

R A P P O R T

de la

Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

Volume 1 Résumé

Volume 2 Examen systémique

Volume 3 Politique et
recommandations

Volume 4 Processus d'enquête

L'honorable Stephen T. Goudge
Commissaire

ISBN 978-1-4249-7803-8 (PDF)

**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

Le 30 septembre 2008

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

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

Monsieur le Procureur,

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

Cordialement,

Stephen Goudge
Commissaire

STG/mm

Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

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

Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

R A P P O R T

Volume 1 Résumé

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 : 978-1-4249-7802-1 (Version imprimée – vol. 1)

ISBN : 978-1-4249-7803-8 (PDF – vol. 1)

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

Résumé 3

- La mort d'un enfant et le système de justice pénale 3
- Préoccupations grandissantes et création de la Commission 6
- La science de la médecine légale 9
- L'exercice de la médecine pédiatrique légale 11
 - Formation et expérience 13
 - Méthode d'autopsie 16
 - Interaction avec le système de justice pénale 16
 - Témoignages 18
 - Le D^r Smith et les défis de la supervision 21
- Supervision de la médecine pédiatrique légale 23
 - Faiblesses institutionnelles et organisationnelles 24
 - Défaillances de la supervision dans les années 1990 26
 - Résumé 34
- Rétablir la confiance à l'égard de la médecine pédiatrique légale 38
- Professionaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale 39
 - Reconnaissance législative d'un service de médecine légale professionnalisé 40
 - Assises d'un service de médecine légale professionnalisé en matière de formation 41
 - Recrutement et maintien en poste des médecins légistes 42
 - Financement adéquat et durable 43
- Organisation et supervision efficaces de la médecine légale en Ontario 44
 - Le Service ontarien de médecine légale 44
 - L'UOMLP 44
 - Protocole relatif aux cas de morts suspectes d'enfants 45
 - Le conseil de direction 46
 - Le registre 48
- Le rôle du médecin légiste 48
 - Principes de base des pratiques exemplaires 48

Communication efficace avec le système de justice pénale	50
Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense	51
Le rôle de la cour	53
Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée	54
Premières nations et collectivités éloignées	55
La médecine pédiatrique légale et les familles	56
Conclusion	57
Recueil des recommandations	59

Volume 2 : Examen systémique

<i>Remerciements</i>	xv
<i>Abréviations et acronymes</i>	xvii
<i>Glossaire des termes médicaux</i>	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

<i>Abréviations et acronymes</i>	xiii
<i>Glossaire des termes médicaux</i>	xv

10 Rétablir la confiance à l'égard de la médecine pédiatrique légale	309
11 Professionnaliser et reconstruire la médecine pédiatrique légale	312
12 Réorganisation de la médecine pédiatrique légale	339
13 Amélioration de la supervision et de la responsabilisation	364
14 Amélioration du processus de traitement des plaintes	398
15 Pratiques exemplaires	408
16 Communication efficace avec le système de justice pénale	445
17 Le rôle des coroners, de la police, de la Couronne et de la défense	479
18 Le rôle de la cour	516

19 Médecine pédiatrique légale et risques de condamnation injustifiée	566
20 Premières nations et collectivités éloignées	603
21 La médecine pédiatrique légale et les familles	627
22 Conclusion et liste générale des recommandations	651

Volume 4 : Processus d'enquête

23 La portée et la démarche de l'Enquête	701
Annexes	749
Commissaire et personnel de la Commission	1083

Résumé

Résumé

LA MORT D'UN ENFANT ET LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

La mort soudaine et inattendue d'un enfant est un événement accablant pour les parents, la famille et même pour toute la collectivité. Si des signes portent à croire qu'un acte criminel peut avoir été commis, l'accablement devient encore plus tragique. Cette réalité se trouve au cœur des travaux de la présente Commission d'enquête.

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

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

Les familles élargies souffrent tout autant. La mort de l'enfant représente une perte pour elles aussi. Certains membres de la famille seront prêts à tout sacrifier pour défendre celui ou celle qu'ils aiment contre toute accusation criminelle.

D'autres peuvent être convaincus de la culpabilité du parent soupçonné. Des ruptures peuvent survenir et rester douloureuses pendant des années, voire pour toujours.

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

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

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

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

Les dossiers examinés durant l'enquête montrent à quel point le rôle du médecin légiste est vital dans la réussite ou l'échec du système de justice pénale à faire face à la mort soudaine et inattendue d'un nourrisson dans des circonstances suspectes. Le parent ou le soignant soupçonné sera souvent la seule personne à avoir

été en contact avec l'enfant dans les heures précédant la mort. Il peut n'y avoir aucune autre preuve. Cependant, si le médecin légiste détermine la cause de la mort de l'enfant, cette opinion peut être suffisante pour faire en sorte qu'une personne soit accusée et condamnée. Dans ces circonstances, le système de justice pénale doit être en mesure de s'en remettre en toute confiance à cette opinion lorsqu'il s'agit de rendre justice. Le destin de la personne soupçonnée, de la famille et des enfants survivants et la tranquillité d'esprit de la collectivité en dépendent.

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

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

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

D^r CHARLES SMITH : Monsieur, pourriez-vous vous lever?

(COURTE PAUSE)

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

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

La présente Commission s'est vu confier deux tâches. La première est de déterminer les graves erreurs commises dans l'exercice et la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario, en ce qui a trait notamment au système de justice pénale. Le volume 2 permet de remplir cette tâche. Il s'agit de mon rapport sur l'examen et l'évaluation systémiques de la pratique et de la supervision de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001. Il rend compte des échecs systémiques qui se sont produits et qui ont eu une incidence sur le système de justice pénale.

La deuxième tâche est de formuler des recommandations visant à regagner et à accroître la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale. Tel est le sujet du volume 3. Mes recommandations visent à faire en sorte que la médecine pédiatrique légale soutienne de façon appropriée les intérêts de la société en ce qui concerne la protection des enfants et que les personnes qui leur font du mal soient traduites devant les tribunaux pour qu'elles soient jugées en vertu de la loi. Si elles sont mises en application, mes recommandations veilleront également, je l'espère, à ce que personne n'ait à endurer l'horreur d'être accusé au criminel, de voir sa famille disloquée ou d'être condamné à tort en raison d'erreurs médicolégales.

PRÉOCCUPATIONS GRANDISSANTES ET CRÉATION DE LA COMMISSION

De 1981 à 2005, le D^r Smith a travaillé en tant que pathologiste pédiatre à l'Hospital for Sick Children (SickKids) de renommée mondiale à Toronto. Bien qu'il ne détienne aucune formation ni certification officielle en médecine légale, le D^r Smith a commencé, à la fin des années 1980, à être impliqué dans des affaires du ressort du système de justice pénale. Par la suite, en 1992, il a été nommé directeur de la toute nouvelle Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique (UOMLP) du SickKids. Rapidement, il en est venu à superviser toute la médecine pédiatrique légale en Ontario. Il a travaillé dans le meilleur hôpital pour enfants au Canada. Son expérience semblait inégalée et son comportement

n'a entraîné aucun désaccord. Il était largement considéré comme l'expert de référence pour la plupart des morts suspectes à caractère criminel. Dans plusieurs de ces cas, son avis sur la cause de la mort constituait l'opinion la plus importante et déterminait souvent l'issue du dossier.

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

Pendant la décennie, ce jugement a été suivi d'autres signaux d'alarme concernant la compétence et le professionnalisme du D^r Smith. Malheureusement, pendant toutes les années 1990, ces signaux ont été largement ignorés par ceux qui étaient chargés de surveiller le D^r Smith et son travail. Dernièrement, 14 ans après cette première affaire, il était devenu impossible de ne pas reconnaître les préoccupations grandissantes. Elles ont atteint leur sommet dans ce qu'on appelle désormais l'examen du coroner en chef. En 2005, le D^r Barry McLellan, nommé depuis peu coroner en chef de l'Ontario, a demandé un examen complet du travail du D^r Smith dans le cadre d'affaires suspectes à caractère criminel et d'homicides ayant eu lieu dans les années 1990.

Il a annoncé que, pour maintenir la confiance du public, cinq médecins légistes non rattachés au Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) et jouissant d'un grand respect effectueraient un examen officiel de tous les cas suspects à caractère criminel survenus depuis 1991 et pour lesquels le D^r Smith avait effectué l'autopsie ou avait été consulté. Cet examen avait pour objet de s'assurer que les conclusions qu'avait tirées le D^r Smith étaient raisonnablement étayées par les éléments disponibles.

Chacun des cinq examinateurs a une formation officielle ainsi qu'une accréditation en médecine légale et possède toutes les qualifications requises pour accomplir la tâche qui lui est confiée. Je suis convaincu que ces cinq pathologistes comptent parmi les meilleurs au monde. Le BCCO a été extrêmement chanceux de pouvoir obtenir leurs services.

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

- 1 Dans les 45 dossiers examinés, à l'exception d'un seul, les examinateurs se sont entendus sur le fait que le D^r Smith avait effectué les importants examens mentionnés.
- 2 Dans neuf des 45 dossiers, les examinateurs étaient en désaccord avec des faits importants figurant soit dans le rapport du D^r Smith, soit dans son témoignage.
- 3 Dans 20 des 45 dossiers, les examinateurs se sont dits en désaccord avec l'opinion du D^r Smith, soit dans son rapport, soit dans son témoignage, ou les deux¹. Dans 12 de ces 20 dossiers, les tribunaux ont prononcé des verdicts de culpabilité².

Les résultats de l'examen, qui ont été publiés le 19 avril 2007, ont constitué le dernier et le plus important coup porté à la confiance du public à l'égard de la médecine pédiatrique légale et du rôle central qu'elle doit occuper dans les instances criminelles relatives à la mort d'enfants. Six jours plus tard, par voie de décret signé le 25 avril 2007, la province de l'Ontario a créé la présente Commission.

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

Le décret m'a orienté vers les cas ayant fait l'objet de l'examen du coroner en chef, particulièrement les 20 cas à propos desquels les examinateurs entretenaient de sérieux doutes concernant le travail du D^r Smith. L'objectif n'était pas d'examiner chaque aspect de ces cas, mais de déterminer ce que ceux-ci révèlent sur ce qui peut aller de travers et ce qui a mal tourné en ce qui a trait à l'exercice et à la supervision de la médecine pédiatrique légale à cette époque, de sorte que je puisse formuler des recommandations quant à l'avenir.

À l'instar de bon nombre d'enquêtes publiques, celle-ci a été instituée à la suite de la perte de confiance de la population à l'égard d'un service public essentiel. Le

¹ Voir l'annexe 28 à la fin du volume 4 pour consulter le résumé des 20 dossiers que les examinateurs ont jugés problématiques.

² Dans une 13^e affaire, le tribunal a déclaré l'accusé non responsable criminellement de la mort de l'enfant pour cause de trouble mental.

public a été choqué par les résultats de l'examen du coroner en chef, à juste titre. Dans bon nombre des 20 cas, les parents ou les soignants ont été accusés d'infractions criminelles qui entraînent une stigmatisation sociale importante. Certains de ces accusés ont été reconnus coupables et incarcérés. Dans certains cas, des parents ont perdu la garde des frères et sœurs de l'enfant décédé. Dans l'affaire Valin, la Cour d'appel de l'Ontario a déterminé qu'une erreur judiciaire avait été commise. Un examen de la pratique et de la supervision données en exemple dans ces cas est essentiel pour que l'examen systémique contribue à atteindre l'objectif visé par le décret – soit d'établir les fondements permettant de formuler des recommandations afin de rétablir la confiance du public qui a été perdue à la suite des événements reliés à ces cas. La Commission devait se pencher sur les questions légitimes se rapportant à ce qui a mal tourné concernant la pratique et la supervision de la médecine pédiatrique légale afin d'atteindre cet objectif et de garantir, autant que possible, que cette situation ne se répète pas.

LA SCIENCE DE LA MÉDECINE LÉGALE

La médecine légale a pour objet d'aider l'État à déterminer pourquoi ses citoyens meurent. La dimension médicale de la pathologie judiciaire s'emploie à étudier les maladies et les lésions chez une personne morte, selon les principes et les méthodes de base de la pathologie dans le but de déterminer, dans la mesure du possible, la cause de la mort et le moment où les lésions se sont produites ou d'autres questions médicales qui contribuent à expliquer les circonstances de la mort. Sa dimension légale consiste à aider les systèmes judiciaires de l'État, surtout le système de justice pénale, à comprendre comment la mort s'est produite en expliquant la pathologie pertinente.

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

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

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

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

Le système de justice pénale apprécie le caractère définitif des choses. Toutefois, la médecine légale est une science qui évolue, qui fait l'objet de controverses et où les conclusions et les opinions demandent souvent une dose d'interprétation. Cette tension sous-tend une bonne partie de l'exposé présenté dans le volume 3. De plus, l'évolution des connaissances scientifiques s'accompagne souvent de controverses, comme le débat des pathologistes sur la question de savoir si les connaissances scientifiques actuelles permettent de formuler certaines opinions de façon raisonnable et si les nouvelles connaissances scientifiques font

planer un doute sur les opinions précédemment formulées ou, à tout le moins, modifient le degré de confiance avec lequel ces opinions peuvent être raisonnablement exprimées.

La fiabilité des opinions médico-légales est d'une importance capitale pour le système de justice pénale. Dans les cas mettant en jeu des questions pathologiques importantes, comme c'est souvent le cas pour les morts d'enfants, une pathologie fautive peut entraîner de graves résultats. Les cas que nous avons examinés au cours de cette enquête fournissent des preuves tangibles de cette réalité. Une pathologie fautive peut avoir pour effet qu'un parent, un membre de la famille ou un soignant ait des démêlés avec le système de justice pénale et soit condamné à tort et incarcéré, comme ce qui est arrivé à M. Mullins-Johnson dans le cas de Valin.

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

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

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE

Mon examen démontre clairement les types de défaillances graves qui se sont produites dans l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001. Il convient toutefois de garder à l'esprit que ce qui se passait en médecine pédiatrique légale reflète en très grande partie ce qui se passait en médecine légale en général. Les pratiques utilisées, les mécanismes de surveillance disponibles et les manquements étaient identiques dans les deux cas. La médecine pédiatrique légale est donc, à cet égard, un sous-ensemble de la médecine légale.

De plus, ces graves défaillances sont survenues dans un contexte plus large que celui de chaque pathologiste. Comme je le décris plus loin, les cadres supérieurs qui supervisaient le système d'enquête sur les morts doivent également être tenus responsables des événements tragiques qui m'ont été relatés.

J'ai inévitablement eu recours aux éléments de preuve recueillis sur le travail du D^r Smith dans les cas suspects sur le plan criminel qui ont fait l'objet de l'examen du coroner en chef. La preuve apporte toutefois très peu de matière permettant de tirer des conclusions claires concernant son travail en pathologie hospitalière ou pour le compte du BCCO dans des cas de morts suspectes.

Cette démarche axée sur le travail du D^r Smith dans les cas de morts suspectes illustre le fait que les erreurs qu'il a commises constituaient l'une des causes principales de l'importante perte de confiance du public à l'égard de l'utilisation de la médecine légale dans les affaires criminelles portant sur des enfants, qui a rendu cet examen nécessaire. Je n'ai pas essayé de déterminer la fréquence de ces défaillances, ou l'étendue des pratiques douteuses qui ont par la suite été suivies par le D^r Smith ou par d'autres à cette époque. Ce n'était pas mon travail. L'important est de déterminer comment des défaillances graves pouvaient se produire, et se sont produites, dans l'exercice de la médecine pédiatrique légale, afin que les problèmes ainsi révélés puissent être réglés et, dans la mesure du possible, qu'ils ne se reproduisent plus.

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

Mon examen détermine ainsi un large éventail de défaillances relatives à l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario de 1981 à 2001. Ces défaillances constituent la base à partir de laquelle il faut concevoir les changements systémiques à apporter aux pratiques des pathologistes, particulièrement dans les cas de morts suspectes d'enfants. Les recommandations formulées dans le volume 3 donnent directement suite à ces constatations et feront en sorte, je l'espère, que l'exercice de la médecine pédiatrique légale serve correctement le système de justice pénale.

Je me penche ensuite sur les divers aspects du travail du D^r Smith qui laissent, selon moi, à désirer et qui démontrent les défaillances du système quant à l'exercice de la médecine pédiatrique légale de 1981 à 2001.

Formation et expérience

Le D^r Smith est pathologiste pédiatre et non médecin légiste. Il ne possède aucune formation officielle ni certificat de spécialiste en médecine légale. Dans les années 1980 et au début des années 1990, toutefois, presque toutes les autopsies pratiquées en Ontario en vertu de mandats du coroner l'étaient par des pathologistes rémunérés à l'acte qui n'avaient ni formation ni accréditation en médecine légale. Nombre d'entre eux travaillaient dans des hôpitaux communautaires. Dans un petit nombre de cas, des médecins sans spécialisation en pathologie pratiquaient des autopsies pour le BCCO. De nombreux pathologistes des hôpitaux locaux qui n'avaient aucune expérience des cas pédiatriques ni aucune formation en médecine légale pratiquaient des autopsies sur des enfants. Ce qui déterminait si un pathologiste avait les compétences nécessaires pour pratiquer une autopsie donnée dépendait largement de son expérience personnelle de travail.

Dans les années 1980, la plupart des autopsies sur des enfants dans la région de Toronto étaient pratiquées au SickKids. La plupart des pathologistes à l'interne du SickKids pratiquaient des autopsies en vertu de mandats du coroner en étant rémunérés à l'acte comme l'exigeaient leurs fonctions au sein du Service de pathologie.

Dans les années 1980 et 1990, on n'accordait pas aux bonnes personnes la responsabilité de l'exercice de la médecine pédiatrique légale. L'avis le plus répandu en Ontario à cette époque voulait que les pathologistes pédiatres fussent les mieux placés pour pratiquer les autopsies sur les nourrissons et les enfants. En conséquence, une expertise en pathologie pédiatrique avait plus de poids qu'une formation et que des compétences en médecine légale. Les neuf pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner au SickKids dans les années 1980 avaient divers niveaux de formation ou d'expérience de travail en médecine légale. Aucun d'entre eux n'était officiellement accrédité en médecine légale ni n'avait effectué de recherche dans cette discipline.

Certains des pathologistes du SickKids ne se sentaient pas à l'aise ou qualifiés pour pratiquer des autopsies en vertu de mandats du coroner, particulièrement dans les cas de morts suspectes. À l'occasion, ils refusaient de s'occuper des cas qui, à leur avis, dépassaient leur expertise. Le cas échéant, les dossiers étaient alors confiés à un collègue qui pouvait avoir plus d'expérience en médecine légale ou renvoyés à l'unité qui est aujourd'hui l'Unité provinciale de médecine légale (UPML) au BCCO.

En 1981, après avoir terminé son stage en pathologie pédiatrique, le D^r Smith a commencé à travailler à temps plein au SickKids. Il n'avait aucune formation en médecine légale et très peu d'expérience des cas suspects et des enquêtes sur les

morts. Cependant, son grand intérêt pour les autopsies l'a amené à en pratiquer plus que ses collègues pathologistes du SickKids, qui s'intéressaient plus à la pathologie clinique. Dans les années 1990, la majeure partie des autopsies qu'il a pratiquées était de nature médico-légale, c'est-à-dire pratiquées en vertu de mandats du coroner.

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

En 1992, le BCCO et le SickKids ont convenu de nommer le D^r Smith au poste de premier directeur officiel de l'UOMLP. Le BCCO n'a pas choisi le D^r Smith en raison de sa formation ou de son expertise en médecine légale. En effet, en 1992, le D^r Smith n'avait aucune formation en médecine légale et, à cette époque, il ne s'était occupé que de 10 à 15 cas de morts suspectes. En fait, le D^r Smith était le seul pathologiste du SickKids qui avait l'intérêt et la volonté d'assumer ce rôle. En 1990, le D^r Smith consacrait une bonne partie de son temps aux dossiers du coroner et avait été nommé pathologiste chargé des services d'autopsie au SickKids en raison de sa contribution active aux travaux du coroner. Il acceptait de combler un vide que personne d'autre ne voulait remplir.

Même si son travail s'orientait de plus en plus vers la médecine légale, le D^r Smith n'a pas suivi de formation dans ce domaine. Sa formation continue en médecine, qui consistait à participer à des conférences et à consulter la documentation disponible, se concentrait principalement sur la pathologie pédiatrique. Il nous a dit qu'à cette époque, il ne considérait pas la médecine légale comme une discipline distincte qui aurait pu contribuer à son travail. Il n'a reçu aucune formation sur l'identification de lésions ou le rôle approprié du médecin légiste dans le système de justice pénale. Il ne travaillait avec aucun médecin légiste accrédité et n'a jamais pensé qu'il pourrait être bénéfique d'acquérir des connaissances en médecine légale. Le D^r Smith a reconnu que « cette idée ne m'a jamais effleuré l'esprit et vraiment personne ne l'a suggéré ». Il a plutôt acquis ses connaissances limitées en médecine légale sur le tas. Le D^r Smith admet aujourd'hui que sa formation en médecine légale était « cruellement insuffisante » et que cette lacune a contribué de façon significative à ses erreurs dans les cas examinés par la Commission.

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

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

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

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

Méthode d'autopsie

Nombre des pratiques de pathologie adoptées par le D^r Smith témoignent des défaillances systémiques potentielles et avérées relatives à l'exercice de la médecine pédiatrique légale de 1981 à 2001. Le D^r Smith ne se rendait presque jamais sur les lieux de la mort. Il ne s'assurait pas toujours d'être en possession de tous les renseignements médicaux pertinents avant de pratiquer une autopsie. Il faisait preuve de négligence et d'irrégularité dans sa façon de documenter les renseignements qu'il recevait. Il manquait de discernement en acceptant des renseignements relatifs aux antécédents sociaux des personnes supposément impliquées dans la mort et en ayant l'air de s'appuyer sur ces renseignements. Les autopsies étaient pratiquées sans les renseignements pertinents nécessaires, mais comportaient des renseignements inutiles qui entraînaient des conclusions scientifiques faussées par des considérations non scientifiques. Dans plusieurs cas, soit que le D^r Smith n'a pas tenu compte de la preuve contradictoire pour formuler son opinion, soit qu'il n'a pas envisagé de modifier son opinion en fonction des nouveaux renseignements. Cela a contribué à des erreurs de diagnostic, qui ont eu des conséquences importantes.

Ses rapports étaient, en règle générale, une simple énumération des constatations effectuées lors de l'autopsie, et aucun raisonnement ou ouvrage de référence n'étayait ses conclusions afin de les relier aux faits de façon convaincante. Des rapports d'autopsie avançant des conclusions imprécises étaient, au mieux, de peu d'utilité pour le système de justice pénale et, au pire, trompeurs. Comme l'ont conclu les examinateurs experts, les opinions finales du D^r Smith concernant bon nombre des cas examinés par la Commission étaient fondamentalement fausses. Ces pratiques avaient des répercussions importantes tant sur son travail que sur l'utilité de celui-ci pour le système de justice pénale.

Le D^r Smith déclare aujourd'hui qu'en suivant ces pratiques, il faisait simplement ce que faisaient habituellement les pathologistes à cette époque. Sur la base des témoignages que j'ai entendus, je peux concevoir qu'il y avait d'autres pathologistes qui faisaient la même chose que lui. Bien que je ne puisse me prononcer sur l'étendue de ces pratiques, elles font état de graves défaillances systémiques. En raison des difficultés qu'elles ont engendrées, il est nécessaire de s'y attaquer si l'on souhaite regagner la confiance du public.

Interaction avec le système de justice pénale

L'interaction des pathologistes avec les autres participants au système de justice pénale, soit la police, les procureurs de la Couronne et les coroners, est essentielle

à son bon fonctionnement. La façon dont le D^r Smith interagissait avec ces intervenants soulevait une autre série de problèmes systémiques liés à la pratique de la médecine pédiatrique légale.

L'un de ces problèmes touchait le respect des échéances. Dans les années 1980 et 1990, les retards concernant la production des rapports d'autopsie des pathologistes constituaient un problème systémique en Ontario. À cette époque, la plupart des pathologistes essayaient de gérer leurs retards de façon ponctuelle. Ils essayaient d'accorder la priorité aux cas d'homicide et de mort suspecte et de répondre rapidement aux demandes urgentes de rapports particuliers. Bien que cette démarche n'ait pas réglé le problème, elle n'entravait pas beaucoup, en règle générale, le système de justice pénale. Les coroners, les agents de police et les avocats de la Couronne et de la défense recevaient les rapports d'autopsie lorsque le besoin s'en faisait le plus sentir.

Toutefois, le D^r Smith a souvent ignoré les demandes répétées de rapports, même lorsqu'il savait que le système de justice pénale en avait besoin de toute urgence. Il a fréquemment jeté le blâme sur les autres pour ses retards. Dans trois cas, le D^r Smith a produit son rapport d'autopsie uniquement après avoir reçu une assignation exigeant qu'il apporte son rapport avec lui au tribunal. Dans un autre cas, il a produit un rapport uniquement après qu'un juge eut rendu une ordonnance l'y obligeant. À mon avis, cela ne correspondait simplement pas aux besoins de l'équipe d'enquête sur les morts et du système de justice pénale. Les solutions ponctuelles à ce problème ne suffisaient pas.

Les pathologistes contribuent souvent à l'enquête policière et aux instances criminelles en aidant la police et le procureur de la Couronne à comprendre les preuves pathologiques ainsi que leurs limites. Parfois, la défense retiendra les services d'un pathologiste afin de venir en aide à son avocat. Peu importe qui retient les services du pathologiste, ce dernier a pour tâche de ne pas choisir de camp au sein du système de justice pénale. Son rôle est de demeurer neutre, à toutes les étapes de sa participation, et non seulement lorsqu'il témoigne.

Le D^r Smith n'a pas compris que son rôle en tant qu'expert au sein du système de justice pénale exigeait qu'il soit indépendant et objectif. Dans un cas, il a contribué de façon inappropriée à une enquête policière en acceptant de discuter de son rapport d'autopsie avec la mère de l'enfant mort même s'il savait qu'elle était soupçonnée d'avoir tué son enfant et que la police enregistrerait sa conversation avec la suspecte.

De plus, dans un certain nombre de cas, les opinions hâtives qu'il formulait, de façon officieuse, à l'intention de la police, étaient trop catégoriques et risquaient de biaiser l'enquête criminelle. Ce qu'il a retenu de ces échanges est aussi désordonné que les notes qu'il prenait durant les autopsies. Ces cas sont des exemples

de pratiques qui peuvent entraîner de grandes difficultés pour le système de justice pénale, et qui l'ont fait. Le défi systémique ici est de s'assurer qu'elles ne se poursuivent pas.

Témoignages

La mort d'un nourrisson ou d'un enfant qui se solde par des accusations criminelles s'avère aussi difficile et complexe que toute autre question qui doit être résolue par le système de justice pénale. Les accusations sont habituellement graves et les enjeux sont élevés. Lorsque la cause de la mort constitue un enjeu, il est souvent essentiel que le pathologiste témoigne à titre d'expert. Le rôle du pathologiste, en tant que témoin expert, est de demeurer impartial et de ne pas plaider en faveur soit de la Couronne, soit de la défense. Conformément à ce rôle, les pathologistes doivent s'assurer que leur témoignage devant le tribunal est compréhensible, raisonnable, équitable et soutenu par les preuves pathologiques. La capacité de faire son travail dans une salle d'audience est aussi importante pour les médecins légistes que celle de faire le travail qui s'impose dans la salle d'autopsie.

La façon dont le D^r Smith s'est acquitté de cet aspect important de son rôle de médecin légiste comportait de grandes failles. Dans un grand nombre de cas examinés par la Commission, il y avait omniprésence de problèmes concernant ses témoignages. Cela allait de la mauvaise compréhension de son rôle à une préparation inadéquate, l'expression d'opinions erronées ou sans valeur scientifique et, ce qui est peut-être le point le plus important, à la façon dont il témoignait tantôt déroutante, tantôt dogmatique.

Premièrement, le D^r Smith n'a pas compris que son rôle en tant que témoin expert n'était pas d'appuyer la Couronne. Devant la Commission, il a été sincère à ce sujet. Il n'avait jamais reçu de directive officielle concernant les témoignages d'expert. Il a reconnu que, dans les années 1980, au moment où il a entrepris sa carrière, il croyait que son rôle était d'agir à titre de défenseur des intérêts de la Couronne et de « faire en sorte qu'une affaire paraisse bien ». Il a expliqué que cette perception émanait, en quelque sorte, de la culture de défense d'une cause qui était dominante à l'époque au SickKids. Au début des années 1980, on craignait réellement au SickKids que la violence faite aux enfants ne fût pas suffisamment signalée ni décelée, et qu'elle ne fasse pas assez fréquemment l'objet de poursuites. Le D^r Smith a adopté cette culture et a cru que son travail était, du moins en partie, de renverser cette tendance.

Ensuite, le D^r Smith a omis de bien se préparer à témoigner. Il n'a pas passé en revue son dossier ou les éléments de l'autopsie avant de comparaître devant le tribunal. Il s'est plutôt préparé en imprimant son rapport d'autopsie et en le relisant

avant de se rendre au tribunal afin de se rappeler l'affaire. Cette préparation était insuffisante et il n'est pas surprenant que cela ait causé des difficultés. En tant que témoin expert, les pathologistes doivent préparer leur témoignage. Après tout, ils ne peuvent venir en aide au tribunal que s'ils comprennent entièrement l'affaire ainsi que le fondement de leur opinion d'expert. Ils ne peuvent arriver à une telle compréhension qu'en se préparant adéquatement.

Troisièmement, les témoignages démontrent aussi que le D^r Smith, plutôt que de reconnaître les limites de son expertise, a parfois induit le tribunal en erreur en exagérant ses connaissances dans un domaine particulier. Lorsque le D^r Smith a procédé à l'autopsie de Sharon, il avait peu d'expérience des blessures par arme blanche ou des morsures de chien. Il n'avait vu que un ou deux cas de ce genre. Cependant, à l'enquête préliminaire, le D^r Smith a donné l'impression qu'il possédait une grande expertise de ces deux types de blessures. Il n'a pas dit au tribunal qu'il n'avait vu que un ou deux cas de blessures perforantes ou de coups de couteau. Il a déclaré devant le tribunal : « J'ai vu des blessures causées par des chiens, des coyotes, des loups. Je suis récemment allé dans un archipel qui appartient à un autre pays et qui se trouve près du pôle Nord. J'ai eu la chance d'y étudier l'ostéologie et de voir des marques de blessures causées par des ours polaires. » Sa tentative d'exagérer ainsi ses capacités cachait son manque d'expertise pertinente.

Quatrièmement, à plusieurs reprises, le D^r Smith a livré des témoignages inappropriés, sans valeur scientifique, en ayant recours à sa propre expérience en tant que parent. Par exemple, dans l'affaire Amber, le D^r Smith a déclaré que les petites chutes à la maison ne sont pas mortelles pour les enfants. Afin d'appuyer sa conclusion, il a déclaré devant le tribunal qu'il était père d'une jeune fille et d'un jeune garçon. Il a vu ses enfants « déboiler » l'escalier. Ce dont ses enfants avaient besoin après une telle chute était « un câlin, un peu d'amour, un petit baiser sur la partie du corps de [son] fils ou de [sa] fille qui avait été blessée, un examen visant à voir si une ecchymose apparaissait, parfois après un certain moment, ou si cela enflait ». Le D^r Smith a dit : « Mes enfants sont tombés et [...] malheureusement ont déboulé plus de marches que ceux dont il est question ici et ils sont toujours heureux et en santé et cela est personnel, vous pouvez le rejeter si vous le voulez. » Devant la Commission, le D^r Smith a reconnu que cette référence à son expérience en tant que parent n'avait aucune valeur scientifique et était inappropriée. Je suis d'accord.

Cinquièmement, le D^r Smith omettait parfois de présenter une appréciation équilibrée de la preuve et de reconnaître l'existence d'une controverse. Il présentait son opinion d'une façon dogmatique et avec certitude lorsque la preuve était loin d'être sûre.

La sixième erreur du D^r Smith a été sa façon injustifiée et peu professionnelle de critiquer d'autres professionnels. Dans plusieurs cas, il a exprimé devant le tribunal des opinions désobligeantes, arrogantes et, surtout, injustifiées à l'égard d'autres experts.

Septièmement, le D^r Smith a témoigné, de temps à autre, sur des sujets qui allaient au-delà de son domaine d'expertise. À deux reprises, dans les affaires Amber et Tyrell, il a exprimé une opinion au sujet du « profil » ou des caractéristiques de la personne qui secoue un bébé ou lui inflige un traumatisme crânien contondant. Ces témoignages allaient bien au-delà de son domaine d'expertise. Les témoins experts sont appelés à témoigner afin d'aborder des questions qui se rapportent à leur expertise. Ils n'ont pas carte blanche pour discuter d'autres sujets sur lesquels ils ont une opinion.

Huitièmement, dans certains cas, le D^r Smith a exprimé des opinions basées sur des suppositions non étayées et non fondées sur des observations pathologiques. Devant la Commission d'enquête, le D^r Smith a admis que, dans certains cas, ses suppositions étaient à la fois inutiles et préjudiciables. Il a expliqué qu'il ne savait pas qu'il ne devait pas avancer d'hypothèses. Il m'est difficile d'accepter l'explication du D^r Smith. Les pathologistes expriment des opinions pathologiques. Je ne vois pas comment ils peuvent croire qu'en l'absence de preuves pathologiques, il leur est permis d'avancer une hypothèse sur ce qui s'est produit. Bien que je me rende compte que les pathologistes veulent aider le tribunal, avancer des hypothèses concernant les différentes possibilités, sans s'appuyer sur une preuve pathologique, est inutile et potentiellement préjudiciable. J'accepte également le fait que le tribunal et les avocats ont le devoir de s'assurer que les pathologistes ne présentent pas de témoignage inapproprié. Si le juge ou les avocats se rendent compte que le pathologiste présente une hypothèse, l'un d'entre eux devrait s'objecter et mettre fin à ce genre de questionnement. Cependant, les pathologistes sont les mieux placés pour s'assurer que leur témoignage n'est pas hypothétique et qu'il est étayé par les preuves nécessaires. Cela doit être leur seule responsabilité.

Neuvièmement, de temps à autre, le D^r Smith a aussi employé des termes vagues et un langage non scientifique. Certaines expressions inappropriées se retrouvent dans ses témoignages. Les mots se rapportant aux « paris » en font partie. Par exemple, il a témoigné que s'il était un « parieur », il dirait que la mort de l'enfant n'était pas accidentelle.

Enfin, le D^r Smith n'a pas toujours témoigné avec l'honnêteté qu'on exige d'un témoin expert. Dans certains cas, il a fait des déclarations fausses et trompeuses devant le tribunal. Ces déclarations sont troublantes. Il va sans dire qu'un expert qui témoigne sous serment devrait être entièrement franc et honnête.

Aucune déclaration fausse et trompeuse ne devrait faire partie du témoignage d'un expert.

Bien que les témoignages du D^r Smith n'aient pas toujours été déficients, il y a eu bon nombre d'exemples troublants. Ceux-ci ont démontré clairement les façons dont, dans ces années, l'exercice de la médecine pédiatrique légale en Ontario avait gravement dérapé. Dans des cas tels que ceux que nous avons examinés ici, lorsque l'opinion de l'expert est un élément essentiel et que les accusations sont très graves, il n'est pas surprenant de constater qu'il y ait des conséquences tragiques au sein du système de justice pénale. Bien que le D^r Smith, témoignant à titre de pathologiste expert, doive assumer la responsabilité première de ces déficiences, les personnes responsables de sa supervision ne peuvent nier leur part de responsabilité. En effet, il en est de même pour les autres participants au système de justice pénale, soit la Couronne, la défense et la cour. Chacun ayant un rôle important à jouer afin de faire en sorte que, dans la mesure du possible, les résultats du système ne soient pas entachés par des témoignages d'experts lacunaires, y compris ceux des médecins légistes.

Le D^r Smith et les défis de la supervision

Bien qu'il s'agisse d'une enquête systémique, il importe de prêter attention aux caractéristiques personnelles du D^r Smith qui peuvent avoir contribué à ces défaillances. Il est vrai que ces caractéristiques ne peuvent pas être changées en modifiant les pratiques des pathologistes, mais leurs répercussions peuvent être contrôlées. En ce sens, les caractéristiques personnelles particulières du D^r Smith illustrent un important défi, qui consiste à s'assurer que les mécanismes d'assurance de la qualité et de supervision mis en place permettent de déceler les défauts personnels des pathologistes et d'empêcher ces derniers de causer des préjudices. S'il devait y avoir à l'avenir un pathologiste incompetent, le défi du système sera de faire en sorte que les responsables du maintien d'un système de justice pénale juste et efficace soient en mesure de le faire.

Dans ce contexte, je procède à une brève évaluation de quelques caractéristiques ayant influencé les pratiques douteuses du D^r Smith. Lors de sa comparution devant la Commission d'enquête, le D^r Smith a reconnu sincèrement à quel point il était désorganisé. Il a également avoué sa propre arrogance et la façon dogmatique dont il présentait souvent ses opinions. Ces caractéristiques étaient présentes dans bon nombre de cas examinés par la Commission. Elles ont rendu impossible l'exécution du travail qui était exigé de lui en tant qu'expert. De plus, je crois que les profondes convictions qu'il maintenait à l'égard du mal que représente la violence faite aux enfants l'ont amené à trop s'investir dans nombre de ces

cas. Par conséquent, l'objectivité et la discipline personnelle qui doivent être le fondement du rôle des experts le dépassaient.

Le D^r Smith a maintenu catégoriquement que ses erreurs n'étaient jamais intentionnelles. Je ne peux simplement pas accepter une telle tentative ambitieuse d'échapper à ses responsabilités morales. Les exemples de comportement les plus manifestes qui contredisent l'affirmation du D^r Smith étaient ses tentatives de contrecarrer la surveillance. Le D^r Smith a sérieusement induit en erreur ceux qui auraient pu superviser son travail de façon significative. Lorsque des cadres supérieurs du BCCO ont exprimé des inquiétudes quant à sa conduite dans plusieurs des cas examinés par la Commission, le D^r Smith n'a pas répondu franchement. De même, lorsque l'Ordre des médecins et chirurgiens (OMCO) a enquêté sur des plaintes concernant son travail dans les affaires Amber, Nicholas et Jenna, il a fait des déclarations fausses et trompeuses. Cette déformation des faits par le D^r Smith a entravé toute supervision significative que les deux institutions auraient pu effectuer. Ses tentatives d'induire en erreur ont marqué toute sa carrière en tant que directeur de l'UOMLP et se sont poursuivies même après qu'il eut quitté ce poste. Aux moments où le besoin de responsabilisation et de supervision aurait pu devenir encore plus apparent aux yeux de ceux qui étaient placés pour intervenir, le D^r Smith allait jusqu'à utiliser la tromperie pour essayer de s'en débarrasser.

Le D^r Smith est une personne complexe et multidimensionnelle. La terrible ironie est que, de certaines façons, les défauts que j'ai décrits s'accompagnaient de qualités. Il était prêt à se charger des cas pédiatriques difficiles qu'aucun de ses collègues ne voulait accepter. Il possède un sens des responsabilités qui l'a amené à coopérer avec la présente Commission dans le cadre de ses travaux. Dans son témoignage, il a admis un grand nombre de ses défauts, révélés par les éléments de preuve. Bien que beaucoup trop tard, il en a avoué une grande partie. De plus, il est clair, en se fondant sur les preuves, que d'autres personnes le trouvaient attachant. Le personnel de soutien aimait travailler avec lui et de nombreuses personnes le considéraient comme un locuteur charismatique et efficace. Comme nous le savons maintenant, bien qu'il ait agi ainsi en se fondant sur une formation terriblement déficiente et des pratiques fondamentalement défailtantes, il semblait complètement assuré, et souvent convaincu, dans des circonstances où la science ne pouvait pas offrir de certitude. Ces caractéristiques n'ont pas seulement accru les risques qu'il représentait en tant qu'expert au sein du système de justice pénale, mais ont aussi eu tendance à inspirer une confiance injustifiée à des superviseurs déjà laxistes.

Un tel expert peut causer bien des dommages s'il ne fait pas l'objet d'une supervision efficace par les personnes qui en sont responsables et d'une vigilance

constante de la part des participants au système de justice pénale qui peuvent protéger le système contre les preuves d'experts déficientes. Ici, rien de cela ne s'est produit. Le défi est de s'assurer que cette histoire ne se reproduise plus.

SUPERVISION DE LA MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE

L'histoire tragique de la médecine pédiatrique légale en Ontario, entre 1981 et 2001, n'est pas uniquement celle du D^r Smith. C'est aussi celle d'un manque de supervision. Les mécanismes de supervision et de responsabilisation qui existaient alors étaient non seulement inadéquats pour effectuer ces tâches, mais aussi mal employés par ceux qui en avaient la responsabilité. Il faut principalement mettre l'accent sur les rôles qu'ont joués à cette époque le coroner en chef de l'Ontario, le D^r James Young, et le coroner en chef adjoint, le D^r James Cairns.

Dans sa forme la plus simple, la responsabilisation est l'obligation de répondre d'une responsabilité qui nous est conférée. Lorsqu'une partie est appelée à rendre des comptes, elle doit expliquer et justifier ses actions et ses décisions, normalement en les comparant à certains critères. La supervision est le second élément de l'équation. Une fois qu'une responsabilité a été conférée, la supervision vise à s'assurer que ceux qui en sont les dépositaires sont tenus responsables de leurs actes et décisions. Les mesures de contrôle ou d'assurance de la qualité peuvent s'avérer des outils importants pour s'acquitter avec succès des fonctions de supervision. L'établissement de normes, la surveillance de la conformité et la correction des lacunes représentent tous des mesures importantes de contrôle de la qualité qui font partie d'une supervision efficace.

Tout comme je l'ai fait en ce qui concerne les pratiques employées en médecine pédiatrique légale, mon examen de la supervision et de la responsabilisation doit nécessairement décrire ce qui se passait en général en médecine légale. Très peu de mécanismes de supervision et de responsabilisation visaient précisément la médecine pédiatrique légale. De façon générale, ces mécanismes et leurs lacunes s'appliquaient à l'ensemble de la médecine légale.

J'ai procédé à l'évaluation du travail de ceux qui étaient responsables de la supervision de la médecine légale en observant principalement les cas traités par le D^r Smith qui ont été examinés par la Commission. Comme je l'ai fait pour mon examen de l'exercice de la médecine pédiatrique légale, il est important de souligner que cette enquête ne représente ni une étude complète ni un échantillonnage aléatoire du travail de supervision effectué dans ce même domaine par les personnes qui en avaient la responsabilité en Ontario entre 1981 et 2001. Ce que ces cas nous offrent est une image claire des façons dont la supervision pouvait mal tourner, ce qui a été le cas, entraînant ainsi les conséquences tragiques

que j'ai décrites. Dans le volume 3, je propose un certain nombre de recommandations (également jointes à ce résumé) qui, je l'espère, contribueront à prévenir un autre échec de la supervision qui serait tout aussi dommageable.

Les manquements en matière de supervision sont le mieux illustrés par une série d'événements qui se sont produits dans les années 1990 et qui nécessitaient la supervision du D^r Smith, mais à l'égard desquels les mesures adoptées ont été terriblement inadéquates. Ce dernier n'a pas eu à rendre de comptes pendant trop longtemps. Cette défaillance au chapitre de la responsabilité de la supervision ne peut être réglée simplement en remplaçant ceux qui doivent l'assumer. Les manquements représentent plutôt les lacunes systémiques de la supervision qui doivent être corrigées si l'on veut rétablir la confiance du public.

Faiblesses institutionnelles et organisationnelles

Mon examen démontre clairement que la série d'événements troublants qui ont eu lieu dans les années 1990 s'est déroulée dans un contexte de faiblesses institutionnelles et organisationnelles qui ont nui à l'efficacité de la supervision. Pour être plus précis, le cadre législatif créé par la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, ne prévoit aucun fondement permettant la surveillance efficace de la médecine légale en Ontario. Malgré que la *Loi sur les coroners* détermine la structure du système des coroners en Ontario et prévoit que le coroner est responsable des enquêtes relatives à la mort, elle ne fait aucune mention d'un service de médecine légale, de ceux qui pourraient en assurer la direction (comme le médecin légiste en chef) ou de ceux qui devraient être autorisés à pratiquer des autopsies. Elle ne fait aucunement référence à la médecine pédiatrique légale. Elle prévoit uniquement que le coroner peut émettre un mandat exigeant qu'une autopsie soit pratiquée sur le corps d'un défunt et que la personne qui procède à l'autopsie (qui, selon la *Loi sur les coroners*, n'est pas tenue d'être pathologiste) doit, sans délai, faire rapport de ses constatations au coroner et à l'avocat de la Couronne, entre autres. En d'autres mots, il n'existait et n'existe toujours aucun cadre légal permettant d'assurer une supervision et une responsabilisation adéquates de la médecine légale en général ni de la médecine pédiatrique légale en particulier.

En plus d'avoir été omis dans la loi, le rôle de supervision du médecin légiste en chef n'était pas bien défini par les politiques et les pratiques du BCCO à l'époque. Les relations entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, en particulier avec l'UOMLP, n'étaient pas bien définies et n'attribuaient pas de responsabilités claires en matière de supervision ni ne prévoyaient de hiérarchie claire des responsabilités. Aucun pouvoir de supervision n'était expressément dévolu aux directeurs des unités régionales de médecine légale, comme le D^r Smith.

Ces faiblesses sur le plan des mesures institutionnelles faisaient en sorte que les relations de travail dans chaque cas soient laissées à la discrétion du pathologiste et du coroner chargé de l'enquête. Sur le plan individuel, les coroners locaux, qui étaient plus souvent qu'autrement des omnipraticiens, n'avaient tout simplement pas les connaissances nécessaires pour assurer le contrôle de la qualité du travail du pathologiste, particulièrement dans les cas de médecine légale plus complexe.

De 1994 à 2001, le D^r David Chiasson a occupé le poste de médecin légiste en chef de l'Ontario. Toutefois, ses responsabilités en matière de supervision étaient mal définies et il disposait de peu de mécanismes lui permettant de tenir chaque pathologiste responsable. Néanmoins, pendant son mandat à titre de médecin légiste en chef, le D^r Chiasson a tenté d'instaurer certaines mesures de contrôle de la qualité de la médecine légale pratiquée dans des cas individuels. Cependant, les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires étaient limitées. L'examen des cas par les pairs était superficiel. L'examen des rapports d'autopsie effectué par le médecin légiste en chef ne se faisait que sur dossier. Les vérifications se sont avérées inefficaces pour assurer le contrôle de la qualité dans les cas de morts suspectes. Il n'y avait aucun suivi organisé des délais de transmission des rapports ou de la participation des pathologistes aux dossiers en cours et il n'y avait non plus aucun examen de leur témoignage ou de leurs commentaires judiciaires à ce sujet. Il n'existait aucun mécanisme institutionnel permettant de recevoir les plaintes des autres participants au système de justice pénale et d'y répondre de façon rapide et objective. Le manque d'outils mis à la disposition du médecin légiste en chef pour assurer la conformité des pathologistes a fait en sorte qu'il était plus difficile d'assurer une supervision efficace. Ces lacunes ont toutes contribué aux difficultés d'effectuer une assurance de la qualité adéquate dans chacun des cas.

Ces faiblesses institutionnelles étaient bien plus qu'il n'en fallait pour empêcher toute supervision réellement efficace. Dans le contexte des pratiques fautives du D^r Smith, elles étaient accentuées par les relations professionnelles qui existaient entre lui et ceux qui auraient pu intervenir lorsqu'il commettait des erreurs.

En tant que médecin légiste en chef, le D^r Chiasson ne croyait pas qu'il avait la responsabilité générale de l'UMPL ou du D^r Smith. Il n'avait aucune autorité précise en matière de supervision qui lui permettait de tenir le D^r Smith responsable. Il n'était pas non plus dans une position personnelle lui permettant d'exercer une pression professionnelle sur lui. Il avait moins d'expérience que le D^r Smith qui, déjà en 1994, était devenu celui que l'on considérait comme le principal expert en médecine pédiatrique légale. Le D^r Smith ne lui a jamais demandé son avis ou son aide, même dans les cas les plus complexes tels que celui de Sharon, où l'expertise médico-légale du D^r Chiasson aurait été très précieuse. Dans l'ensemble, le D^r Chiasson sentait que le D^r Smith n'acceptait pas la moindre supervision de sa part.

Il est tout aussi important de souligner qu'au moment où le D^r Chiasson est devenu médecin légiste en chef, le D^r Smith entretenait déjà d'étroites relations de travail avec le D^r Young et le D^r Cairns. Au milieu ou à la fin des années 1990, le D^r Smith et le D^r Cairns se consultaient sur certains cas au moins trois ou quatre fois par semaine. Comme le D^r Smith l'a dit devant la Commission, il se tournait vers le D^r Cairns pour obtenir des conseils et être évalué par un pair à l'égard de questions médicolégales. Lorsqu'il devait traiter avec le BCCO, le D^r Smith était clairement habitué à travailler directement avec ces deux fonctionnaires supérieurs. Il ne fait aucun doute dans mon esprit qu'il les percevait comme les superviseurs de son travail de médecine pédiatrique légale. Tout au long des années 1990, il s'agissait essentiellement de la réalité. Au fur et à mesure que les problèmes s'aggravaient et qu'il devenait impossible d'en faire fi, le D^r Cairns et le D^r Young ont finalement, et beaucoup trop tard, exercé leur responsabilité de supervision pour tenir le D^r Smith responsable.

Ainsi, l'histoire du manque de supervision à l'époque du D^r Smith est aussi en grande partie celle des échecs du D^r Young et du D^r Cairns ainsi que celle du contexte dans lequel tout cela s'est produit – les mécanismes de supervision et de responsabilisation complètement inadéquats.

Défaillances de la supervision dans les années 1990

L'histoire des signes avant-coureurs a commencé au début de la décennie, avec la participation du D^r Smith au cas d'Amber. En juillet 1991, le juge Patrick Dunn de la Cour de l'Ontario (Division provinciale) a acquitté S.M. relativement à une accusation d'homicide involontaire pour la mort d'Amber, à la suite d'un long procès qui a eu lieu à Timmins (Ontario). Le D^r Smith était le témoin principal de la Couronne. Le juge Dunn a relevé 16 sujets de préoccupation en ce qui concerne le travail du D^r Smith et de deux autres médecins du SickKids.

Devant la Commission, le D^r Young a reconnu que, si les dirigeants du BCCO avaient été informés de la décision, ils se seraient inquiétés de ces critiques à l'égard du D^r Smith, plus particulièrement de son manque d'objectivité, de compétences et de connaissances de la documentation la plus récente. Mais ils n'en ont pas été informés. Le D^r Young a témoigné qu'il n'avait pas lu la décision du juge Dunn et n'en savait pas grand-chose avant de se préparer à comparaître devant la Commission d'enquête. Il s'est plutôt contenté d'accepter l'explication peu probable – et fausse – du D^r Smith selon laquelle, après le procès, le juge de première instance lui a dit qu'il n'avait pas bien compris la preuve médicolégale et que, si on lui en donnait à nouveau l'occasion, il déclarerait S.M. coupable.

Devant la Commission, le D^r Young a admis avoir eu de nombreuses occasions

d'examiner cette importante décision. Par exemple, en 1997, après que le père de S.M. eut porté plainte auprès de l'OMCO contre le D^r Smith, le D^r Young a rencontré l'enquêteuse de l'OMCO. Elle l'a mis au courant du procès et en particulier du fait que la décision du juge Dunn était très critique à l'endroit du D^r Smith. Le D^r Young n'a pas pleinement saisi le sens de ce qu'elle lui disait. Ses opinions étaient teintées par sa confiance en la qualité du D^r Smith en tant que principal médecin légiste pédiatre de la province, par le compte rendu trompeur de ce dernier au sujet des déclarations du juge de première instance, ainsi que par sa propre incompréhension de l'affaire qui était déjà bien enracinée.

Dans les années 1990, les coroners, les policiers et les avocats de la Couronne ont, à de très nombreuses occasions, signifié au BCCO leurs inquiétudes concernant les pratiques du D^r Smith. Les gens se sont plaints à plusieurs reprises au sujet du fait que le D^r Smith ne produisait pas ses rapports en temps opportun, qu'il était indolent et négligent et qu'il y avait des contradictions entre ses rapports écrits, ses commentaires précédant le procès et ses témoignages sous serment. Dans bon nombre de cas, rien n'a été fait pour atténuer ces préoccupations. Lorsque le BCCO est intervenu, c'était surtout sous forme de demandes verbales officieuses et non consignées du D^r Cairns priant le D^r Smith de tenter de s'améliorer, qui se sont toutes révélées inadéquates et sans effet.

Un deuxième cas aurait dû sonner l'alarme. En 1997, le D^r Smith et le D^r Cairns ont appuyé l'exhumation du corps d'un garçon de 11 mois après avoir examiné le rapport d'autopsie rédigé par un pathologiste de Sudbury. Le D^r Smith était d'avis que le pathologiste avait diagnostiqué à tort un syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), alors qu'il y avait des preuves de traumatisme crânien non accidentel. Le garçon, Nicholas, était mort subitement pendant qu'il était sous la garde de sa mère. Celle-ci l'a vu se glisser sous une table à ouvrage, puis tomber de la position debout à la position assise. Elle a supposé qu'il s'était frappé la tête.

Après l'exhumation du corps de Nicholas, le D^r Smith a pratiqué la deuxième autopsie. Il a rédigé un rapport dans lequel il a conclu que la mort de Nicholas était due à une blessure non accidentelle. Au fil du temps, un certain nombre des observations pathologiques sur lesquelles il avait fondé sa conclusion ont été réfutées une par une et la Couronne a conclu qu'elle ne pouvait pas maintenir les accusations contre la mère de Nicholas. Néanmoins, le D^r Smith n'a jamais changé d'opinion, pas plus que le D^r Cairns n'a remis en question son soutien à l'égard du D^r Smith et de ses conclusions. Lorsque la mère de Nicholas est devenue enceinte, la société d'aide à l'enfance (SAE) locale est intervenue et les D^{rs} Smith et Cairns ont tous deux déposé des affidavits auprès du tribunal de la famille. L'affidavit du D^r Cairns soutenait entièrement

l'opinion du D^r Smith. Il semblait également exprimer l'opinion pathologique d'un expert indépendant, même si le D^r Cairns est un médecin généraliste sans expertise en médecine légale.

Un expert en médecine légale dont les services avaient été retenus par la famille a contesté les conclusions du D^r Smith, mais le D^r Cairns n'a pas été convaincu. L'avocat de la SAE a par la suite demandé au BCCO de mener un examen indépendant du dossier. Le BCCO a retenu les services d'un expert américain réputé qui a établi que rien ne démontrait que Nicholas était mort à la suite d'une blessure à la tête. Par conséquent, la SAE a retiré sa demande de protection de l'enfant. Néanmoins, le D^r Smith a continué à profiter du soutien inconditionnel des D^{rs} Young et Cairns.

Le grand-père de Nicholas n'a cessé de se plaindre auprès du BCCO et d'autres organismes au sujet de la conduite des D^{rs} Smith et Cairns. Ses lettres étaient bien documentées et bien argumentées. Étant donné ce que nous savons maintenant, ses inquiétudes concernant les D^{rs} Smith et Cairns ainsi que le BCCO étaient légitimes. Malheureusement, les dirigeants du BCCO n'ont rien voulu entendre. En dépit d'une opinion claire selon laquelle la conclusion du D^r Smith concernant ce cas était insoutenable et non fondée, le D^r Young a maintenu que l'avis du D^r Smith était raisonnable. La réponse du D^r Young consistait à défendre le D^r Smith – un pathologiste que lui et d'autres personnes du BCCO avaient si longuement admiré.

L'affaire Jenna a constitué un autre signal manqué. Jenna, âgée de 21 mois, est morte subitement en janvier 1997, victime de nombreuses blessures non accidentelles. Sa mère et son gardien de 14 ans étaient les deux suspects. À l'hôpital, un médecin des urgences a noté des signes d'une possible agression sexuelle, dont un étirement anal, des déchirures dans la vulve de la petite fille et un poil bouclé trouvé dans la même région. Le D^r Smith avait pratiqué l'autopsie, sans toutefois effectuer d'examen complet consécutif à une agression sexuelle. Bien qu'il ait examiné la région externe de son vagin, il n'a procédé à aucun prélèvement et, bien qu'il ait extrait et mis sous scellé un poil trouvé dans cette région, il ne l'a pas soumis à une analyse médico-légale.

En se fondant sur l'opinion du D^r Smith à propos de l'heure à laquelle les blessures de Jenna lui avaient été infligées, la police a accusé la mère de Jenna, Brenda Waudby, de meurtre. Disposant d'opinions concurrentes, l'avocat de M^{me} Waudby a finalement convaincu la Couronne que la preuve présentée par le D^r Smith concernant l'heure à laquelle les blessures de Jenna lui avaient été infligées était erronée. L'une de ces opinions était celle de la D^{re} Bonita Porter, une coroner en chef adjointe. Le D^r Young n'était pas au courant de son intervention même si elle provenait du bureau dont il était responsable. Finalement, l'accusation de

meurtre a été retirée, mais seulement après une longue enquête préliminaire au cours de laquelle le D^r Smith était le principal témoin de la Couronne.

L'affaire Sharon s'est révélée un autre signal manqué. Sharon est morte en 1997, à l'âge de sept ans et demi. Il est évident qu'elle avait été attaquée sauvagement et son corps présentait des dizaines de plaies perforantes. Le D^r Smith a procédé à l'autopsie. À ce moment-là, il avait très peu d'expérience avec les plaies perforantes et n'avait vu qu'un ou deux autres cas mettant en cause des plaies par arme blanche, ainsi qu'un ou deux cas mettant en cause des morsures de chien. À la fin de l'autopsie, il a révélé à la police que la cause de la mort était liée à des pertes de sang consécutives à de multiples plaies par arme blanche. La mère de Sharon, Louise Reynolds, a été accusée de meurtre.

M^{me} Reynolds a nié avoir tué Sharon. Elle soutenait que Sharon avait été attaquée par un pit-bull et, par conséquent, que ses blessures étaient des marques de morsures, et non des plaies par arme blanche. Le D^r Smith était le principal témoin de la Couronne à l'enquête préliminaire. Il a nié catégoriquement les allégations de l'avocat de la défense qui croyait qu'un chien avait attaqué Sharon, déclarant dédaigneusement : « Il est aussi absurde de penser qu'un ours polaire a attaqué Sharon que de penser que ces plaies ont été faites par un chien. » M^{me} Reynolds a été renvoyée pour subir son procès sous une accusation de meurtre au deuxième degré.

En février 1999, lors d'une réunion de l'American Academy of Forensic Sciences, les D^{rs} Cairns et Young ont appris que quatre experts respectés n'étaient pas du tout d'accord avec les conclusions du D^r Smith dans l'affaire et qu'ils craignaient qu'une erreur judiciaire soit en train d'être commise. Ils croyaient que Sharon avait été victime d'une attaque de chien. Par conséquent, les D^{rs} Young et Cairns ont recommandé l'exhumation du corps de Sharon afin de pratiquer une seconde autopsie.

À la suite de celle-ci, on a demandé à divers experts de donner leur opinion. Bien qu'il y ait eu des opinions divergentes, tous ont convenu que, contrairement à ce qu'avait déclaré le D^r Smith au cours de l'enquête préliminaire, un chien avait causé bon nombre des blessures de Sharon, sinon toutes. Comme la preuve démontrait que le D^r Smith avait posé un mauvais diagnostic dans l'affaire Sharon, la Couronne a retiré l'accusation portée contre M^{me} Reynolds.

Le D^r Cairns savait aussi que le D^r Smith avait perdu un moulage du crâne de Sharon et une série de radiographies et qu'il avait tellement tardé à produire son premier rapport que la Couronne avait obtenu une assignation afin de l'obliger à le remettre. Le BCCO a continué à accorder peu d'importance à ces signes de désorganisation, de manque de soin et de négligence.

La semaine même où la Couronne a retiré ses accusations contre la mère de

Sharon, elle a suspendu l'instance dans une autre affaire d'allégation d'homicide d'enfant dans laquelle était intervenu le D^r Smith. Comme dans les autres cas, la défense a eu l'avis d'experts éminents qui ont directement contredit l'avis du D^r Smith dans cette affaire.

Toute cette attention a mené le D^r Young à conclure non pas que le travail du D^r Smith avait été imparfait, mais qu'il était devenu un « paratonnerre » et qu'il ne devait plus continuer de pratiquer des autopsies pour le BCCO. Ainsi, le 25 janvier 2001, à l'insistance du D^r Young, le D^r Smith a demandé d'être dispensé de la pratique d'autopsies des coroners et qu'un examen externe soit effectué sur son travail.

Après une décennie d'inaction, les erreurs du D^r Smith et l'attention à laquelle elles avaient donné lieu ont finalement amené le chef du BCCO à agir, mais seulement à titre d'essai. Le D^r Young avait conclu que le D^r Smith ne devait plus pratiquer d'autopsies sur des cas suspects ni dans des causes d'homicide. Il avait aussi proposé un examen externe des dossiers du D^r Smith pour évaluer ses compétences. Le D^r Young a déclaré aux médias et au ministère du Procureur général que le BCCO entreprendrait un tel examen. Mais avant que l'examen externe ne commence, le D^r Young avait reconsidéré la question sans en aviser les médias ni le ministère. Bien que le D^r Young ait décidé, aussi tôt qu'en février 2001, de ne mener aucun examen externe, ses actions et celles du D^r Cairns avaient causé une confusion et un malentendu importants chez les intervenants du système de justice criminelle et dans le grand public, à l'égard des éventuelles limites d'un tel examen, si celui-ci avait été entrepris.

À l'automne 2001, l'affaire Jenna a fait l'objet d'une nouvelle enquête. L'agent de police qui en était responsable a parlé avec le D^r Smith du poil qui avait apparemment été observé dans la région vaginale de Jenna, mais qui n'avait pas été présenté comme pièce au cours de l'enquête préliminaire. Le D^r Smith a déclaré qu'il avait recueilli le poil et l'agent de police s'est rendu au bureau du D^r Smith, où il a récupéré une enveloppe blanche scellée sur laquelle étaient inscrits les mots « poil de la région pubienne ». Le sceau indiquait que son contenu avait été prélevé lors de l'autopsie de Jenna.

Le D^r Cairns a rencontré le D^r Smith afin de discuter de cette question. Il avait examiné la preuve présentée par le D^r Smith à l'enquête préliminaire, où le D^r Smith avait nié être au courant de l'existence d'un poil. Au cours de cette discussion, le D^r Smith a dit au D^r Cairns que l'agent de police qui assistait à l'autopsie avait refusé de prendre le poil. Il a également affirmé qu'il avait mis l'enveloppe contenant le poil dans la poche de son veston et qu'il l'avait apportée avec lui à l'enquête préliminaire.

Le D^r Cairns n'a cru aucun des aspects de la description des événements du

D^r Smith. Pour la première fois, il concluait que le D^r Smith ne pouvait être crédible et s'interrogeait sur ses compétences en tant que médecin légiste. Il a communiqué avec le registraire intérimaire de l'OMCO pour lui faire part de sa conversation avec le D^r Smith. À l'époque, l'OMCO enquêtait sur une plainte déposée par la mère de Jenna contre le D^r Smith. Le D^r Cairns a également relaté la rencontre au D^r Young et lui a dit qu'il avait discuté de la question avec l'OMCO. Le D^r Young a convenu que l'histoire du D^r Smith n'était pas crédible.

Cependant, malgré les inquiétudes du D^r Cairns et du D^r Young concernant la conduite du D^r Smith dans l'affaire Jenna, la situation de ce dernier au BCCO n'a pas changé après sa réunion avec le D^r Cairns. Il a continué de siéger à d'importants comités du BCCO. Il a continué de pratiquer des autopsies dans des cas de morts non suspects pour le BCCO. Il a en outre continué d'occuper les fonctions de directeur de l'UOMLP.

Le D^r Cairns a témoigné que le BCCO croyait que le rôle du D^r Smith avait été suffisamment limité parce qu'il ne pouvait plus pratiquer d'autopsie dans des cas de morts suspects. Cependant, en repensant à cet épisode lors de son témoignage devant la Commission, le D^r Young n'a pu trouver d'explications au soutien continu qu'il avait offert au D^r Smith et à la confiance qu'il mettait en lui en avril 2002, déclarant d'un air plutôt triste : « Je ne sais pas pourquoi nous le l'avons pas empêché de faire tout cela à l'époque [...] Je ne sais tout simplement pas. »

En avril 2002, l'OMCO avait reçu trois plaintes contre le D^r Smith. Outre la plainte découlant de l'affaire Jenna, il y a eu des plaintes concernant la conduite du D^r Smith dans les affaires Nicholas et Amber. Le 10 avril 2002, à la demande de l'avocat du D^r Smith, le D^r Young a envoyé une lettre à l'enquêtrice en chef de l'OMCO. L'avocat du D^r Smith avait rédigé la lettre que le D^r Young a envoyée sans l'avoir pratiquement modifiée. Le D^r Young a demandé que sa lettre soit remise au comité d'experts convoqués par l'OMCO pour examiner les pratiques du D^r Smith.

La lettre du D^r Young affirmait que, selon le BCCO, le D^r Smith, l'un des cinq ou six pathologistes au Canada accrédités en pathologie pédiatrique, possédait « les compétences requises pour entreprendre le travail qu'on lui avait demandé dans chacune de ces enquêtes (Jenna, Nicholas et Amber) ». Il a déclaré que le BCCO croyait que les conclusions tirées dans les affaires Amber et Nicholas répondaient aux attentes dans la mesure du raisonnable. Il a également fait remarquer qu'il n'était au courant d'aucune inconduite professionnelle de la part du D^r Smith dans les enquêtes concernant Amber ou Nicholas. Finalement, le D^r Young a déclaré : « Pour autant que je sache, le D^r Smith n'a en aucun cas agi de mauvaise foi ou avec l'intention de faire obstacle ou de nuire aux enquêtes du coroner. »

Lorsque le D^r Young a envoyé sa lettre, le D^r Cairns l'avait pleinement informé de l'histoire douteuse du D^r Smith relativement au poil dans l'affaire Jenna. Cette information l'a amené à douter de l'éthique et du jugement du D^r Smith. Il savait que le poil et l'examen consécutif à une agression sexuelle soulevaient des questions d'ordre éthique et criminel et qu'ils pouvaient mener à des conclusions de mauvaise foi ou d'obstruction. Le D^r Young jugeait quand même pertinent d'écrire ainsi à l'OMCO au nom du D^r Smith. Devant la Commission, le D^r Young a reconnu que sa déclaration selon laquelle le D^r Smith n'avait pas agi de mauvaise foi ou n'avait pas fait entrave ou nui aux enquêtes « n'était pas correcte ».

À l'exception de cette déclaration de l'aveu de tous incorrecte, la lettre du D^r Young ne tentait pas de présenter à l'OMCO les faits concernant le poil dans l'affaire Jenna. Même s'il défendait le travail et l'expertise du D^r Smith, le D^r Young n'a aucunement mentionné que, 15 mois auparavant, le BCCO avait retiré le D^r Smith de la liste des personnes travaillant sur les cas de morts suspects d'enfants.

La lettre du D^r Young a induit l'OMCO en erreur. En se fondant sur cette lettre, sa destinataire, l'enquêteuse, a présumé que le BCCO n'avait aucune inquiétude relative aux compétences ou à la pratique du D^r Smith. Le D^r Young a dit à la Commission qu'il a envoyé cette lettre pour tenter d'être juste envers le D^r Smith. Il l'a toutefois fait aux dépens de l'intérêt public. Présentée de cette façon, après la longue série d'événements décrits ci-haut, la lettre n'était ni équitable ni objective, ni sincère. Elle n'était pas digne d'un titulaire d'une charge publique de haut rang en Ontario.

En juillet 2002, le D^r Cairns, comme le D^r Young dans sa lettre à l'OMCO, a défendu le D^r Smith. Cette fois-ci, c'était au sujet de l'opinion du D^r Smith en matière de pathologie dans l'affaire Paolo. En le défendant, le D^r Cairns a dépassé la portée de son expertise, ce qui a eu pour effet de protéger l'opinion du D^r Smith de tout examen approfondi.

Même avant, toutefois, le D^r Cairns avait semé la confusion quant à la situation du D^r Smith au BCCO. En octobre 2001, l'avocat de la Couronne a demandé que le BCCO examine le travail du D^r Smith dans l'affaire Paolo, à la demande de la défense. Au cours de leur correspondance à ce sujet, le D^r Cairns n'a pas informé la Couronne de la nature de l'examen de 2001 du travail du D^r Smith et de sa situation quant aux dossiers du coroner. En tout, il a fait trois fausses déclarations à l'avocat de la Couronne. Tout d'abord, il a affirmé que le travail du D^r Smith avait été examiné dans une vingtaine de cas. Deuxièmement, il a déclaré qu'aucun de ces examens ne laissait entendre que le D^r Smith était incompetent ou avait été négligent dans le cas de ces dossiers. Troisièmement, il

a déclaré qu'à la suite de l'examen, le D^r Smith avait rejoint l'équipe pratiquant les autopsies en juin 2001 et que, selon le BCCO, le D^r Smith était assez compétent pour effectuer n'importe quelle autopsie. Aucune des trois déclarations du D^r Cairns n'était juste.

Malgré qu'il ait reçu copie d'une lettre à l'avocat de la défense dans laquelle l'avocat de la Couronne reprenait la fausse information qu'il lui avait donnée concernant l'examen du BCCO, le D^r Cairns n'a pas pris de mesures pour corriger le malentendu. Ce manquement a eu pour effet de tromper la Couronne et l'avocat de la défense quant à la rigueur du processus d'examen du BCCO et à la portée de la pratique du D^r Smith après juin 2001.

Aux alentours du 31 juillet 2002, le D^r Cairns a déclaré à la Couronne être d'avis que l'opinion du D^r Smith et celle des autres experts médicaux dans l'affaire Paolo concordaient entièrement. Il n'a relevé aucune contradiction et n'avait aucune inquiétude au sujet du rapport d'autopsie ou des preuves médicales.

Le D^r Cairns se trompait. Une fois que les experts eurent examiné le cas, l'opinion du D^r Smith avait été suffisamment discréditée par les autres pathologistes experts pour qu'en 2007, la Cour suprême du Canada ordonne la tenue d'un nouveau procès pour les parents accusés. Le D^r Cairns n'avait pas l'expertise nécessaire pour exprimer cette opinion. En outre, au moment où le D^r Cairns a exprimé cette opinion mal fondée, il était parfaitement au courant des graves interrogations que soulevaient des affaires comme celle de Jenna au sujet des compétences du D^r Smith, de son intégrité et de son jugement.

Et pourtant, les préoccupations s'amplifiaient. À l'automne 2002, le BCCO a appris que le D^r Smith avait été arrêté pour excès de vitesse par la Police provinciale de l'Ontario et avait répondu aux questions d'un agent de police de façon tout à fait non professionnelle. L'OMCO a également rendu sa décision concernant les trois plaintes, dans laquelle il a souligné bon nombre de lacunes et d'omissions dans le travail du D^r Smith.

En juin 2003, un juge de première instance a présenté les motifs de sa décision suspendant les instances contre deux parents accusés du meurtre au premier degré de leur fille. Les accusations ont été suspendues en raison d'un délai déraisonnable, notamment le délai lié à la production par le D^r Smith d'une annexe de deux pages et demie à son rapport d'autopsie. Le D^r Cairns avait témoigné dans cette affaire sur la controverse grandissante entourant le D^r Smith et l'examen de son travail par le BCCO. Le juge de première instance a constaté que le témoignage du D^r Cairns à l'enquête préliminaire, bien qu'il ait été présenté de bonne foi et de façon non volontairement trompeuse, a eu pour effet de tromper la défense et a amené celle-ci à présenter des requêtes inutiles pour la présentation de tous les dossiers criminels qui faisaient, selon elle, l'objet de l'examen du BCCO.

À la suite de cette décision, le D^r Smith est resté sur la liste de l'équipe du BCCO pratiquant des autopsies dans les cas de morts non suspectes, est demeuré directeur de l'UOMLP et a continué de siéger aux comités du BCCO chargés de l'examen des morts d'enfants.

En décembre 2003, le BCCO a finalement retiré le D^r Smith de la liste des pathologistes pratiquant des autopsies en vertu de mandats du coroner. La décision a été prise alors que les médias s'intéressaient toujours au D^r Smith, y compris la suspension des instances en juin 2003 pour cause de délai. Le fait que le D^r Smith attirait la critique constituait une source très importante de préoccupation, sinon la principale, pour le BCCO lorsqu'il a pris la décision de ne plus avoir recours à ses services. Dans l'ensemble, les membres des comités du BCCO croyaient que la collaboration continue du D^r Smith avec le BCCO pourrait compromettre la réputation du Bureau et que ce dernier devait rompre tous ses liens avec lui. De plus, les pathologistes étaient craintifs à l'idée de terminer les autopsies sur les morts suspectes que le D^r Smith avait commencées.

Néanmoins, le D^r Smith a conservé son poste de directeur de l'UOMLP. À sa demande, le BCCO lui a permis de conserver son titre jusqu'au terme des instances de l'OMCO relatives aux plaintes liées aux affaires Nicholas, Jenna et Amber. Le 26 mai 2004, les instances de l'OMCO ont pris fin lorsque le Comité des plaintes de l'Ordre a remis un avertissement au D^r Smith.

En tant que directeur de l'UOMLP, le D^r Smith a continué d'assumer des responsabilités administratives et d'examiner les rapports d'autopsie d'autres pathologistes au sein de l'unité, même après janvier 2001. Il examinait les rapports avant qu'ils ne soient envoyés au coroner pour s'assurer que la bonne terminologie était utilisée pour classer la cause de la mort et qu'ils ne comprennent aucun fait ou exposé ne respectant pas les critères du BCCO. Il soulevait parfois des questions auprès de ses collègues sur les conclusions de leurs rapports. Dans son témoignage du 8 novembre 2001, au cours de l'enquête préliminaire relative à une affaire pour laquelle il avait pratiqué l'autopsie, le D^r Smith a déclaré qu'à titre de directeur de l'UOMLP, il continuait de superviser les pathologistes qui pratiquaient des autopsies médico-légales sur des enfants au SickKids.

Le D^r McLellan a été nommé coroner en chef de l'Ontario en avril 2004. Enfin, à la demande insistante de ce dernier, le D^r Smith a démissionné du poste de directeur de l'UOMLP le 1^{er} juillet 2004.

Résumé

Comme cet examen le montre, des signes de danger au sujet du D^r Smith se sont accumulés pendant plus d'une décennie et la direction du BCCO, qui en fin de

compte aurait pu agir, a pris trop peu de mesures pour endiguer le problème. Il s'agit d'une démonstration éloquente de la manière dont la supervision de la médecine pédiatrique légale pouvait s'avérer presque complètement défailante et l'a effectivement été. Cet échec est en grande partie attribuable à trois facteurs : les graves faiblesses dont souffraient les mécanismes de responsabilisation et de surveillance, les mesures inadéquates de contrôle de la qualité et la structure institutionnelle déficiente de la médecine pédiatrique légale en particulier et de la médecine légale en général.

Le cadre législatif des enquêtes sur les morts en Ontario prévu dans la *Loi sur les coroners* n'établit aucun fondement permettant d'assurer la supervision efficace de la médecine légale. Il ne reconnaît aucunement la médecine légale, les services essentiels qu'elle fournit ou ceux qui devraient en être responsables.

À l'époque, la structure institutionnelle de la médecine légale n'était guère plus utile. Le BCCO avait très mal défini le poste de médecin légiste en chef et ne lui attribuait aucune responsabilité claire en matière de supervision. Même si, dans la structure organisationnelle du BCCO, le médecin légiste en chef relevait du coroner en chef, en l'absence de toute définition de ce rôle de supervision, la relation réelle entre ces deux postes était également ambiguë. Les relations entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, et plus particulièrement l'UOMLP, n'étaient pas plus claires, ce qui rendait la supervision efficace de l'exercice de la médecine pédiatrique légale à l'UOMLP par le BCCO d'autant plus difficile. Les responsabilités relatives à la supervision qu'exerçait le directeur, poste qu'occupait le D^r Smith à l'UOMLP, sur le travail accompli dans l'unité étaient très peu définies, voire même pas du tout. De plus, on ne savait pas exactement de qui relevait le directeur et de quoi il était redevable. En pratique, les activités d'un directeur comme le D^r Smith en matière de pathologie n'étaient pas véritablement supervisées.

Étant donné ces faiblesses dans la structure institutionnelle et les insuffisances des mesures de contrôle de la qualité adoptées dans les années 1990, la supervision officielle du travail de pathologiste du D^r Smith était pour ainsi dire inexistante. Elle se limitait à la supervision de fait effectuée par les D^{rs} Young et Cairns qui découlait des relations qu'ils entretenaient depuis longtemps avec le D^r Smith et de leurs postes qui leur conféraient en dernier ressort la responsabilité du BCCO. En réalité, cette vague supervision était la seule dont bénéficiait le D^r Smith en matière de médecine pédiatrique légale sur le plan opérationnel. Ces deux hommes ont occupé un certain nombre de postes de responsabilité pendant de nombreuses années en Ontario et je suis certain qu'ils se sont bien acquittés de leurs fonctions et qu'ils l'ont fait de façon efficace à bien des égards. Dans ce cas-ci, ils n'ont toutefois pas réussi.

En vertu de leurs fonctions, le D^r Young, en tant que coroner en chef, et le D^r Cairns, son adjoint, avaient clairement autorité sur le D^r Smith, à titre de directeur de l'UOMLP, et sur son travail individuel, s'ils avaient choisi de l'exercer. Ils auraient pu finalement le démettre des deux fonctions. Malheureusement, cette autorité n'a jamais donné lieu à une supervision efficace. Sous leur direction, il n'a jamais été démis du poste de directeur et on lui a demandé beaucoup trop tard d'arrêter d'exercer la médecine légale. De nombreux facteurs, en plus des faiblesses institutionnelles que j'ai décrites, ont contribué à cet échec.

Ce qui importe peut-être le plus, c'est que ni le D^r Young ni le D^r Cairns n'avaient de formation spécialisée en pathologie, sans parler de la médecine légale, et qu'ils n'ont nettement pas compris la position désavantageuse dans laquelle ce manque d'expertise les a placés. Le manque d'expertise du D^r Young et du D^r Cairns a contribué au fait qu'ils n'ont pas su reconnaître les insuffisances du D^r Smith en matière de médecine légale malgré le lot de preuves qui s'accumulaient au cours des années 1990. Cela voulait dire que nombre des problèmes que les examinateurs experts ont maintenant dévoilés au grand jour n'ont pas ébranlé leur confiance absolue envers le D^r Smith jusqu'à la toute fin, après autant de dommages.

Le D^r Young et le D^r Cairns disposaient en outre de très peu d'outils, voire même aucun, pour superviser efficacement le travail du D^r Smith. Il n'y avait pas beaucoup de lignes directrices quant aux pratiques exemplaires pouvant servir à évaluer son rendement au cas par cas. En raison de cette lacune, ils ne disposaient de rien d'autre que de données empiriques sur ses pratiques et ses réalisations au sein du système de justice pénale. Par ailleurs, les plaintes déposées par certaines personnes dans des cas particuliers n'ont pu ébranler leur confiance envers la personne qu'ils croyaient être la figure dominante dans le domaine et ne l'ont effectivement pas ébranlée.

En outre, le D^r Young et le D^r Cairns entretenaient une sorte de relation symbiotique avec le D^r Smith. Ils l'ont protégé activement et ont joué un rôle de premier plan dans le déroulement de sa carrière. Ils trouvaient que sa notoriété croissante dans le domaine était bénéfique pour le BCCO et ce dernier avait tout intérêt à continuer d'avoir recours à ses services. Le D^r Young en particulier craignait que, sans le D^r Smith, il n'y aurait personne pour pratiquer les autopsies dans les cas de morts suspectes d'enfants, en raison du petit nombre de personnes qualifiées dans le domaine. Bref, le D^r Smith avait besoin du BCCO pour continuer de faire son travail et, pour la même raison, la haute direction du BCCO avait besoin de lui pour le faire. Cette symbiose faisait obstacle à la capacité du BCCO d'évaluer le travail du D^r Smith sans parti pris – objectivité qui est essentielle à une supervision efficace.

La relation de travail entre ces trois hommes rendait toute possibilité d'évaluation objective d'autant plus difficile. Le D^r Young et le D^r Cairns partageaient la même conviction que le D^r Smith quant à la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance » – c'est-à-dire aborder chaque mort soudaine et inattendue d'un enfant avec un haut degré de suspicion – pour découvrir les possibilités de violence faite aux enfants. À la fin des années 1990, ils avaient collaboré pendant plus d'une décennie et étaient devenus de proches collègues qui estimaient le travail de chacun. Le D^r Young et le D^r Cairns considéraient le D^r Smith comme un membre important de l'équipe de direction du BCCO. Comme l'a mentionné le D^r Young, ils tenaient pour acquis le niveau de compétence des membres de la haute direction. Douter du D^r Smith revenait à douter de l'un des leurs. À mon avis, cette proche relation professionnelle faisait en sorte que la haute direction du BCCO avait beaucoup de difficulté à superviser le D^r Smith de façon objective. La conséquence regrettable de ce manque de supervision a été la perte de confiance du public dans la capacité de gouvernance du BCCO.

Devant la Commission, le D^r Cairns a franchement admis qu'il était responsable de ce manque de supervision. Comme il l'a mentionné, il a accordé une confiance excessive au D^r Smith parce qu'il l'avait placé sur un piédestal. D'une façon un peu ironique, il a exprimé sa profonde déception envers lui-même, lui qui faisait partie de ceux qui prônaient la démarche de la « pensée fondée sur la méfiance », pour ne pas avoir été plus méfiant ou fait preuve d'objectivité dans son évaluation du rendement du D^r Smith et pour avoir mis autant de temps à comprendre ce qui se passait réellement.

Comme le D^r Cairns, le D^r Young a également présenté ses excuses devant la Commission. Il a reconnu que ces événements se sont produits sous sa direction et qu'il en est ultimement responsable. Au départ, alors que les nuages s'amas-saient, le D^r Young était plus préoccupé par le fait que, dans l'intérêt du BCCO, les services du D^r Smith devaient se poursuivre, que par la question de savoir si ces services engendraient un processus de médecine légale fondamentalement vicié. Comme la fin approchait, le D^r Young était plus inquiet de la publicité négative que le D^r Smith pourrait attirer sur le BCCO que des conséquences potentielles des lacunes du D^r Smith sur la responsabilité du BCCO d'assurer des enquêtes de grande qualité. Il n'a pas pensé au fait que le Bureau aurait pu jouer un rôle dans les condamnations injustifiées résultant du travail du D^r Smith. Les préoccupations au sujet de la réputation du BCCO, bien qu'elles soient fondées, ne peuvent pas faire obstacle au devoir essentiel d'assurer des enquêtes d'excellente qualité sur les morts.

Finalement, au moment où le dernier acte se jouait, le D^r Young continuait de défendre l'indéfendable au nom de la réputation du BCCO. Même après que le

D^r Cairns eut perdu confiance envers l'intégrité et les compétences du D^r Smith et la révélation des actions de ce dernier en ce qui concerne le poil dans l'affaire Jenna, le D^r Young n'a pas agi, mais a plutôt appuyé les capacités du D^r Smith en tant que pathologiste, de même que son expertise. Le D^r Young a été le dernier à se rendre compte de la véritable situation et, devant la Commission, il s'est résolu à dire ce qu'il aurait pu probablement dire, de façon tout aussi valable, à de nombreuses occasions au cours de la dernière décennie : « Je ne sais pas pourquoi nous ne l'avons pas empêché de faire tout cela à l'époque [...] Je ne sais tout simplement pas. »

En bout de ligne, en tant que coroner en chef, le D^r Young doit assumer la responsabilité ultime de ce manque de supervision. Alors qu'il acceptait des fonctions additionnelles au sein du gouvernement, il s'est montré incapable d'exercer l'autorité que lui conférait le poste de coroner en chef qu'il occupait déjà : assurer la supervision vigilante du D^r Smith. Lorsqu'il a finalement agi, c'était pour protéger la réputation du Bureau, sans penser que des personnes et l'intérêt public avaient probablement déjà été affectés. Malheureusement, le D^r Smith a fait l'objet d'une supervision beaucoup trop mince, beaucoup trop tard.

RÉTABLIR LA CONFIANCE À L'ÉGARD DE LA MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE

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 à l'égard de la médecine pédiatrique légale et de son utilisation au sein du système de justice pénale 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. 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 cours des dernières années, les nouveaux dirigeants du BCCO, dont le médecin légiste en chef actuel, le D^r Michael Pollanen, ont apporté de nombreuses améliorations importantes dans le but de commencer à remédier aux défaillances relevées au cours de l'enquête. J'examine ces changements en détail dans le rapport. Il est à la fois louable et réconfortant de voir le vent du changement souffler dans la bonne direction.

Toutefois, comme le reconnaissent ces dirigeants, il y a encore beaucoup à

faire. À la fin du présent résumé, j'inclus une liste complète des 169 recommandations que je propose pour régler entièrement les problèmes systémiques que notre examen a révélés et rétablir la confiance du public. Dans le volume 3, j'explique les motifs qui sous-tendent chacune d'elles. Dans les pages qui suivent, j'expose les principaux thèmes qu'elles abordent.

PROFESSIONNALISER ET RECONSTRUIRE LA MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE

Pendant plus de dix ans, le D^r 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 médico-légale 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 a travaillé de façon 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. L'objectif doit être la professionnalisation de l'ensemble de la médecine légale et ne peut se limiter à la médecine pédiatrique légale.

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 *Loi sur les coroners* 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.

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 pour combler cette lacune.

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.

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 me convainquent 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.

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 nuí sérieusement au développement de la profession de médecin légiste. Les médecins légistes canadiens ont été obligés d'obtenir leur formation et 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.

Heureusement, il y a des signes de changement en cours. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a officiellement reconnu la médecine légale comme sous-spécialité. Bien qu'aucun programme de formation n'ait encore été accrédité au Canada, le D^r Pollanen a récemment accepté deux pathologistes dans un nouveau programme de bourses de recherche en médecine légale.

Il est très important d'accélérer l'élaboration et l'agrément de programmes nationaux de formation menant aux examens et à l'accréditation du Collège des médecins et chirurgiens du Canada. 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 et favoriser la croissance des possibilités de formation au Canada en cette matière. À lui seul, ce facteur contribuera à amener les étudiants en médecine à envisager sérieusement une carrière dans cette spécialité.

Il est en outre essentiel que cette 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.

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.

La progression de la spécialité est devenue plus difficile à réaliser 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 ainsi qu'au Nouveau-Brunswick.

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.

Une mesure essentielle consiste à fournir, au sein du SOML, des chemine-ments 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.

Une deuxième mesure consiste à changer le modèle actuel de rémunération. 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. La différence a une incidence négative évidente 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.

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.

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 plus continuer. 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. Il est essentiel de disposer des ressources nécessaires pour professionnaliser et faire progresser la médecine légale en Ontario afin de pouvoir éviter les condamnations injustifiées dans ces types de cas et faire en sorte que les tueurs d'enfants soient jugés comme il se doit en vertu de la loi.

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 ainsi que d'autres que j'aborde dans le volume 3 ne peuvent être apportés que si le financement à long terme est adéquat et durable.

ORGANISATION ET SUPERVISION EFFICACES DE LA MÉDECINE LÉGALE EN ONTARIO

Le Service ontarien de médecine légale

Le médecin légiste en chef doit diriger 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.

Les arrangements institutionnels entre le BCCO et les unités régionales de médecine légale, y compris l'UOMLP, doivent être clarifiés et renforcés. Les ententes de services devraient décrire soigneusement ces relations. 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.

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 fait de détenir le titre de directeur de l'UOMLP a aidé le D^r 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. Ainsi, 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 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.

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. Cette 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 en médecine légale et ne soit pas accrédité. Pas plus que l'UOMLP ne doit être tenue à l'écart des travaux de médecine légale qui se font ailleurs au sein du SOML.

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 suspects 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 est difficile 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 suspects d'enfants, un médecin légiste doit pratiquer l'autopsie.

Le conseil de direction

Notre examen systémique a mis au jour de très importantes défaillances sur le plan de la supervision du D^r 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 l'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.

À mon avis, le remplacement de la direction par un nouveau groupe de personnes talentueuses n'est pas suffisant. 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. Cela signifie que le coroner en chef ne devrait 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.

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.

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 col-légialité et du partage des connaissances.

Jusqu'à tout récemment, le BCCO mettait peu l'accent sur la gestion de la qualité de la médecine légale. Il ne possède toujours pas les ressources nécessaires à la création d'un environnement entièrement voué à l'assurance de la qualité. 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. Le SOML doit, plus particulièrement, disposer de personnel qualifié se consacrant à l'assurance de la qualité.

Pour assurer la qualité, il est essentiel de disposer d'un système bien établi d'examen par les pairs des autopsies pratiquées dans des cas individuels. Au cours des dernières années, la nouvelle direction a grandement amélioré les procédures à cet égard, surtout dans les cas de morts suspectes, où cela est le plus important. Nous devrions consolider ces gains et miser sur eux pour la suite des choses.

Le registre

Notre examen systémique a aussi révélé que, dans les années 1990, les pathologistes en Ontario étaient recrutés pour travailler en vertu de mandats du coroner 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 suspects d'enfants étaient délibérément attribués sans tenir compte du fait que sa formation en médecine légale était malheureusement inadéquate.

Pour corriger cette défaillance, il est crucial de créer un registre des médecins légistes agréés. 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 suspects d'adultes, ceux autorisés à le faire dans les cas de morts suspects d'enfants et ceux autorisés à pratiquer des autopsies courantes pour les coroners.

LE RÔLE DU MÉDECIN LÉGISTE

Principes de base des pratiques exemplaires

À mon avis, il importe que certains principes de base régissent toutes les pratiques de la médecine légale, y compris la médecine pédiatrique légale, en matière d'autopsie. Chacune des recommandations que je formule au sujet des pratiques exemplaires tient compte de ces principes. Ce sont les suivantes :

- 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.

Ces principes doivent régir tous les aspects des pratiques de la médecine légale en matière d'autopsie, qu'il s'agisse de la présence sur les lieux, de l'acquisition de l'information pertinente par le pathologiste, de la conservation des éléments de l'autopsie ou de la remise des rapports d'autopsie en temps opportun.

Notre examen systémique des pratiques relatives aux autopsies à l'époque du D^r 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.

Je reconnais que des progrès importants ont été réalisés dans l'élaboration de pratiques exemplaires qui tiennent compte de ces principes. 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 pénale s'en porteront mieux.

COMMUNICATION EFFICACE AVEC LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

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. Notre examen systémique a révélé comment, sous un certain nombre d'aspects, les opinions exprimées par le D^r Smith et d'autres pathologistes étaient non seulement essentiellement incorrectes, mais, fait tout aussi important, qu'elles avaient 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. La médecine légale et le système de justice ont chacun leur propre culture. Les deux doivent essentiellement faire preuve de vigilance si l'on veut que les communications de part et d'autre soient efficaces et bien comprises.

Notre examen systémique a déterminé sous quels aspects l'opinion d'un médecin légiste peut être à l'origine de malentendus. Ce dernier doit faire particulièrement attention lorsqu'il prépare son opinion. Mes recommandations visent à donner certaines directives aux médecins légistes à ce sujet. Ces aspects consistent à déterminer si :

- la teneur de l'opinion et le langage dans lequel elle est exprimée sont susceptibles d'être interprétés différemment ou, sinon, élucident les questions pathologiques en jeu;
- le niveau de confiance ou de certitude que l'expert a à l'égard de l'opinion est exprimé de façon précise;
- l'opinion fait référence à d'autres explications des résultats de l'examen pathologique;
- l'opinion fait l'objet de débats au sein même de la communauté médico-légale;
- l'opinion ou une partie de celle-ci déborde le champ d'expertise du médecin légiste;
- si l'opinion se base, en totalité ou en partie, sur des renseignements de nature non pathologique fournis au pathologiste;
- si l'opinion est fondée, en totalité ou en partie, sur l'opinion d'autres experts ayant été fournie au pathologiste;
- si l'opinion comprend les faits et le raisonnement ayant permis d'en arriver à cette opinion.

Le BCCO devrait préparer un code de pratique et de normes de rendement qui décrit les principes qui devraient guider les médecins légistes lorsqu'ils rédigent leurs rapports ainsi que l'information que ceux-ci devraient contenir. De même, il devrait également évoquer les témoignages des médecins légistes. Ces deux points sont essentiels à l'amélioration de la communication entre les médecins légistes et le système de justice.

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 en pensant à la réalisation pleine et entière de cet objectif que je formule un certain nombre de recommandations particulières sur la façon de présenter les opinions et leurs limites à la lumière des principes que j'ai énoncés.

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. Les coroners, la police, les avocats de la Couronne et ceux de la défense ont beaucoup à faire pour permettre d'atteindre cet objectif. Mes recommandations particulières à ce sujet sont conçues pour faire en sorte qu'ils s'acquittent de cette tâche aussi efficacement que possible.

Les coroners jouent un rôle actif au chapitre de l'enquête sur la mort dans les cas où une autopsie est pratiquée. Le coroner peut influencer considérablement l'opinion que fournira en fin de compte le médecin légiste. Le coroner peut être une importante source d'information pour le médecin légiste. Bien qu'ils doivent tous deux coopérer étroitement, le coroner doit finalement respecter l'expertise et le jugement indépendant du médecin légiste. Le coroner a aussi un rôle important à jouer pour faciliter l'organisation rapide de conférences préparatoires, particulièrement dans les cas d'enquêtes sur la mort suspecte d'un enfant, afin de

favoriser l'échange des renseignements pertinents entre les participants au processus d'enquête, y compris le médecin légiste. Ce processus contribue à l'expression d'opinions précises concernant les véritables questions que soulève l'affaire sur le plan pathologique. Mes recommandations portent sur l'interaction entre les coroners et les médecins légistes ainsi que sur leurs rôles respectifs.

La police peut elle aussi apporter son aide. Elle constitue une autre source d'information importante pour le médecin légiste. Il est particulièrement important que les enquêtes sur les morts suspectes d'enfants soient menées, dans la mesure du possible, par des agents qui ont une formation et une expertise spécialisées en la matière. Tous les services de police devraient au moins avoir accès à une telle expertise.

À la suite de la révélation de certaines des inquiétudes à l'origine de la présente enquête, le ministère du Procureur général (Division du droit criminel) a récemment lancé un certain nombre d'initiatives au sujet des poursuites dans les cas d'homicides d'enfants, comme la création d'une équipe ressource spécialisée dans ce type d'homicide. Il s'agit d'initiatives importantes qui, avec plusieurs programmes d'appoint, doivent se poursuivre. Elles renforceront le rôle que la Couronne doit jouer pour se prémunir contre les conséquences négatives d'une pathologie défailante.

Par ailleurs, les avocats de la défense doivent demeurer pleinement conscients de leur responsabilité éthique en matière de compétence et ne pas se charger de dossiers d'homicide d'enfant ou de cas similaires qui dépassent leurs compétences ou leurs capacités. Aide juridique Ontario a également un rôle important à jouer en proposant des niveaux de rémunération suffisants pour faire en sorte que seuls des avocats expérimentés et compétents se chargent de ces graves dossiers criminels.

Les avocats, qu'il s'agisse de ceux de la Couronne ou de la défense, devraient préparer adéquatement les médecins légistes qu'ils ont l'intention d'appeler à témoigner. Ils devraient tous comprendre les avantages qu'il peut y avoir à dévoiler rapidement et volontairement la preuve médico-légale qu'ils vont présenter.

Finalement, les contre-interrogatoires d'approfondissement sont un élément important du processus de recherche de la vérité du système de justice pénale. Toutefois, les complexités de la médecine légale, qui se sont manifestées tout au long de notre enquête, peuvent empêcher les avocats de jouer leur rôle. Pour remédier à cela, 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. Les

avocats seront alors plus en mesure de comprendre et d'observer l'étendue et les limites de l'expertise et des opinions des médecins légistes.

LE RÔLE DE LA COUR

Les juges jouent aussi 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 – qui peut, comme notre enquête l'a démontré, être à l'origine d'erreurs judiciaires.

La jurisprudence à laquelle je fais référence dans le volume 3 indique clairement que le juge doit déterminer si le seuil de fiabilité de la preuve scientifique de l'expert est suffisant pour que le juge des faits le prenne en compte. Cet exercice ne devrait pas se limiter à la soi-disant « science nouvelle ». Je décris un certain nombre de considérations qui peuvent aider le juge à s'acquitter de cette tâche. En voici quelques-unes :

- 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.

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 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.

MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE ET RISQUES DE CONDAMNATION INJUSTIFIÉE

À la lumière des défaillances que l'enquête a révélées en matière d'exercice et de supervision de la médecine pédiatrique légale, un certain nombre de parties ont recommandé avec insistance que d'autres cas soient examinés, en plus de ceux que la Commission a étudiés, afin de déterminer s'ils avaient pu donner lieu à des condamnations injustifiées.

À mon avis, il existe un ensemble de cas à l'égard duquel un autre examen se justifie. En termes simples, l'évolution des connaissances en pathologie concernant le syndrome du bébé secoué et les traumatismes crâniens chez les enfants au cours des deux dernières décennies offre des motifs convaincants pour procéder à un examen soigneusement structuré de ces cas. Il peut y avoir parmi ceux-ci des cas où des condamnations ont été prononcées sur la foi de preuves médico-légales pédiatriques qui, aujourd'hui, ne seraient pas considérées comme étant valables. Un examen découlant de motifs semblables a été mené en Angleterre. De plus, un certain nombre de leaders responsables dans ce domaine ont dit à la Commission qu'il faudrait, selon eux, procéder à un tel examen ici.

Je partage cet avis. 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. Mes recommandations esquissent les grandes lignes d'un tel examen ainsi que les améliorations à apporter aux processus existants au sein du système de justice pénal afin d'empêcher toute erreur judiciaire découlant de processus viciés de médecine pédiatrique légale.

J'ai aussi abordé non sans peine la question de l'indemnisation des personnes touchées dans les cas que la Commission a examinés. Mon mandat m'a empêché de formuler des recommandations sur l'indemnisation de ces personnes. De plus, il faudrait relever d'importants défis pour créer un modèle d'indemnisation à l'intention des personnes touchées par ces cas, qui ont été aux prises avec le système de justice pénale simplement en raison d'un processus vicié de médecine pédiatrique légale, sans avoir elles-mêmes commis de faute. Compte tenu de ces complexités, j'exhorte la province de l'Ontario à voir si, néanmoins, il est possible de mettre en place un processus viable d'indemnisation.

PREMIÈRES NATIONS ET COLLECTIVITÉS ÉLOIGNÉES

Il y a de grands défis à relever 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. Ces défis ne peuvent servir de prétexte à l'acceptation du statu quo. De nos jours, par exemple, les coroners, et encore moins les pathologistes, se rendent rarement sur les lieux de la mort. De nombreuses familles qui souffrent de la perte d'un enfant sont trop souvent laissées dans l'ignorance au sujet des procédures d'autopsie et même des raisons de la mort de leur enfant. Les gens du Nord de l'Ontario ont droit à des services de coroner et de médecine légale qui sont raisonnablement équivalents à ceux dispensés ailleurs en Ontario, même si les coûts associés à ces services seront plus élevés dans le Nord.

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.

Il est important que, dans l'exercice de ses fonctions, le BCCO se penche sur ces questions avec sensibilité et compréhension. Par exemple, le BCCO 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.

Les coroners jouent aussi un rôle important au chapitre de la communication avec les familles touchées au sujet de l'enquête sur la mort, surtout si le corps est emporté dans une ville distante pour l'autopsie. 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 aucun renseignement important concernant l'enquête sur la mort. Il faut améliorer les communications non seulement avec les familles, mais aussi avec les gouvernements et les collectivités des Premières nations. Le BCCO devrait travailler en partenariat avec les gouvernements et les organismes politiques des Premières nations pour élaborer des protocoles de communication donnant la priorité au Nord, où les besoins sont particulièrement criants. Je suis convaincu que des changements positifs peuvent s'opérer par le biais de telles consultations.

LA MÉDECINE PÉDIATRIQUE LÉGALE ET LES FAMILLES

Je conclus le présent résumé 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 bouleversante. 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, bien entendu, tout aussi troublant.

Bien que mon mandat me demande de me concentrer sur le rôle de la médecine pédiatrique légale au sein du système de justice pénale, afin de rétablir pleinement la confiance du public, nous devons examiner la façon dont cette médecine peut améliorer les services offerts dans les instances de protection de l'enfance et répondre aux besoins des familles touchées par la mort suspecte d'un enfant.

Lorsqu'un enfant est mort dans des circonstances douteuses et qu'il a des frères et sœurs survivants, le système de protection de l'enfance doit prendre des décisions très difficiles alors qu'il est extrêmement pressé par le temps. L'information, surtout celle qui vient du médecin légiste pédiatrique, est souvent cruciale. L'établissement d'un juste équilibre entre cette exigence et les impératifs du système de justice pénale peut présenter tout un défi. 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. 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.

La famille d'un enfant décédé doit obtenir le plus de renseignements possible au sujet de l'enquête sur la mort. Il est essentiel que cela se fasse avec bienveillance et compassion. Le BCCO devrait mettre en place un service de liaison chargé de communiquer avec ces familles.

Comme cette enquête l'a démontré, la médecine pédiatrique légale est une science complexe. Il importe donc d'assurer une représentation juridique compétente dans les instances de protection de l'enfance dans le cadre desquelles cette science joue un rôle important. Aide juridique Ontario devrait collaborer avec la profession des avocats en droit familial pour assurer un financement adéquat à cette fin.

Bien que plusieurs parties m'aient demandé de le faire, je ne vois aucune raison de recommander l'examen d'autres cas de protection de l'enfance sous prétexte qu'ils auraient pu avoir été entachés par des erreurs pathologiques. Cependant, 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.

CONCLUSION

Finalement, je conclus par un recueil de mes recommandations détaillées sur chacun de ces importants sujets. Elles découlent directement de l'examen que l'on m'a demandé d'effectuer relativement à la période qui s'étend de 1981 à 2001. Elles portent sur les défaillances systémiques que la Commission a relevées au sujet de l'exercice et de la supervision de la médecine pédiatrique légale. À mon avis, il s'agit des mesures qu'il faut prendre pour rétablir et rehausser la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale en Ontario et son rôle futur dans le système de justice pénale.

Ces dernières années, les nouveaux dirigeants ont pris un bon départ pour relever ce défi. Toutefois, comme ils l'ont reconnu, il y a encore beaucoup à faire. S'arrêter maintenant risquerait de nous ramener aux années troubles qui ont fait

l'objet de l'examen de la Commission. Cependant, les mesures prises jusqu'à maintenant, ainsi que le sentiment d'espoir envers l'avenir qu'elles ont commencé à susciter chez ceux qui continuent de travailler dans ce domaine, constituent une assise solide sur laquelle nous pouvons construire.

Mes recommandations n'ont pas d'autre but. Si elles sont mises en œuvre, elles représentent le meilleur moyen de protéger l'administration de la justice contre les pratiques douteuses en matière de pathologie, de tourner la page sur les années sombres d'un passé récent et de créer le service de médecine légale dont le système de justice pénale a besoin et que la population de l'Ontario mérite.

Recueil des recommandations

L'ensemble des recommandations apparaît ci-dessous. La référence des pages entre crochets indique où se trouvent les recommandations dans le volume 3.

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 mandat¹. [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 :

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.

- 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. [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 suspects, l'autopsie devrait normalement être pratiquée à l'Unité ontarienne de médecine légale pédiatrique;
 - b) en ce qui a trait aux cas de morts suspects 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 suspects 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 suspects 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 suspects 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 suspects 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 suspects 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 compétents². [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 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. [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 :

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.

- 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 ministre 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 ministre 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 pratiqués 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 nécessaires 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 satis-

faits 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 413.]
- 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 coordonner 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 documentés. [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 médico-légale, 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 médico-légaux 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 médico-légales 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 médico-légales, qu'elles soient exprimées par écrit ou oralement, devraient à la fois décrire les preuves médico-légales 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 circonstanciels 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 outrepassse 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 médico-légales 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 médico-légales 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 médico-légale. [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 fau-

drait 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 plaçant 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 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 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 médico-légale 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 médico-légale 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 médico-légale 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 médico-légale 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 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. [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'examen 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.]

