
Annexe 28

Vue d'ensemble des 20 affaires

Les 20 affaires suivantes ont été examinées dans le cadre de l'examen du coroner en chef.

1 AMBER

Amber est née à Timmins (Ontario). Elle est morte le 30 juillet 1988, à l'âge de 16 mois. Le 28 juillet 1988, elle a été transportée à l'hôpital local. S.M., sa gardienne âgée de 12 ans, a dit qu'Amber était tombée dans les escaliers. Amber a été transférée à l'Hospital for Sick Children (SickKids), où elle est morte un peu plus tard. Le coroner-enquêteur n'a pas ordonné d'autopsie et a conclu qu'Amber était morte suite à une chute accidentelle. Les médecins du SickKids ont discuté plus tard de l'affaire et ont conclu que cette histoire de petite chute n'était pas à l'origine de ses blessures. Le 19 août 1988, le corps d'Amber a été exhumé et le D^r Charles Smith a pratiqué l'autopsie. Le D^r Smith est arrivé à la conclusion qu'Amber était morte d'un traumatisme crânien après avoir été violemment secouée. Le 15 décembre 1988, la police a accusé S.M. d'homicide involontaire. Le procès de S.M. a duré une trentaine de jours sur une période de 13 mois, d'octobre 1989 à novembre 1990. Le 25 juillet 1991, le juge du procès, Patrick Dunn, a acquitté S.M. de l'accusation d'homicide involontaire.

2 BÉBÉ F

Bébé F est née et morte le 28 novembre 1996. Le 30 novembre 1996, des agents de police ont découvert le corps de bébé F, enveloppé dans plusieurs sacs de plastique, dans le placard de la chambre de sa mère. Elle était morte depuis deux jours. Le 1^{er} décembre 1996, un pathologiste de l'hôpital local a pratiqué une autopsie. Le pathologiste a demandé une deuxième opinion au D^r Smith, qui a

produit un rapport de consultation concluant que la cause de la mort était l'asphyxie. Le 19 mars 1998, la mère de bébé F a été accusée d'infanticide et, le 6 juillet 1998, elle a plaidé coupable à cette accusation. Elle a été condamnée à une peine d'emprisonnement de deux mois avec sursis à purger à domicile; elle a été mise en probation pendant 3 ans et elle a été condamnée à effectuer 150 heures de service communautaire. Le 24 octobre 2006, la mère de bébé F a été réhabilitée après avoir été condamnée.

3 BÉBÉ M

Bébé M est né et mort à Pickering (Ontario) le 8 novembre 1992. Tôt ce matin-là, les grands-parents de bébé M ont trouvé la mère de ce dernier couverte de sang dans la salle de bain de leur maison. Les ambulanciers ont découvert le corps de bébé M dans les toilettes. Le D^r Smith a pratiqué l'autopsie le matin du 8 novembre 1992 et il a conclu que la cause de la mort était l'asphyxie. Ce soir-là, la police a accusé la mère de bébé M de meurtre au deuxième degré. En juillet 1994, la mère de bébé M a plaidé coupable à une accusation d'homicide involontaire. Elle a reçu une condamnation avec sursis, a été mise en probation pendant trois ans et a été condamnée à faire 300 heures de service communautaire.

4 BÉBÉ X

Bébé X est mort en 1996, à l'âge de deux ans. Bébé X serait tombé pendant qu'il était dans une garderie. Le D^r Smith a procédé à l'autopsie. Par la suite, la mère de bébé X a communiqué avec le coroner en chef adjoint, le D^r James Cairns, à propos des résultats de l'autopsie. Le D^r Cairns a demandé au D^r Smith de rencontrer la mère de bébé X chez elle dans la région de Barrie afin de discuter de ses conclusions. Le 4 septembre 1996, le D^r Smith a téléphoné à la mère de bébé X et il s'est arrangé pour la rencontrer chez elle le lendemain. La police a intercepté la conversation et a communiqué avec le D^r Smith pour l'aviser que des appareils d'écoute installés dans la maison allaient probablement intercepter sa conversation avec la mère de bébé X. Le 5 septembre 1996, le D^r Smith a rencontré la mère de bébé X pour discuter des résultats de l'autopsie. Il a rencontré la police avant et après sa rencontre avec la mère de bébé X. L'enquête policière à propos de la mort de bébé X se poursuit et la Commission n'a pas examiné les questions médico-légales de cette affaire. La Commission d'enquête n'a examiné qu'une question particulière.

5 DELANEY

Delaney est né à Woodstock (Ontario). Il a été déclaré mort le 23 mai 1993, à l'âge de cinq mois. Le soir du 22 mai 1993, Delaney a été laissé seul avec sa mère et son cousin dans la maison d'un membre de la famille. Le jour suivant, les membres de la famille ont découvert le corps de Delaney. Sa mère se trouvait dans la même pièce. Les médecins ont fait admettre la mère de Delaney dans un hôpital psychiatrique, où elle a avoué plus tard qu'elle avait mis sa main trois fois dans la bouche de Delaney. Le 24 mai 1993, le D^r Smith a pratiqué l'autopsie. Il a conclu que la cause de la mort était l'asphyxie. Le 2 juin 1993, la police a accusé la mère de Delaney de meurtre au deuxième degré. Plus tard, elle a ajouté une accusation d'infanticide. Le 26 avril 1994, un jury a acquitté la mère de Delaney de l'accusation de meurtre au deuxième degré, mais l'a reconnue coupable d'infanticide. Elle a reçu une condamnation avec sursis et a été mise en probation pendant trois ans.

6 DUSTIN

Dustin est né à Belleville (Ontario). Il est mort le 18 novembre 1992, à l'âge de deux mois. Le matin du 17 novembre 1992, le père de Dustin a réalisé que Dustin ne respirait plus. Il a été transporté à un hôpital local, où il est mort plus tard. Un pathologiste de la région a pratiqué l'autopsie le 18 novembre 1992. Il est arrivé à la conclusion que la mort était due (1) à une insuffisance respiratoire par suite d'une bronchopneumonie et d'une aspiration et 2) à un gros hématome sous-dural. En février 1993, le coroner régional a consulté le D^r Smith pour obtenir une deuxième opinion. Le D^r Smith a examiné les éléments de l'autopsie et il a conclu que la mort était due à un traumatisme contondant. Le 22 avril 1993, la police a accusé le père de Dustin d'homicide involontaire et de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie. Le 25 mai 1994, suite à une enquête préliminaire, le tribunal a retiré l'accusation de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie contre le père de Dustin, mais l'a renvoyé pour subir son procès pour homicide involontaire. Le 21 avril 1995, le père de Dustin a plaidé non coupable à l'accusation d'homicide involontaire, mais il a plaidé coupable pour voies de fait graves. Il a été condamné à six mois de détention.

7 GAUROV

Gaurov est né à Toronto (Ontario). Il est mort le 20 mars 1992, à l'âge de cinq semaines. Le 18 mars 1992, le père de Gaurov a révélé avoir entendu son fils pleurer et, qu'au moment où il l'a pris dans ses bras, Gaurov a suffoqué et est devenu

tout mou. Gaurov a été transporté à un hôpital local, puis transféré au SickKids, où il est mort plus tard. Le 21 mars 1992, le D^r Smith a pratiqué l'autopsie et conclu que Gaurov était mort des suites du syndrome du bébé secoué. Le 26 juin 1992, le père de Gaurov a été accusé de meurtre au deuxième degré. Le 3 décembre 1992, il a plaidé coupable à une nouvelle accusation de négligence criminelle ayant causé la mort. Il a été condamné à 90 jours de détention, à purger par intervalles, et à deux ans de probation.

8 JENNA

Jenna est née à Peterborough (Ontario). Elle est morte le 22 janvier 1997, à l'âge de 21 mois. Le 21 janvier 1997, vers 17 h, Brenda Waudby, la mère de Jenna, a laissé Jenna aux soins d'un gardien, J.D., qui était âgé, à l'époque, de 14 ans. Cette nuit-là, Jenna a été transportée à un hôpital local, où elle est morte. Le D^r Smith a pratiqué l'autopsie et conclu que Jenna était morte des suites d'un traumatisme contondant à l'abdomen. Le 18 septembre 1997, la police a accusé M^{me} Waudby de meurtre au deuxième degré. En octobre 1998, suite à une enquête préliminaire, le tribunal a renvoyé M^{me} Waudby pour subir son procès relativement à cette accusation. Le 15 juin 1999, après avoir reçu les opinions de plusieurs experts laissant entendre que Jenna avait subi ses blessures mortelles à un moment où M^{me} Waudby n'en avait pas la garde, la Couronne a retiré l'accusation. Deux ans plus tard, en juillet 2001, la police a entrepris une nouvelle enquête sur la mort de Jenna. En fin de compte, J.D. a plaidé coupable d'homicide involontaire en décembre 2006. Il a été condamné en tant qu'adolescent à 22 mois de détention, suivis de 11 mois de surveillance communautaire.

9 JOSHUA

Joshua est né à Belleville (Ontario). Il est mort le 23 janvier 1996, à l'âge de quatre mois. Le matin du 23 janvier 1996, Joshua a été transporté à un hôpital local, où il est mort. Sherry Sherret, la mère de Joshua, a révélé que, lorsqu'elle est allée vers le lit de son fils ce matin-là, elle a découvert qu'il était bleu et qu'il ne bougeait pas. Le D^r Smith a pratiqué l'autopsie le 24 janvier 1996 et conclu que la mort était due à une asphyxie. Le 27 mars 1996, la police a accusé M^{me} Sherret de meurtre au premier degré. L'enquête préliminaire s'est déroulée sur une période de 12 mois, de janvier 1997 à janvier 1998. Le 13 janvier 1998, le juge a renvoyé M^{me} Sherret pour subir son procès pour meurtre au premier degré. Le 26 mai 1998, la défense a déposé, par voie de *certiorari*, une requête en annulation du renvoi, qu'a accordée le tribunal. M^{me} Sherret a été renvoyée pour subir son

procès à l'accusation de meurtre au deuxième degré. Le 4 janvier 1999, une nouvelle mise en accusation a été déposée contre M^{me} Sherret devant le tribunal pour infanticide. Elle a plaidé non coupable à l'accusation, mais a choisi de ne pas produire de preuve. Elle a été reconnue coupable d'infanticide et condamnée à un an de détention, suivi d'une période de probation de deux ans.

10 KASANDRA

Kasandra est née à Mississauga (Ontario). Elle est morte le 11 avril 1991, à l'âge de trois ans et demi. Le 9 avril 1991, des ambulanciers ont trouvé Kasandra inconsciente. Ils l'ont transportée à un hôpital local, puis transférée au SickKids, où elle est morte plus tard. La belle-mère de Kasandra a avoué par la suite avoir frappé Kasandra à la tête. Le 12 avril 1991, le D^r Smith a pratiqué l'autopsie. Il a conclu que la cause de la mort était un traumatisme cranio-cérébral. Le 24 avril 1991, la police a accusé la belle-mère de Kasandra d'homicide involontaire. Le 3 juillet 1991, suite à une enquête préliminaire, le tribunal l'a renvoyée pour subir son procès relativement à cette accusation. Le 2 août 1991, la belle-mère de Kasandra a déposé une requête par voie de *certiorari* afin de faire annuler le renvoi, qu'elle a abandonnée plus tard. Le procès de la belle-mère de Kasandra a commencé à l'automne 1992. Après plusieurs jours de témoignage au procès, elle a changé son plaidoyer pour plaider coupable. Le 22 octobre 1992, la belle-mère de Kasandra a été reconnue coupable d'homicide involontaire. Elle a été condamnée à deux ans de détention moins un jour. En 1997, une enquête du coroner a été menée relativement à la mort de Kasandra.

11 KATHARINA

Katharina est née à Toronto (Ontario). Elle a été trouvée morte le 15 septembre 1995, à l'âge de trois ans et demi. Cet après-midi-là, la police a trouvé le corps de Katharina dans l'appartement de sa mère. Sa mère a avoué avoir étouffé sa fille avec un oreiller. La police l'a accusée de meurtre au premier degré. Le D^r Smith a pratiqué l'autopsie le 16 septembre 1995 et déterminé que la mort était due à une asphyxie. En février 1996, suite à une enquête préliminaire, le tribunal a renvoyé la mère de Katharina pour subir son procès relativement à l'accusation de meurtre au premier degré. Après l'enquête préliminaire, son aptitude à subir son procès a été remise en question. Cependant, le 6 octobre 1997, elle a été jugée apte à subir son procès et elle a plaidé non coupable à l'accusation. Le 3 novembre 1997, un tribunal l'a reconnue non responsable criminellement de la mort de Katharina étant donné qu'elle souffrait d'un trouble mental.

12 KENNETH

Kenneth est né à Scarborough (Ontario). Il est mort le 12 octobre 1993, à l'âge de deux ans et cinq mois. Dans l'après-midi du 9 octobre 1993, la mère de Kenneth a appelé le 911 parce que son fils ne respirait plus. Selon elle, Kenneth s'était empêtré dans ses draps. Kenneth a été transporté à l'hôpital local, puis transféré au SickKids, où il est mort plus tard. Le D^r Smith a pratiqué l'autopsie le 13 octobre 1993 et conclu que la mort était due à une asphyxie. Le 23 novembre 1993, la police a accusé la mère de Kenneth de meurtre au deuxième degré. Le 24 octobre 1995, un jury a reconnu la mère de Kenneth coupable de l'infraction. Celle-ci a été condamnée à l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans. Elle a interjeté appel. Le 22 janvier 1998, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté son appel.

13 NICHOLAS

Nicholas est né à Sudbury (Ontario). Il est mort le 30 novembre 1995, à l'âge de 11 mois. Ce jour-là, Nicholas a été transporté à un hôpital local, où on a constaté sa mort. Sa mère, Lianne Gagnon, a rapporté que Nicholas avait rampé sous une table à couture et qu'il était tombé, passant d'une position debout à une position assise, avant de perdre connaissance. Elle a supposé qu'il avait heurté de la tête le dessous de la machine à coudre. Le 1^{er} décembre 1995, un pathologiste de l'hôpital local a pratiqué l'autopsie. Il a conclu que la cause de la mort était indéterminée et que les conclusions concordaient avec le syndrome de mort subite du nourrisson, à condition que tous les autres aspects de l'enquête soient négatifs. En novembre 1996, le coroner régional a renvoyé l'affaire au Comité d'examen des décès d'enfants, qui a confié l'examen initial de l'affaire au D^r Smith. Le 24 janvier 1997, le D^r Smith a produit un rapport de consultation attribuant la mort de Nicholas à un traumatisme crânien contondant. Le 25 juin 1997, le corps de Nicholas a été exhumé et le D^r Smith a pratiqué une deuxième autopsie. Il a conclu que la cause de la mort était un œdème cérébral. Finalement, la Couronne et la police n'ont porté aucune accusation criminelle relativement à la mort de Nicholas. Toutefois, en 1998, la Société d'aide à l'enfance locale a introduit une instance relativement au deuxième enfant de M^{me} Gagnon. L'instance s'est terminée le 25 mars 1999 lorsque la Société d'aide à l'enfance a retiré sa requête après avoir reçu un rapport indépendant d'expert préparé par la D^{re} Mary Case.

14 PAOLO

Paolo est mort le 29 mai 1993, à l'âge de huit mois et demi. Le 30 mai 1993, un pathologiste régional a pratiqué l'autopsie et conclu que la mort de Paolo était attribuable au syndrome de mort subite du nourrisson. Presque un an plus tard, le 6 mai 1994, Marco et Anisa Trotta, les parents de Paolo, ont amené un deuxième enfant, âgé d'un mois à l'époque, à l'hôpital pour une fracture du fémur. Cet événement a mené à la réouverture de l'enquête sur la mort de Paolo. En juillet 1994, le corps de Paolo a été exhumé et le D^r Smith a pratiqué une deuxième autopsie. Il a trouvé de multiples fractures, mais émis l'avis que la cause de la mort était indéterminée. La police a accusé M. Trotta de meurtre au deuxième degré, de voies de fait graves et de voies de fait causant des lésions corporelles. Elle a accusé M^{me} Trotta d'homicide involontaire, de négligence criminelle ayant causé la mort et de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie. Le 12 juin 1998, un jury a reconnu M. Trotta coupable de tous les chefs d'accusation. Celui-ci a été condamné à l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération conditionnelle avant 15 ans. M^{me} Trotta a été acquittée de l'accusation d'homicide involontaire, mais reconnue coupable de négligence criminelle ayant causé la mort et de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie. Elle a été condamnée à cinq ans de détention. M. et M^{me} Trotta ont tous deux interjeté appel de leurs condamnations. En 2004, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté leurs appels. Ils ont interjeté appel devant la Cour suprême du Canada. Le 8 novembre 2007, la Cour suprême du Canada a accueilli leurs appels, annulé leurs condamnations et ordonné un nouveau procès qui est en attente. C'est pourquoi la Commission n'a pas examiné cette affaire en détail.

15 SHARON

Sharon est née à Kingston (Ontario). Elle est morte le 12 juin 1997, à l'âge de sept ans et demi. Ce soir-là, la police a trouvé le corps de Sharon dans le sous-sol de sa maison. Les 13 et 15 juin 1997, le D^r Smith a pratiqué l'autopsie. La police a découvert par la suite qu'il y avait un pit-bull dans la maison de Sharon le soir de sa mort. Le D^r Smith a conclu que la mort était due à une exsanguination résultant de multiples coups de couteau. Le 26 juin 1997, la police a accusé la mère de Sharon, Louise Reynolds, de meurtre au deuxième degré. L'enquête préliminaire de M^{me} Reynolds s'est déroulée sur une période de 15 jours, entre avril et novembre 1998. Le 19 novembre 1998, le juge président l'enquête préliminaire l'a renvoyée pour subir son procès pour meurtre au deuxième degré. En juillet 1999, après que le D^r Cairns et le coroner en chef, le D^r James Young, eurent appris que

d'autres experts pensaient que Sharon était morte après avoir été attaquée par un chien, son corps a été exhumé. Le D^r David Chiasson a pratiqué la deuxième autopsie le 13 juillet 1999. Il a conclu qu'un chien avait causé au moins quelques-unes des blessures de Sharon, mais qu'il était possible qu'une arme ait causé les autres. Le 25 janvier 2001, après avoir reçu les rapports de plusieurs experts qui laissaient entendre que Sharon était morte à la suite d'une attaque de chien, la Couronne a retiré l'accusation de meurtre au deuxième degré contre M^{me} Reynolds.

16 TAMARA

Tamara est née à Scarborough (Ontario). Elle est morte le 8 février 1999, à l'âge de un an. Cet après-midi-là, Tamara a été transportée à un hôpital local, où on a constaté sa mort. La mère de Tamara a rapporté que, lorsqu'elle est revenue à la maison plus tôt cet après-midi-là, elle s'est aperçue que Tamara était froide et qu'elle ne respirait plus. Le 9 février 1999, le D^r Smith a procédé à l'autopsie. Il a conclu plus tard que la mort était due à une asphyxie associée à de multiples lésions traumatiques. Le 10 février 1999, la police a accusé le père de Tamara de meurtre au deuxième degré. Le 18 mai 2000, suite à une enquête préliminaire, le tribunal l'a renvoyé pour subir son procès relativement à cette accusation. Le 30 août 2001, le père de Tamara a plaidé coupable à une accusation d'homicide involontaire. Il a été condamné à trois ans et demi de détention, en plus de ses 15 mois d'incarcération.

17 TAYLOR

Taylor est né à Thunder Bay (Ontario). Il est mort le 31 juillet 1996, à l'âge de trois mois et demi. Ce soir-là, la police a été appelée à la maison de Taylor, où elle a trouvé son corps. Le 1^{er} août 1996, un pathologiste d'un hôpital local a pratiqué l'autopsie. Suite à l'autopsie, le pathologiste a consulté le D^r Smith. Les deux pathologistes ont conclu que la cause de la mort était un traumatisme crânien. Les parents de Taylor ont été accusés de meurtre au deuxième degré, de négligence criminelle ayant causé la mort et de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie. Le 30 juin 1997, suite à une enquête préliminaire, le tribunal a acquitté les parents de Taylor de toutes les accusations. Le 7 septembre 1999, la Couronne a déposé une requête en annulation des acquittements, que le tribunal a rejetée le 21 septembre 1999. Le 19 octobre 1999, la Couronne a déposé un avis pour interjeter appel du rejet de sa requête par le tribunal. En fin de compte, la Couronne a abandonné cet appel.

18 TIFFANI

Tiffani est née à Kingston (Ontario). Elle est morte le 4 juillet 1993, à l'âge de trois mois et demi. Ce matin-là, les ambulanciers ont trouvé le corps de Tiffani dans son lit. Un pathologiste d'un hôpital local a pratiqué l'autopsie le 5 juillet 1993. Il n'a rien trouvé de suspect et a initialement déclaré que la cause de la mort était indéterminée. Après l'enterrement de Tiffani, la police et le coroner régional ont appris qu'un radiologiste n'avait pas vu plusieurs fractures des côtes sur les radiographies de Tiffani. Le 13 juillet 1993, le corps de Tiffani a été exhumé et le D^r Smith a pratiqué une deuxième autopsie. Il a trouvé de multiples fractures des côtes et il a diagnostiqué que la mort était due à l'asphyxie. Le 23 juillet 1993, la police a accusé les parents de Tiffani de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie et de voies de fait graves. Le 25 mars 1994, la police a ajouté une accusation supplémentaire d'homicide involontaire. Le 12 mai 1995, suite à une enquête préliminaire, le tribunal a acquitté les parents de Tiffani des chefs d'accusations d'homicide involontaire et de voies de fait graves et les parents de Tiffani ont plaidé coupable à l'accusation de défaut de fournir les choses nécessaires à la vie. La mère de Tiffani a été condamnée avec sursis et mise en probation pendant deux ans et son père, à cinq mois de détention.

19 TYRELL

Tyrell est né à Toronto (Ontario). Il est mort le 23 janvier 1998, à l'âge de quatre ans. Le matin du 19 janvier 1998, la personne qui s'occupait de Tyrell a emmené ce dernier dans un hôpital local. Il a été transféré plus tard au SickKids, où il est mort. La personne qui s'occupait de Tyrell a dit que, le soir précédent, il sautait sur le divan à la maison, lorsqu'il est tombé et s'est cogné la tête. Le D^r Smith a pratiqué l'autopsie le 24 janvier 1998. Il a conclu que Tyrell était mort d'un traumatisme crânien. Le 6 janvier 1999, la police a accusé la personne qui s'occupait de Tyrell de meurtre au deuxième degré. En janvier 2000, suite à une enquête préliminaire, le tribunal a renvoyé la personne qui s'occupait de Tyrell pour subir son procès relativement à l'accusation de meurtre au deuxième degré. Le 22 janvier 2001, après avoir reçu des rapports contradictoires de plusieurs experts, la Couronne a demandé une suspension de l'instance contre la personne qui s'occupait de Tyrell.

20 VALIN

Valin est née à Sault Ste. Marie. Elle est morte le 26 ou le 27 juin 1993, à l'âge de quatre ans. Le matin du 27 juin 1993, la mère de Valin l'a trouvée au lit, sur ses genoux et le visage tourné vers le bas. Les ambulanciers ont conclu qu'elle était déjà morte. La veille au soir, Valin et son frère ont été laissés aux soins de leur oncle, William Mullins-Johnson. Le 27 juin 1993, un pathologiste d'un hôpital local a pratiqué l'autopsie et conclu que Valin était morte d'un arrêt cardiorespiratoire par suite d'asphyxie et il a trouvé des indices d'agression sexuelle. Ce jour-là, la police a accusé M. Mullins-Johnson de meurtre au premier degré et d'agression sexuelle grave. Le pathologiste a consulté un médecin de SickKids, qui a rédigé plus tard un rapport de consultation conjoint avec le D^r Smith. Les médecins de SickKids étaient d'avis que Valin était probablement morte d'asphyxie et qu'elle avait été victime de pénétration anale. Les experts de la défense se sont dits d'accord, à divers degrés, avec ces opinions. Le 21 septembre 1994, un jury a reconnu M. Mullins-Johnson coupable de meurtre au premier degré. Celui-ci a été condamné à l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans. M. Mullins-Johnson a interjeté appel devant la Cour d'appel de l'Ontario. Le 19 décembre 1996, la majorité des juges de la Cour ont rejeté l'appel. M. Mullins-Johnson a alors interjeté appel devant la Cour suprême du Canada, qui a entendu et rejeté son appel le 26 mai 1998. En 2001, l'Association in Defence of the Wrongly Convicted a entrepris une enquête sur le dossier de M. Mullins-Johnson. Plusieurs experts ont examiné les éléments de l'autopsie de Valin. Le 7 septembre 2005, M. Mullins-Johnson a déposé une demande de révision auprès du ministre en vertu des articles 696.1 à 696.6 du *Code criminel*. Le 17 juillet 2007, le ministre de la Justice a accepté la demande et a renvoyé l'affaire à la Cour d'appel de l'Ontario. Le 19 octobre 2007, la Cour a accueilli l'appel et a acquitté M. Mullins-Johnson de l'accusation de meurtre au premier degré.

Annexe 29

INQUIRY INTO PEDIATRIC FORENSIC PATHOLOGY IN ONTARIO

The Honourable Stephen Goudge,
Commissioner

180 Dundas Street West, 22nd Floor
Toronto Ontario M5G 1Z8

Tel: 416 212-6878
1 866 493-4544
Fax: 416 212-6879
Website: www.goudgeinquiry.ca



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA MÉDECINE LÉGALE PÉDIATRIQUE EN ONTARIO

L'honorable Stephen Goudge,
Commissaire

180, rue Dundas Ouest, 22^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Tél. : 416 212-6878
1 866 493-4544
Télec. : 416 212-6879
Site Web : www.goudgeinquiry.ca

Tables rondes en matière de politiques : **participants et enjeux**

Table ronde du 11 février 2008 (matinée) : Agrément et expansion du service de médecine pédiatrique légale en Ontario.

Intervenants : les docteurs Stephen Cordner (Australie)*, Randy Hanzlick (États-Unis)*, Christopher Milroy (Angleterre) et Michael Pollanen participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelles sont les améliorations nécessaires aux programmes d'études de premier cycle et d'études supérieures?
- 2) Quelles améliorations doit-on apporter en matière de recherche?
- 3) Comment les universités et la communauté des médecins légistes peuvent-elles contribuer à atteindre ces objectifs?
- 4) Quel rôle peuvent jouer les universités dans le développement de la médecine légale fondée sur des données probantes?

- 5) Quelles sont les incidences de ces objectifs sur les ressources?
- 6) Quelles autres certifications professionnelles sont nécessaires et quels organismes devraient les fournir?
- 7) Quel est le rôle des organismes professionnels du domaine médical (particulièrement les pathologistes) relativement à l'amélioration de la qualité?
- 8) Devrait-il y avoir une liste de médecins légistes compétents approuvée par le gouvernement? Qui devrait l'établir? Quelles seraient ses responsabilités mise à part la délivrance de titres de compétence?
- 9) En plus de régler la question de la qualité, ces étapes permettront-elles d'améliorer l'offre? Quels sont les autres besoins? Plus de ressources? Une utilisation accrue de la technologie afin d'accéder à l'offre mondiale?

Table ronde du 11 février (après-midi) : Organisation de la médecine pédiatrique légale en Ontario.

Intervenants : les docteurs David Ranson (Australie)*, Randy Hanzlick (États-Unis)*, Michael Pollanen, David Chiasson et Glenn Taylor participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Comment définit-on les morts d'enfants qui doivent faire l'objet d'une enquête approfondie? Toutes celles qui ne feront assurément pas l'objet d'accusations? Ou celles qui demeurent inexplicées ou suspectes sur le plan criminel? Ou celles qui sont suspectes sur le plan criminel dès le début? Ou celles qui le deviennent au cours de l'enquête? (Le groupe de cas désigné peut être appelé « cas de mort d'enfants ».)
- 2) Devrait-il y avoir une sous-spécialité principale relativement à ces enquêtes? Ou convient-il davantage de retenir les services de plus d'un médecin? Quels sont les coûts et les incidences sur les ressources humaines de chaque option?

- 3) Comment devrait-on organiser ou maintenir le service de médecine légale en Ontario? Devrait-on le régionaliser? Devrait-on concentrer les enquêtes médico-légales en Ontario dans des centres précis? Quelle est la combinaison idéale de médecins légistes salariés et rémunérés à l'acte? Au sein du service de médecine légale, comment devrait-on organiser la médecine pédiatrique légale? Devrait-on relier la médecine pédiatrique légale aux hôpitaux universitaires? Dans l'affirmative, de quelle façon?

Table ronde du 12 février (matinée) : Améliorer les relations entre le service du coroner et le service de médecine pédiatrique légale.

Intervenants : les docteurs Stephen Cordner (Australie)*, Albert Lauwers, Michael Pollanen et le coroner en chef, la D^{re} Bonita Porter, participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelle est la relation optimale entre le coroner en chef et le médecin légiste en chef?
- 2) De qui ces deux personnes devraient-elles relever?
- 3) Qui devrait avoir la responsabilité ultime de l'assurance de la qualité?
- 4) Qui devrait choisir le médecin légiste dans un cas particulier?
- 5) Quelles études et quelle formation devraient avoir suivies les coroners sur les questions de médecine pédiatrique légale?
- 6) Quelle est la meilleure façon de délimiter les rôles du coroner et du médecin légiste en ce qui a trait aux enquêtes menées sur des morts d'enfants?
- 7) Quelle information devrait être fournie à l'un et à l'autre afin qu'ils puissent s'acquitter de leurs responsabilités le mieux possible?

- 8) Quels rôles le coroner et le médecin légiste devraient-ils jouer dans l'établissement de la « cause » de la mort et des « circonstances entourant » celle-ci? Et du « mécanisme » relié à la mort?

Table ronde du 12 février (après-midi) : L'équipe d'enquête sur les morts d'enfants.

Intervenants : le D^r David Ranson (Australie)*, les sergents-détectives Chris Buck et Gary Giroux, le procureur de la Couronne John Ayres et le D^r Albert Lauwers participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Les personnes participant aux enquêtes sur les cas de mort d'enfants ont-elles besoin d'une formation spéciale? Dans l'affirmative, laquelle? Qui devrait offrir cette formation?
- 2) Quelle est l'importance du degré de certitude du médecin légiste quant à la cause de la mort dans le cadre d'une enquête ou pour le choix des accusations?
- 3) La police devrait-elle recevoir des directives concernant le type de renseignements à transmettre aux médecins légistes ou à retenir? Qu'en est-il de la cueillette continue de renseignements?
- 4) Devrait-on adopter des directives concernant les interventions policières fondées sur des opinions médico-légales provisoires et incomplètes?
- 5) Quels outils la police et les procureurs de la Couronne devraient-ils avoir pour faire en sorte que les médecins légistes remettent leurs rapports en temps opportun?
- 6) La police et les procureurs de la Couronne devraient-ils recevoir des directives concernant la communication de l'opinion des médecins légistes aux représentants de la protection de l'enfance?
- 7) Quelle est la fonction des conférences préparatoires dans les enquêtes sur les morts?

- 8) Quel est le meilleur moyen d'éviter d'avoir des œillères, particulièrement dans les cas de mort de bébés présentant une charge émotionnelle élevée?
- 9) Le cas échéant, quel rôle devraient jouer les antécédents de mauvaise conduite des soignants dans les cas de mort de bébés?
- 10) Le cas échéant, quel rôle devrait jouer une équipe responsable des cas présumés d'enfant maltraité ou négligé dans les enquêtes sur des morts d'enfants?

Table ronde du 13 février (3/4 de journée) : Supervision et responsabilisation.

Intervenants : le professeur Lorne Sossin*, les docteurs Stephen Cordner et David Ranson (Australie)* et le D^r Ray Prime participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelles sont les responsabilités relatives du médecin légiste en chef et du coroner en chef concernant l'assurance de la qualité?
- 2) Devrait-on effectuer des vérifications ponctuelles? Qui devrait les effectuer? À quelle fréquence? En utilisant quels renseignements?
- 3) Le processus d'assurance de la qualité devrait-il englober le travail du médecin légiste après le dépôt du rapport d'autopsie? Dans l'affirmative, comment peut-on obtenir les renseignements nécessaires? Un avocat devrait-il évaluer le rendement des tribunaux?
- 4) Doit-on mettre en place des mécanismes spéciaux concernant les chefs de file de la discipline perçus comme tels?
- 5) Quelles sanctions devrait-on prendre lorsque des inquiétudes sont soulevées?
- 6) Quel rôle peuvent jouer les hôpitaux quant à l'assurance de la qualité concernant les médecins légistes?
- 7) Quelles communications devrait-il y avoir entre les hôpitaux et le BCCO concernant les compétences d'un médecin légiste?

- 8) Lorsque les processus d'assurance de la qualité donnent des résultats contraires, devrait-on en informer la Couronne ou la défense?
- 9) Comment les processus d'assurance de la qualité influeront-ils sur l'effectif de médecins légistes?
- 10) Que peut-on apprendre des autres territoires de compétence?
- 11) Que peut-on apprendre de la supervision et de la responsabilisation des autres disciplines médico-légales?

Table ronde du 14 février (3/4 de journée) : Les pratiques exemplaires de la médecine pédiatrique légale dans un cas particulier.

Intervenants : les docteurs Stephen Cordner (Australie)*, Christopher Milroy (Angleterre), David Chiasson et Michael Pollanen participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelle est la bonne attitude à adopter au moment d'aborder un cas? La pensée fondée sur la méfiance? La pensée fondée sur un indice de suspicion accru? La pensée fondée sur les éléments de preuve?
 - a. Qu'est-ce que la médecine légale fondée sur des éléments de preuve? Comment favorise-t-on la médecine légale fondée sur des éléments de preuve? Comment s'applique-t-elle à un cas particulier? Quelle place reste-t-il pour les considérations faisant appel à l'expérience?
 - b. Devrait-on mettre en place des directives ou des protocoles concernant l'autopsie et les étapes menant à celle-ci?
- 2) Renseignements sur l'admission
- 3) Visites sur les lieux

- 4) Communications relatives aux autopsies
- 5) Examens connexes d'histologie, de toxicologie, de radiologie, etc.
- 6) Le bien-fondé de demander de l'aide clinique
- 7) Consignation et échange de renseignements
 - a. Quand et comment devrait-on recourir à un examen par les pairs? Au moment de l'autopsie? Après? Après la publication du rapport d'autopsie? Quelle quantité de renseignements devrait faire l'objet d'un examen par les pairs? Cet examen devrait-il être effectué à l'interne ou à l'externe? De quelle façon la technologie peut-elle aider? Comment peut-on éliminer le risque de « figure emblématique »? Quelles obligations de divulgation découlent de l'examen par les pairs?
 - b. Devrait-on adopter des directives ou des protocoles concernant les rapports d'autopsie?
- 8) Exiger l'élaboration complète des faits et du raisonnement qui sous-tend l'opinion.
- 9) Tenir compte de la portée appropriée de l'opinion.
- 10) Concernant l'utilisation des renseignements circonstanciels sur lesquels se fonde l'opinion
- 11) Exiger la transparence complète concernant les personnes sur lesquelles on s'appuie.
- 12) Concernant le degré de certitude de l'opinion
- 13) Concernant le respect des limites de l'expertise
- 14) Concernant la rapidité de diffusion de l'information
 - a. Devrait-on adopter des directives, des protocoles ou des codes de conduite concernant le rôle du médecin légiste dans la préparation du procès et sa participation à titre de témoin expert concernant ce qui suit :
- 15) La conformité aux rapports

16) La rapidité de la réponse

17) La consignation des communications avec la police, les avocats de la Couronne et les coroners

18) Les obligations éthiques envers le tribunal et le système de justice

19) Les obligations au moment du témoignage

- a. Qui devrait être chargé de préparer ces directives?
- b. Qui devrait être chargé de contrôler leur mise en œuvre? Le médecin légiste en chef? Le coroner en chef? De quels outils d'application de la loi ont-ils besoin relativement aux médecins légistes salariés? Aux médecins légistes rémunérés à l'acte?
- c. Quels sont les coûts d'un degré de surveillance accru?
- d. Comment gère-t-on les questions particulièrement controversées, comme le syndrome du bébé secoué, dans un cas particulier?

Table ronde du 15 février (matinée) : Communication efficace entre la médecine pédiatrique légale et le système de justice criminelle.

Intervenants : le professeur Gary Edmond (Australie)*, le D^r David Ranson (Australie)*, le professeur Kent Roach et la professeure Erica Beecher-Monas (États-Unis) participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Comment un médecin légiste détermine-t-il le degré de certitude de son ou ses opinions?
- 2) Comment cela est-il le mieux exprimé dans les rapports? À la police? Au tribunal?
- 3) Quels sont les meilleurs choix de langage et quels sont ceux qui devraient être évités?
- 4) Comment doit-on gérer les changements d'opinion ou les opinions supplémentaires? Si elles se fondent sur de nouveaux renseignements? Si elles ne se fondent pas sur de nouveaux renseignements, mais ne sont simplement pas pris en considération dans le rapport d'autopsie?
- 5) Les médecins légistes devraient-ils avoir des obligations professionnelles régissant leurs témoignages afin d'éviter les problèmes tels que la spéculation, le langage non scientifique et le non-respect des limites de leur expertise? Qui devrait les préparer et les faire respecter?

Table ronde du 19 février : La Couronne, la défense et le tribunal.

Intervenants : le professeur Michael Code, Marlyns Edwardh, Nye Thomas, Rob Buchanan et Paul McDermott participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Devront-ils suivre une formation spéciale pour prendre en charge des cas de mort d'enfants?
- 2) Comment peut-on mettre l'expertise en médecine légale à la disposition de la défense?
- 3) Les experts de la Couronne et de la défense devraient-ils échanger leurs points de vue et discuter de ceux-ci avant le procès? À quelles conditions de privilège ou de confidentialité? Comment peut-on effectuer cela?
- 4) Le tribunal devrait-il nommer son propre expert? Dans quelles circonstances?
- 5) Comment peut-on assurer un degré de scepticisme adéquat chez l'avocat de la défense concernant l'expertise de la Couronne? Chez les procureurs la Couronne concernant celle de la défense?
- 6) Devrait-on imposer des contraintes éthiques en ce qui a trait à la négociation de plaidoyers dans les cas de pathologie incertaine?
- 7) Quels documents relatifs à l'examen par les pairs devrait-on remettre à la défense?

Table ronde du 20 février (matinée) : Processus de plaintes viables.

Intervenants : la professeur Joan Gilmour, le professeur Lorne Sossin*, le D' Rocco Gerace et la D^{re} Catherine Yarrow participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quels sont les forums appropriés pour traiter les plaintes? L'OMCO? Le BCCO? Le MLC? Une combinaison de diverses entités? Autres?
- 2) Quel est le seuil exigeant une enquête complète concernant une telle plainte?
- 3) Quelles sanctions doit-on prescrire?

- 4) Si on impose des sanctions, quelles devraient en être les conséquences sur les cas passés et présents dans le système de justice criminelle?

Table ronde du 21 février (matinée) : Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée.

Intervenants : Alastair MacGregor, c.r. (Angleterre), le D^r Michael Pollanen, Bruce MacFarlane (Manitoba)*, Kerry Scullion et Mary Nethery participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Devrait-on examiner toutes les condamnations attribuables à la médecine pédiatrique légale depuis 1981? Qui devrait réaliser cet examen? Quel devrait en être l'étendue? Sinon, devrait-on en examiner un sous-ensemble, comme les cas de syndrome du bébé secoué?
- 2) Que devrait-on faire dans les cas de condamnation où un tel examen aurait permis de relever des erreurs médico-légales?
- 3) Lorsqu'une erreur médico-légale est relevée dans un cas particulier, quelle est la responsabilité du BCCO à l'égard du système de justice criminelle? Et celle de l'OMCO et de la Couronne?
- 4) Quel niveau de préoccupation relative à un médecin légiste devrait entraîner un examen complet de tous les cas de mort d'enfants qu'il a traités?
- 5) Comment peut-on utiliser le mieux le processus prévu à l'article 696 dans les cas de médecine pédiatrique légale?
- 6) Que peut-on apprendre de la Criminal Cases Review Commission (Commission d'examen des causes criminelles) concernant la gestion des cas de médecine pédiatrique légale?

Table ronde du 21 février (après-midi) : Médecine pédiatrique légale et possibilités de violence à l'endroit des enfants.

Intervenants : le professeur Nicholas Bala*, Agnes Samler, Jane Fitzgerald et Andrew Koster participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quel est le rôle de la médecine légale dans les cas de protection de l'enfance?
- 2) Quel est le rôle des divers fardeaux de la preuve et des différentes règles de responsabilité relativement à la protection de l'enfance comparativement aux causes criminelles?
- 3) Le fait de se méfier favorise-t-il l'accroissement de la sensibilisation à l'égard de la violence à l'endroit des enfants? Comment peut-on maintenir la vigilance à l'égard de la violence faite aux enfants?
- 4) Comment devrait-on coordonner les interventions de la SAE avec celles de la police et des médecins légistes dans les cas de mort suspecte où des enfants ont survécu?
- 5) Le cas échéant, que peut-on faire pour réduire au minimum les préjudices à une famille qui a perdu un bébé dans des circonstances inconnues ou suspectes? Est-ce qu'une étroite supervision de la famille constitue une solution de rechange viable à l'appréhension des enfants survivants?

Table ronde du 22 février (matinée) : Le système judiciaire et les témoignages scientifiques d'experts, groupe 1.

Intervenants : l'honorable Patrick LeSage, c.r., l'honorable juge Marc Rosenberg, le professeur Gary Edmond (Australie)* et la professeure Erica Beecher-Monas (États-Unis) participeront à la table ronde.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Le système judiciaire est-il trop vulnérable aux opinions d'expert inexactes, peu fiables ou non représentatives et particulièrement aux opinions médico-légales? Accorde-t-on trop d'importance à la réputation et au style?
- 2) Dans l'affirmative, que devrait-on faire pour se prémunir contre ces dangers? Comment les tribunaux et les avocats obtiennent-ils les connaissances nécessaires permettant d'afficher un scepticisme raisonnable?
- 3) Comment un juge devrait-il s'assurer que les experts ne présentent pas un témoignage qui dépasse leur champ de compétences? Une enquête menée par une équipe multidisciplinaire, dont plusieurs membres pourraient ne pas témoigner, pose-t-elle des défis particuliers?
- 4) Comment devrait-on contester l'avis d'un expert au cours de l'enquête préliminaire? Au cours d'instances portant sur la protection de l'enfance?
- 5) Les juges devraient-ils être plus prudents relativement à l'acceptation d'une preuve d'expert présentée par un médecin légiste, même s'il ne s'agit pas d'une science nouvelle?
- 6) Quel rôle les inquiétudes relatives à la fiabilité et à l'assurance de la qualité, s'il y en a, devraient-elles jouer dans la décision d'admettre un témoignage d'expert? Ou relativement à l'importance à accorder à un témoignage d'expert?
- 7) Les juges devraient-ils pouvoir exiger que les experts concurrents se rencontrent? Ou nommer leurs propres experts?

- 8) Quel devrait être le rôle de la formation continue offerte aux juges concernant les opinions d'expert?
- 9) Quel devrait être le rôle des jugements de référence comme ceux rendus par la Cour d'appel en Angleterre et au pays de Galles?
- 10) Les règles des tribunaux devraient-elles régir la forme des rapports et des témoignages d'expert?

Table ronde du 22 février (après-midi) : Le système judiciaire et les témoignages scientifiques d'experts, groupe 2.

Intervenants : Andrew Robertson, c.r. (Angleterre) et Alastair MacGregor, c.r. (Angleterre).

Les questions se rapporteront aux leçons pouvant être tirées de l'expérience de l'Angleterre concernant la gestion des cas de médecine pédiatrique légale.

Six tables rondes sur les politiques à Thunder Bay : Accroître la capacité d'enquêtes médico-légales sur les morts d'enfants dans les collectivités éloignées ou du Nord.

28 février, table ronde 1 : La prestation des services de médecine pédiatrique légale dans le Nord de l'Ontario.

Intervenants : le D^r Roger Strasser, doyen fondateur de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, une coentreprise de l'Université Lakehead (Thunder Bay) et de l'Université Laurentienne (Sudbury), le D^r William McCready, doyen associé des Affaires cliniques de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, le D^r Martin Queen, pathologiste judiciaire, chef du Département de médecine de laboratoire et de pathologie de l'Hôpital régional de Sudbury, le D^r David Eden, coroner régional principal, Nord de l'Ontario, le D^r David Chiasson, directeur de l'Unité de médecine pédiatrique légale de l'Ontario, Hospital for Sick Children, et la D^{re} Bonnie Porter, coroner en chef de l'Ontario

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelles initiatives ont été ou peuvent être prises afin d'augmenter l'effectif de médecins de famille pouvant agir à titre de coroners dans le Nord de l'Ontario? Quel devrait être le rôle du BCCO relativement à toute initiative de recrutement?
- 2) Quelles mesures incitatives peut-on prendre pour inciter les médecins à accepter des responsabilités de coroner (p. ex., leur verser des allocations mensuelles garanties plutôt que de les rémunérer à l'acte comme c'est le cas actuellement)?
- 3) Dans quelle mesure les étudiants de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) sont-ils exposés à la pathologie et à la médecine légale au cours de leurs études de premier cycle? Dans quelle mesure l'EMNO interagit-elle avec l'unité régionale de médecine légale du Nord-Est?
- 4) Comment le programme d'études de l'EMNO tient-il ou devrait-il tenir compte des besoins particuliers des collectivités autochtones?

- 5) Combien de stages sont ou devraient être réservés aux étudiants des collectivités du Nord ou des collectivités autochtones?
- 6) Comment l'EMNO s'assure-t-elle ou devrait-elle s'assurer que ses étudiants en médecine s'engagent, en fait, à pratiquer dans des collectivités éloignées?
- 7) Combien de places en médecine familiale l'EMNO offre-t-elle au niveau des études supérieures? Les résidents de l'EMNO en médecine familiale sont-ils exposés à la pratique des coroners au cours de leur formation?
- 8) Concernant les étudiants en médecine de l'EMNO qui acceptent des résidences en médecine familiale dans le Centre ou le Sud de l'Ontario, dans quelle mesure l'EMNO a-t-elle réussi à les faire revenir dans le Nord de l'Ontario afin d'y établir leur pratique?
- 9) Quel devrait être le rôle du BCCO pour ce qui est d'attirer les étudiants de l'EMNO, au niveau tant des études de premier cycle que des études supérieures, vers la fonction de coroner? Quelles ressources seraient nécessaires?
- 10) Quelles sont les limites géographiques de la nouvelle région du Nord? Qu'est-ce qui détermine ces limites? Quelles en sont les conséquences sur la supervision par le BCCO?
- 11) Les installations et les ressources du coroner régional (personnel, matériel, accès au bureau principal et communication avec celui-ci et accès aux coroners locaux et communication avec ceux-ci) sont-elles adéquates?
- 12) Devrait-on mettre en place un service de répartition centralisé dans la région du Nord?
- 13) Quelles devraient-être les zones desservies par les services de médecine pédiatrique légale dans la région du Nord?
- 14) Comment les solutions technologiques (comme la télésanté) peuvent-elles aider le coroner à relever le défi que présente la dispersion de la population relativement

clairsemée du Nord en ce qui concerne la gestion des cas relevant de la médecine pédiatrique légale?

28 février, table ronde 2 : L'organisation des enquêtes sur des morts d'enfants.

Intervenants : le D^r Shelagh McCrae, coroner-enquêteur, l'inspecteur-détective Dennis Olinyk, Police provinciale de l'Ontario, le D^r David Eden, coroner régional principal, Nord de l'Ontario, le D^r Martin Queen, pathologiste judiciaire, chef du Département de médecine de laboratoire et de pathologie de l'Hôpital régional de Sudbury, le D^r David Chiasson, directeur de l'Unité de médecine pédiatrique légale de l'Ontario, Hospital for Sick Children, et M. James Sargent, directeur de funérailles

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelle est la charge de travail annuelle d'un coroner dans une collectivité du Nord? Combien de cas relèvent de la pédiatrie? Combien de cas sont suspects d'un point de vue criminel? Quelle incidence la charge de travail a-t-elle sur l'expertise dans une enquête sur une mort? Quelle est la formation requise pour faire en sorte que les coroners ayant une faible charge de travail peuvent enquêter de façon efficace? Dans les petites collectivités, comment un coroner-enquêteur peut-il conserver le degré nécessaire d'objectivité et d'impartialité?
- 2) Comment les cas de mort d'enfants sont-ils distribués aux médecins légistes?
- 3) Comment les défis associés aux enquêtes sur les morts d'enfants dans la région du Nord peuvent-ils être relevés : à cet égard, il faut tenir compte du transport des corps, de l'accès aux représentants du BCCO (coroner local, coroner régional principal), de l'accès à un expert en médecine pédiatrique légale (ainsi qu'en radiopédiatrie, etc.), de l'accès à un expert ou aux ressources humaines du « siège social » du BCCO (adjoints, coroner en chef, médecin légiste en chef).

- 4) Les coroners peuvent-ils ou devraient-ils se rendre plus souvent sur les lieux des morts relevant de la médecine pédiatrique légale? Qui devrait agir à titre de substituts aux coroners, au besoin?
- 5) Quels sont les problèmes particuliers que doivent affronter les services policiers relativement aux enquêtes sur les morts d'enfants dans les collectivités éloignées et celles du Nord? Comment communique-t-on les politiques du BCCO aux services policiers locaux? Quelle formation les agents de police reçoivent-ils ou devraient-ils recevoir?
- 6) Dans les petites collectivités où les coroners, la police ou les substituts aux coroners peuvent se connaître les uns les autres à d'autres titres, quelles mesures de protection devrait-on intégrer au processus d'enquête afin d'éviter les conflits d'intérêts?
- 7) Devrait-on établir une liaison entre les services policiers locaux et une équipe d'agents de police spécialistes (p. ex., la Police provinciale de l'Ontario ou le service de police de Toronto) afin de les aider à mener les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants?
- 8) Dans les cas complexes, doit-on prévoir la possibilité qu'un médecin légiste prenne l'avion pour se rendre sur les lieux?

29 février, table ronde 1 : Obstacles aux enquêtes sur les morts d'enfants dans les collectivités autochtones éloignées.

Intervenants : le chef adjoint John Domm, Nishnawbe-Aski Police Service, la chef Connie Gray-Mckay, Première nation Mishkeegogamang, Vernon Morris, Première nation Pikangikum, le D^r David Eden, coroner régional principal, l'ancienne Elizabeth Mawakeesick, Première nation Sandy Lake

Co-animateur : Wally McKay, ancien grand chef de la nation Nishnawbe-Aski

Sujet : Cette table ronde portera sur les obstacles particuliers qui existent relativement aux enquêtes sur les morts suspectes d'enfants dans les collectivités autochtones éloignées et examinera les recommandations visant à éliminer ces obstacles.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Chaque année, combien de morts suspectes d'enfants surviennent dans les collectivités autochtones du Nord? Combien de ces morts feront l'objet d'une enquête médico-légale?
- 2) Généralement, comment et quand les services policiers et les coroners sont-ils informés de ces cas? Quels sont les obstacles à une notification rapide, à la préservation de la scène et à la collecte de preuves qui existent relativement à ces cas?
- 3) Les directives ou les protocoles actuels concernant les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants sont-ils adaptés aux réalités de ce type d'enquêtes dans les collectivités autochtones du Nord?
- 4) Quels obstacles ont des répercussions sur la capacité du coroner-enquêteur, des agents de police ou du médecin légiste de se rendre sur les lieux des morts suspectes d'enfants dans les collectivités autochtones du Nord?
- 5) Quand et dans quelles circonstances les coroners devraient-ils déléguer leurs responsabilités? À qui devraient-ils les déléguer? Quelles sont les conséquences de la délégation de ces responsabilités?
- 6) Quels sont les problèmes particuliers que doivent affronter les services policiers dans les enquêtes sur les morts d'enfants dans les collectivités éloignées et celles du Nord? Comment communique-t-on les politiques du BCCO aux services policiers locaux? Quelle formation les agents de police reçoivent-ils ou devraient-ils recevoir?
- 7) Quel type de formation sur les pratiques traditionnelles concernant la mort d'un enfant autochtone devrait-on offrir aux coroners-enquêteurs et aux agents de police?

- 8) Quel type d'arrangements, le cas échéant, les personnes qui enquêtent sur les lieux devraient-elles offrir aux familles souhaitant respecter les pratiques traditionnelles concernant la mort d'un enfant autochtone?
- 9) Dans les petites collectivités où les coroners, la police ou les substituts aux coroners peuvent se connaître les uns les autres à d'autres titres, quelles mesures de protection devrait-on intégrer au processus d'enquête afin d'éviter les conflits d'intérêts?
- 10) Devrait-on établir une liaison entre les services policiers locaux et une équipe d'agents de police spécialistes (p. ex., la Police provinciale de l'Ontario ou le service de police de Toronto) afin de les aider à mener les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants?

29 février, table ronde 2 : Limites et conséquences des enquêtes sur les cas de mort suspecte d'enfants.

Intervenants : Mary Jean Robinson, directrice régionale, Nishnawbe-Aski Legal Services Corporation, Barbara Hancock, Tikinagan Child and Family Services

Co-animateur : Wally McKay, ancien grand chef de la nation Nishnawbe-Aski

Sujet : Cette table ronde portera sur les répercussions des enquêtes criminelles dans les cas de mort d'enfants sur les collectivités autochtones éloignées et sur la meilleure façon d'aborder la communication, l'accès à la personne décédée, les rapports sur les résultats et d'autres enjeux.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelles sont les répercussions des enquêtes sur les morts suspectes d'enfants sur les collectivités autochtones éloignées?
- 2) Quelles sont les conséquences sur les familles et les collectivités touchées par la prestation des services de médecine pédiatrique légale?
- 3) Quel est le rôle des services à l'enfance et à la famille dans les cas nécessitant des services de médecine pédiatrique légale?

- 4) Dans les cas de morts suspectes d'enfants dans les collectivités autochtones du Nord, quelles étapes les services à l'enfance et à la famille suivent-ils concernant les enfants survivants? Comment la prestation des services de médecine pédiatrique légale influence-t-elle ces processus?
- 5) Comment devrait-on aborder les questions relatives à la communication, notamment le rapport sur les résultats de l'autopsie, et à l'accès au corps de la personne décédée?
- 6) Dans ces cas, quels défis découlent de la nécessité de déplacer le corps de l'enfant décédé hors de la collectivité aux fins d'autopsie? Des services de counseling sont-ils offerts sur place aux familles afin d'atténuer le traumatisme relié au déplacement de leur enfant décédé? Qui offre ces services? Si ces services ne sont pas offerts en ce moment, qui devrait les offrir?
- 7) Comment devrait-on améliorer la communication entre la famille et le bureau du coroner au cours de la période durant laquelle le corps de l'enfant décédé est déplacé aux fins d'autopsie?

29 février, table ronde 3 : Intervention de la communauté dans les enquêtes sur les morts.

Intervenants : Jim Morris, Sioux Lookout Health Authority, le D^r David Eden, coroner régional principal

Sujet : Cette table ronde portera sur l'utilisation des ressources et de membres de la collectivité en vue de contribuer aux enquêtes des coroners sur des morts (particulièrement dans les cas relevant de la médecine pédiatrique légale). Les avantages et les inconvénients du modèle axé sur les représentants en santé communautaire seront expliqués et permettront d'explorer le modèle axé sur l'enquêteur communautaire devant être utilisé dans le système des coroners.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Quelles ressources et quels membres de la collectivité sont disponibles pour contribuer aux enquêtes des coroners sur des morts (particulièrement dans les cas relevant de la médecine pédiatrique légale)?
- 2) Quels sont les avantages et les inconvénients du modèle axé sur les représentants en santé communautaire?
- 3) Qu'est-ce que le modèle axé sur l'enquêteur communautaire et quelle est son utilité au sein du système des coroners?
- 4) Comment les services communautaires peuvent-ils contribuer aux enquêtes sur les morts et à la prestation des services de médecine pédiatrique légale?

29 février, table ronde 4 : Améliorer les communications entre les collectivités autochtones et le BCCO.

Intervenants : le grand chef adjoint Alvin Fiddler, Nathan Wright, Chiefs of Ontario, la D^{re} Bonnie Porter, coroner en chef, le D^r David Eden, coroner régional principal

Sujet : Cette table ronde portera sur la façon constructive d'améliorer les communications continues entre les collectivités autochtones et le BCCO concernant les enjeux mentionnés précédemment.

Les questions pourraient être les suivantes :

- 1) Dans de tels cas, comment peut-on améliorer les communications entre les collectivités autochtones et le BCCO?

Annexe 30

INQUIRY INTO PEDIATRIC FORENSIC PATHOLOGY IN ONTARIO

The Honourable Stephen Goudge,
Commissioner

180 Dundas Street West, 22nd Floor
Toronto Ontario M5G 1Z8

Tel: 416 212-6878
1 866 493-4544
Fax: 416 212-6879
Website: www.goudgeinquiry.ca



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA MÉDECINE LÉGALE PÉDIATRIQUE EN ONTARIO

L'honorable Stephen Goudge,
Commissaire

180, rue Dundas Ouest, 22^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Tél. : 416 212-6878
1 866 493-4544
Télééc. : 416 212-6879
Site Web : www.goudgeinquiry.ca

NOTE DE SERVICE

Destinataire	Parties ayant qualité pour agir
Expéditeur	Linda Rothstein, avocate de la Commission
Date	Le 20 février 2008
Objet	Observations

Une modification mineure a été apportée au calendrier de remise des observations. La date d'échéance initiale était le 21 mars 2008, qui est un jour férié. Par conséquent, le nouveau calendrier de remise des observations est le suivant :

- 20 mars 2008, midi – Remise des observations écrites
- 27 mars 2008, midi – Remise des réponses aux observations, le cas échéant
- 31 mars et 1^{er} avril – Observations orales

Les parties doivent soumettre une estimation du temps requis pour présenter leurs observations orales au plus tard le 21 mars 2008 à midi. Le commissaire attribuera par la suite le temps nécessaire pour les observations orales.

Veuillez préciser dans vos observations quelles conclusions de fait le commissaire devrait tirer et, plus important encore, quelles recommandations systémiques il devrait formuler, ainsi que le fondement de chacune, y compris la raison pour laquelle les preuves sous-tendent le besoin de faire ces recommandations.

Si l'une ou l'autre des parties souhaite présenter une observation indiquant que le commissaire devrait formuler une recommandation relativement à la création d'une commission d'examen des causes criminelles ou à des modifications à la Partie XXI.1 du *Code criminel* traitant des erreurs judiciaires présumées, elle doit inclure des observations relatives à la compétence du commissaire en ce qui concerne la formulation de telles recommandations. Le gouvernement fédéral sera autorisé à présenter des observations sur cette question, le cas échéant.

Les parties souhaitant inviter le commissaire à formuler des recommandations systémiques doivent le faire de façon aussi précise et détaillée que possible et fournir, si elles le peuvent, le langage qu'elles souhaiteraient voir adopter. Il serait également utile de souligner en quoi les preuves sous-tendent le besoin de faire de telles recommandations.

Le commissaire a établi les règles suivantes concernant les observations :

1. Les observations doivent être présentées à double interligne, les pages et les paragraphes doivent être numérotés et les marges doivent être de 2,5 cm.
2. Les observations doivent respecter l'ordonnance de non-publication du commissaire rendue le 1^{er} novembre 2007.
3. Les observations doivent être présentées comme suit :
 - a. trois exemplaires reliés;
 - b. un fichier .pdf contenant le document complet (p. ex., un seul fichier contenant la page couverture, la table des matières, le texte des observations et toutes les annexes). Veuillez ne pas présenter de fichiers électroniques séparés pour chacune des sections des observations.

4. Les paramètres de sécurité relatifs au fichier .pdf doivent permettre à l'utilisateur d'imprimer, d'enregistrer, de copier et de coller le texte à partir du document et de modifier celui-ci.
5. Les références aux documents et aux transcriptions doivent être présentées sous forme de notes de bas de page et non de fin de document;
 - a. les documents doivent être cités par numéro PFP et indiquer les pages précises du document. Par exemple, la première page de l'annexe D de la note 631, située dans le manuel d'enquête du coroner, serait citée comme suit : « PFP057584, p. 371 »;
 - b. les références aux transcriptions devraient désigner le témoin et indiquer le passage cité. Par exemple : « Témoignage du D^r Pollanen, le 11 décembre 2007, p. 43, lignes 3 à 6 ».
6. Les parties ne sont pas tenues de fournir des exemplaires des transcriptions ou des documents cités dans leurs observations.

Annexe 31

Liste des comparutions au nom des parties ayant qualité pour agir

Bureau du coroner en chef de l'Ontario	Stockwoods s.r.l. Brian Gover Luisa Ritacca Teja Rachamalla
Ministère du Procureur général de l'Ontario	William Manuel Kim Twohig Heather C. Mackay
Hospital for Sick Children	Borden Ladner Gervais s.r.l. William Carter Barbara Walker-Renshaw Kate A. Crawford
D^r Charles Smith	McCarthy Tétrault s.r.l. Niels Ortved Jane Langford Erica Baron Grant Hoole
Groupe des familles touchées et deux personnes	Wardle Daley Bernstein s.r.l. Peter Wardle Daniel Bernstein Hauraney & Kirkpatrick James Hauraney Julie Kirkpatrick
Groupe Mullins-Johnson	Lockyer Campbell Posner James Lockyer Philip Campbell Alison Craig
Ontario Crown Attorneys' Association	Cavalluzzo Hayes Shilton McIntyre & Cornish s.r.l. Paul Cavalluzzo Veena Verma
Criminal Lawyers' Association	Ross & McBride s.r.l. Jeffrey Manishen Schreck & Greene Mara Greene Di Luca Copeland Davies s.r.l. Joseph Di Luca Breese Davies
Association in Defence of the Wrongly Convicted	Sack Goldblatt Mitchell s.r.l. Louis Sokolov Vanora Simpson

	Falconer Charney s.r.l. Elisabeth Widner
Coalition des Aboriginal Legal Services of Toronto – Nishnawbe Aski-Nation	Falconer Charney s.r.l. Julian Falconer Jackie Esmonde Aboriginal Legal Services of Toronto Kimberly Murray
Défense des enfants – international Canada	Suzan E. Fraser Avocate
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	Carolyn Silver Natasha Egan
Marco Trotta	Michael Lomer Avocat

Annexe 32

Liste des témoins

Nom	Date
D^r Barry McLellan , ancien coroner en chef de l'Ontario D^r Michael Pollanen , médecin légiste en chef de la province de l'Ontario	12, 13, 14, 15 et 16 novembre 2007
D^r Jack Crane , pathologiste d'État pour l'Irlande du Nord D^r Christopher Milroy , médecin légiste en chef, Service des sciences judiciaires, professeur de médecine légale, Université de Sheffield, et médecin légiste conseil auprès du Home Office (R.-U.) D^r John Butt , médecin légiste, ancien médecin légiste en chef de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse	19, 20, 21, 22 et 23 novembre 2007
D^r James Cairns , coroner en chef adjoint de l'Ontario	26, 27, 28 et 29 novembre 2007
D^r James Young , ancien coroner en chef de l'Ontario	29 et 30 novembre 2007 3 et 4 décembre 2007 8 février 2008
D^r Michael Pollanen , médecin légiste en chef de la province de l'Ontario	5 et 6 décembre 2007
D^r David Chiasson , ancien médecin légiste en chef de la province de l'Ontario et directeur de l'unité de médecine pédiatrique légale de l'Hospital for Sick Children (SickKids)	7, 10 et 11 décembre 2007
D^{re} Helen Whitwell , médecin légiste, Royaume-Uni D^r Pekka Saukko , professeur de médecine légale, Université de Turku, Finlande	12, 13 et 14 décembre 2007
Maxine Johnson , coordonnatrice administrative, SickKids, division de pathologie	17 décembre 2007
D^r Don Perrin , pathologiste adjoint, SickKids	17 décembre 2007
D^r Glenn Taylor , chef de la division de pathologie, SickKids D^r Ernest Cutz , pathologiste, SickKids	18 et 19 décembre 2007
D^r Joseph de Nanassy , chef de la division de pathologie anatomique, Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO) D^r Jean Michaud , chef du département de pathologie et de médecine de laboratoire, Hôpital d'Ottawa et CHEO D^r Blair Carpenter , ancien chef de la division de pathologie anatomique, CHEO	20 et 21 décembre 2007

D ^r William Lucas , coroner en chef adjoint intérimaire de l'Ontario D ^r James Edwards , coroner régional D ^r Albert Lauwers , coroner en chef adjoint intérimaire de l'Ontario	7 et 8 janvier 2008
D ^{re} Katy Driver , programme SCAN, SickKids D ^{re} Dirk Huyer , programme SCAN, SickKids D ^{re} Michelle Shouldice , programme SCAN, SickKids	9 et 10 janvier 2008
D ^r Paul Thorne , division de pathologie, SickKids	11 janvier 2008
Inspecteur intérimaire Robert Keetch , Service de police du grand Sudbury	14 janvier 2008
Sergent Larry Charmley , Service de police de la collectivité de Peterborough Lakefield Agent Scott Kirkland , Service de police de la collectivité de Peterborough Lakefield	15 janvier 2008
D ^r Rocco Gerace , Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) C. Michèle Mann , OMCO Elizabeth Doris , OMCO	16 janvier 2008
D ^r David Dexter , directeur, unité de médecine légale régionale D ^r Chitra Rao , directeur, unité de médecine légale régionale D ^r Michael Shkrum , directeur, unité de médecine légale régionale	17 et 18 janvier 2008
Ed Bradley , avocat de la Couronne Brian Gilkinson , avocat de la Couronne Terri Regimbal , avocat de la Couronne	21 et 22 janvier 2008
D ^r Robert Wood , odontologue	23 janvier 2008
Sergent Greg MacLellan , Police provinciale de l'Ontario Inspecteur Brian Begbie , police de Kingston	24 janvier 2008
D ^r David Legge , coroner régional D ^r David Eden , coroner régional D ^r Andrew McCallum , coroner régional	25 janvier 2008
D ^r Charles Smith	28, 29, 30 et 31 janvier 2008 1 ^{er} février 2008
Monsieur le juge John McMahon	6 février 2008
David Gorrell , avocat de la défense John Struthers , avocat de la défense Bruce Hillyer , avocat de la défense	8 février 2008