façon d'aborder la médecine légale et contribue à promouvoir une culture fondée sur des éléments probants. [Voir page 414.]

70 a) Le Service ontarien de médecine légale devrait encourager les médecins légistes partout dans la province à se présenter plus fréquemment sur les lieux de la mort.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait préparer des lignes directrices sur la présence des médecins légistes sur les lieux partout dans la province. Il pourrait s'inspirer de la note de service de Toronto et de l'expérience des médecins légistes de l'Unité provinciale de médecine légale et de l'Unité de médecine légale de Hamilton en matière de présence sur les lieux. Ces lignes directrices devraient :

i) reconnaître les avantages et les limites de la présence sur les lieux;
ii) déterminer les circonstances dans lesquelles la présence du médecin légiste sur les lieux serait utile;

iii) mettre en évidence la nécessité des communications entre les coroners-enquêteurs, la police et les médecins légistes pour déterminer quand ces derniers doivent se rendre sur place;
iv) ébaucher un protocole à suivre sur les lieux lorsque les médecins légistes sont présents. [Voir page 416.]

71 Lorsque le pathologiste ne peut pas être présent sur les lieux de la mort, le Service ontarien de médecine légale (SOML) devrait instaurer et encourager les communications améliorées « en temps réel », y compris la transmission de photos numériques et même l'usage de la vidéo et de la télémédecine pour que le médecin légiste puisse voir les lieux, lorsque cela s'avère utile, avant que le corps ne soit déplacé. Le SOML devrait obtenir les ressources nécessaires pour ce faire. [Voir page 417.]

72 La rémunération des médecins légistes devrait tenir compte du travail supplémentaire que représente leur présence sur les lieux de la mort. [Voir page 417.]

73 a) Le contenu des mandats d'autopsie devrait se conformer aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario.
b) Conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, le coroner-enquêteur devrait s'efforcer de fournir des renseignements complets et précis au médecin légiste. En particulier, tous les dossiers hospitaliers et médicaux pertinents devraient, autant que possible, être remis au médecin légiste avant qu'il entreprenne l'autopsie.
c) Le coroner devrait s'abstenir de tirer des conclusions d'ordre médical dans toute première communication avec le médecin légiste. Bien que le coroner ait le dernier mot sur les causes et les circonstances de la mort, il a aussi intérêt à attendre les opinions réfléchies du médecin légiste avant de tirer ces conclusions.
d) Conformément à la politique actuelle du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, il devrait y avoir des communications directes, par téléphone ou en personne, entre le coroner et le médecin légiste, avant l'autopsie, dans tous les cas de mort suspecte et pour toutes les autopsies d'enfants de moins de cinq ans.
e) Des protocoles destinés aux agents de police de toute la province devraient être élaborés pour déterminer les types de renseignements qui devraient et ne devraient pas être remis au médecin légiste. Ces protocoles devraient aussi établir comment la police et les coroners peuvent coor-

donner les renseignements à remettre au médecin légiste et déterminer qui le fera. [Voir page 421.]

74 a) On devrait encourager la police et les coroners à fournir l'information initiale au médecin légiste par écrit.
b) Les renseignements supplémentaires transmis au médecin légiste en tout temps devraient lui être remis par écrit ou, s'ils sont verbaux, ils devraient être consignés autant par la personne qui les transmet que par celle qui les reçoit.
c) La police et les coroners devraient utiliser des questionnaires d'enquête pour fournir de l'information aux médecins légistes dans tous les cas de mort subite d'un nourrisson. Le questionnaire dûment rempli devrait parvenir au médecin légiste avant que l'autopsie commence. [Voir page 424.]

75 a) En règle générale, la police et les coroners ne devraient pas « filtrer » l'information pertinente qui doit parvenir au médecin légiste. Ce dernier est le mieux placé pour savoir ce qui est utile à son travail.
b) Cela étant dit, la police et les coroners ne devraient généralement pas transmettre d'information manifestement non pertinente, insinuante ou purement spéculative. Les coroners et les agents de police jouissent aussi d'un pouvoir discrétionnaire quant à la façon de transmettre l'information pertinente au médecin légiste. Cela pourrait signifier, par exemple, que l'information est transmise par des moyens susceptibles d'en réduire l'utilisation abusive éventuelle ou la possibilité qu'elle influence indûment le médecin légiste.
c) Le médecin légiste devrait demeurer vigilant quant aux risques de partialité ou à l'influence de considérations superflues. Le meilleur moyen d'y parvenir est de rehausser le professionnalisme et la formation, d'accroître la sensibilisation au risque de partialité, de promouvoir une culture fondée sur des éléments de preuve, d'assurer une transparence totale autant en ce qui a trait au contenu de la communication qu'aux éléments sur lesquels le pathologiste se fonde et d'adopter une attitude prudente en ce qui concerne l'utilisation de renseignements circonstanciels ou qui ne relèvent pas de la pathologie. [Voir page 428.]

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

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

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

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

78 a) Conformément aux lignes directrices d'octobre 2007 relatives aux autopsies, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à encourager les médecins légistes à faire preuve de prudence au sujet des opinions préliminaires. En particulier, aucune opinion préliminaire sur la cause de la mort ou d'autres questions de nature médicolégale, comme le moment où les blessures ont été infligées ou la manière dont elles l'ont été, ne devrait être donnée s'il existe une probabilité raisonnable que les examens secondaires modifient cette opinion préliminaire. Dans ces circonstances, la cause de la mort devrait être indiquée comme étant « en attente d'autres examens ».

b) Que les médecins légistes expriment une opinion préliminaire ou qu'ils indiquent que la cause de la mort est « à venir », ils devraient s'assurer que cela est parfaitement compris, ainsi que toute nuance ou restriction applicable à cette opinion préliminaire. [Voir page 434.]

79 a) Lorsqu'un médecin légiste fournit une opinion préliminaire à la fin de l'autopsie, il devrait le faire par écrit. Le pathologiste devrait remettre son opinion par écrit à la police et en garder une copie pour ses dossiers, sinon l'agent de police présent devrait noter avec soin l'opinion dans son carnet. Dans la deuxième hypothèse, le médecin légiste devrait vérifier la précision de ce que la police a noté et indiquer par écrit que les notes sont conformes à son opinion, y compris les restrictions qui s'y appliquent. Le

médecin légiste devrait aussi garder une copie des indications pertinentes.

b) Si le formulaire d'avis du Bureau du coroner en chef de l'Ontario est utilisé pour noter l'opinion préliminaire du médecin légiste, il devrait être remis à la police et au coroner et le pathologiste devrait s'en garder une copie. [Voir page 436.]

80 a) À partir des suggestions énoncées dans le présent rapport, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et le futur Service ontarien de médecine légale (SOML) devraient s'attaquer à l'important défi de la production en temps opportun des rapports de médecine légale dont le système de justice pénale a besoin.

b) La solution à ce problème difficile devrait comprendre les éléments suivants :

i) Il devrait y avoir des délais réalistes et bien compris pour remettre les rapports d'autopsie. Ceux que le BCCO a proposés dans sa note de service de juillet 2004 sembleraient appropriés.

ii) Le BCCO devrait mettre sur pied un système de suivi central qui donnerait une meilleure idée du problème de la production en retard des rapports et qui permettrait par conséquent de mieux le gérer.

iii) Le développement de la profession de médecin légiste sera d'un grand secours.

iv) Le BCCO devrait bénéficier de ressources suffisantes pour s'assurer qu'aucun obstacle administratif ne vient retarder la production des rapports.

v) La mise en place de meilleures lignes de communication entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, par le biais de leurs ententes de service, contribuera à minimiser la pression qu'exerce le travail de pathologie clinique en tant qu'obstacle à la remise des rapports médicolégaux en temps opportun.

vi) Surtout dans les cas difficiles de morts suspectes, le BCCO devrait préparer des lignes directrices afin de prioriser les rapports dont le système de justice pénale a un besoin urgent.

vii) Il doit y avoir des sanctions. Les personnes qui occupent des postes de responsabilité, à commencer par le directeur régional, devraient tirer parti de leurs compétences de gestionnaires pour régler le problème. En bout de piste, le médecin légiste en chef peut brandir la menace du retrait possible du registre. Associée à la rémunération accrue des médecins légistes payés à l'acte pour les rapports qu'ils déposent, cette menace devrait suffire. Dans les cas extrêmes, la radiation du registre

pourrait en effet s'avérer nécessaire pour préserver l'intégrité du SOML. [Voir page 439.]

81 a) En vue de raccourcir les délais de production des rapports d'autopsie, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer à enjoindre aux médecins légistes de soumettre leurs échantillons aux fins d'analyse toxicologique aussitôt que possible.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires devraient rapidement concevoir ensemble des lignes directrices qui priorisent et accélèrent les analyses toxicologiques dans des types d'affaires clairement définis, comme les cas de morts suspectes.

c) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Centre des sciences judiciaires devraient continuer leurs pourparlers en toute priorité afin d'améliorer les délais de réalisation des rapports de toxicologie dont les médecins légistes ont besoin pour terminer leur rapport. [Voir page 441.]

82 Les médecins légistes devraient travailler en équipe lorsqu'ils pratiquent des autopsies. Le Service ontarien de médecine légale devrait être chargé de créer une culture où l'on s'attend à cela. [Voir page 443.]

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

Chapitre 16
Communication efficace avec le système de justice pénale

84 Plusieurs principes généraux devraient guider la façon dont les opinions des pathologistes sont communiquées :

a) Les opinions des pathologistes sont souvent tributaires de connaissances et d'expertise techniques difficilement compréhensibles pour des profanes. Dans les cas de médecine pédiatrique légale en particulier, les opinions

peuvent contenir plusieurs nuances. Toutefois, le système de justice pénale dans lequel ces opinions sont requises demande certitude et simplicité. Ces cultures différentes posent un sérieux risque de malentendu entre les deux domaines professionnels, risque qui est amplifié par un processus de confrontation conçu pour pousser ces opinions dans diverses directions. Afin de réduire le risque de malentendu, les parties les plus importantes de l'opinion d'un médecin légiste devraient être mises par écrit dès que possible.

b) La capacité des différents destinataires de l'opinion d'un médecin légiste, y compris les pairs qui en font l'examen, les coroners, les intervenants du système de justice pénale ou les instances de protection de la jeunesse, à comprendre, à évaluer et potentiellement à mettre en doute cette opinion exige que cette dernière soit tout à fait transparente. Le rapport devrait également mentionner, en plus de l'opinion, les faits sur lesquels celle-ci repose, le raisonnement qui a permis d'y arriver, ses limites et la certitude ou le degré de confiance du pathologiste à l'égard de l'opinion exprimée.

c) Bien que certaines des personnes auxquelles s'adresse l'opinion du médecin légiste soient des experts, comme les pairs chargés de l'examen, nombre d'entre elles sont des profanes qui comprennent peu ou pas du tout le langage technique. Il est essentiel que l'opinion du pathologiste soit comprise par toutes les personnes concernées. Elle doit donc être communiquée dans un langage qui est non seulement précis, mais également clair, simple et dénué d'ambiguïté.

d) Lorsqu'ils expriment leur opinion, les médecins légistes devraient adopter une démarche fondée sur des éléments de preuve. Pour ce faire, ils doivent mettre l'accent sur les preuves empiriques ainsi que sur leur portée et leurs limites, telles qu'elles sont largement définies dans les ouvrages médicaux revus par les pairs et d'autres sources fiables. Cette démarche insiste moins sur les déclarations péremptoires fondées sur l'expérience personnelle, qui peut rarement être quantifiée ou validée de façon indépendante. [Voir page 447.]

85 a) Le terme « asphyxie » ne devrait pas être employé pour préciser la cause de la mort. Si on doit l'utiliser pour décrire le mécanisme ayant causé la mort, il devrait être explicité afin d'éviter toute confusion.

b) Les médecins légistes de l'Ontario devraient être sensibilisés aux dangers associés au terme « asphyxie » et, sous les auspices du médecin légiste en chef, en venir à un consensus sur les cas où il est approprié ou non de l'utiliser.

c) De façon plus générale, les médecins légistes devraient prendre soin d'exprimer leurs opinions en des termes qui ne sont pas porteurs de plusieurs sens et qui permettent d'élucider les questions sur lesquelles porte l'opinion. [Voir page 450.]

86 a) Les médecins légistes devraient évaluer le niveau de confiance qu'ils ont à l'égard de leurs opinions et exprimer cette évaluation aussi clairement que possible. Dans l'attente de la définition d'un langage commun à cette fin, les pathologistes devraient exprimer le plus clairement possible, en leurs propres mots, leur niveau de confiance.

b) Sous les auspices du médecin légiste en chef, des travaux pluridisciplinaires devraient être entrepris pour définir, dans la mesure du possible, un langage commun permettant aux médecins légistes de décrire ce qu'ils ont à dire. Ce cadre pluridisciplinaire devrait comprendre des chefs de file, tant praticiens que théoriciens, du domaine de la médecine légale et de la profession juridique.

c) L'un des objectifs devrait être d'établir un consensus sur la façon d'exprimer les niveaux de confiance.

d) Les fruits de ce travail devraient se retrouver dans un Code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes. [Voir page 453.]

87 a) La preuve au-delà de tout doute raisonnable est une norme juridique qui s'applique à l'ensemble des preuves et qui n'a aucune corrélation avec la science ou la médecine. Les médecins légistes devraient être sensibilisés et formés à ne pas penser en termes de « preuve hors de tout doute raisonnable » et ils ne devraient pas formuler ou exprimer leurs opinions en fonction de cette norme juridique.

b) De la même façon, les intervenants du système de justice devraient être sensibilisés de façon à éviter de pousser les médecins légistes à exprimer leurs opinions selon cette norme juridique. [Voir page 454.]

88 Les médecins légistes devraient également être sensibilisés et formés de façon que leur niveau de confiance ou de certitude à l'égard de leurs opinions demeure essentiellement le même, indépendamment du forum où celles-ci sont exprimées. [Voir page 454.]

89 a) Les médecins légistes ne devraient pas établir de « diagnostics par défaut ». L'absence d'une explication plausible ne peut remplacer des preuves médicolégales suffisantes pour soutenir la présence de violence

ou de blessures non accidentelles. Plus particulièrement, une formulation comme « en l'absence d'une explication plausible, les résultats de l'autopsie indiquent qu'il s'agit d'une blessure non accidentelle » ne devrait pas être employée.

b) Si la preuve est insuffisante pour soutenir une hypothèse sur la cause de la mort, la cause devrait être qualifiée d'« indéterminée ». [Voir page 457.]

90 a) Les médecins légistes devraient faire état dans leurs rapports d'autopsie ou de consultation des autres diagnostics possibles dans l'affaire. Ils devraient également évaluer les autres explications qui sont soulevées par l'examen pathologique ou par le contexte entourant la mort du défunt. Ils devraient décrire avec précision les autres explications qui ont été prises en compte et les raisons pour lesquelles elles peuvent être retenues ou non. Les mêmes principes devraient s'appliquer à toutes les communications des médecins légistes, y compris à leurs témoignages.

b) De façon générale, les opinions des médecins légistes, écrites ou orales, devraient répondre aux besoins du système de justice. Elles devraient se pencher sur les questions pertinentes et exprimer de façon transparente leur opinion sur ces questions ainsi que le raisonnement qui la sous-tend. [Voir page 457.]

91 a) Les médecins légistes devraient indiquer clairement, le cas échéant, les éléments de controverse pouvant avoir rapport avec leurs opinions et situer ces dernières dans ce contexte.

b) Ils devraient également indiquer clairement, le cas échéant, les limites de la science relatives aux opinions particulières qu'ils expriment.

c) Ils devraient être conscients des limites et des controverses de la médecine légale lorsqu'ils se font une opinion et qu'ils analysent le niveau de confiance qu'ils ont à l'égard de celle-ci.

d) Ces obligations s'appliquent également au contenu des rapports d'autopsie ou de consultation, aux communications verbales et aux témoignages. [Voir page 459.]

92 Les médecins légistes ont l'obligation absolue de reconnaître et de déterminer pour les autres les limites de leur expertise. Ils devraient éviter d'exprimer des opinions qui sortent de leur champ d'expertise. Lorsqu'ils sont invités à fournir de telles opinions, les médecins légistes devraient établir clairement les limites de leur expertise et refuser de s'exprimer. [Voir page 461.]

93 a) Les médecins légistes ne devraient jamais recourir aux preuves circonstancielles ou de nature non pathologique pour soutenir entièrement une opinion.

b) Lors de l'utilisation de tels renseignements ou preuves, la prudence devrait être particulièrement de mise si la preuve circonstancielle risque de ne pas être fiable ou si elle se rapproche de la question que la cour doit ultimement trancher.

c) Les opinions des médecins légistes doivent en fin de compte demeurer dans le cadre de leur domaine particulier d'expertise. Ils ne devraient pas se fonder sur des preuves circonstancielles à un point où l'opinion ne répond plus à cette exigence.

d) Les médecins légistes ont une liberté limitée quant à l'utilisation appropriée des preuves circonstancielles ou de nature non pathologique lorsqu'ils se font une opinion. Ils n'ont pas à mettre complètement de côté ce genre de preuve. Toutefois, l'utilisation ou la prise en compte des preuves circonstancielles devrait toujours être transparente : ils devraient toujours indiquer jusqu'à quel point ils ont fait usage de telles preuves ou dans quelle mesure ils se sont fondés sur elles, ainsi que les répercussions qu'ont eues ces preuves sur leur raisonnement et leur opinion.

e) Les médecins légistes peuvent se pencher sur des questions hypothétiques faisant appel à des preuves circonstancielles lorsqu'ils tentent de déterminer si une hypothèse rapportée peut être soutenue ou exclue par les résultats de l'examen pathologique, ou jusqu'à quel point elle peut l'être. [Voir page 463.]

94 a) Lorsque les médecins légistes fondent leurs opinions, en tout ou en partie, sur la consultation d'autres experts, ils devraient identifier ces experts et indiquer le contenu des opinions que ces experts ont exprimées.

b) Lorsque des consultations officieuses « de couloir » influencent une opinion officielle, les mêmes procédures d'identification et de citation devraient être suivies. De plus, les experts consultés devraient décrire par écrit, si possible, toutes les conclusions ou opinions qu'ils ont fournies. [Voir page 464.]

95 a) Le fait de formuler de façon entièrement transparente les éléments sur lesquels se fonde l'opinion du médecin légiste est la pierre angulaire de la pathologie fondée sur des éléments de preuve.

b) Les opinions médicolégales, qu'elles soient exprimées par écrit ou oralement, devraient à la fois décrire les preuves médicolégales et le raisonnement ayant mené à l'opinion exprimée. [Voir page 468.]

96 Pour communiquer leurs opinions dans un langage simple à comprendre pour les profanes, les médecins légistes devraient songer à inclure dans leurs rapports d'autopsie ou de consultation un glossaire de termes médicaux et, dans certains cas, de la documentation pertinente. [Voir page 468.]

97 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait préparer un code de pratique et de normes de rendement pour les médecins légistes de l'Ontario qui décrit, entre autres, les principes qui devraient les guider au moment de la rédaction de leurs rapports et les renseignements que ceux-ci devraient contenir. Il devrait s'inspirer des sources existantes, dont le *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* de l'Angleterre et du pays de Galles. Il devrait comprendre au moins ce qui suit :

a) les principes énoncés dans la recommandation 84;
b) des directives sur ce que devraient contenir leurs rapports d'autopsie et de consultation (particulièrement dans les cas où ils risquent d'être utilisés par le système de justice) incluant :

   i) les éléments obligatoires du *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* d'Angleterre et du pays de Galles;
   ii) les détails sur les études et les qualifications professionnelles de l'expert, son expérience et ses accréditations en lien avec les opinions exprimées dans le rapport, ainsi que la portée et l'étendue de son expertise et toute restriction qui s'applique à celle-ci;
   iii) le niveau de confiance ou de certitude à l'égard des opinions exprimées;
   iv) toutes les autres explications soulevées par l'examen pathologique ou le contexte entourant la mort, ainsi qu'une analyse expliquant pourquoi ces autres explications peuvent ou non être exclues;
   v) ce que le pathologiste a à dire relativement aux questions pertinentes de l'affaire et les raisons;
   vi) toute controverse pouvant avoir un lien avec les opinions et une mise en contexte de celles-ci;
   vii) toute limite scientifique se rapportant à un avis particulier;
   viii) la mesure dans laquelle on a utilisé des renseignements circonstanciels ou de nature non pathologique et celle dans laquelle on s'y est fié et comment cela a influencé le raisonnement et les opinions;
   ix) toute autre opinion d'expert sur laquelle les opinions reposent;
   x) les preuves pathologiques trouvées et le raisonnement emprunté pour arriver aux opinions exprimées;

xi) un glossaire des termes médicaux, si cela s'avère utile, pour aider à communiquer les opinions dans un langage simple pour tous les profanes;

c) des directives concernant :

i) le langage à utiliser ou à éviter et les dangers associés à l'utilisation de certains termes;
ii) la meilleure façon de réfléchir au niveau de certitude ou de confiance, puis de l'exprimer;
iii) le besoin d'éviter de formuler ou de présenter les opinions en termes de preuve au-delà de tout doute raisonnable;
iv) le besoin d'éviter les diagnostics par défaut;
v) l'importance de reconnaître et d'établir pour les autres les limites de leur propre expertise et d'éviter d'exprimer des opinions qui sortent de ce cadre;
vi) les précautions qui devraient être prises concernant l'utilisation de preuves circonstancielles ou de nature non pathologique. [Voir page 470.]

98 Le code de pratique et des normes de rendement des médecins légistes de l'Ontario devrait aussi se pencher sur les témoignages, en s'inspirant là encore des sources existantes en matière de contenu, particulièrement du *Code of Practice and Performance Standards for Forensic Pathologists* élaboré en Angleterre et au pays de Galles. Il devrait également inclure des directives particulières à l'endroit des médecins légistes concernant la façon de réagir aux questions hypothétiques et aux opinions différentes de leurs collègues. [Voir page 474.]

99 a) Les médecins légistes devraient éviter d'utiliser un langage potentiellement trompeur, comme l'expression « compatible avec », et opter pour un langage neutre qui détermine clairement les limites de l'opinion exprimée.

b) Des travaux devraient être entrepris dans un contexte multidisciplinaire pour établir un consensus sur les mots et les expressions que les médecins légistes devraient utiliser ou éviter pour n'induire personne en erreur. Les résultats de ces travaux devraient se retrouver dans le code de pratique et de normes de rendement destiné aux médecins légistes. [Voir page 477.]

100 Il faut rappeler régulièrement aux médecins légistes les dangers que le système de justice pénale interprète mal ou ne comprenne pas bien leurs propos. C'est pourquoi ceux qui exercent la médecine légale devraient suivre régulièrement des séances de formation continue afin de communiquer plus efficacement avec le système de justice pénale. [Voir page 478.]

Chapitre 17
Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense

101 Le coroner et le médecin légiste devraient travailler en étroite collaboration dans les cas où il y a autopsie. Ce faisant, le coroner devrait respecter l'expertise du médecin légiste et son jugement professionnel indépendant. [Voir page 480.]

102 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait continuer d'encourager la tenue rapide de conférences préparatoires régulières, particulièrement dans les cas d'enquêtes sur les morts suspectes d'enfants. De telles conférences préparatoires favorisent l'échange de renseignements pertinents entre les participants, une enquête objective et éclairée et des opinions médicolégales précises qui tiennent compte des enjeux réels de l'affaire. [Voir page 485.]

103 Des notes devraient être prises durant les conférences préparatoires et faire partie des documents divulgués dans les affaires criminelles. [Voir page 485.]

104 Les conférences préparatoires constituent d'excellentes occasions pour les membres de l'équipe d'enquête sur les morts de communiquer entre eux. Elles ne constituent toutefois pas la seule occasion de communication. Les membres de l'équipe d'enquête sur les morts devraient communiquer régulièrement, particulièrement lorsque l'enquête révèle de nouveaux éléments de preuve. Ces éléments devraient être transmis aux médecins légistes pour leur permettre de revoir leur opinion à la lumière des nouveaux renseignements. Ces communications devraient être documentées par les parties en cause. [Voir page 485.]

105 Les participants aux conférences préparatoires devraient comprendre les rôles respectifs des coroners et des médecins légistes et la façon dont ces rôles influencent la portée et la nature des opinions qu'ils peuvent exprimer. Une bonne compréhension de ces rôles peut permettre d'éviter que des pressions

soient exercées sur les médecins légistes pour qu'ils modifient leurs opinions afin qu'elles soient conformes à la cause et aux circonstances de la mort établies par le coroner. Elle peut également aider à éviter que la police et l'avocat de la Couronne ne s'en remettent de façon injustifiée à des opinions de profane exprimées par le coroner à d'autres fins que celles du système de justice pénale. [Voir page 486.]

106 Les coroners devraient éviter, dans le cadre des instances judiciaires, d'exprimer des opinions qui ne relèvent pas de leur champ d'expertise. Le danger n'est pas seulement que les opinions puissent être erronées, mais aussi qu'on y accorde un poids injustifié puisqu'elles émanent du bureau du coroner. [Voir page 487.]

107 Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, les écoles de police et le Service ontarien de médecine légale devraient collaborer afin de fournir à certains agents une formation spécialisée sur les enquêtes relevant de la médecine pédiatrique légale et une formation moins approfondie pour les autres agents sur la médecine légale et les enjeux relevés au cours des travaux de la présente Commission. [Voir page 490.]

108 Les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants devraient être menées, dans la mesure du possible, par des agents qui ont une formation et une expertise spécialisées en la matière. [Voir page 490.]

109 a) Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devrait créer et mettre à jour une liste des agents ayant une formation et une expertise spécialisées dans les enquêtes sur les morts d'enfants.
b) Ces agents devraient être disponibles, au besoin, pour fournir des conseils à tout service de police ontarien concernant les enquêtes de cette nature.
c) Cette liste ainsi que les coordonnées des officiers sur appel 24 heures sur 24 devraient être distribuées à tous les services de police de l'Ontario. [Voir page 490.]

110 Les policiers doivent être formés de façon à se méfier du raisonnement partial dans le cadre des enquêtes en général et des enquêtes sur les morts d'enfants en particulier. Cette formation est optimisée par un professionnalisme accru, une meilleure sensibilisation aux risques du raisonnement partial, la promotion d'une culture fondée sur des éléments de preuve et la transparence absolue des communications entre le médecin légiste et la police. [Voir page 491.]

111 Le ministère du procureur général (Division du droit criminel) devrait mettre en œuvre ses initiatives relatives aux poursuites judiciaires dans les cas d'homicides d'enfants et devrait avoir recours aux services de l'Équipe des homicides d'enfants le plus tôt possible. [Voir page 494.]

112 Les membres de l'Équipe des homicides d'enfants devraient avoir de l'expérience en matière de poursuites dans les cas d'homicide et connaître les méthodes scientifiques en général et la médecine pédiatrique légale en particulier. Ils devraient suivre une formation continue. [Voir page 494.]

113 L'avocat de la défense devrait avoir le droit de communiquer avec l'Équipe des homicides d'enfants lorsque des différends importants surgissent entre l'avocat de la défense et le procureur dans les cas d'homicides d'enfants. Ce droit devrait être officiellement consigné dans le manuel des politiques du ministère et divulgué aux procureurs de la Couronne et aux avocats de la défense. [Voir page 494.]

114 Un des aspects importants du rôle de l'Équipe des homicides d'enfants est d'examiner les affaires dans lesquelles une négociation au sujet du plaidoyer a été offerte à la défense. L'Équipe devrait assumer ce rôle soit dans le cadre de l'obligation de consultation de la Couronne à chaque étape des procédures judiciaires, soit à la demande de la défense. [Voir page 496.]

115 a) Conformément aux initiatives du ministère du Procureur général, l'avocat de la Couronne devrait signaler à son superviseur et au chef de division des cas d'homicides d'enfants les commentaires négatifs de la magistrature ou ses propres inquiétudes au sujet de la participation d'un témoin expert en médecine pédiatrique légale au système de justice pénale.

b) Afin d'améliorer la supervision et la responsabilisation de ces témoins, le chef de division des cas d'homicides d'enfants devrait signaler ces commentaires ou ces inquiétudes au médecin légiste en chef. [Voir page 498.]

116 Aux fins des initiatives ministérielles, le ministère devrait élaborer, en collaboration avec d'autres instances, des lignes directrices ou des protocoles s'inspirant des protocoles qui ont été adoptés entre la Couronne et le Centre des sciences judiciaires à la suite de la Commission sur les poursuites contre Guy Paul Morin. Ces lignes directrices ou protocoles détermineraient :

a) les commentaires négatifs de la magistrature ou les autres inquiétudes au sujet des témoins experts en matière de médecine pédiatrique légale qui devraient être signalés;
b) la façon dont ces commentaires ou ces inquiétudes devraient être signalés;
c) les transcriptions devraient être obtenues, s'il y a lieu, et auprès de qui;
d) les circonstances dans lesquelles cette information peut-être divulguée et les catégories de cas à l'égard desquelles elle devrait l'être. [Voir page 499.]

117 Les procureurs de la Couronne devraient bien préparer les médecins légistes à livrer leur témoignage. Cette préparation nécessite entre autres une rencontre avec le pathologiste avant la tenue du procès. De telles rencontres aideront la Couronne à comprendre les limites de l'expertise et des opinions de l'expert. La préparation de l'expert devrait également se concentrer sur la présentation de la preuve de façon qu'elle soit claire, non équivoque, compréhensible et fondée sur l'expertise du témoin. [Voir page 501.]

118 Les principes qui suivent devraient guider la démarche des deux parties à l'égard du témoignage des médecins légistes :

a) Les deux parties devraient s'assurer de comprendre l'étendue et les limites de l'expertise et des opinions des médecins légistes. Elles ne devraient pas poser de questions qui incitent les médecins légistes à émettre des hypothèses ou à s'aventurer hors de leur champ d'expertise ou des limites de la science.
b) Les deux parties devraient faire attention de ne pas introduire, par le biais de leurs questions, une terminologie qui invite aux malentendus ou à une mauvaise interprétation.
c) À la discrétion de la cour, les avocats de la Couronne et de la défense devraient également accorder aux médecins légistes une période suffisante pour réfléchir à la réponse qu'ils vont donner aux nouveaux renseignements qui pourraient avoir rapport avec leurs opinions ou les limites de celles-ci. [Voir page 501.]

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

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

Voici des moyens d'atteindre ces objectifs :

a) La liste des avocats acceptant les affaires criminelles extrêmement graves devrait englober toutes les affaires criminelles d'homicides d'enfants, y compris les cas d'homicide involontaire et de négligence criminelle ayant causé la mort, ainsi que les cas semblables qui comprennent des preuves médicolégales ou d'autres preuves médicales complexes nécessitant une évaluation méticuleuse et pouvant être remises en question.
b) Au moins pour les cas d'homicides d'enfants ou les affaires semblables, les critères d'admissibilité à défendre des affaires criminelles extrêmement graves devraient être resserrés afin de faire en sorte que ces cas soient défendus par des avocats hautement compétents. Bien que l'expérience et les aptitudes de certains avocats soient suffisantes pour satisfaire à des critères élevés d'admissibilité même s'ils n'ont pas fait d'études ou reçu de formation en médecine pédiatrique légale, ces études ou cette formation devraient également faire partie des critères d'admissibilité.
c) Aide juridique Ontario devrait considérer la spécialisation en droit pénal accordée par le Barreau du Haut-Canada comme étant un facteur servant à déterminer si l'avocat satisfait aux critères élevés d'admissibilité.
d) Aide juridique Ontario devrait autoriser régulièrement les avocats adjoints ou en second à s'occuper de ces affaires en augmentant aussi leur rémunération de façon correspondante. Ces avocats ne devraient pas être tenus de satisfaire à tous les critères d'admissibilité auxquels sont soumis les avocats principaux. [Voir page 505.]

121 Pour les cas criminels d'homicides d'enfants et les affaires de nature semblable, Aide juridique Ontario devrait normalement, lorsque la demande est formulée, accorder des fonds pour que les médecins légistes de la défense soient présents en cour lorsque les pathologistes de la Couronne ou d'autres experts éminents en médecine légale livrent leur témoignage dans le cadre de l'affaire. [Voir page 507.]

122 Les taux horaires offerts par Aide juridique Ontario pour les médecins légistes et autres experts du genre devraient être majorés afin de permettre à la défense d'avoir accès à leur expertise et ce taux devrait être relativement équivalent aux honoraires payés par la Couronne. De même, lorsqu'il faut déterminer le nombre d'heures autorisées, s'il convient d'autoriser la venue d'un médecin légiste de l'extérieur de la province ou d'autoriser plus d'un médecin légiste ou expert, Aide juridique Ontario devrait s'inspirer des leçons qu'a tirées la Commission d'enquête – y compris la complexité des cas criminels d'homicides d'enfants et les possibilités d'erreurs judiciaires en présence de preuves médicolégales qui ne peuvent être évaluées avec exactitude et, au besoin, mises en doute. [Voir page 507.]

123 Le financement total dont dispose Aide juridique Ontario devrait être suffisant pour permettre la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent Chapitre. [Voir page 508.]

124 Les témoins experts convoqués par la poursuite devraient être disponibles pour rencontrer l'avocat de la défense avant la tenue du procès afin d'expliquer leurs opinions et les limites de celles-ci. Au cours de la préparation du procès, l'avocat de la défense devrait envisager sérieusement de rencontrer ces experts. Cela est particulièrement indiqué dans les affaires de nature médicolégale. [Voir page 509.]

125 La défense bénéficie souvent (tout comme le témoignage des médecins légistes présenté au système de justice pénale) de la divulgation hâtive et volontaire du témoignage anticipé de son expert en médecine légale. Il faudrait encourager la défense, dans son propre intérêt, à procéder à une telle divulgation hâtive. Il ne faudrait cependant pas l'y obliger. [Voir page 512.]

126 Un programme de surveillance des tribunaux devrait être instauré pour les médecins légistes par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, de concert avec le ministère du Procureur général et la Criminal Lawyers Association. [Voir page 513.]

127 a) Le ministère du Procureur général et le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devraient financer régulièrement des cours conjoints pour les avocats de la défense et de la Couronne portant sur la médecine légale en général et la médecine pédiatrique légale en particulier.

b) Cette formation devrait aider les avocats à acquérir les connaissances spécialisées nécessaires pour agir à titre d'avocat dans les cas de médecine pédiatrique légale. Les programmes d'enseignement pourraient être offerts en classe ou en ligne, mais il devrait aussi y avoir du matériel accessible en ligne afin que les avocats plaidant des causes de médecine pédiatrique légale puissent s'en servir comme ressource quand le cours n'est pas offert. [Voir page 514.]

128 On devrait encourager les écoles de droit à offrir des cours permettant d'acquérir des connaissances scientifiques de base et traitant de l'interaction entre la science et le droit. [Voir page 514.]

Chapitre 18
Le rôle de la cour

129 Lorsqu'un témoin est appelé à présenter une preuve scientifique d'expert, le tribunal devrait définir clairement son domaine d'expertise et limiter vigoureusement son témoignage à ce domaine. [Voir page 521.]

130 Douter de la fiabilité d'une preuve est un élément fondamental du droit de la preuve. Le seuil de fiabilité joue un rôle de premier plan au moment de déterminer si une preuve d'expert proposée est admissible en vertu des critères décrits dans l'arrêt *Mohan*. La fiabilité peut constituer un facteur important au moment de déterminer si une preuve d'expert est pertinente et nécessaire, si cette preuve doit être rejetée en vertu d'une règle d'exclusion, notamment la règle exigeant qu'une preuve soit rejetée si son effet préjudiciable surpasse sa valeur probante, et si l'expert est suffisamment qualifié. Les juges de première instance devraient être vigilants au moment d'exercer leur rôle de protecteur en ce qui a trait à l'admissibilité d'une telle preuve. Ils devraient en particulier s'assurer que la preuve scientifique d'expert qui ne satisfait pas aux normes de fiabilité est exclue, que la science soit classée ou non comme nouvelle. [Voir page 535.]

131 Au moment de déterminer le seuil de fiabilité d'une preuve scientifique d'expert, le juge de première instance devrait évaluer la fiabilité du témoin proposé, le domaine scientifique et l'opinion présentée dans une cause particulière. Ce faisant, le juge devrait tenir compte des questions et des outils qui se rapportent le mieux à sa tâche dans cette cause. [Voir page 545.]

132 La fonction de protecteur du juge de première instance peut être facilitée, dans certains cas, par des descriptions écrites, dans les rapports d'expert, de la nature de la discipline en question et de la façon dont celle-ci tient compte des critères de fiabilité. En médecine légale, ces descriptions pourraient inclure une énumération des domaines de controverse pertinents se rapportant au cas et une liste de documents scientifiques sur le sujet. [Voir page 548.]

133 Les juges devraient évaluer si des parties de la preuve d'expert proposée sont suffisamment fiables pour être admises et si d'autres qui ne le sont pas doivent être modifiées pour être admises. [Voir page 549.]

134 L'Institut national de la magistrature devrait envisager l'élaboration de programmes supplémentaires destinés aux juges concernant le seuil de fiabilité et la méthode scientifique dans le contexte de la détermination de l'admissibilité d'une preuve scientifique d'expert. [Voir page 552.]

135 Il serait utile que le Conseil canadien de la magistrature, en collaboration avec l'Institut national de la magistrature, évalue la faisabilité de la préparation d'un équivalent canadien du *Reference Manual on Scientific Evidence* préparé par le Federal Judicial Center aux États-Unis. [Voir page 552.]

136 a) Il faudrait créer un code d'éthique s'appliquant aux experts témoignant dans des instances criminelles.

b) Ce code devrait être intégré au système de justice pénale. Cela peut être fait par l'introduction de directives en matière de pratique et de modifications aux formulaires relatifs aux conférences préalables.

c) Le code devrait prévoir que les experts ont l'obligation d'aider le tribunal en ce qui a trait à des questions relevant de leur domaine d'expertise et que cette obligation l'emporte sur toute obligation envers la personne qui leur a fourni des directives ou versé un paiement.

d) Les experts devraient être obligés d'attester dans leurs rapports qu'ils comprennent cette obligation et, avant de témoigner, d'accepter d'être liés par les obligations prévues dans le code d'éthique. [Voir page 556.]

137 Il n'est pas recommandé de recourir à des experts nommés par le tribunal ou conjointement par les parties dans les cas de médecine pédiatrique légale. En revanche, l'utilisation efficace du système adversatif, qui permet à chaque partie de présenter sa propre preuve et de contre-interroger les témoins de la

partie adverse, est particulièrement appropriée dans des domaines de controverse ou de différend relatifs à ces cas. [Voir page 557.]

138 a) Les juges de première instance peuvent jouer un rôle important relativement à la promotion du respect des dispositions existantes du *Code criminel* concernant la divulgation d'un témoignage d'expert prévu et à l'adoption de mesures, même si le respect a été total, afin de faire en sorte que toutes les parties soient pleinement préparées et renseignées et, par conséquent, qu'elles puissent interroger efficacement le témoin expert présenté.

b) Les juges de la conférence préparatoire jouent un rôle tout aussi important dans les cas où une preuve d'expert en médecine pédiatrique légale ou dans un autre domaine complexe peut occuper une place importante. Ils peuvent faciliter la délimitation des questions en litige entre les parties et la présentation d'autres renseignements sur l'opinion de l'expert proposé ou les fondements sur lesquels elle s'appuie. Enfin, ils peuvent envisager, avec la défense, la divulgation rapide et volontaire du rapport par son témoin proposé ou d'un résumé de l'opinion prévue de ce témoin, et déterminer quand et comment cela peut se faire. [Voir page 560.]

139 Les rencontres préparatoires entre les témoins experts visant à discuter de leurs désaccords et à les clarifier serviront souvent les intérêts de toutes les parties concernées. Dans les cas où cela s'impose, les juges, particulièrement les juges de la conférence préparatoire, peuvent favoriser et faciliter de telles rencontres entre les experts disposés à y participer, sans exiger qu'elles aient lieu. [Voir page 562.]

140 a) Dans les cas où la preuve d'expert est importante, les juges de première instance devraient utiliser la formulation des directives prévue dans les directives du Conseil canadien de la magistrature.

b) Les juges devraient rappeler aux jurés qu'ils doivent faire preuve de bon sens au moment d'évaluer le témoignage d'un expert et qu'il leur revient de décider d'accepter ou non l'opinion de l'expert, en totalité ou en partie.

c) De plus, les juges devraient, dans les cas où cela s'impose, fournir des questions structurées en vue d'aider le jury à déterminer la fiabilité définitive de l'opinion de l'expert. Ces questions peuvent ressembler à celles dont les juges disposent pour évaluer le seuil de fiabilité, telles qu'elles sont abordées dans le présent rapport. [Voir page 564.]

Chapitre 19
Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée

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

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

142 L'examen en cours des cas d'homicide sur lesquels a travaillé le D^r^ Smith au cours de la période allant de 1981 à 1991 devrait être complété. Les résultats devraient être rendus publics d'une manière tenant compte du respect de la vie privée des personnes touchées et qui n'entravera aucune instance judiciaire future. [Voir page 581.]

143 L'évolution importante des connaissances en médecine pédiatrique légale concernant le syndrome du bébé secoué et les traumatismes crâniens chez les enfants invite à un examen de certains cas passés en raison du doute à l'effet que certaines condamnations devraient aujourd'hui être considérées comme des erreurs judiciaires.

a) L'objectif de cet examen devrait consister à relever les cas ayant donné lieu à une condamnation et où l'opinion du médecin légiste, si elle est maintenant jugée déraisonnable, a suffi à soulever des doutes importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée.

b) Guidé par l'exemple lié à la vérification du coroner en chef, l'examen devrait recourir à un petit sous-comité de volontaires du Comité consultatif des services judiciaires représentant la Couronne, la défense, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le Bureau du médecin légiste en chef.
c) Le ministère du Procureur général devrait fournir les ressources humaines et financières nécessaires pour soutenir les travaux du sous-comité, et non le BCCO, étant donné que l'objectif de l'examen est lié à l'administration de la justice. De plus, le ministère devrait avoir la responsabilité d'indemniser tout examinateur externe retenu en relation avec cet examen.
d) L'examen devrait tenir compte des condamnations découlant d'un plaidoyer de culpabilité et d'un procès.
e) L'examen ne devrait pas se limiter aux cas où la personne condamnée est toujours en détention.
f) L'examen devrait être effectué seulement dans les cas où la personne condamnée y consent.
g) Même si le choix de la procédure utilisée devrait revenir au sous-comité, la démarche recommandée ci-après devrait être considérée :

    i) le sous-comité devrait commencer par les 142 cas identifiés par le Dr Pollanen;
    ii) le sous-comité devrait examiner les cas avec l'aide des dossiers du BCCO afin d'éliminer ceux où les renseignements, qu'ils soient de nature pathologique ou non, rendent évident qu'il n'y a aucun doute important quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée;
    iii) le sous-comité devrait donc recueillir les renseignements nécessaires afin de relever les cas ayant donné lieu à une condamnation et éliminer les cas restants;
    iv) le sous-comité devrait donc obtenir les dossiers requis (comme les dossiers de la police) concernant les cas relevés et utiliser ces renseignements supplémentaires afin d'éliminer d'autres cas en se fondant sur le critère décrit au paragraphe (ii) ci-dessus;
    v) le sous-comité devrait donner suite aux cas qui restent seulement s'il obtient le consentement de la personne condamnée;
    vi) le sous-comité devrait obtenir les transcriptions d'instances judiciaires précédentes pertinentes, dans la mesure du possible, si la personne condamnée consent à l'examen;
    vii) Le sous-comité devrait renvoyer les cas qui restent pour examen externe par des médecins légistes lorsque le sous-comité est d'avis

que les éléments pathologiques étaient suffisamment importants pour que, s'ils ne sont pas valables sur le plan de la procédure ou du fond compte tenu de l'état actuel des connaissances, il y a un doute important quant à la possibilité de condamnation injustifiée. L'examen externe ne peut avoir une incidence négative sur la capacité du Service ontarien de médecine légale à accomplir ses tâches régulières;

viii) les examinateurs externes devraient présenter un rapport sur le caractère raisonnable des opinions fondées sur la preuve médicolégale exprimées relativement à ces cas, compte tenu de l'état actuel des connaissances. Ils devraient notamment déterminer si la cour était au courant de l'importance de la controverse liée au syndrome du bébé secoué ou aux traumatismes crâniens chez les enfants, comme on la comprend aujourd'hui;

ix) les personnes condamnées devraient être informées des résultats de l'examen externe afin de pouvoir choisir de participer ou non aux processus offerts visant à régler les cas individuels pouvant avoir fait l'objet d'une condamnation injustifiée.

h) Le public devrait être informé des résultats de l'examen d'une manière tenant compte du respect de la vie privée des personnes touchées et qui n'entravera aucune instance judiciaire future. [Voir page 589.]

144 Le Comité consultatif des services judiciaires, par l'entremise d'un sous-comité, devrait être en mesure d'examiner d'autres cas où l'on soutient qu'un processus vicié de médecine pédiatrique légale peut avoir entraîné des condamnations injustifiées et de recommander au Bureau du coroner en chef de l'Ontario les mesures supplémentaires qui devraient être prises, le cas échéant.

a) En fonction de la charge de travail créée par de tels renvois, le sous-comité devrait être soit un comité consultatif soit un comité formé au besoin.

b) Le ministère du Procureur général devrait fournir au sous-comité les ressources humaines et financières appropriées en vue d'accomplir ses travaux. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait également ne pas avoir à rémunérer les examinateurs externes engagés pour effectuer ses travaux.

c) Si le sous-comité a renvoyé un cas aux fins d'examen externe, et si cet examen permet de conclure que l'opinion fondée sur la preuve médicolégale exprimée par le passé était déraisonnable et suffisait à soulever des doutes

importants quant à la possibilité que la condamnation soit injustifiée, le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait favoriser l'accès de la personne condamnée à la Cour d'appel et la définition des enjeux vraiment importants relativement à ces cas, et ce, sans contraintes de procédure inutiles. Une telle aide devrait être semblable à celle offerte dans les cas où la vérification du coroner en chef a relevé des erreurs dans le travail du D^r^ Charles Smith.

d) Le Bureau des avocats de la Couronne – Droit criminel devrait également offrir ce type d'aide, dans la mesure où cela est possible, à une personne condamnée présentant une demande de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1 du *Code criminel*, s'il s'agit du forum approprié pour traiter de la question d'une possible condamnation injustifiée. [Voir page 591.]

145 La province de l'Ontario devrait attirer l'attention du gouvernement fédéral sur les deux avantages que j'ai décrits relativement au modèle de la Criminal Cases Review Commission (CCRC) – une structure qui peut faire en sorte qu'il est plus facile de trouver l'expertise nécessaire, et une indépendance qui peut entraîner un niveau plus élevé de confiance du public à l'égard de ses décisions – pour les cas de médecine pédiatrique légale. Ces éléments devraient contribuer à toute discussion future concernant l'adoption d'un modèle inspiré de la CCRC au Canada. [Voir page 597.]

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

a) en s'assurant, conjointement avec Aide juridique Ontario, que ces personnes peuvent compter sur du financement de l'aide juridique pour obtenir l'expertise médicolégale nécessaire en vue d'appuyer leurs demandes. Aide juridique Ontario devrait financer adéquatement les demandes de révision auprès du ministre en vertu de l'article 696.1. De plus, il faudrait envisager qu'Aide juridique Ontario finance, dans les circonstances appropriées, le recours à des médecins légistes par la défense en vue de déterminer si le bien-fondé d'une demande auprès du ministre de la Justice est suffisant pour que cette demande soit acceptée;

b) en demandant au gouvernement fédéral d'accroître le rôle d'enquêteur du Groupe de la révision des condamnations criminelles (GRCC) du ministère de la Justice afin d'examiner les allégations selon lesquelles une erreur

médicolégale a contribué à des condamnations injustifiées. Cela pourrait comprendre une utilisation accrue d'experts en médecine légale engagés par le GRCC afin d'enquêter sur une demande d'aide ministérielle et d'évaluer celle-ci. [Voir page 598.]

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

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

Chapitre 20
Premières nations et collectivités éloignées

149 a) Le Nord de l'Ontario devrait être divisé en deux régions desservies par les coroners – la région du Nord-Ouest, administrée à partir de Thunder Bay et la région du Nord-Est, administrée depuis Sudbury.

b) Chacune de ces deux régions devrait être dirigée par son propre coroner régional et dotée des ressources adéquates pour remplir ses responsabilités stipulées dans la *Loi sur les coroners*.

c) Plus généralement, la province de l'Ontario devrait fournir les ressources adéquates pour la prestation de services de coroners et de médecine légale dans le Nord de la province qui soient raisonnablement équivalents à ceux dispensés ailleurs en Ontario, même si les coûts associés à ces services seront plus élevés dans le Nord. [Voir page 607.]

150 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait conclure une entente de services avec l'hôpital universitaire Winnipeg Health Sciences Centre pour faire en sorte que des protocoles et des procédures équivalents à ceux recom-

mandés dans le présent rapport concernant la révision par les pairs, la responsabilisation et l'assurance de la qualité soient en place à Winnipeg pour les autopsies de cas provenant de l'Ontario. [Voir page 608.]

151 L'Unité de médecine légale du Nord-Est devrait devenir une unité officielle, avoir un directeur et recevoir un financement pour les paiements de transfert. À ce titre, elle pourrait effectuer des autopsies liées à des cas de morts d'enfants tel que précisé par le médecin légiste en chef. [Voir page 610.]

152 Des mesures devraient être prises pour augmenter la probabilité que les coroners-enquêteurs se présentent sur les lieux de la mort conformément aux lignes directrices actuelles du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. La présence des coroners améliore la qualité d'un grand nombre d'enquêtes et permet à ces derniers de communiquer avec les familles touchées et d'établir des relations avec les collectivités. [Voir page 612.]

153 Un suivi des présences et des absences des coroners sur les lieux de la mort devrait être effectué dans le cadre du processus d'assurance de la qualité du Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO). De même, on devrait effectuer un suivi de la conformité à la ligne directrice du BCCO indiquant que les coroners doivent documenter les raisons pour lesquelles ils ne se rendent pas sur les lieux et en discuter avec le coroner régional. [Voir page 613.]

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

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

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

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

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

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait amorcer un processus de consultation avec les collectivités les plus touchées pour évaluer les divers modèles visant à déléguer les pouvoirs d'investigation du coroner à d'autres intervenants, y compris à des professionnels de la santé ou à des personnes vivant dans les collectivités qui auraient reçu une formation spécialisée. [Voir page 618.]

158 Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait consulter les dirigeants autochtones lors de l'élaboration des politiques visant à accommoder, dans la mesure du possible, les diverses pratiques autochtones concernant la manipulation du corps d'un défunt. [Voir page 620.]

159 Les coroners devraient recevoir une formation sur les problèmes culturels, particulièrement ceux qui entourent la mort, pour faciliter l'exercice de leurs responsabilités. [Voir page 620.]

160 Les coroners jouent un rôle important en communiquant avec les familles touchées par l'enquête sur la mort. Une telle communication devrait inclure les renseignements suivants : l'endroit où le corps sera amené; si une autopsie sera réalisée et pourquoi; ce que l'autopsie implique; quand on prévoit la pratiquer; les questions, le cas échéant, soulevées par rapport au prélèvement d'organes ou de tissus; quand le corps, les organes ou d'autres parties du corps seront rapportés; et, si une demande a été faite à cet égard, les résultats

de l'autopsie ou les éléments que d'autres examens pertinents ont révélés. En l'absence de raisons convaincantes servant l'intérêt public, il est inacceptable qu'une famille qui souffre de la perte d'un enfant ne reçoive pas de tels renseignements concernant l'enquête sur la mort. [Voir page 622.]

161 Dans les collectivités éloignées, les chefs jouent un rôle de première importance dans le soutien apporté aux familles et aux membres de la collectivité touchés par le deuil, surtout par la mort d'un enfant. Ils peuvent aussi aider à déterminer les questions d'ordre systémique qui se posent à l'occasion d'une mort isolée, y compris relativement au travail de médecine légale associé à ces cas. Les chefs des collectivités peuvent collaborer avec le BCCO et, s'il y a lieu, avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations pour favoriser les changements nécessaires. En conséquence, il est important que les coroners régionaux et les coroners-enquêteurs rencontrent les dirigeants des collectivités pour établir des relations et favoriser des partenariats. [Voir page 623.]

162 a) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait travailler en partenariat avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations pour élaborer des protocoles de communication. La priorité devrait d'abord être accordée à l'établissement de tels protocoles pour la région du Nord, où le besoin est particulièrement criant.

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

Chapitre 21
La médecine pédiatrique légale et les familles

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

b) Les normes provinciales devraient :

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

c) Des protocoles locaux devraient être créés partout dans la province afin de permettre aux différents territoires de compétence de mettre en œuvre les normes provinciales en vue de répondre le mieux possible aux besoins de leurs collectivités.

d) L'élaboration en temps opportun de ces protocoles locaux devrait être facilitée par la création d'un modèle qui accompagnerait les normes provinciales.

e) Les sociétés d'aide à l'enfance locales, la police, les coroners, les médecins légistes et les avocats de la Couronne devraient recevoir une formation conjointe sur les normes provinciales et leur mise en œuvre à l'échelle locale afin d'assurer une compréhension et une interprétation communes des normes et des protocoles ainsi que de leur mise en application, par toutes les parties en cause. [Voir page 638.]

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

l'Ontario devrait fournir un financement additionnel au BCCO pour l'élaboration de ce service. [Voir page 640.]

165 a) La divulgation des résultats de l'autopsie doit se faire de vive voix et par écrit, en temps opportun et en faisant preuve de sensibilité à l'égard de la perte et du deuil que vivent les parents.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait rencontrer des représentants de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et des principaux services de police pour élaborer une politique relative à la divulgation en temps opportun des renseignements sur l'autopsie lorsqu'une enquête criminelle a lieu. [Voir page 641.]

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

167 La province de l'Ontario devrait financer le counselling pour les personnes dont la famille a été touchée par un processus vicié de médecine pédiatrique légale pendant trois années additionnelles, donc pour une durée totale de cinq ans depuis le commencement, si les personnes concernées et les conseillers croient qu'un tel prolongement serait bénéfique. [Voir page 644.]

168 Dans l'exécution de son mandat, le directeur du Registre des mauvais traitements infligés aux enfants de l'Ontario devrait être encouragé à approuver les demandes de retrait déposées par les personnes inscrites à tort au Registre à la suite d'examens de médecine pédiatrique légale erronés s'il n'existe plus de preuves crédibles de violence. [Voir page 645.]

169 a) Aide juridique Ontario devrait collaborer avec la profession des avocats en droit familial pour s'assurer que les membres reçoivent une rémunération adéquate dans les instances de protection de l'enfance où la médecine légale pédiatrique occupe une place importante. Le tarif pour les avocats qui défendent ces causes doit être augmenté afin d'encourager les avocats expérimentés et spécialisés à accepter les cas pris en charge par l'aide juridique et de tenir compte de leur expertise. Aide juridique Ontario devrait financer un nombre d'heures suffisant pour permettre aux avocats d'assumer adéquatement leurs responsabilités.

b) Dans les cas où cela est approprié, Aide juridique Ontario devrait autoriser le financement des services d'un ou de plusieurs médecins légistes et, si nécessaire, de pathologistes provenant d'une autre région, y compris leurs frais de déplacement.
c) Aide juridique Ontario devrait augmenter le taux horaire des médecins légistes qui témoignent à titre d'experts pour qu'il corresponde à celui des experts de la Couronne. Cela est nécessaire pour s'assurer que des experts possédant des compétences comparables à celles des experts de la Couronne soient disposés à aider les avocats en droit de la famille. On devrait procéder rapidement à l'augmentation du taux relatif aux cas de médecine pédiatrique légale.
d) Aide juridique Ontario devrait augmenter le nombre d'heures financées et accordées aux médecins légistes. [Voir page 649.]