



Rapport du

Comité d'examen des décès d'enfants

et du

Comité d'examen des décès d'enfants
de moins de cinq ans

Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario

Juin 2008

Table des matières

Message du président	1, 2
Mandat/entente de confidentialité/entente d'adhésion	3-13
Classification des décès	14
Décès d'enfants – Aperçu des données	15
Processus d'examen des décès d'enfants	16
Comité d'examen des enfants de moins de cinq ans	17, 18
Syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN)	19
Décès subit et imprévu	19
Tendances dans les décès d'enfants en Ontario	20, 21
Environnements de sommeil dangereux et partage du lit ou de la chambre	22-26
<u>Recherches</u>	
1. Décès accidentels par noyade	27-30
2. Suicide chez les adolescents	31-39
3. Décès d'enfants dans les sièges d'auto	40-42
<u>Éducation</u>	
1. Dons d'organes dans les cas d'homicide et de décès suspect	43,44
2. Examen des coroners régionaux principaux	45-47

Table des matières

3. Examen des cas médicaux par le Comité d'examen des décès d'enfants	48-51
Examens des cas médicaux : Thèmes	52, 53
Examens des cas médicaux : Thèmes et recommandations	54-59
<u>Le Comité d'examen des décès d'enfants et les SAE</u>	
Directive conjointe	60-64
Décès survenus en 2007 signalés par une SAE	65-71
Examens des cas de décès d'enfants ayant reçu des services d'une SAE par le Comité d'examen des décès d'enfants	72-76
Examens internes des décès d'enfants par les SAE	77, 78
Thèmes et recommandations	79-85
Messages clés	86
Orientations futures	87, 88
Membres des comités	89, 90
Références et coordonnées	91

Message du président

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans du Bureau du coroner en chef de l'Ontario.

L'année qui vient de s'écouler a été remarquable pour nos comités. Ainsi, les occasions d'autoréflexion et d'amélioration de nos fonctions de base se sont présentées d'elles-mêmes et la composition de nos comités a considérablement changé, des membres de longue date ayant pris leur retraite et de nouveaux membres s'étant ajoutés.

En janvier de cette année, le D^r James Cairns a quitté le Bureau du coroner en chef et, du coup, le poste de président des comités qu'il occupait depuis longtemps. Le D^r Cairns a reçu cette année le prix Outstanding Leadership in Child Welfare Award de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance. Cet honneur bien mérité illustre le dévouement qu'il a consacré sa vie durant à l'amélioration de la sécurité publique dans l'intérêt des citoyens les plus vulnérables.

D'autres membres ont également pris leur retraite après des années de bons et loyaux services aux comités, en l'occurrence le D^r Ted Cormode, pédiatre d'Orillia, qui continue à faire de la suppléance dans les régions éloignées du Nord, et le D^r Robin Williams, pédiatre et médecin hygiéniste de la région du Niagara. Le D^r Glenn Taylor, chef de la division de pathologie au Hospital for Sick Children a quitté le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, mais continue de mettre à contribution son expertise au profit du Comité d'examen des décès d'enfants. Le Bureau du coroner en chef remercie ces médecins pour le dévouement qu'ils ont manifesté au fil des ans. En outre, M^{me} Dorothy Zwolakowski a quitté son poste d'attachée d'administration, Enquêtes, et est actuellement attachée d'administration auprès du coroner en chef. Pendant son mandat, M^{me} Zwolakowski était considérée comme l'âme des comités.

Les nouveaux membres qui se sont greffés au Comité d'examen des décès d'enfants sont le D^r Ivor Margolis, chef de la pédiatrie au William Osler Health Centre, le D^r Alan Hudak, pédiatre d'Orillia, M^{me} Donna Zan, consultante en bien-être de l'enfance, et M^{me} Doris Hildebrandt, attachée d'administration et ancienne coordonnatrice administrative pour Toronto Ouest.

Cette année, le Comité d'examen des décès d'enfants a entrepris une révision de son mandat, de l'entente d'adhésion et de l'entente de confidentialité. Ces documents sont présentés dans le présent rapport annuel par souci de transparence et pour informer le public sur nos fonctions. Ce processus a donné lieu à une révision de nos fonctions, dont la plus rudimentaire est de conseiller le coroner en chef sur le pourquoi et le comment des décès d'enfants. En outre, les examens des décès sous l'angle médical et des décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance peuvent représenter une occasion de faire des recommandations visant à éviter que d'autres décès ne se produisent dans des circonstances semblables. Il est crucial que le public comprenne que nos comités, qui sont chargés de déterminer les modes de décès et les problèmes systémiques qui peuvent avoir contribué à ces décès, n'ont pas le droit de prendre position, d'élaborer des lignes directrices et de mettre en œuvre des programmes visant à prévenir des décès. Après que le coroner en chef a informé les comités des tendances relevées, ces tâches devraient revenir à des organismes non gouvernementaux, à des ministères, à des organismes représentatifs ou à des groupes de défense.

Le 19 avril 2007, le coroner en chef de l'Ontario, le D^r Barry McLellan, annonçait les conclusions d'un examen de certains cas de décès suspects d'enfants que le D^r Charles Smith avait autopsiés ou au sujet desquels il avait été consulté (l'« examen du coroner en chef ») et a constaté que certaines des conclusions factuelles n'étaient pas suffisamment étayées par les documents disponibles. Par

conséquent, en vertu de la *Loi sur les enquêtes publiques*, le lieutenant-gouverneur a mis sur pied une commission le 25 avril 2007 avec à sa tête l'honorable Stephen Goudge. La commission avait pour mandat de faire un examen systémique et une évaluation des politiques, procédures, pratiques, mécanismes de responsabilisation et de surveillance, indicateurs de contrôle de la qualité et dispositions institutionnelles de la médecine légale pédiatrique en Ontario de 1981 à 2001 pour ce qui est de l'exercice de cette médecine et de son utilisation dans les enquêtes et les procédures criminelles. Le commissaire doit faire des recommandations visant à combler les lacunes systémiques et à restaurer et accroître la confiance du public dans la médecine légale pédiatrique en Ontario. Le commissaire présentera son rapport et ses recommandations au procureur général le 30 septembre 2008.

Afin d'assurer la transparence et d'informer le public sur le travail des comités, le présent rapport annuel décrit des exemples d'examen de décès sous l'angle médical et de décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance. Il s'agit d'une description synoptique de cas, suivie d'une description des thèmes découlant de l'examen et des recommandations, le cas échéant. Les renseignements identificatoires ont été supprimés pour assurer la confidentialité.

Enfin, je souhaite remercier publiquement tous les membres du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans pour leur dévouement, leur engagement et leur expertise. M^{mes} Doris Hildebrandt et Karen Bridgman-Acker sont les piliers des comités et je leur suis éternellement reconnaissant pour leur patience, leur travail acharné, leurs conseils, leur vigilance, leur souci de l'excellence et leur humour. Ce sont elles les principaux auteurs du présent document.



D^r A. E. Lauwers
Coroner en chef co-adjoint, province de l'Ontario
Coroner régional principal, Toronto Ouest
Président, Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans
Président, Comité d'examen des décès d'enfants

Comité d'examen des décès d'enfants : Mandat

Objet :

Ce comité a pour objet d'aider le Bureau du coroner en chef à mener des enquêtes sur les décès d'enfants et à faire des recommandations pour prévenir de tels décès dans des circonstances semblables.

Objectifs :

Loi

1. Effectuer et coordonner un examen multidisciplinaire confidentiel de décès d'enfants conformément au paragraphe 15 (4) de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chapitre c.37, tel que modifié.
2. Examiner tous les décès d'enfants qui avaient reçu des services d'une société d'aide à l'enfance, conformément à la directive conjointe de 2006.
3. Donner une opinion d'expert au coroner en chef et consulter les coroners régionaux principaux concernant les circonstances du décès dans chacun des cas examinés.
4. Établir la cause et le mode des décès.
5. S'assurer, dans les cas médicaux, que le bon diagnostic a été posé.
6. Agir à titre de témoin expert, au besoin, dans les enquêtes.

Éducation

7. Dans le but d'accroître la sécurité du public, soutenir la recherche, la prévention et les stratégies d'intervention efficaces dans les cas de décès d'enfants par la collecte de données et de renseignements et leur diffusion dans son rapport annuel.
8. Fournir ou favoriser des activités d'éducation par la détermination des problèmes ou :
 - le renvoi aux organismes appropriés pour intervention;
 - l'élaboration de protocoles;
 - la diffusion de renseignements aux parents, aux hôpitaux, aux professionnels de la santé, aux organismes de bien-être de l'enfance et aux ministères, entre autres.

Recherche

9. Faire ou promouvoir la recherche, selon le cas.
10. Sur demande, faire des examens aléatoires ou dirigés.

Recommandations

11. Rendre compte chaque année au coroner en chef des tendances et des facteurs de risque relevés et rédiger des recommandations visant à prévenir les décès dans des circonstances semblables.

12. Si le Comité croit que le fait d'attendre avant de publier son rapport annuel pose un risque grave et imminent pour la sécurité du public, il fera part de ses préoccupations au coroner en chef par l'entremise du président. La décision de publier un avis de sécurité publique est laissée à la seule discrétion du coroner en chef.
13. Aider à déceler la présence ou l'absence de problèmes systémiques ou de lacunes dans chaque cas afin de faciliter la présentation de recommandations appropriées pour prévenir les décès d'enfants.
14. Aider à déterminer les tendances et les facteurs de risque à partir des cas examinés afin de faire des recommandations en vue de l'élaboration de stratégies d'intervention et de prévention efficaces.

Suivi

15. Créer et tenir à jour, à partir des cas examinés, une base de données sur les décès d'enfants et les circonstances les entourant.

Nota : tous les objectifs décrits ci-dessus et les activités connexes du Comité sont assujettis aux limites imposées par le paragraphe 18 (2) de la *Loi sur les coroners* et par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Taille et structure :

1. La présidence est assurée par un membre à plein temps du Bureau du coroner en chef.
2. Outre le coroner en chef adjoint ou un coroner régional principal, le président du Comité devrait envisager de demander à des représentants des secteurs de la santé et de la justice pénale, à des experts en bien-être de l'enfance et à d'autres coroners de s'engager dans le Comité.
3. La nomination et le mandat des membres du Comité sont laissés à la seule discrétion du coroner en chef, conformément au paragraphe 15 (4) de la *Loi sur les coroners*. Le coroner en chef passe en revue régulièrement la composition du Comité.
4. Les membres du Comité devraient prévoir un mandat de trois ans, sous réserve d'un examen par le président. La poursuite du mandat après ce délai peut être tributaire de l'évaluation par le président de la participation et de l'engagement passés du membre et de la composition actuelle du Comité.
5. D'autres personnes ayant une expertise ou des connaissances particulières peuvent être invitées aux réunions du Comité, au cas par cas et selon les besoins, à la discrétion du président et sur les conseils des membres du Comité. Chaque personne invitée doit signer une entente de confidentialité.
6. À l'occasion, le président peut constituer les sous-comités qu'il juge appropriés.

Limites et confidentialité :

1. Chaque membre du Comité signe les ententes d'adhésion et de confidentialité prévues aux annexes I et II du mandat.

2. Le Comité joue un rôle strictement consultatif auprès du coroner en chef et toute recommandation concernant chaque cas de décès et les rapports, dont le rapport annuel, seront présentés au coroner en chef par l'entremise du président.
3. Ces examens se limitent généralement aux renseignements qui se trouvent déjà dans les dossiers. Les renseignements fournis comprennent habituellement la déclaration d'enquête du coroner, les rapports d'autopsie, les dossiers de police, les dossiers des hôpitaux et dossiers médicaux, ainsi que les rapports des organismes de services sociaux, le cas échéant. Les parties en cause peuvent obtenir d'autres renseignements et des clarifications avec le consentement et à la discrétion du président. Les membres du Comité ne s'engagent pas dans des activités d'enquête et n'interrogent pas les enquêteurs, les témoins et d'autres parties impliquées. La collecte de renseignements pour le Comité est limitée par le pouvoir normal du coroner, conformément à l'article 16 (Pouvoirs) de la *Loi sur les coroners*. Les renseignements ne peuvent être recueillis que dans les limites de cette disposition et avec l'approbation du coroner.
4. Les opinions qu'émet le Comité ou les recommandations qu'il fait sont limitées par les renseignements mis à sa disposition et sont assujetties aux limites imposées aux enquêtes du coroner par la *Loi sur les coroners*. Les membres n'émettent pas d'opinions personnelles et ne font pas de commentaires publics sur les cas examinés et n'émettent pas d'opinion et ne font pas de commentaires personnels dans le contexte d'enquêtes ou de procès civils ou criminels qui ne relèvent pas du coroner. En outre, le Comité ne rend pas de conclusion en droit ou ne fait pas de constatation de responsabilité criminelle.
5. Les membres du Comité doivent divulguer tous les intérêts qu'ils peuvent avoir relativement à une personne ou à un organisme associé aux circonstances du décès examiné, notamment les intérêts ou une participation financière dans des organismes à qui s'adressent des recommandations. C'est au président qu'il revient d'évaluer s'il y a un conflit d'intérêts ou apparence de conflit d'intérêts suffisant pour empêcher un membre de participer à l'examen du décès.

Opinions d'experts :

1. Les opinions d'experts présentées au Comité doivent être le produit indépendant des examinateurs experts, et être perçues comme tel, et ne doivent avoir subi aucune influence externe quant à la forme ou au contenu.
2. Les experts doivent fournir au Comité une aide indépendante sous forme d'opinions objectives, sans parti pris, relativement aux questions qui ressortissent à leur domaine d'expertise. Les experts ne doivent jamais jouer le rôle de défenseurs.
3. Les experts doivent énoncer les faits ou les hypothèses sur lesquels ils fondent leur opinion. Ils ne devraient pas omettre de faits importants qui pourraient atténuer leurs conclusions.
4. Les experts devraient déclarer clairement qu'une question n'est pas de leur ressort, le cas échéant.
5. Si l'opinion d'un expert n'a pas fait l'objet d'une recherche suffisante parce qu'on considère qu'il manquait de données, il faut alors en faire mention en indiquant que l'opinion était au plus une opinion provisoire.
6. Dans la mesure du possible, les opinions d'experts devraient être fondées sur des preuves.

7. Lorsqu'il reçoit l'opinion d'un expert, le Comité d'examen des décès d'enfants produit une position consensuelle concernant les questions qui ont fait l'objet d'opinions d'experts pendant l'examen.

Fonctions du président :

1. Convoquer les membres chaque mois pour l'examen des décès d'enfants.
2. Examiner tous les cas adressés au Comité par les coroners régionaux principaux et assigner les cas aux membres du Comité, pour examen.
3. Préparer l'ordre du jour de chaque réunion.
4. Le Comité approuve, fait circuler et garde les procès-verbaux de chacune des réunions précédentes.
5. Fournir par écrit au coroner régional principal qui a renvoyé le cas les résultats et les recommandations découlant de l'examen.
6. Rédiger le rapport annuel en fonction des données recueillies des examens de tous les décès d'enfants, identifiant les tendances, les enjeux et les recommandations qui ont été faites pour la prévention des décès d'enfants.
7. Présenter le rapport annuel au coroner en chef. Le contenu du rapport doit respecter les limites imposées par la *Loi sur les coroners* et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.
8. Remplir les autres tâches que peut exiger l'examen de décès d'enfants et que peut lui demander le coroner en chef.

Renvois au Comité :

1. Les coroners régionaux principaux informent le président du Comité de tous les décès d'enfants pertinents.
2. Après l'enquête initiale, les coroners régionaux principaux renvoient les cas, par écrit, au Comité d'examen des décès d'enfants.
3. Sur réception d'un cas adressé au Comité, le président demande à l'attaché d'administration de coordonner et d'examiner la documentation liée au cas. Le président assignera ensuite le cas, pour examen, ou décidera de ne pas procéder à un examen complet.
4. Le Comité ne doit pas répondre aux demandes de particuliers, d'organismes privés ou de groupes de défense, ni même les prendre en considération, si ce n'est pour accuser réception de la demande par le président, ou la personne qu'il aura désignée à cette fin, et informer l'auteur de la demande que celle-ci a été redirigée. Ces demandes sont envoyées au coroner régional principal chargé de l'enquête.

Modifications au mandat :

1. Le coronier en chef est autorisé à modifier le mandat du Comité.
2. Les membres du Comité peuvent demander ou recommander des modifications au coronier en chef par l'entremise du président du Comité.

Comité d'examen des décès d'enfants : Entente de confidentialité**Annexe I**

Conformément à la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C-37, et à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F-31

La nomination d'un conseiller expert auprès du coroner en chef est faite en vertu du paragraphe 15 (4) de la *Loi sur les coroners*. Celle-ci prévoit généralement que les conseils ou les rapports produits à la demande ou en vertu d'un mandat d'un coroner ne doivent être fournis qu'aux personnes autorisées à les recevoir en vertu de la loi. En outre, le réseau du coroner est assujetti à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, qui régit la collecte, la conservation et la divulgation de renseignements personnels.

Je, _____, reconnais et accepte que, pour être membre du Comité, je dois respecter les limites et les dispositions de confidentialité suivantes.

1. Les renseignements dévoilés, examinés ou obtenus dans le cadre de ma participation aux travaux du Comité doivent demeurer confidentiels et ne pas être divulgués à quiconque n'est pas membre du Comité sans le consentement du président du Comité, du coroner en chef ou des personnes qu'ils auront désignées.
2. Le Comité joue un rôle strictement consultatif et relève directement du coroner en chef. Par conséquent, les recommandations concernant un décès découlant de l'examen du cas ou les recommandations découlant du rapport annuel produit par le Comité à partir de données recueillies à la suite de ces examens doivent être présentées au coroner en chef par l'entremise du président du Comité.
3. Les opinions qu'émet le Comité et les recommandations qu'il fait sont assujetties aux limites imposées aux enquêtes du coroner par la *Loi sur les coroners*. Plus précisément, les opinions ou les recommandations ne devraient pas consister en conclusions en droit ni en constatation de responsabilité criminelle.
4. Les membres du Comité ne devraient pas émettre d'opinions individuelles directement ou indirectement à l'extérieur du Comité ni faire de commentaires sur les cas examinés. Il est entendu que les membres du Comité ne devraient contribuer d'aucune façon aux enquêtes à l'extérieur du contexte du Comité en ce qui a trait aux cas examinés. Plus précisément, les membres ne devraient ni émettre d'opinions, ni faire de commentaires publics dans le contexte des procès civils ou criminels concernant les cas examinés.
5. Les membres du Comité devraient, dès que possible, déclarer les intérêts ou la participation personnelle qu'ils peuvent avoir ou avoir eus relativement à une partie, à un particulier ou à un organisme impliqué dans un cas qu'examine le Comité. En général, un conflit d'intérêts exigera que le membre se récuse.
6. Les documents et autre matériel remis aux membres du Comité se rapportant aux cas examinés par le Comité sont traités de manière à assurer la confidentialité des renseignements qu'ils contiennent.

7. Les documents et autre matériel remis aux membres du Comité demeurent en tout temps la propriété du Bureau du coroner en chef et ne doivent pas être copiés sans la permission du président du Comité, du coroner en chef ou des personnes qu'ils auront désignées. Ces documents et ce matériel seront renvoyés au Bureau du coroner en chef à la demande du président du Comité, du coroner en chef ou des personnes qu'ils auront désignées, ou lorsque le membre démissionnera.
8. D'autres limites ou dispositions de confidentialité peuvent être prévues de temps à autre et incluses dans l'annexe II de la présente entente par le coroner en chef. L'annexe II prévoit les conditions d'adhésion qui s'ajoutent à celles contenues dans les présentes.

(Signature)

(Date)

Comité d'examen des décès d'enfants : Entente d'adhésion**Annexe II**

Le document qui suit accompagne le mandat du Comité d'examen des décès d'enfants. Il peut être modifié à l'occasion selon les circonstances.

Composition du Comité et sélection des membres

1. Le président et le coroner en chef examineront régulièrement la composition et l'équilibre du Comité en vue de remplacer éventuellement les membres de longue date afin de favoriser l'apport de nouvelles perspectives au processus d'examen. La participation et l'engagement passés des membres seront pris en compte pour décider de prolonger leur mandat ou non.
2. Le président pourra, à sa discrétion et après avoir consulté le coroner en chef, inviter des particuliers à joindre le Comité. Il demandera des suggestions de candidats qualifiés aux membres du Comité.
3. Les nouveaux membres seront sélectionnés en tenant compte des lignes directrices contenues dans le mandat du Comité.
4. On rappelle aux membres que le Comité est chargé d'aider le Bureau du coroner en chef à déterminer les circonstances d'un décès. Il ne doit pas servir à promouvoir des initiatives personnelles ou professionnelles liées à la prévention des décès d'enfants.

Réunions

1. Dix réunions auront lieu chaque année entre septembre et juin.
2. Elles se tiendront le même mardi de chaque mois. Elles débuteront à 16 h et se termineront lorsque tous les points de l'ordre du jour auront été abordés, sauf lorsque les circonstances justifient une modification à l'horaire.
3. On s'attend à ce que les membres assistent à au moins sept réunions (70 %) entre septembre et juin. Le président tiendra compte des circonstances exceptionnelles.
4. On s'attend à ce que les membres soient présents pendant toute la durée des réunions.
5. Les membres qui souhaitent ajouter des articles à l'ordre du jour doivent en informer l'attaché d'administration deux semaines avant la réunion afin de permettre un examen des articles supplémentaires.
6. Les membres doivent informer l'attaché d'administration de leur présence une semaine avant la réunion afin de préparer les trousseaux, de réserver les chambres d'hôtel et de commander la nourriture.

Volume de travail

1. Le président s'attend à examiner 20 cas médicaux et 30 cas de décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance par année, compte tenu du nombre de cas prévu qui lui seront renvoyés.
2. Les membres du Comité devront généralement examiner au moins deux cas par année.
3. Chaque membre affecté à un examen rédigera un rapport expliquant le cas succinctement et logiquement, en suivant un modèle de rapport normalisé.
4. Chaque membre présentera son cas oralement à une réunion, en donnant suffisamment de renseignements aux autres membres pour faciliter la discussion et aider à rédiger des recommandations utiles à l'intention du coroner en chef.

Sécurité des documents

Les documents que remettent les services de police, les organismes de services sociaux, les maisons d'enseignement, les médecins praticiens et les établissements de santé contiennent des renseignements confidentiels qui ne sont normalement pas divulgués au grand public. C'est aux membres du Comité qu'il revient d'assurer la protection des renseignements dont ils ont la possession. De toute évidence, il y a des limites à la capacité de sécuriser des fichiers, mais tous les efforts nécessaires devraient être faits pour assurer qu'ils ne sont pas perdus ou exposés au public pendant le processus d'examen. Les organismes qui remettent de tels documents le font en croyant que les renseignements qu'ils contiennent sont bien protégés contre une exposition inutile et illégale. La crédibilité du Comité est tributaire de la sécurité de ces dossiers.

1. L'attaché d'administration doit s'assurer que les dossiers sont remis à l'examineur en toute sécurité.
2. Les examinateurs sont chargés de protéger les dossiers contre des consultations illégales pendant qu'ils en ont la possession.
3. Les examinateurs informent le président ou l'attaché d'administration immédiatement lorsqu'ils prennent conscience d'une infraction à la sécurité d'un dossier, notamment la perte de documents ou l'exposition de renseignements confidentiels à des personnes qui ne sont pas reliées au Comité.
4. Des fichiers électroniques peuvent être fournis. Tous les efforts possibles seront déployés pour protéger les documents par un mot de passe. Les examinateurs doivent faire tout en leur pouvoir pour examiner les dossiers directement dans le support d'origine. S'il est nécessaire de placer des fichiers du Comité dans un ordinateur portatif ou un ordinateur autonome, la protection par mot de passe devrait être maintenue et les fichiers devraient être conservés dans un dossier spécialisé qui sera détruit une fois l'examen terminé.

Processus d'examen

L'examen qu'exécute le Comité consiste à consulter le dossier se rapportant au décès d'un enfant. Il a pour objet de déterminer les facteurs qui ont contribué au décès et de faire des recommandations pour prévenir des décès semblables dans l'avenir. Ce processus complète le processus d'enquête normal du Bureau du coroner en chef. Il ne le remplace pas. Dans certains cas, il se peut que le

Comité n'ait pas de recommandations à faire à la suite d'un examen. Ce résultat est tout à fait approprié et ne doit pas être considéré comme un échec.

1. L'attaché d'administration obtiendra les dossiers d'enquête de la SAE et les dossiers médicaux relatifs aux cas d'enfants décédés qui sont renvoyés au Comité.
2. L'attaché d'administration étudie les dossiers d'enquête. Il en retirera les documents qu'il juge inutiles au processus d'examen, notamment les registres des scènes de crime, les photographies prises sur les lieux d'un crime, les documents qui expliquent des techniques d'enquête policière confidentielles, les doubles de dossiers, les listes des pièces à conviction et les documents administratifs.
3. Pendant l'étude des dossiers d'enquête, l'attaché d'administration peut remarquer que le dossier n'est pas complet et qu'il manque des documents nécessaires à l'enquête. Le cas échéant, il tentera de les obtenir pour l'examineur dans les plus brefs délais.
4. L'attaché d'administration ne fait pas un examen global du dossier. L'examineur aura peut-être besoin d'autres documents.
5. Le président fera tous les efforts nécessaires pour remettre la copie papier ou le fichier électronique du dossier de 30 à 60 jours avant la date prévue de la réunion. Ce délai devrait permettre de faire un examen suffisant du dossier. Pour certains dossiers moins complexes, le délai pourra être plus court. Cette décision sera prise en consultation avec l'examineur.
6. Dans les 30 jours suivant la réception du dossier, l'examineur communique avec l'attaché d'administration pour lui demander d'obtenir les documents manquants, le cas échéant. L'attaché d'administration et le président décideront s'il est nécessaire d'obtenir d'autres documents et d'émettre des mandats de saisie. Le président prend en compte l'âge du document et la « valeur ajoutée » qu'il pourrait avoir pour l'examen pour prendre sa décision.
7. L'examineur fera un examen du dossier selon l'étude des documents qu'il aura en sa possession. C'est le coroner qui a le pouvoir d'amorcer une enquête et de recueillir des renseignements à l'appui de celle-ci. Des efforts raisonnables seront déployés pour obtenir les documents dont on connaît l'existence.
8. Les examinateurs fournissent une ébauche de leur rapport écrit avant la réunion pour permettre aux autres membres de l'examiner. Les rapports doivent compter au plus 5 pages de texte sur le cas et devraient se limiter aux événements pertinents qui seront à la base des recommandations. Les examinateurs présentent une ébauche de recommandations, pour discussion, à la réunion.
9. Les membres peuvent se prévaloir de l'expertise des autres membres du Comité lorsqu'ils examinent un dossier comportant des questions particulièrement complexes dans une discipline (c.-à-d. SAE, dossiers médicaux, etc.) Cette aide devrait être mentionnée dans le rapport final de l'examineur et dans la présentation orale devant le Comité.
10. Les examinateurs présentent leur cas oralement à la réunion du Comité. Leur exposé n'a pas à se limiter au contenu de leur rapport écrit et le président s'attend à ce qu'une grande quantité de renseignements soient fournis en plus de ceux contenus dans le rapport final. Si, pendant la discussion sur le cas, des questions sont soulevées qui peuvent donner lieu à des recommandations utiles, ces questions seront intégrées au rapport.

11. Dans la mesure du possible, les membres se familiariseront avec l'ébauche du rapport avant la réunion du Comité. L'examineur devrait connaître assez bien le dossier pour répondre aux questions des autres membres.
12. À la fin de l'examen du cas, tous les documents remis à l'examineur seront retournés à l'attaché d'administration. En outre, tous les exemplaires des ébauches de rapports et tous les documents que les membres du Comité auront reçus et toutes les notes qu'ils auront prises pendant l'examen seront détruits ou retournés à l'attaché d'administration pour être détruits.
13. Les examinateurs apporteront les modifications qui s'imposent à leur rapport concernant les questions découlant de l'examen d'un cas. Le rapport révisé sera remis au président par l'entremise de l'attaché d'administration après la réunion. Le président peut faire des révisions pour s'assurer que le rapport est conforme aux objets et aux limites de la *Loi sur les coroners*.
14. Les recommandations contenues dans le rapport final peuvent être citées textuellement dans le rapport annuel.
15. Les rapports finaux seront examinés, voire révisés, par le président du Comité puis envoyés au coroner régional principal concerné qui l'examinera dans le mois suivant sa réception.
16. De temps à autre, l'examen d'un cas sera reporté pour permettre la collecte de nouveaux renseignements ou l'examen de questions découlant du processus d'examen.

Présentations publiques

1. On rappelle aux membres du Comité qu'ils ne représentent pas le Bureau du coroner en chef et qu'ils ne doivent pas faire de présentations publiques sur la structure et le processus d'examen du Comité d'examen des décès d'enfants sans la permission du président.
2. Les membres qui reçoivent une demande de présentation publique en informent le président, en lui donnant un préavis suffisant pour qu'il puisse examiner la demande.
3. S'il y a lieu, le président autorisera les membres à faire des présentations au nom du Bureau du coroner. Les membres recevront une présentation PowerPoint que le Bureau du coroner en chef aura approuvée. Les paiements faits aux membres ou les coûts associés à une présentation au nom du Bureau du coroner en chef seront portés à l'attention du président.
4. Le rapport annuel du Comité est considéré comme un document public et les membres sont libres de faire des présentations sur son contenu, les thèmes qui y sont présentés et les recommandations qui y sont faites. Les membres doivent identifier leur organisme ou leur affiliation et ne doivent pas se présenter comme parlant au nom du Bureau du coroner en chef lorsqu'ils font des présentations sur le rapport. On demande aux membres de structurer leurs présentations de manière à ne pas fournir de renseignements confidentiels sur l'examen qui ne sont pas contenus dans le rapport.
5. Ces lignes directrices ne visent pas à empêcher les membres du Comité de faire des présentations sur la prévention des décès d'enfants dans le cadre de leurs activités personnelles ou professionnelles normales.

Classification des décès

1. **Mort naturelle :**

Un décès est naturel quant il est causé soit par une maladie naturelle, soit par une complication connue d'une telle maladie ou du traitement de la maladie.

2. **Mort accidentelle :**

Un décès est accidentel lorsqu'il est attribuable à un incident ou à un événement fortuit.

Un décès accidentel est causé par un facteur externe, lorsque la mort ou les blessures sont imprévues ou inattendues.

3. **Suicide :**

Un suicide est un acte intentionnel que commet une personne qui connaît les conséquences probables de son geste : sa propre mort.

Dans l'affaire *Beckon v. Young*, la Cour d'appel de l'Ontario a donné des directives précises concernant la norme de preuve requise pour conclure à un suicide (critère Beckon). Bien que le critère juridique à satisfaire soit la prépondérance des probabilités, il faut, pour conclure à un suicide, une preuve claire et convaincante. Il ne doit pas y avoir présomption de suicide d'entrée de jeu, et on doit être convaincu de la très forte probabilité que le suicide est le mode de décès.

Conclure au suicide est une constatation de fait, non une question de droit ou de moralité. Une telle conclusion ne signifie pas qu'on est d'accord avec la décision de la personne décédée ou qu'on la comprend, mais bien que le geste a été posé par la personne décédée et que la mort n'était pas accidentelle.

4. **Homicide :**

Il y a homicide quand une personne en tue une autre.

Le geste ne doit pas être accidentel et doit être posé par une personne autre que la personne décédée. Conclure à un homicide du point de vue du coroner est une conclusion de fait qui ne comporte pas de verdict de culpabilité. Cependant, il s'agit d'une grave constatation et elle doit être faite uniquement sur la base de preuves claires et convaincantes de geste non accidentel posé par une personne qui a provoqué la mort d'une autre personne.

5. **Mode de décès indéterminé :**

Le mode de décès est indéterminé si une enquête complète n'a donné aucune indication précise quant au mode de décès ou si les indications sont aussi fortes pour un mode de décès que pour un autre; si la mort est le fruit d'un suicide qui ne répond pas au critère Beckon de très forte probabilité; si la mort est un suicide apparent d'un enfant de moins de 10 ans.

Une constatation de décès dont le mode est indéterminé est positive et appropriée après une enquête complète et un examen minutieux de toute la preuve. Elle ne devrait pas être considérée comme une incapacité de parvenir à une conclusion.

En Ontario, les décès sont classés en cinq catégories.

Comité d'examen des décès d'enfants : Examens de cas médicaux et de décès d'enfants ayant reçu des services d'une SAE – 2005-2007

Le Comité d'examen des décès d'enfants et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examinent un grand nombre de cas annuellement. La prise en charge, la préparation et l'examen de ces cas exigent beaucoup de main-d'œuvre.

En 2005, le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 49 cas au total. Dans 28 de ces cas, une société d'aide à l'enfance était intervenue auprès de l'enfant avant son décès. Les trois cas au sujet desquels une enquête a été recommandée étaient de nature médicale et ne comportait pas d'intervention d'une société d'aide à l'enfance.

En 2006, le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 86 cas, dont 63 où une SAE était intervenue auprès de l'enfant. Un cas a été renvoyé à une enquête.

Pour l'année 2007, 91 cas ont été examinés (18 médicaux et 73 comportant l'intervention d'une SAE). Une explication et une analyse approfondies de ces cas sont présentées plus loin dans le présent rapport.

Il y a eu augmentation évidente du nombre de cas comportant l'intervention d'une SAE que le Comité d'examen des décès d'enfants a examinés depuis la directive conjointe révisée entre le Bureau du coroner en chef et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, qui est entrée en vigueur le 31 mars 2006, permettant une approche plus opportune et simplifiée de l'examen des dossiers de la SAE. Cette entente est examinée aux pages 60-64 du présent rapport.

Mode de décès	2005		2006		2007	
	Médical	SAE	Médical	SAE	Médical	SAE
Naturel	18	10	16	18	17	10
Accidentel	1	6	1	13	0	23
Homicide	0	0	3	7	0	10
Suicide	0	5	0	9	1	8
Indéterminé	2	7	3	9	0	15
<i>Enquête en cours</i>				7		7
Total des cas examinés :	21	28	23	63	18	73

Décès d'enfants en Ontario (0 à 18 ans) : 2002 à 2006

Le tableau qui suit résume les décès d'enfants au sujet desquels le Bureau du coroner en chef a enquêté chaque année. Les statistiques de 2004, 2005 et 2006 étaient toujours préliminaires au moment de mettre sous presse. L'apparente diminution marquée du nombre de décès s'explique principalement par le nombre d'enquêtes incomplètes pour ces années. Les cas examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants représentent une fraction du nombre total d'enfants qui sont morts en Ontario. Ces décès seront examinés plus en détail dans tout le rapport.

Les pourcentages qui suivent représentent le nombre total de décès selon le mode de décès au cours de la période de cinq ans. De toute évidence, le plus grand nombre de décès étaient de mode *naturel* et *accidentel*.

Naturel : 39 % Accidentel : 36 % Suicide : 10 % Homicide : 5 % Indéterminé : 10 %

MODE	2002	2003	2004*	2005*	2006*
Naturel	241	218	225	200	173
Accidentel	221	198	170	190	170
Suicide	61	56	53	54	37
Homicide	32	30	19	23	29
Indéterminé	45	47	47	65	52
Total des décès :	600	549	514	532	461

Processus d'examen des décès d'enfants en Ontario

Aperçu :

Il y a environ 320 coroners en Ontario. La province est divisée en quatre régions et compte neuf coroners régionaux principaux qui supervisent les enquêtes dans chaque région.

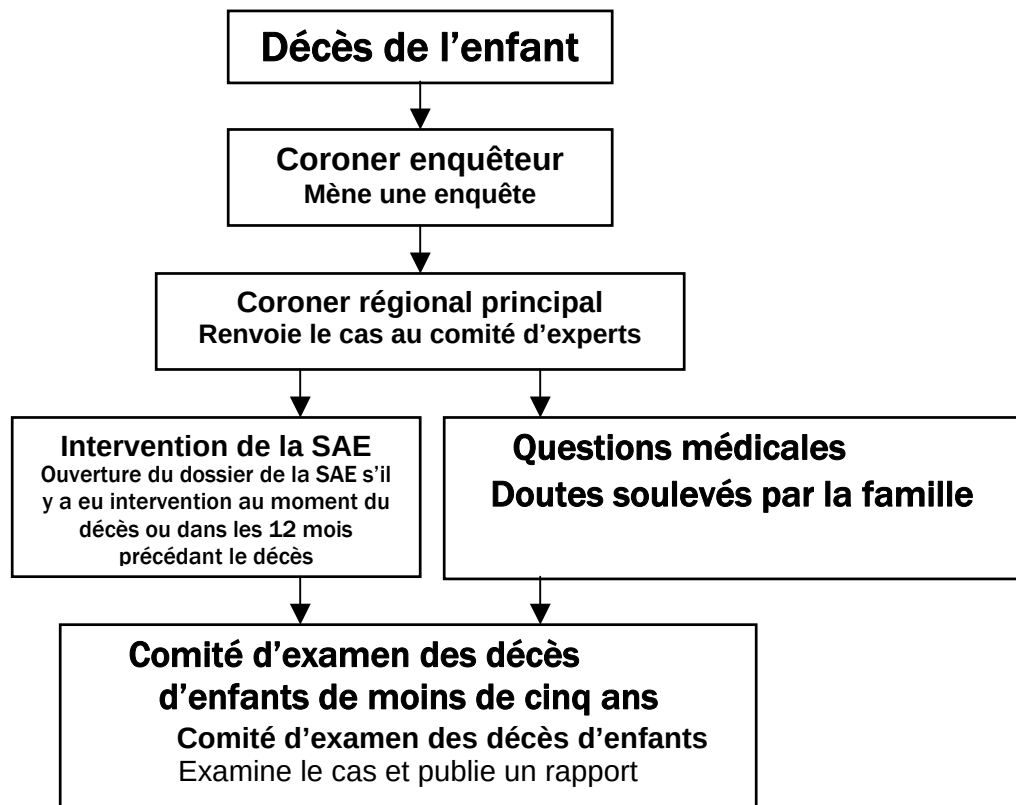
Le Comité d'examen des décès d'enfants examine les décès médicalement complexes dont la cause ou le mode peut être douteux ou lorsqu'il existe des préoccupations concernant les soins médicaux. Le Comité peut également examiner certains cas lorsque des membres de la famille ou des fournisseurs de soins soulèvent des doutes.

Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examine tous les décès d'enfants de moins de cinq ans survenus en Ontario, aide à déterminer la cause et le mode des décès et peut renvoyer le cas au Comité d'examen des décès d'enfants, pour un examen plus approfondi, au besoin.

Le coroner régional principal, après avoir décidé que le cas doit faire l'objet d'un examen, renvoie le cas au Comité d'examen des décès d'enfants. Ce dernier examine la déclaration d'enquête du coroner, le rapport d'autopsie, le rapport de toxicologie, les rapports secondaires, les rapports de police, les dossiers médicaux et ceux de la SAE.

Tous les cas de décès survenus alors qu'un enfant était placé sous la garde d'une SAE au moment du décès ou dans les 12 mois précédents sont examinés.

Le dossier est distribué aux différents experts du Comité et un rapport est produit par un membre du Comité désigné comme principal examinateur. À la réunion mensuelle, l'ensemble du Comité discute du rapport et un rapport consensuel, comprenant des recommandations, est confirmé par tous les membres. Le rapport final du Comité d'examen des décès d'enfants est envoyé au coroner régional principal, à la SAE, si celle-ci est intervenue, et au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Le coroner régional principal peut décider d'envoyer les recommandations à d'autres organismes pertinents compte tenu des circonstances du décès.



Comité d'examen des enfants de moins de cinq ans

En 1995, le Bureau du coroner en chef a instauré un protocole à utiliser dans les enquêtes sur les décès d'enfants de moins de deux ans. Au fil des ans, le protocole a été mis au point et en décembre 2006, on a estimé qu'il était approprié d'en publier la mise à jour, qui devra être utilisée par l'équipe d'enquête (police, coroners, pathologistes) pour enquêter sur les cas de décès subits et imprévus de tous les enfants de **moins de 5 ans**. Par conséquent, le *Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans* a été renommé *Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans* pour tenir compte de la nouvelle plage d'âge.

On rappelle de nouveau aux coroners et aux autres membres de l'équipe d'enquête l'importance de ne pas conclure que qu'un décès est attribuable au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) tant que l'enquête n'est pas terminée, c'est-à-dire l'enquête policière, l'autopsie à l'un des services de pédiatrie désignés (comprenant radiographies, histologie et toxicologie) et un examen du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans du Bureau du coroner en chef. À l'occasion, les familles, une SAE et les services de police sont informés qu'un décès a été causé par le SMSN avant que l'enquête ne soit terminée. Dans bien des cas, cela signifie que les services de police et la SAE concluent leur enquête prématurément croyant que le décès est naturel et, par conséquent, qu'il était inévitable et ne justifie pas une enquête plus approfondie.

Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examine et classe les causes et les modes de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans.

Lignes directrices de la National Association of Medical Examiners (NAME) pour le classement des décès

Le Bureau du coroner en chef utilise les lignes directrices de la National Association of Medical Examiners (NAME) pour classer les décès d'enfants, ce qui favorise un classement uniforme à l'échelle du système. Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans et le Comité d'examen des décès d'enfants utilisent les lignes directrices suivantes de la NAME depuis 2002 :

Définitions :

CDD : cause du décès

MDD : mode de décès

Groupe 1 CDD : Il est établi qu'une maladie, une blessure ou un autre état spécifique est la cause du décès (p. ex., pneumonie, coronaropathie, asphyxie, traumatisme crânien, etc.).

MDD : Classé selon les circonstances.

Groupe 2 CDD : SMSN classique – l'autopsie ne permet de relever aucune cause de décès précise, pas plus que les tests de toxicologie et autres tests de laboratoire, l'enquête sur les lieux du décès, l'examen des antécédents médicaux.

MDD : Naturel

Groupe 3 CDD : S'apparente au SMSN, mais on trouve des indications de maladie (comme la bronchiolite focale). Cependant on ignore si l'état a causé le décès ou y a contribué.

MDD : Naturel

Groupe 4 CDD : Décès subit et imprévu en bas âge – indication d'un état ou d'un facteur de risque extérieur (partage le lit avec des adultes, le fait de dormir sur le ventre sur un oreiller mou ou un matelas d'adulte). Encore une fois, le rôle de l'état ou du risque externe qui a causé la mort ou y a contribué n'est pas réellement connu ou est difficile à évaluer, à prouver ou à réfuter.

MDD : Indéterminé (énumérer également les facteurs externes qui ont contribué au décès)

Groupe 5 CDD : Cause imprévue ou indéterminée

MDD : Indéterminé

0 à 5 ans	2002	2003	2004*	2005*	2006*
Mode de décès					
Naturel	176	156	178	136	111
Accidentel	48	35	34	33	32
Homicide	14	11	5	10	9
Indéterminé	38	38	41	<u>53</u>	<u>42</u>
Total	276	240	258	232	194

Nota : Données préliminaires pour 2004, 2005 et 2006.

SMSN : Syndrome de mort subite du nourrisson

Le **syndrome de mort subite du nourrisson** désigne le décès subit d'un bébé de moins de un an, qui demeure inexpliqué après une enquête approfondie, qui doit comprendre une autopsie complète, un examen des lieux du décès, une enquête de police et un examen des antécédents cliniques.

Il est évident, d'après cette définition, qu'un diagnostic de SMSN ne peut pas être posé uniquement par autopsie, mais que le coroner peut arriver à cette conclusion uniquement lorsque les résultats de l'enquête complète (enquête de police, autopsie, radiographies, toxicologie, examen des antécédents cliniques) sont connus. **Le SMSN est un diagnostic d'exclusion.**

Le SMSN est un diagnostic d'exclusion qui peut être posé si tous les autres résultats de l'enquête sur le décès sont négatifs.

Décès subit et imprévu

Le décès subit et imprévu d'un enfant peut être attribuable :

1. soit au SMSN;
2. soit à une blessure accidentelle;
3. soit à une blessure non accidentelle attribuable à la négligence ou à de mauvais traitements;
4. soit à une maladie naturelle qui n'avait pas été diagnostiquée.

Si **au moins un** élément de l'enquête sur le décès d'un enfant de moins de un an est positif, le décès ne sera pas attribué au SMSN. Voici quelques exemples où une telle situation peut se produire :

- a) l'autopsie est négative, mais il y a des marques de vieille fracture guérie, que l'enquête a mal expliquées;
- b) l'autopsie est négative, mais il existe des antécédents de mauvais traitements infligés aux enfants;
- c) l'autopsie est négative, mais les résultats de certains tests de toxicologie sont positifs. Bien que ces résultats ne soient pas considérés comme la cause du décès, on ne peut les expliquer;
- d) l'autopsie est négative, mais il existe des preuves que l'enfant dormait dans un environnement de sommeil dangereux.

Lorsqu'il existe suffisamment de doutes concernant un ou plusieurs éléments de l'enquête sur le décès, on devrait conclure à un décès subit et imprévu dont le mode est indéterminé.

Facteurs contributifs :

- Partage du lit
- Le fait de dormir sur le ventre
- Surface de sommeil inappropriée (p. ex., lit d'adulte, sofa, banquette de voiture)

Tendances dans les décès d'enfants en Ontario

- Baisse du nombre de cas de SMSN
- Hausse du nombre de décès subits et imprévus
- Un environnement dangereux et le partage du lit ont contribué aux décès subits et imprévus
- En Ontario, en 2006 : 5 SMSN; 27 décès subits et imprévus (causés par un environnement de sommeil dangereux et le partage du lit)
- Les données préliminaires de 2007 sont présentées aux pages 24 - 25.

Selon Statistique Canada :

- Au cours des 25 dernières années, le taux de mortalité infantile a diminué de 52 % au Canada.
- En 2005, le taux de mortalité infantile au Canada avait augmenté légèrement, passant à 5,4 pour 1 000 naissances vivantes, comparativement à 5,3 en 2003 et 2004.
- Entre 2004 et 2005, le taux de mortalité infantile chez les bébés de moins de un an a augmenté dans six provinces et territoires, dont l'Ontario, où il a atteint 5,6 décès pour 1 000 naissances vivantes.

En 1991, on enregistrait environ 140 décès attribuables au SMSN en Ontario. Depuis lors, le nombre de SMSN a diminué, passant à moins de 10 par année, pour les raisons suivantes :

- 1) **Éducation** : le programme « Back to Sleep » incite les parents à coucher l'enfant sur le dos.
- 2) **Définition plus stricte du SMSN** : le Bureau du coroner en chef utilise les lignes directrices de la National Association of Medical Examiners (NAME) pour classer les décès d'enfants, ce qui permet un classement uniforme à l'échelle du système.
- 3) **Questionnaire d'enquête concernant les décès d'enfants de moins de cinq ans** : conçu par le Bureau du coroner, ce questionnaire aide les coroners et les agents de police à faire en sorte que tous les aspects d'une enquête globale sur les lieux du décès soient couverts.

Réduire les chances de décès attribuables au SMSN ou au décès subit et imprévu

À FAIRE

- coucher l'enfant sur le dos seulement, jusqu'à l'âge de un an;
- le coucher sur un matelas ferme dans un berceau;
- maintenir la température de la chambre à environ 18 °C pendant qu'il dort;
- encourager la mère à ne pas fumer quand elle est enceinte ni après la naissance, en présence du bébé, et à ne pas amener l'enfant dans des endroits où il y a de la fumée;
- encourager la mère à allaiter l'enfant. Si celle-ci fume beaucoup ou si elle prend des médicaments (vendus sur ordonnance ou sans ordonnance) et qu'elle allaite, lui demander de parler à son médecin;

- encourager les parents à obtenir des soins médicaux pour leur bébé lorsque celui-ci tombe malade;
- dire aux autres fournisseurs de soins du bébé (parents, tantes, oncles, gardienne, etc.) de suivre ces règles toutes simples également.

NE PAS

- recouvrir l'enfant avec des oreillers, une bordure de protection dans le berceau, des couvertures, un afghan, une couette ou une courtepointe (particulièrement un couvre-lit pour adultes), ni le placer sur ces accessoires;
- fumer ni laisser personne fumer en présence de bébés;
- trop habiller le bébé ou l'habiller trop chaudement, en particulier s'il est malade;
- coucher le bébé sur des surfaces qui ne sont pas conçues à cette fin ni approuvées pour cet usage;
- laisser les bébés partager une surface de sommeil avec un autre enfant ou un adulte;
- coucher les bébés dans un lit d'adulte ou sur un sofa.

Environnements de sommeil dangereux et partage du lit ou de la chambre

Environnements de sommeil dangereux et partage du lit ou de la chambre

Les termes « décès subit et imprévu » et « mort subite et imprévue de nourrissons » tendent à remplacer « syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) » dans bien des secteurs de compétence, notamment en Ontario, pour qualifier certains décès qui auraient été considérés comme des SMSN auparavant. Étant un diagnostic d'exclusion, le SMSN est réservé aux décès d'enfants au sujet desquels il n'y a pas de conclusions positives après une enquête complète (voir définitions aux pages 18 et 19).

De plus en plus, un environnement de sommeil dangereux et le partage du lit sont reconnus comme des conclusions positives de l'enquête sur le décès et amènent à classer le mode de décès comme « indéterminé ». Ce changement modifie globalement les données diagnostiques sur la mortalité et peut prêter à confusion.

En Ontario, le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans examine l'environnement de sommeil dans le cas de tous les décès d'enfants qui meurent pendant leur sommeil, en particulier ceux qui ont moins de un an. Parmi les environnements de sommeil dangereux, on relève les surfaces qui ne sont pas conçues pour le sommeil des enfants, comme les lits pour adultes, les sofas, les fauteuils et les balançoires pour bébés. Cependant, toute surface encombrée d'oreillers, de couvertures, de jouets, de couettes et d'autres objets est considérée comme un environnement dangereux (on en trouve des exemples à la page 26).

Il peut arriver qu'un nourrisson partage le lit d'une autre personne (habituellement un adulte, mais parfois aussi un frère ou une sœur). Il peut arriver aussi qu'il couche dans la même chambre que ses parents. Nous appuyons le partage de la chambre, mais non le partage du lit (voir figure 1).

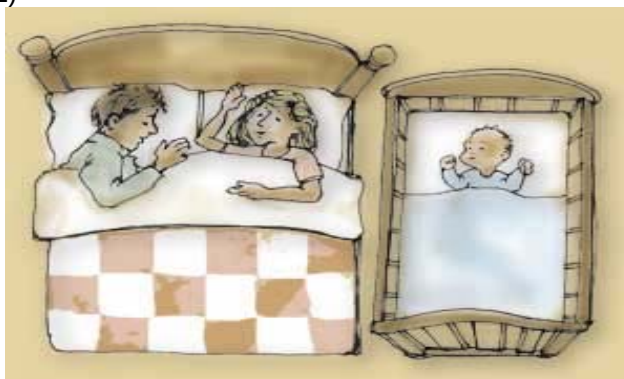
Le nombre de décès d'enfants examinés par les comités qui ont été causés par des pratiques de sommeil dangereuses, dont le partage du lit, est une source de préoccupation. Même s'il est impossible de savoir combien de parents partagent un lit avec leur enfant sans incident, la fréquence de décès causés par cette pratique est une véritable question de sécurité publique. Différentes équipes d'examen des décès d'enfants souscrivent à ce point de vue et plusieurs organismes ont pris position et publié des documents de principes et des avertissements sur les risques associés au partage du lit (voir l'encadré 1 ci-dessous et l'encadré 2 à la page suivante). Bien qu'il s'agisse d'un sujet controversé, il serait irresponsable de ne déclarer le nombre de ces décès examinés en Ontario. Ce message vise à sensibiliser les parents, les autres fournisseurs de soins et les professionnels qui œuvrent auprès des jeunes enfants, puisqu'il est crucial pour prévenir de futurs décès. Une recherche plus approfondie dans ce domaine est justifiée et elle est en cours.

(Encadré 1)

Documents de principes ou avertissements publiés sur les bonnes positions pour dormir:

- 1999 — U.S. Consumer Product Safety Commission
- 1999 — American Medical Association
- 1992/2000/2005—American Academy of Pediatrics
- 2004 — U.K. Department of Health
- 2004 — Société canadienne de pédiatrie
- 2004 — Michigan Department of Community Health (Report of the Safe Sleep Work Group)
- 2007 — Comité d'examen des décès d'enfants du Bureau du coroner en chef de l'Ontario
- 2007 — Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile
- U.S. National SIDS and Infant Death Program Support Center
- Michigan Fetal Infant Mortality Review (FIMR) Network

Partage de la chambre (figure 1)



(Graphique gracieuseté de la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile)

Encadré 2

Données provenant d'autres équipes d'examen des décès d'enfants

- À Baltimore, l'équipe Maryland's Child Fatality Review a constaté que **91 % des 81 nourrissons** morts subitement et de façon inattendue pendant leur sommeil entre 2002 et 2006 **étaient dans des environnements dangereux et près de 75 % d'entre eux partageaient un lit.**
- La Child Death Review Unit de la Colombie-Britannique rapporte que **83 % des décès d'enfants** examinés entre janvier 2003 et juin 2004 **impliquaient des pratiques de sommeil dangereuses** : 41 % des enfants couchaient sur des surfaces qui n'étaient pas conçues à cette fin; 23 % partageaient leur lit; 40 % des cas impliquaient au moins 2 pratiques de sommeil dangereuses, ces deux pratiques étant la combinaison la plus prévalente.
- Citant plusieurs recherches, le Michigan's Fetal Infant Mortality Review (FIMR) Network est d'avis que les risques de décès causés par le partage du lit l'emportent sur les avantages d'une telle pratique.
- Le rapport de la Florida Child Abuse Death Review de 2007 signale que les décès liés à l'environnement de sommeil sont un problème constant. En 2006, **22 nourrissons âgés de 2 semaines à 10 mois étaient morts dans un environnement de sommeil dangereux et 20 de ces cas étaient attribuables au partage du lit et à un étouffement accidentel causé par un adulte.**
- Les fonctionnaires de Philadelphie ont déclaré en octobre 2004 que **deux tiers des 71 décès imprévus d'enfants** examinés sur une période de 18 mois étaient des cas de bébés qui **partageaient un lit ou une autre surface de sommeil avec une autre personne.** En dépit d'une campagne renouvelée pour promouvoir des pratiques de sommeil sécuritaires, 57 autres bébés sont morts depuis 2006.
- L'équipe Ohio's Child Death Review a déclaré que les 174 décès d'enfants liés au sommeil en 2005 représentent 16 % de tous les 1 117 décès d'enfants examinés, plus que toute autre cause unique de décès sauf la prématurité.
 - Sur les 359 **décès d'enfants âgés de 29 jours à un an, 42 % (152) étaient liés au sommeil.** Ce nombre est égal au nombre combiné de décès causés par les trois principaux facteurs pour les enfants de ce groupe d'âge : suffocation, SMSN et anomalies congénitales.
 - Seulement 26 % (45) des décès liés au sommeil se sont produits dans des berceaux ou des lits d'enfants. Par contre, 53 % (92) des décès liés au sommeil se sont produits dans des endroits jugés dangereux : dans d'autres types de lits et sur des sofas.
 - Le partage de lit était le facteur le plus souvent signalé pour les décès liés au sommeil.
 - Au moins **58 % (101)** des décès liés au sommeil se sont produits chez des **enfants qui partageaient une surface de sommeil avec un adulte, un frère ou une sœur au moment du décès.**

Données – Cas examinés en 2006-2007 par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

- Au total, 186 cas ont été examinés pendant la période de deux ans (2006 – 69; 2007 – 117)
- 77 cas (41 %) concernaient des environnements de sommeil dangereux (2006 – 27; 2007 – 50)
- 41 de ces cas (53%) supposaient le partage du lit avec :

La mère seulement	22
La mère et le père	8
Le père seulement	5
La mère, le père et un frère ou une sœur	2
La mère et son conjoint	2
La mère et un frère ou une sœur	1
Un frère ou une sœur	1

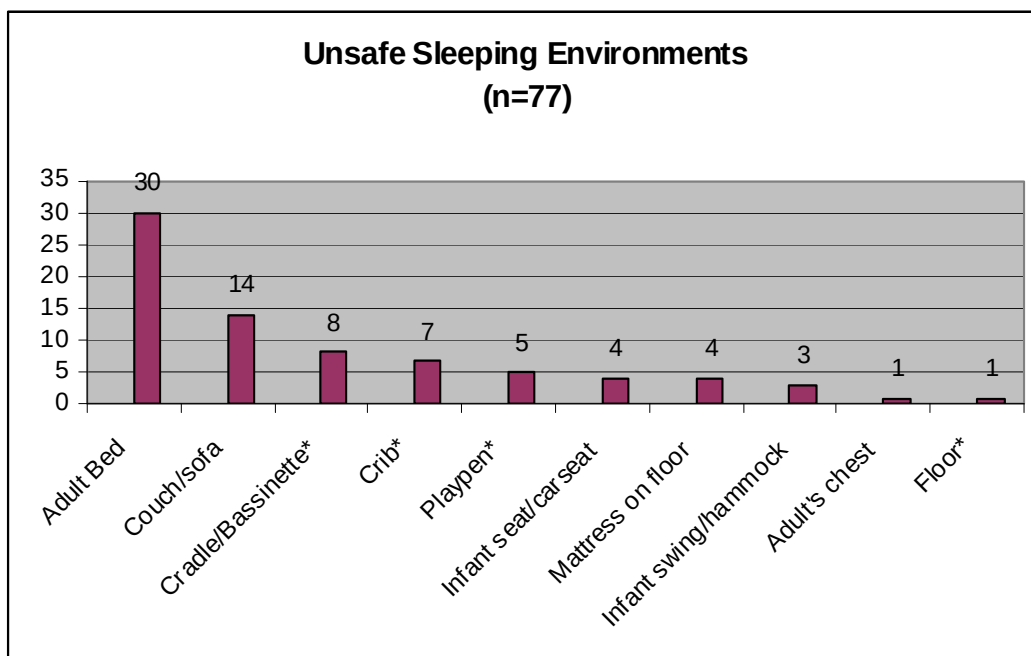
- 45 des 77 nourrissons étaient de sexe masculin et 32 de sexe féminin
- Plage d'âge des enfants dont le décès était lié au partage du lit : 11 jours – 13 mois
- Plage d'âge des enfants dont le décès était lié à d'autres environnements de sommeil dangereux : 34 heures – 16 mois
- Mode de décès : 71 cas indéterminés; 6 cas accidentels (asphyxie)

Position des enfants :

Sur le ventre	31
Sur le dos	10
Sur le côté	9
Inconnue	27

Autres facteurs :

- 24 enfants étaient allaités; 25 étaient nourris à la bouteille; pour 28, le mode d'alimentation était inconnu.
- 23 familles avaient reçu des services de la SAE dans les 12 mois précédents (30 %).
- 14 cas impliquaient des parents qui ont déclaré consommer de l'alcool ou des drogues (18 %).

**Traduction de la graphique**

Unsafe Sleeping Environments = Environnements de sommeil dangereux (n = 77)

[de gauche à droite]

Lit d'adulte

Sofa

Lit d'enfant

Berceau

Parc de jeu

Siège d'enfant/Siège d'auto

Matelas sur le plancher

Balanoire/hamac

Poitrine d'un adulte

Plancher



Un bébé de sexe féminin de 10 semaines, qui a été couché sur le côté, a été trouvé mort sur le ventre dans un berceau où se trouvaient plusieurs couvertures et une courtepointe.



Un garçon de trois mois, en parfaite santé, a été couché par sa gardienne sur le ventre dans un parc de jeu qui contenait un gros oreiller et une couverture. Le lendemain matin, on a retrouvé le bébé, sans signes vitaux, dans la même position.

Décès accidentels par noyade chez les enfants en Ontario – Étude

Contexte

La noyade représente une cause importante de mortalité chez les enfants. Bien que différents documents aient abordé la question des noyades globalement, peu se sont intéressés aux noyades dans les baignoires en particulier. La présente étude a pour objet de démontrer la nature unique des noyades dans les baignoires, en regard de toutes les autres noyades qui surviennent ailleurs, et de déterminer des facteurs contributifs spécifiques.

Cette recherche se fonde sur deux études rétrospectives menées par le D^r Gino Somers et ses collègues, qui ont examiné 18 cas d'enfants décédés accidentellement dans des noyades dans les baignoires et autopsiés au Hospital for Sick Children entre 1984 et 2003 et 50 cas de décès accidentels causés par noyade dans les baignoires en Ontario entre 1986 et 2004. Un résumé de la dernière étude a été présentée dans le rapport annuel du Comité d'examen des décès d'enfants de 2007.

Cependant, la portée de l'étude actuelle est plus vaste puisqu'elle touche toutes les noyades dans les baignoires survenues en Ontario de 1986 à 2006 (n = 58) et compare ces cas à toutes les autres noyades accidentelles survenues pendant la même période (n = 512).

Conception

Les chercheurs ont consulté la base de données du Bureau du coroner en chef de l'Ontario pour y trouver toutes les noyades accidentelles chez les enfants de moins de 18 ans. Comme la base de données a été constituée en 1986, aucun dossier n'a été retracé avant cette année. Par conséquent, tous les cas qui ont été clos pendant cette période ont été inclus. Les cas où le mode de décès était l'homicide, le suicide ou indéterminé ont été exclus.

Pour tous les cas (n = 570), la date du décès, l'âge et le sexe de l'enfant décédé ainsi que le lieu de la noyade ont été consignés. Dans le cas des noyades dans les baignoires, on a également noté s'il y avait ou non surveillance par un adulte (et la raison de l'absence d'une telle surveillance lorsqu'elle était déclarée), si l'enfant était assis sur un siège de baignoire, s'il était avec un frère ou une sœur et s'il avait ou non un problème de santé prédisposant.

Constatations

Un examen de toutes les noyades accidentelles survenues pendant la période de 21 ans (n = 570) a révélé que 360 s'étaient produites en eau libre (281 garçons et 79 filles), 152 étaient survenues dans des piscines (103 garçons et 49 filles) et 58 dans des baignoires (23 garçons et 35 filles). Les noyades survenues en eau libre représentaient la majorité des décès dans toutes les catégories d'âge, sauf chez les enfants de 0 à 2 ans, où les noyades dans les baignoires représentaient la majorité des décès (figure 1). Après analyse, on a constaté que la tendance annuelle pour toutes les noyades, à l'exclusion de celles survenues dans les baignoires, avait connu une baisse marquée ($p = 0,0002$, test du chi carré pour certaines proportions). La tendance annuelle dans le cas des noyades dans les baignoires a été examinée et s'est révélée peu significative ($p = 0,7112$, test du chi carré pour certaines proportions). Les noyades dans les baignoires ont été réparties également pendant l'année sans qu'aucune tendance importante ne se dégage ($p = 0,3012$, test du chi carré pour certaines proportions). Toutes les autres noyades ont révélé une tendance significative, toutefois, 35 % étant survenues au printemps et 51 % en été (n = 176 et n = 259, respectivement, $p < 0,0001$).

Comme les noyades dans les baignoires représentent la majorité des noyades chez les enfants de 0 à 2 ans, la tendance annuelle de toutes les noyades dans cette plage d'âge a été analysée (n = 66). La

tendance a démontré une baisse significative ($p = 0,0089$, test du chi carré pour certaines proportions).

Le nombre de garçons a été comparé au nombre de filles pour les noyades dans les baignoires et toutes les autres noyades ($n = 58$ et $n = 512$, respectivement) (figure 2). Pour toutes les autres noyades, les garçons étaient plus nombreux que les filles dans une proportion de trois pour un, différence significative ($p < 0,0001$). Dans le cas des noyades dans les baignoires, les filles étaient plus nombreuses que les garçons ($n = 35$ et $n = 23$, respectivement), mais la différence entre les deux n'était pas significative ($p = 0,1151$). L'âge moyen des enfants décédés à la suite d'une noyade dans la baignoire était de 4 ans et 8,5 mois et l'âge médian était de 12 mois. Pour les noyades en eau libre, l'âge moyen était de 10 ans et 1 mois et l'âge médian de 10 ans, et pour les noyades dans les piscines, l'âge moyen était de 4 ans et 6 mois et l'âge médian de 3 ans.

Chez les enfants de 3 ans et moins, 94 % des cas comportaient un manque de surveillance par des adultes. Chez les enfants de quatre ans et plus, 84 % des cas supposaient un état pathologique prédisposant comme l'épilepsie ou la paralysie cérébrale. Les motifs expliquant l'absence de surveillance dans les cas de noyades dans les baignoires sont présentés au tableau 1.

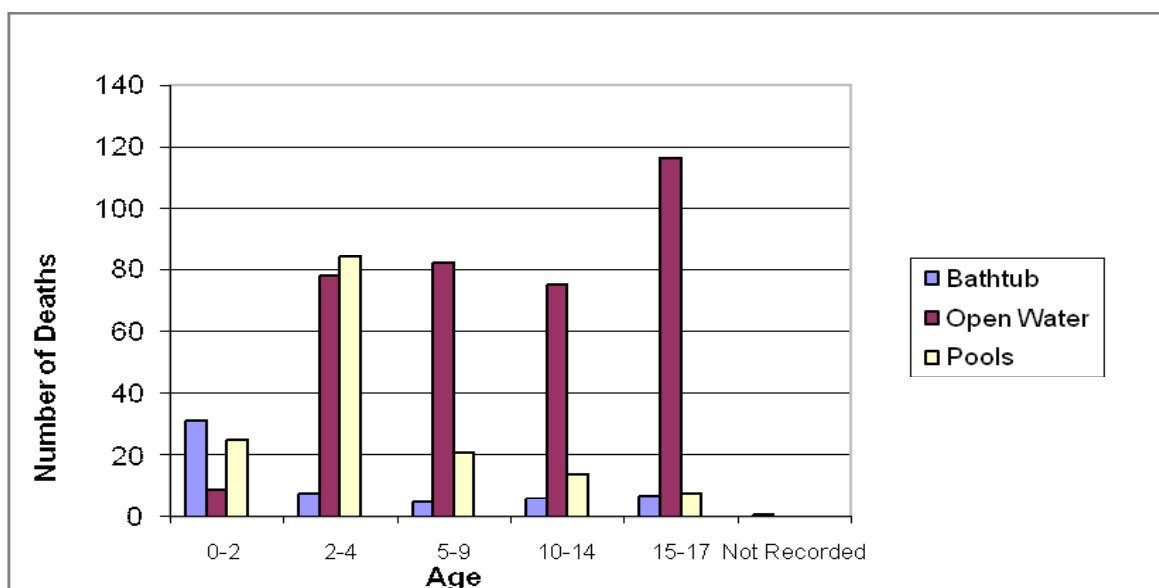


Figure 1 : Toutes les noyades accidentelles sur une période de 21 ans ($n = 570$) par groupe d'âge et lieu où s'est produite la noyade

Traduction de la graphique

Number of Deaths = Nombre de décès

Age = Âge

Not Recorded = Non consigné

Bathtub = Baignoire

Open water = Eau libre

Pools = Piscines

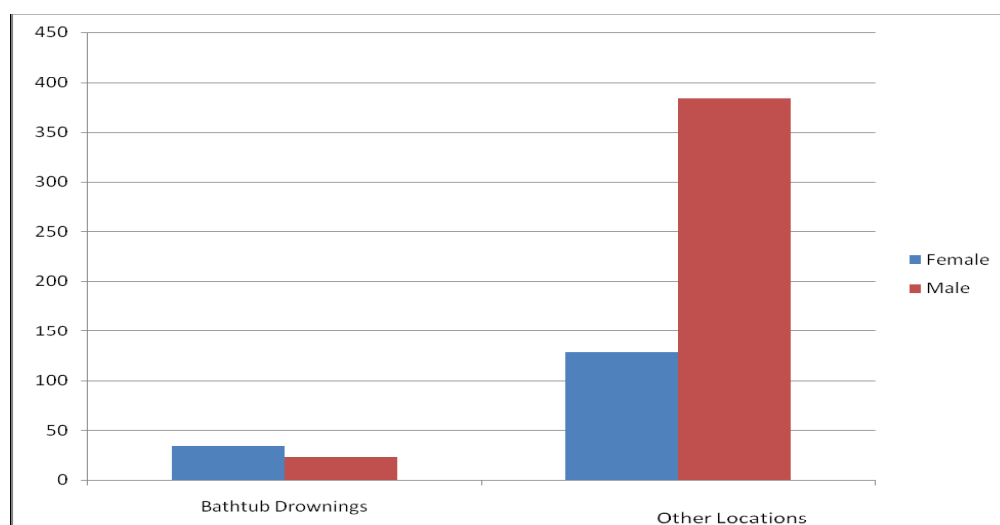


Figure 2 : Sexe des enfants décédés dans des noyades accidentelles (noyades dans les baignoires et autres)

Traduction de la graphique

Bathtub Drownings = Noyades dans les baignoires

Other locations = Autres noyades

Female = Filles

Male = Garçons

Tableau 1 : Raisons expliquant l'absence de surveillance par des adultes données par les parents

Raison	Nombre de cas	Raison	Nombre de cas
Appel téléphonique	9	Répondre à la porte	2
Pratique habituelle	7	S'occuper des autres enfants	2
L'adulte s'est endormi	5	Préparer le repas	2
Travaux ménagers	3	Sorti	2
Préparation pour la nuit	3	Regarder la télévision	1
Pas conscient de l'endroit	3	Aller fumer	1
L'enfant se baignait avec un autre enfant	2	N'ont pas donné de raisons	9

Conclusions :

L'étude courante a révélé que les noyades dans les baignoires sont uniques quand on les compare aux autres noyades pour ce qui est des tendances qui s'en dégagent, de la population qu'elles touchent et des circonstances qui y contribuent. Alors que toutes les autres noyades montrent une tendance à la baisse, les campagnes de prévention ciblées actuelles sont inefficaces pour réduire le nombre de noyades dans les baignoires, le nombre de cas étant demeuré stable au cours de la période de 21 ans.

La cohorte des enfants décédés dans des noyades dans les baignoires se divise en deux sous-populations. Les enfants de trois ans et moins sont touchés par un manque flagrant de surveillance par des adultes, qui a été la cause de la noyade dans 94 % des cas. Cette absence de surveillance peut s'expliquer par un faux sentiment de sécurité lorsque l'enfant est assis dans un siège de baignoire ou qu'il se baigne avec un frère ou une sœur, comme en témoigne le fait que ces facteurs étaient présents dans 50 % des cas chez les enfants de moins de deux ans. Ces données soutiennent les prétentions d'études antérieures et soulignent l'importance d'éduquer les parents sur le fait que ces facteurs ne remplacent pas la surveillance des adultes.

Par contre, chez les enfants de quatre ans et plus, les états pathologiques prédisposants représentent le facteur principal, étant présents dans 84 % des cas. Ces états pathologiques comprennent l'épilepsie, la paralysie cérébrale et un retard de développement grave.

Il est recommandé que des campagnes de prévention des noyades dans les baignoires soient élaborées de façon indépendante et qu'elles tiennent compte des facteurs relevés dans l'étude. À la suite de cette étude, on émet l'hypothèse que l'élaboration et la mise en œuvre efficaces de campagnes de prévention contribueront à diminuer le nombre annuel de noyades dans les baignoires.

(Recherche menée par M^{me} Laura Desveaux, étudiante en criminalistique à l'Université de Toronto, avec le D^r Gino Somers, The Hospital for Sick Children, et M^{me} Karen Bridgman-Acker et le D^r Jim Edwards, Bureau du coroner en chef.)

Le suicide chez les adolescents en Ontario – Facteurs déterminants de projets de santé communautaire

Le suicide chez les adolescents en Ontario

Extraits d'études menées par deux étudiants en médecine de l'Université de Toronto :
Gursharan Soor (Étude n° 1) et Moises Maria (Étude n° 2)

Contexte : Aux fins de ces études, seuls les cas ayant fait l'objet d'une enquête et au sujet desquels le Bureau du coroner en chef a conclu au suicide pendant la période précisée ont été examinés. Le suicide désigne un acte intentionnel que pose une personne en sachant que la conséquence probable de son geste sera la mort. Les critères permettant de classer un décès dans les suicides en Ontario sont différents et peut-être plus rigoureux qu'ailleurs. En Ontario, un décès est classé comme un suicide lorsque tous les autres modes de décès possibles sont éliminés. D'entrée de jeu, les coroners doivent supposer que le décès n'est pas un suicide et utiliser le critère de forte probabilité (Beckon v. Young, 1992, 9 O.R. (3d series) 256).

Selon Statistique Canada (2008), le suicide a coûté la vie à plus de 20 000 Canadiens et Canadiennes, dont 1 500 enfants et adolescents âgés de 11 à 19 ans, depuis janvier 2000. Les Canadiennes et Canadiens ont sept fois plus de chances de mourir de suicide que d'homicide. Le suicide touche les particuliers de tous âges et serait la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 11 à 19 ans.

Étude n° 1 : **Le suicide chez les adolescents en fonction du sexe**

Cette étude vise à établir des similitudes et des différences dans les modèles de suicide entre les garçons et les filles âgés de 11 à 18 ans en Ontario. Le principal facteur déterminant de la santé qui a été étudié est le sexe et les domaines d'intérêt étaient l'âge, le mécanisme et le lieu. Différents facteurs de risque, dont les antécédents de tentatives de suicide, la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, les traitements psychiatriques, les problèmes de santé mentale ou physique, et les interventions d'une société d'aide à l'enfance ont également été évalués. Nous espérons déterminer les modèles de suicide et des cibles possibles d'intervention afin de diminuer l'incidence du suicide, une problématique sociale et médicale importante, chez les adolescents de l'Ontario.

Méthodologie

Conception de la recherche : Au total, 370 adolescents (253 garçons et 117 filles) âgés de 11 à 18 ans se sont suicidés entre janvier 2000 et novembre 2006 en Ontario. Le Bureau du coroner en chef a enquêté sur tous les cas et a extrait de sa base de données les renseignements non identificatoires pertinents qu'il a fournis au chercheur. Ce dernier a classé les données en deux groupes selon le sexe, puis les a subdivisées en fonction de l'âge, de l'endroit où l'adolescent s'est suicidé (à la maison, à l'école, à l'hôpital ou encore dans une zone extérieure en milieu urbain ou rural) et de la méthode qu'il a utilisée (violente ou non violente). Toutes les données avaient initialement été recueillies par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et le chercheur n'a pas personnellement examiné de dossiers médicaux. La population qui a servi à l'étude a été définie en fonction de quatre critères : il devait s'agir d'adolescents (11 à 18 ans), résidents de l'Ontario, qui s'étaient suicidés en Ontario entre janvier 2000 et novembre 2006. Comme il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective, aucun instrument de mesure ou de recherche n'a été utilisé (p. ex., sondages, questionnaires, etc.).

Suicide chez les adolescents en Ontario - Étude n° 1

Les données sont complètes de 2000 à 2005. Cependant, plusieurs décès survenus en 2006 font encore l'objet d'une enquête. Certains pourraient être des suicides, mais comme rien n'a été confirmé, ils n'ont pas été inclus dans l'étude.

Constatations et conclusions

Données démographiques : Cette étude portait sur 253 garçons (68,4 %) et 117 filles (31,6 %) (figure 1). L'âge individuel de tout l'échantillon allait de 11 à 18 ans et était en moyenne de 16,1 ans $\pm$ 1,7 an. Les garçons avaient tendance à être plus âgés en moyenne que les filles au moment du suicide, 16,3 ans ($\pm$ 1,6 ans) et 15,6 ans ($\pm$ 1,8 an) respectivement, mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,1070$). Il est intéressant de constater que même si l'âge moyen était plus élevé chez les garçons que chez les filles, l'âge minimum était plus bas chez les garçons que chez les filles : l'âge individuel allait de 11 ans à 18 ans chez les garçons, mais de 12 à 18 ans chez les filles (figure 2).

Les renseignements démographiques pour l'Ontario sont disponibles uniquement pour 2001 et 2006, et il n'y en a aucun entre ces deux années (puisque le recensement canadien est fait tous les cinq ans), mais compte tenu des données incomplètes obtenues du Bureau du coroner en chef pour 2006, une comparaison des taux de suicide entre 2001 et 2006 n'a pas pu être faite. La population d'adolescents en Ontario est passée de 1 558 260 en 2001 à 1 651 560 en 2006. Le taux de suicide chez les adolescents en 2001 était d'environ 1 pour 27 000.

Méthode de suicide : La méthode utilisée pour se suicider a été subdivisée selon qu'elle était violente ou non violente (Centre for Suicide Prevention, Calgary, 1998). Les méthodes violentes comprenaient : se tirer avec un fusil ou une arme de poing ou se jeter dans le vide d'une hauteur significative, les noyades non accidentelles, se jeter sous une voiture ou un train et l'asphyxie par pendaison. Les méthodes non violentes comprenaient : l'asphyxie par inhalation de monoxyde de carbone émanant des émissions d'un système de chauffage ou de l'échappement d'un véhicule, l'intoxication à l'alcool ou aux drogues. Les méthodes violentes de suicide étaient plus fréquentes que les méthodes non violentes, représentant 91,9 % ($n = 340$) de tous les suicides, mais les filles étaient deux fois plus susceptibles de recourir à des méthodes non violentes que les garçons (figure 3). Dans l'ensemble, les garçons ont eu recours à des méthodes violentes significativement plus souvent que les filles ($p = 0,0352$).

Lieu du suicide : Le lieu du suicide a été analysé de deux façons différentes. Premièrement, le lieu du suicide, tel qu'il était codé par le Bureau du coroner en chef, a été subdivisé en différents endroits : à la maison (à l'intérieur ou à l'extérieur de la résidence de l'adolescent décédé ou de celle d'un ami ou d'un parent), à l'école, à l'hôpital et dans une zone extérieure en milieu urbain (parc, lieu public, terrain de stationnement) ou rural (terrains boisés, champs, forêts). Alors que 73,1 % ($n = 185$) des garçons se sont suicidés chez eux, 26,9 % ($n = 68$) l'ont fait ailleurs. De même, 71,8 % ($n = 84$) des filles ont posé leur geste chez elles alors que 28,2 % ($n = 33$) l'ont fait ailleurs. Cependant, aucune différence statistiquement significative quant au lieu du suicide n'a été constatée entre les garçons et les filles lorsqu'on analyse les données sous cet angle ($p = 0,7898$). Les zones extérieures en milieu rural ou urbain sont les endroits autres que la maison les plus souvent utilisés pour se suicider (8,9 %, $n = 33$ et 7,8 %, $n = 29$, respectivement). Trois patients (0,8 %) se sont suicidés dans l'aile psychiatrique d'un hôpital.

La seconde méthode d'analyse comprenait une ventilation géographique des données (figure 4). Même s'il n'y a pas de différence significative dans les taux de suicide entre les garçons et les filles selon la région, le nombre total de suicides dans le Nord-Ouest de l'Ontario était significativement plus

élevé que dans le reste de la province ($p = 0,0001$). Bien que les données sur la race n'aient pas été analysées, on constate que cette région compte la plus forte proportion de jeunes des Premières nations de la province.

Autres facteurs : Pour de nombreux adolescents, de multiples facteurs ont joué un rôle, voire contribué au suicide (tableau 1). Cependant, un seul des nombreux facteurs présents présentait une différence statistiquement significative entre les garçons et les filles. Les antécédents de tentatives de suicide étaient plus courants chez les filles que chez les garçons (35,0 % [$n = 41$] et 11,9 % [$n = 30$] respectivement [$p = 0,0001$]).

Des antécédents de traitements psychiatriques, le facteur le plus courant chez les garçons et les filles, étaient présents dans 17,9 % des cas ($n = 66$) répartis comme suit : 43 cas (65,2 %) chez les garçons et 23 cas (34,8 %) chez les filles.

L'alcool et les drogues ont joué un rôle plus important chez les garçons que chez les filles. Ils étaient présents dans 11,1 % ($n = 28$) et 4,7 % ($n = 12$) des cas chez les garçons comparativement à seulement 9,4 % ($n = 11$) et 4,3 % ($n = 5$) chez les filles. À titre de comparaison, les familles des filles étaient plus susceptibles de recevoir de l'aide d'une SAE. Ainsi, une SAE était intervenue dans seulement 8,3 % ($n = 21$) des familles de garçons qui se sont suicidés, comparativement à 14,5 % ($n = 17$) chez les filles ($p = 0,0664$). Les antécédents de mauvais traitements ou de négligence et des problèmes de santé mentale et physique étaient également plus présents chez les filles que chez les garçons.

Dans environ la moitié des cas ($n = 159$), aucun facteur connu ou identifiable n'était intervenu. Il faut souligner que les renseignements concernant la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues ont été obtenus de membres de la famille et ne sont peut-être pas toujours exacts.

La prévalence des suicides chez les adolescents était plus élevée que chez les adolescentes, mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes du point de vue de l'âge. Tous les adolescents étaient plus susceptibles de se suicider chez eux et on n'a constaté aucune différence significative entre les garçons et les filles ($p = 0,7898$). Les garçons étaient plus susceptibles de recourir à des méthodes de suicide violentes ($p = 0,0352$) et les filles d'avoir des antécédents de tentatives de suicide ($p = 0,0001$). Dans l'ensemble, les modèles de suicide sont très semblables entre les garçons et les filles âgés de 11 à 18 ans.

Ces renseignements peuvent être utiles pour réduire le nombre de suicides en encourageant les parents et parents-substituts d'adolescents qui présentent des risques élevés de suicide à éliminer toutes substances dangereuses, comme les substances enivrantes et les drogues, ou les objets dangereux, comme les fusils et les armes de poing, de leur résidence. Les endroits d'où une personne peut sauter devraient également être clôturés. On devrait aussi surveiller les adolescents qui présentent des risques élevés pour déterminer s'ils sont en possession d'articles qu'ils pourraient utiliser pour se pendre, comme des cordes ou des ceintures.

Les programmes de prévention doivent cibler les garçons et les filles. Des programmes doivent être élaborés et mis en œuvre pour aider à identifier les adolescents à risque, et la SAE, lorsqu'elle est impliquée, devrait travailler de concert avec les enseignants et les parents pour identifier les adolescents à risque et aider à créer un milieu de vie d'où les instruments pouvant servir à commettre un suicide sont éliminés.

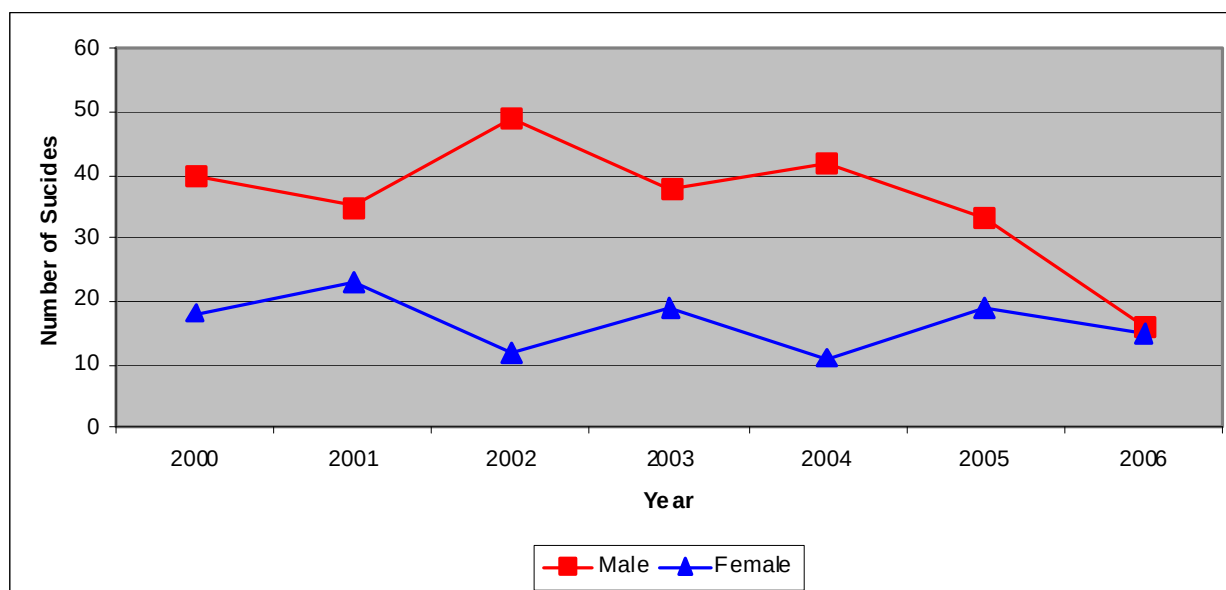


Figure 1 : Nombre de suicides par année selon le sexe. Ce graphique illustre le nombre de suicides confirmés commis par des garçons et des filles de 11 à 18 ans entre 2000 et 2006. Le nombre annuel de suicides est demeuré relativement stable pendant cette période. La tendance à la baisse du nombre de suicides chez les garçons enregistrée en 2006 (et peut-être en 2005) peut être attribuable à des données incomplètes, car de nombreux décès de 2006 font encore l'objet d'une enquête.

Traduction de la graphique

Number of Suicides = Nombre de suicides

Year = Année

Male = Garçons

Female = Filles

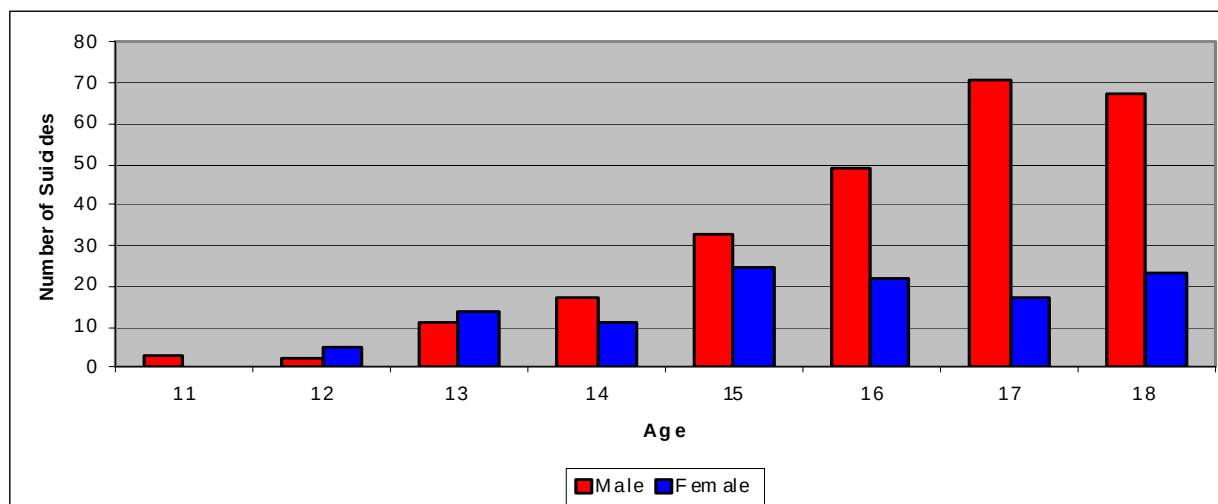


Figure 2 : Âge des adolescents au moment de se suicider de janvier 2000 à novembre 2006. La prévalence des suicides chez les garçons est plus élevée que chez les filles et augmente avec l'âge. Cependant, dans l'ensemble, il n'y a pas de différence significative quant à l'âge entre les garçons et les filles.

Traduction de la graphique

Number of Suicides = Nombre de suicides

Age = Âge

Male = Garçons

Female = Filles

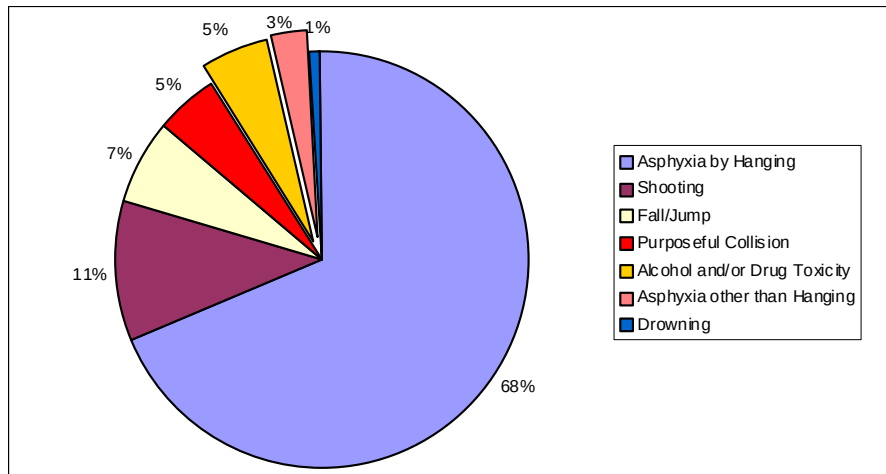


Figure 3: Méthode de suicide employée par les garçons et les filles.

Les méthodes de suicide violentes étaient plus utilisées que les méthodes non violentes. Ainsi, la pendaison était la méthode la plus courante, suivie du suicide par arme à feu. Les garçons étaient statistiquement plus susceptibles de recourir à des méthodes violentes que les filles. Les méthodes non violentes comprenaient l'asphyxie par monoxyde de carbone et l'intoxication à des drogues.

Traduction de la graphique

Ashphyxia by Hanging = Asphyxie par pendaison

Shooting = Armes à feu

Fall/Jump = Chute/Saut

Purposeful Collision = Se jeter sous une voiture ou un train

Alcohol and/or Drug Toxicity = Intoxication à l'alcool ou à des drogues

Asphyxia other than Hanging = Autres méthodes d'asphyxie que la pendaison

Drowning = Noyade

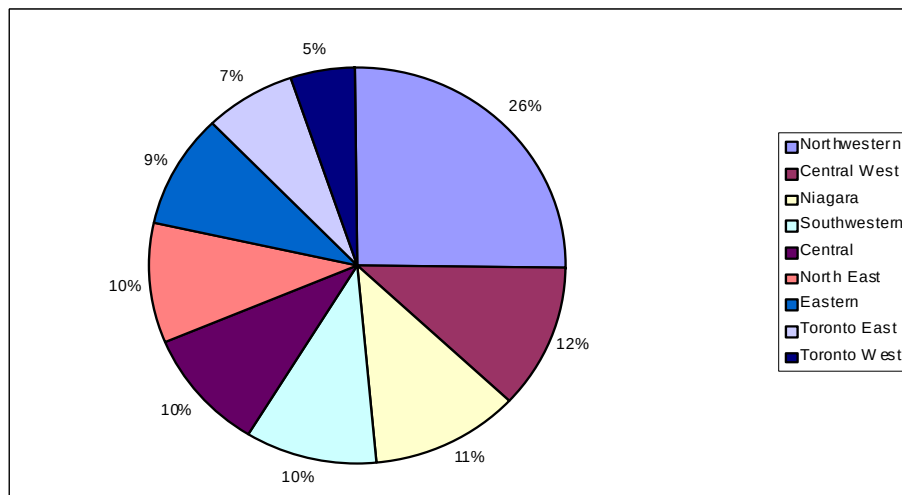


Figure 4 : Répartition géographique des suicides d'adolescents en Ontario de janvier 2000 à novembre 2006.

Un nombre important d'adolescents du Nord-Ouest de l'Ontario se sont suicidés par rapport à d'autres régions de la province.

Traduction de la graphique

Northwestern = Nord-Ouest

Central West = Centre-Ouest

Niagara = Niagara

Southwestern = Sud-Ouest

Central = Centre

North East = Nord-Est

Eastern = Est

Toronto East = Toronto Est

Toronto West = Toronto Ouest

Le suicide chez les adolescents en Ontario – Facteurs déterminants de projets de santé communautaire – Étude n° 2

Étude n° 2 : **Tendances temporelles et saisonnières du suicide chez les adolescents**

Résumé

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 11 à 18 ans au Canada, après les accidents. Pour mieux comprendre la problématique du suicide chez les adolescents, il faut comprendre les tendances actuelles et les facteurs démographiques qui interviennent chez ceux qui se sont enlevé la vie. La présente étude avait pour but de déterminer les tendances temporelles et saisonnières actuelles du suicide chez les adolescents en Ontario. Tous les suicides chez les jeunes de 11 à 18 ans décédés entre 2000 et 2006 ont été analysés. En ce qui concerne la portion temporelle de l'étude, nous avons comparé les adolescents qui se sont suicidés entre 2000 et 2002 à ceux qui ont commis l'acte entre 2003 et 2005. En ce qui a trait à la portion saisonnière, nous avons comparé les suicides commis en automne et en hiver à ceux commis au printemps et en été. Nos comparaisons portaient sur différentes variables, à savoir l'âge, le sexe, le lieu du suicide et le mécanisme de suicide.

En ce qui concerne l'aspect temporel, il n'y a pas de différence entre les deux périodes étudiées du point de vue des quatre variables. Par contre, au regard de l'aspect saisonnier, beaucoup plus de suicides ont été commis au printemps et en été (189) qu'en automne et en hiver (152). Cette différence est attribuable au nombre de filles qui se suicident pendant les mois plus chauds; ainsi, 64 sont décédées au printemps et en été comparativement à 39 en automne et en hiver. On n'a relevé aucune différence statistique en ce qui concerne le lieu ou le mécanisme de suicide du point de vue saisonnier. Il a été suggéré que les différences saisonnières relevées par la recherche pourraient être attribuables à la diminution de la surveillance et des programmes ou mécanismes de soutien social (pas d'école) et à un plus grand isolement social au moment de l'année où les jeunes passent plus de temps seuls. En outre, le nombre disproportionné de filles qui décèdent au printemps et en été peut être une fonction d'une dépression non traitée dans ce groupe d'âge. Cette constatation est d'ailleurs étayée par d'autres études.

Méthode

Les données utilisées aux fins de cette étude provenaient des dossiers du Bureau du coroner en chef et ont été saisies dans un tableur Excel avant le début de l'étude. Les sujets étaient tous des jeunes âgés de 11 à 18 ans inclusivement qui se sont suicidés entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2006. Les données qui ont été extraites de chaque dossier et entrées dans la base de données comprenaient le numéro de cas, la date du décès, la région de résidence, le sexe, l'âge, le lieu du décès, la cause du décès et le mode de décès.

Les données ont ensuite été codées pour les besoins de l'étude. La date du décès a été utilisée pour déterminer la saison au cours de laquelle le suicide avait été commis. Par exemple, si un adolescent était décédé entre le 21 décembre et le 20 mars, il était déterminé qu'il était décédé en hiver. La variable du lieu du suicide a été divisée entre la résidence des adolescents et les autres endroits (p. ex., zone extérieure en milieu urbain ou rural, hôpital, métro, voiture, voie ferrée, autre résidence, hôtel ou motel, centre de garde ou de détention). La méthode de suicide a été divisée selon que la méthode était violente ou non violente. L'utilisation d'une arme à feu, la pendaison, le fait de sauter d'un endroit élevé ou un traumatisme causé par un véhicule automobile ont été classés dans les méthodes violentes, tandis que la surdose, l'empoisonnement ou l'asphyxie par le gaz ont été considérés comme des méthodes non violentes. Cette classification des méthodes de suicide est bien établie dans les documents sur le sujet (Dumais, Lesage, Lalovic, Sequin et Tousignant, 2005). Avant

d'analyser les données, nous avons filtré chacune des variables précitées et fait un dénombrement pour chacune afin de nous assurer qu'il n'y avait pas d'erreur dans la saisie ou l'enregistrement des données.

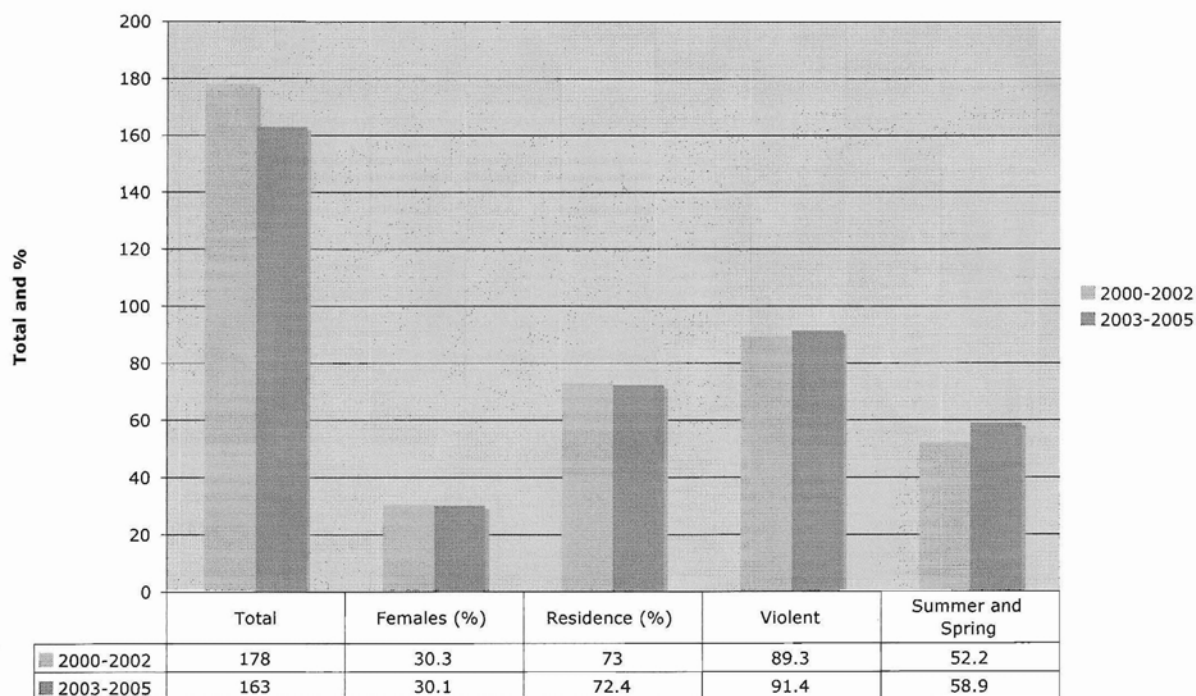
Constations et analyse

Tendances temporelles

Dans cette étude rétrospective, on a dénombré 373 suicides commis par des adolescents de 2000 à 2006. Du point de vue statistique, le nombre annuel de suicides est demeuré relativement constant, ce qui correspond à d'autres recherches (Langlois et Morrison, 2002; Shaw et coll., 2005). Cependant, il y a eu moins de décès dans les trois dernières années que dans les trois premières. En outre, les facteurs démographiques ont peu changé. L'âge moyen des victimes de suicide était de 16 ans. Le ratio garçons-filles (7 : 3) est également demeuré inchangé et correspond au ratio signalé dans les études sur le suicide chez les jeunes dans d'autres régions du monde (Cheifetz et coll., 1987; Sigurdson et coll., 1994; Schmidt, Muller, Dettmeyer et Madea, 2002). La majorité des sujets se sont suicidés chez eux, ce qui indique que ces personnes ont préféré s'enlever la vie dans un milieu familial. Cela peut également témoigner de la disponibilité de moyens de se suicider. Environ 90 % des adolescents de cette étude se sont suicidés en utilisant une méthode violente, la majorité des décès ayant été causés par la pendaison ou des armes à feu. Par conséquent, il se peut que les adolescents de l'étude aient eu facilement accès à des armes ou à des objets leur permettant de se pendre.

Les interventions devraient cibler les particuliers les plus à risque de s'enlever la vie. Compte tenu des conclusions de l'étude sur le suicide chez les jeunes de l'Ontario, les stratégies de réduction du suicide pourraient comprendre un examen du milieu physique où vivent les jeunes à risque et l'élimination des moyens de suicide possibles. Cependant, cette mesure ne devrait être qu'une composante d'une stratégie d'intervention qui devrait porter en majeure partie sur les questions psychosociales qui peuvent donner lieu à des idées de suicide.

Change in temporal demographics between 2000-2002 and 2003-2005.



Traduction de la graphique

Change in temporal demographics between 2000-2002 and 2003-2005 =
Changements dans les facteurs démographiques entre 2000-2002 et 2003-2005

Total and % = Total et pourcentage

Total = Total

Females (%) = Filles (%)

Residence (%) = Résidence (%)

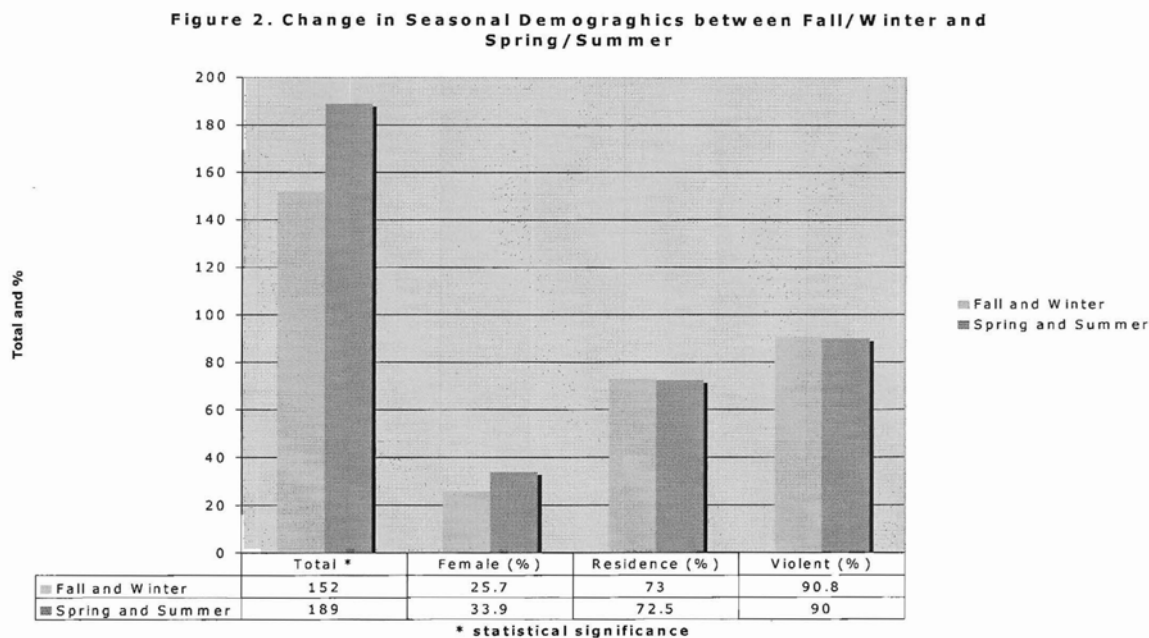
Violent = Violente

Summer and Spring = Été et printemps

Tendances saisonnières

Comme l'ont constaté des études menées partout dans le monde pour tous les groupes d'âge (Kevan, 1980; Frank et Lester, 1988; Preti et Miotto, 1998; Yip et coll., 1998; Lee et coll., 2005), le nombre de suicides qui surviennent au printemps et en été est disproportionné. Bien qu'elle ne soit pas significative, cette disparité est devenue plus marquée entre 2003 et 2005. Il n'y a pas de différence quant au lieu et à la méthode de suicide entre ces deux périodes. Cette constatation diffère de celle d'une étude menée en Italie qui révèle que le nombre de suicides violents est beaucoup plus élevé à la fin du printemps et que le nombre de suicides non violents est constant pendant les quatre saisons (Preti et Miotto, 1998). Cette différence peut découler de facteurs socioéconomiques et culturels différents. On a constaté une différence quant au sexe, les filles ayant tendance à se suicider au printemps et en été. Ce n'était pas le cas pour les garçons.

La différence saisonnière pourrait s'expliquer par le fait que la surveillance des jeunes diminue pendant les mois plus chauds. Par conséquent, il peut être nécessaire d'offrir des programmes sociaux et de réduire au minimum l'isolement social des jeunes pendant les mois plus chauds de manière à occuper leurs temps libres, à offrir un soutien social et à assurer une certaine surveillance. Cette différence saisonnière pourrait également s'expliquer par la dépression. Après avoir isolé la dépression d'autres troubles psychiatriques, Duganay et coll. (2003) ont constaté que la répartition saisonnière se retrouvait uniquement chez les personnes déprimées qui se présentaient à l'urgence. En outre, le fait que la dépression est deux fois plus élevée chez les femmes (Patten, 2000) peut, dans le contexte de cette théorie, expliquer pourquoi plus d'adolescentes s'enlèvent la vie au printemps et en été comparativement à celles qui le font en automne et en hiver. En fait, des travaux menés en Suède ont démontré un lien inverse entre la prise d'antidépresseurs (donc, traitement de la dépression) et le caractère saisonnier du suicide (Rhimer, Rutz, Pihlgren et Pestalitiy, 1998). En d'autres termes, à mesure que les prescriptions d'antidépresseurs augmentent, la différence dans le nombre de suicides entre les mois plus chauds et plus froids diminue. Par conséquent, ces constatations peuvent donner à penser que la dépression n'est pas suffisamment traitée chez les jeunes de l'Ontario, ce qui peut expliquer les différences saisonnières.



Traduction de la graphique

Figure 2. Change in Seasonal Demographics between Fall/Winter and Spring/Summer = Figure 2. Changements dans les facteurs démographiques entre l'automne/l'hiver et le printemps/l'été

Fall and Winter = Automne et hiver

Spring and Summer = Printemps et été

Total * = Total

Female (%) = Filles (%)

Residence (%) = Résidence (%)

Violent (%) = Violentes (%)

- statistical significance = statistiquement significatif

Décès subits et imprévus d'enfants se produisant dans les sièges d'auto

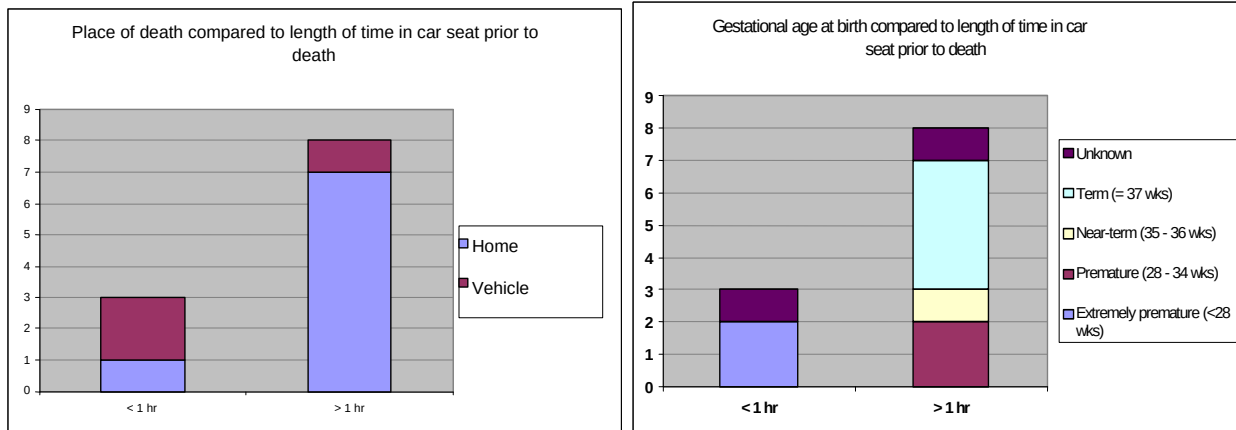
D^{re} Amanda Murphy, boursière en pathologie pédiatrique, Hospital for Sick Children
M^{me} Karen Bridgman-Acker, M.Serv.Soc., TSA, Bureau du coroner en chef

La bonne utilisation des sièges d'auto est essentielle pour sauver des vies et prévenir les blessures chez les enfants en cas d'accident. Cependant, la position verticale ou semi-inclinée qu'adoptent les enfants dans ces sièges peut être un danger pour la fonction cardio-respiratoire, particulièrement chez les prématurés. Un certain nombre d'études ont démontré qu'un pourcentage élevé de prématurés sont sujets à des épisodes de désaturation en oxygène, de bradycardie et d'apnée lorsqu'ils sont assis dans des sièges d'auto pendant des périodes prolongées. Une baisse de la saturation en oxygène a également été démontrée chez les nouveau-nés à terme ou presque à terme lorsqu'ils sont assis dans des sièges d'auto pendant des périodes pouvant atteindre 90 minutes. Malgré le lien entre les sièges d'enfant et des preuves de problème cardio-respiratoire, d'importants événements négatifs et des décès subits et imprévus d'enfants survenant dans les sièges d'auto ne sont pas bien documentés. Pour enquêter sur les liens entre les décès subits et imprévus d'enfants et les sièges d'auto, un examen rétrospectif des cas survenus en Ontario au cours d'une période de huit ans (1999-2006) a été faite.

Les chercheurs ont consulté la base de données du Bureau du coroner en chef de l'Ontario pour trouver les décès survenus dans des sièges d'auto pour enfants. Les cas où le décès a été attribué à une maladie naturelle ont été exclus. Onze cas de décès subits et imprévus survenus dans des sièges d'auto ont été relevés, touchant 5 filles et 6 garçons. Cinq victimes (50 %) étaient des prématurés (âge gestationnel de 23 à 36 semaines) et 4 étaient nés à terme. L'âge gestationnel à la naissance était inconnu pour les deux autres cas. L'âge corrigé variait entre 4 jours et 8 mois, pour une moyenne de 2,5 mois. Le poids corporel des enfants variait entre 2,54 kg et 10 kg. La durée passée dans le siège d'auto avant le décès variait entre moins de 15 minutes à 11 heures.

Dans 3 cas, l'enfant avait été placé dans le siège d'auto pour une courte période (moins de une heure). Deux de ces décès sont survenus dans un véhicule et le troisième s'est produit à la maison de l'enfant, alors que sa mère se préparait à amener l'enfant dans le véhicule. Deux des victimes étaient des prématurés (âge gestationnel de 23 et 27 semaines) et nécessitaient de l'oxygène supplémentaire à la maison en raison de complications respiratoires dues à la prématurité. À noter qu'un de ces enfants avait passé un test de siège d'auto avant sa sortie de l'hôpital un mois avant son décès. On ignorait si l'autre enfant était prématuré, mais il montrait des signes de communication interventriculaire.

Huit décès se sont produits alors que l'enfant avait été dans le siège d'auto pendant un certain nombre d'heures. La majorité de ces décès se sont produits à la maison de la victime (5 cas) chez un ami (1 cas) ou chez un membre de la parenté (1 cas). Dans tous ces cas, on avait placé l'enfant dans le siège d'auto pour qu'il dorme. Un décès s'est produit pendant un long voyage. Trois de ces enfants étaient prématurés (âge gestationnel de 32 à 36 semaines), mais aucun n'avait d'antécédents de maladie cardiaque ou respiratoire. Dans sept de ces cas, il y avait eu des interventions d'une SAE.



Traduction de la graphique

Gauche

Place of death compared to length of time in car seat prior to death =
 Lieu du décès comparé à la durée passée dans le siège d'auto avant le décès
 Home = Résidence
 Vehicle = Véhicule
 1 hr = 1 heure

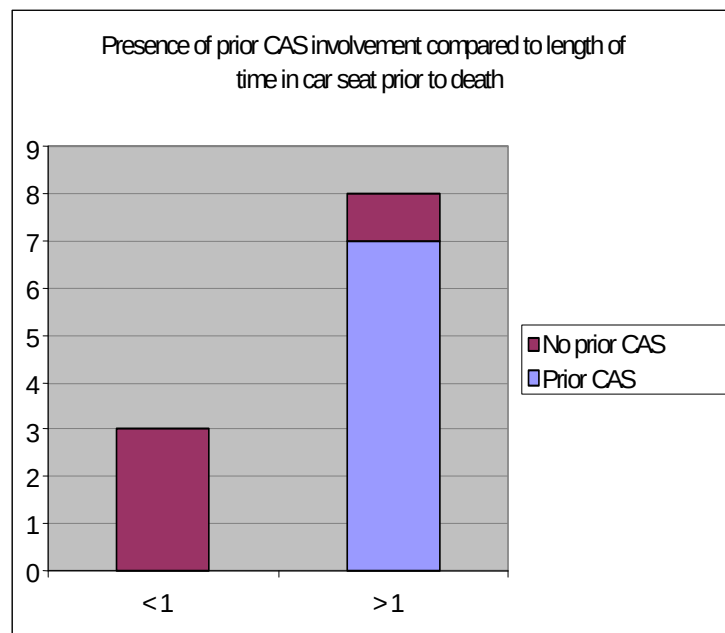
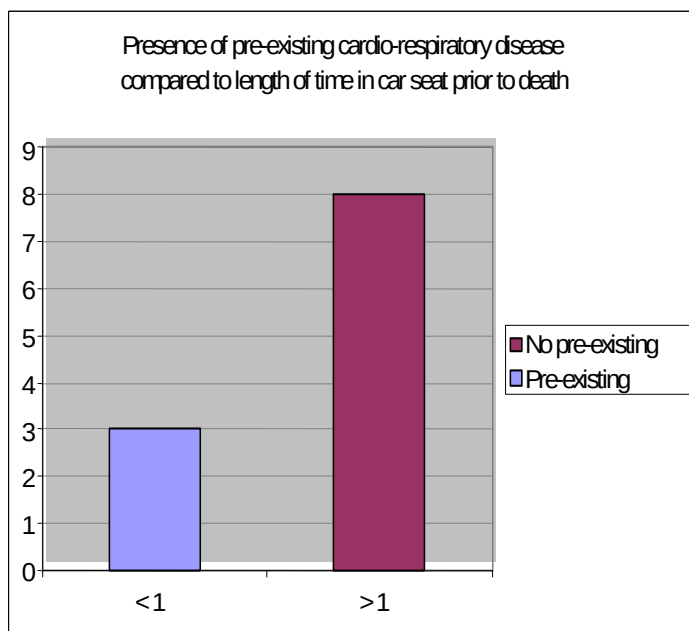
Droite

Gestational age at birth compared to length of time in car seat prior to death =
 Âge gestationnel comparé à la durée passée dans le siège d'auto avant le décès
 Unknown = Inconnu
 Term = À terme (= 37 sem.)
 Near-term = Presque à terme (35-36 sem.)
 Premature (28 - 34 wks) = Prématurés (28-34 sem.)
 Extremely Premature (<28 wks) = Extrêmement prématurés (<28 sem.)
 1 hr = 1 heure

En conclusion, notre examen a relevé deux types de décès d'enfants dans des sièges d'auto. Le premier groupe d'enfants touchés étaient ceux qui avaient des complications respiratoires attribuables à une extrême prématurité ou d'autres maladies cardio-respiratoires et qui avaient été placés dans leur siège d'auto pour des déplacements de courte durée. Le second groupe était surtout constitué d'enfants à terme ou presque à terme qui n'avaient aucune maladie cardio-respiratoire connue et qui avaient été placés dans leur siège d'auto pour dormir et laissés sans surveillance pendant une longue période. Ces constatations mettent en lumière un certain nombre de points importants. Premièrement, les sièges d'auto ne sont ni conçus, ni approuvés pour faire dormir les enfants. Chez les prématurés, il a été démontré que la fréquence d'épisodes cardio-respiratoires augmente pendant le sommeil. Comme les sièges d'enfants en soi peuvent nuire à la fonction cardio-respiratoire tant chez les enfants à terme que chez les prématurés, il est probable que dormir dans un siège d'auto fera augmenter encore plus le risque de problèmes cardio-respiratoires. Les sièges d'auto peuvent donc contribuer aux décès subits et imprévus des enfants en créant un environnement de sommeil dangereux. Deuxièmement, même une courte période passée dans un siège d'auto peut être dangereuse pour certains nourrissons, notamment les prématurés et les enfants qui ont une maladie cardio-respiratoire connue. Les recommandations de l'American Academy of Pediatrics (énumérées ci-dessous) peuvent contribuer à réduire au minimum les risques de problèmes cardio-respiratoires chez ces enfants. Il est important de reconnaître que le test du siège d'auto passé avant la sortie de l'hôpital n'est pas normalisé et ne permet pas toujours d'identifier les enfants à risque. L'information des parents sur les risques des sièges d'auto et l'importance de la surveillance, la réduction au minimum des temps de déplacement et la limitation de l'utilisation des sièges d'auto pour tous les enfants en bas âge (à terme et prématurés) devraient contribuer à prévenir les décès d'enfants dans les sièges d'auto.

Voici ce que recommande l'American Academy of Pediatrics (AAP) :

- Les prématurés ne devraient pas être laissés sans surveillance dans des sièges d'auto.
- Les sièges d'auto devraient être utilisés uniquement pour les voyages.
- La durée des voyages devrait être réduite au minimum pendant les premiers mois de vie.
- Les prématurés devraient passer un test de siège d'auto avant leur sortie de l'hôpital.
- Les nourrissons qui échouent au test du siège d'auto ne devraient pas voyager dans un siège d'auto.



Traduction de la graphique

Gauche

Presence of pre-existing cardio-respiratory disease compared to length of time in car seat prior to death =

Présence d'une maladie cardio-respiratoire préexistante comparée à la durée passée dans le siège d'auto avant le décès

No pre-existing = Pas de maladie préexistante

Pre-existing = Maladie préexistante

Droite

Presence of prior CAS involvement compared to length of time in car seat prior to death =

Familles ayant déjà reçu de l'aide d'une SAE comparée à la durée passée dans le siège d'auto avant le décès

No prior CAS = N'ont pas reçu d'aide

Prior CAS = Ont reçu de l'aide

Dons d'organes dans les cas d'homicide et de décès suspect **(Enfants de 18 ans et moins)**

En 2002, le Bureau du coroner en chef a élaboré des lignes directrices visant à favoriser les dons d'organes, dans la mesure du possible, dans les cas d'homicide et de décès suspect. Ce processus a été mis au point en 2006.

Le processus

Les médecins traitants devraient communiquer avec un coroner dès que possible chaque fois qu'ils constatent qu'un enfant dont ils s'occupent est un possible donneur d'organes *et* que le cas devra faire l'objet d'une enquête par le Bureau du coroner en chef, lorsque le décès se produit, même s'il n'a pas été prononcé.

Le Bureau du coroner en chef examinera le cas immédiatement pour déterminer si un don d'organes sera possible sans nuire à l'intégrité de l'enquête sur le décès. Un coroner enquêteur se rendra à l'hôpital pour revoir les dossiers médicaux et examiner la victime. Le Bureau du coroner en chef peut demander des tests supplémentaires comme un tomodensitogramme, un examen du squelette ou des tests de toxicologie à des fins médico-légales, toute l'imagerie médicale devant être interprétée par un radiologue pédiatre. Un agent d'identification de la police peut se présenter à l'hôpital pour prendre des photographies de constatations anormales.

Il y aura ensuite consultations entre un représentant supérieur du Bureau du coroner en chef, le service de police qui mène l'enquête, un médecin légiste pédiatrique, le coordonnateur des dons au Réseau Trillium pour le don de vie et d'autres personnes, s'il y a lieu (c.-à-d. représentant de la Société d'aide à l'enfance, procureur de la Couronne ou représentant du programme Suspected Child Abuse and Neglect [SCAN]).

Si le prélèvement d'organes est autorisé, un agent d'identification de la police sera présent dans la salle d'opération pour prendre des photographies au besoin. Après le prélèvement, une autopsie complète sera pratiquée sur tous les enfants victimes d'homicide ou dont le décès est suspect dans un service de pédiatrie judiciaire. Les organes prélevés qui ne peuvent pas être transplantés doivent être retournés immédiatement au médecin légiste pédiatrique pour examen.

Conclusions

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario permet le prélèvement d'organes dans la grande majorité de ces cas. En 2007, il a approuvé le prélèvement d'organes sur 25 enfants de partout en Ontario, dont des victimes d'homicide. Au total, 81 organes prélevés sur ces enfants ont été transplantés, dont deux cœurs dans des patients atteints d'une cardiopathie en phase terminale.

Depuis que le protocole actuel a été instauré, en 2002, il n'y a eu aucun cas où le don d'organes a nui à l'enquête ou à l'instance judiciaire.

Étude de cas

Le médecin traitant d'un adolescent ayant subi un traumatisme contondant à la tête et aux extrémités dans des circonstances suspectes a communiqué avec le Bureau du coroner en chef de l'Ontario lorsqu'il s'est rendu compte de la possibilité d'un don d'organes, avant que la mort cérébrale ne soit prononcée.

Un coroner s'est rendu à l'hôpital pour étudier les dossiers médicaux et examiner la victime. Le Bureau du coroner en chef a demandé un tomodensitogramme de la poitrine, de l'abdomen et du pelvis pour vérifier s'il y avait d'autres blessures. Il a été déterminé que la victime n'avait subi aucune blessure au torse et il fut décidé d'autoriser le prélèvement de tous les organes sauf les yeux, les os et la peau.

La famille a consenti au don d'organes et ceux-ci ont été prélevés en présence d'un agent d'identification de la police. Une autopsie complète a ensuite été pratiquée.

Le cœur n'a pu être transplanté pour des raisons médicales. Cependant les valvules cardiaques ont été retirées pour transplantation, les poumons ont été greffés chez une adolescente atteinte de fibrose kystique en phase terminale, le foie a été transplanté chez un jeune garçon atteint de la maladie de Wilson en phase terminale et deux adultes qui étaient en dialyse depuis huit ans ont reçu les reins. Tous les receveurs se portent bien et la famille de la victime a trouvé un certain réconfort à l'idée que sa tragédie a tout de même servi à quelque chose d'utile.

L'examen des coroners régionaux principaux : Un outil pour le Comité d'examen des décès d'enfants

Suite à l'examen d'un cas, le Comité d'examen des décès d'enfants peut faire des recommandations portant sur des questions systémiques ou propres à un cas. L'un des outils dont dispose le Comité pour élaborer ses recommandations, en particulier lorsque des questions médicales sont en jeu, est l'examen du coroner régional principal.

Exposé de cas

Un garçon de 4 ans a été amené à l'urgence d'un hôpital communautaire. Depuis 24 heures, il vomissait, avait de la diarrhée et faisait de la fièvre. Ses signes vitaux à son arrivée à l'urgence étaient : température de 36,4 °C, pouls de 154 et fréquence respiratoire de 28. Son poids était de 13 kg (moins que le 3^e percentile). Sa tension artérielle n'a pas été notée pendant son séjour à l'urgence.

Environ 1 heure et 15 minutes après l'arrivée de l'enfant, le médecin l'a examiné. L'enfant pleurait. Ses signes vitaux ont été consignés : température de 37,2 °C, pouls de 160 et fréquence respiratoire de 28. Le médecin a constaté que les muqueuses étaient humides, documentant un examen des poumons et du cœur qui n'a rien décelé d'anormal. Une dose de 25 mg de Gravol (dimenhhydrinate) a été administrée par injection intramusculaire et le médecin a prescrit l'administration de fluides par voie orale et du Pedialyte a été administré.

Environ une heure plus tard, le personnel infirmier notait que l'enfant tolérait le Pedialyte sans consigner de volumes. La production d'urine n'a pas été documentée. Le personnel infirmier a également noté que l'enfant avait vomi deux fois pendant qu'il était à l'urgence, mais une note manuscrite du médecin (datée de deux jours plus tard) ne faisait pas état de vomissement. Une radiographie pulmonaire a été faite et n'a pas donné de résultat préoccupant.

Le garçon a été renvoyé chez lui avec ses parents environ 2 heures et 45 minutes après son arrivée. Ses signes vitaux n'ont pas été pris avant son départ. On a prévenu les parents de continuer à administrer des fluides par voie orale et de revenir à l'hôpital s'il y avait aggravation des symptômes. Un diagnostic de gastro-entérite virale a été posé.

Environ 24 heures après la sortie de l'hôpital, la mère a composé le 911. Les ambulanciers paramédicaux ont noté que l'enfant était à demi-conscient et qu'il avait une respiration haletante. Il était pâle et maigre, avait les lèvres sèches et gercées, les yeux creux, des battements de la trachée et une cyanose autour de la bouche. Ses parents ont signalé qu'il avait perdu environ 3,6 kg au cours des deux dernières semaines. Sa température était de 37,6 °C, son pouls de 174 et sa fréquence respiratoire de 40. Sa tension artérielle n'a pu être obtenue. Sa glycémie (mesurée par glucomètre) était de >33,3 mmol/l. La saturation en oxygène était à 55 %. On a rapidement transporté le bambin à l'urgence de l'hôpital communautaire où il était allé précédemment.

Après son arrivée à l'hôpital (30 minutes après l'arrivée des ambulanciers à la maison), un diagnostic d'acidocétose diabétique avec déshydratation critique a été posé. Sa tension artérielle était encore impossible à obtenir, mais sa fréquence respiratoire était de 37 et son pouls de 148. Après de multiples tentatives infructueuses de perfusion intraveineuse périphérique, un pédiatre a pratiqué une perfusion intra-osseuse environ 20 minutes après l'arrivée de l'enfant à l'urgence. Une solution saline normale a été administrée à raison de 300 ml/heure. De la phényléphrine a été administrée et l'enfant a été intubé. Une première série de tests sanguins, pratiquée environ une heure après l'arrivée, a donné les résultats suivants : glucose 61,8, sodium 148, potassium 5,7, chlorure 108, CO₂ 10, trou anionique 30, créatinine 362, urée 23,2, pH 6,68, pCO₂ 91. On a administré à l'enfant 500 ml de solution saline normale pendant les deux premières heures et noté une tension artérielle de 40/21.

obtenue environ une heure après l'arrivée de l'enfant à l'hôpital. D'autres traitements ont été administrés, à savoir : bicarbonate, insuline et inotropes supplémentaires (dopamine, adrénaline).

L'état de l'enfant s'est stabilisé avant son transfert à un hôpital d'enseignement de soins tertiaires où l'on a constaté une défaillance multiviscérale. Son état a continué de se détériorer et un diagnostic de lésion cérébrale hypoxique-ischémique grave a été posé. Son décès a suivi peu de temps après.

L'autopsie a révélé que son décès découlait d'une encéphalopathie hypoxique-ischémique accompagnée de complications multiviscérales du choc secondaire à l'acidocétose diabétique. L'évaluation du pancréas a donné des résultats correspondant au diabète de type 1.

Problèmes soulevés par le Comité d'examen des décès d'enfants

Voici les problèmes que le Comité a relevés :

- L'évaluation clinique initiale à l'hôpital communautaire n'a pas tenu compte du fait que l'enfant avait perdu 25 % de son poids corporel.
- Pendant l'évaluation initiale, l'hydratation de l'enfant, qui risquait d'avoir des problèmes de liquide et d'électrolyte, n'a pas été soigneusement documentée (c.-à-d. présence de larmes, production d'urine, volumes de prise orale, remplissage capillaire, série de signes vitaux, tension artérielle).
- Faute de signes vitaux pris avant la sortie lors de la première visite, il n'était pas clair et on ignorait si l'enfant avait été renvoyé à la maison dans un état de déshydratation. Il était arrivé à l'hôpital après avoir vomi et avec une tachycardie et une tachypnée, et on a noté qu'il avait vomi pendant qu'il était à l'hôpital.
- Les fluides ont été administrés tardivement et à un moindre volume que ce qui était indiqué pour sa déshydratation critique lorsqu'il est allé à l'hôpital pour la seconde fois.

Le Comité a recommandé un examen du coroner régional principal avec le personnel de l'urgence de l'hôpital communautaire pour permettre un examen du cas en mettant l'accent sur les problèmes relevés.

Examens de coroners régionaux principaux

Depuis un certain nombre d'années, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario mène des examens de coroners régionaux principaux au lieu d'une enquête lorsqu'il semble y avoir des secteurs spécifiques qui peuvent faire l'objet de recommandations et dans les cas où les questions médicales peuvent être complexes. La réunion est beaucoup moins formelle qu'une enquête. Le personnel de l'hôpital qui a participé aux soins de la personne décédée, le personnel administratif pertinent, le chef du département, le médecin-chef de l'hôpital et d'autres membres du personnel que l'hôpital juge pertinents sont invités à une réunion présidée par le coroner régional principal.

Ces réunions permettent aux personnes qui participent à la prestation des soins de donner leur avis sur l'opinion du Comité afin de vérifier ou de clarifier les événements, s'ils ne sont pas bien relatés dans le dossier médical (selon la procédure normalisée, l'une des principales sources de renseignements pour l'examen est le dossier médical). Il n'est pas rare dans les urgences que les dossiers soient moins détaillés, en particulier lorsqu'on traite une maladie critique. C'est également l'occasion pour les personnes présentes à la réunion de prendre connaissance des recommandations et d'envisager des méthodes de mise en œuvre.

Ces réunions se tiennent dans le cadre de l'enquête du coroner et sont donc assujetties aux dispositions de la *Loi sur les coroners* de l'Ontario sur le pouvoir de mener des enquêtes. Dans le but de favoriser une discussion franche et ouverte, les membres de la famille de la personne décédée ne

sont pas invités, ni aucun représentant juridique de la famille ou de l'hôpital. Aucune déclaration n'est notée; en fait, seules la liste des personnes présentes pour le dossier du coroner et les recommandations discutées et acceptées sont notées. Même si les réunions avec le coroner peuvent provoquer une certaine angoisse chez ceux à qui on demande d'y assister, on rappelle aux personnes invitées que la réunion se tient aux fins de l'enquête du coroner uniquement, c'est-à-dire pour clarifier les faits et les circonstances du décès, pour aider à déterminer la cause du décès et le mode de décès et pour établir si une enquête du coroner est nécessaire ou non. Dans la plupart des situations, la collaboration et les réactions positives de l'hôpital contribuent grandement à régler la question.

Après la réunion, le coroner régional principal confirmera par écrit toutes les recommandations suggérées et demandera que le personnel administratif et professionnel de l'hôpital en tienne compte. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a l'habitude d'informer la famille des recommandations et de la réponse de l'hôpital, au moment opportun.

Le cas présenté illustre parfaitement la valeur possible d'un examen du coroner régional principal. Les problèmes relevés se limitaient à un seul service de l'hôpital et l'occasion était donnée aux membres du personnel de clarifier les problèmes relevés et d'apprendre par la réflexion. En invitant ceux qui avaient participé aux soins de l'enfant, des recommandations raisonnables et pratiques pour améliorer l'efficacité de l'organisation médicale contribuent à la prévention de décès possibles dans des circonstances semblables à l'avenir.

Examen des cas médicaux par le Comité d'examen des décès d'enfants**Une fillette de huit ans se présente à l'hôpital avec des symptômes ressemblant à ceux de l'asthme**

Le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné le cas suivant en 2007. Le présent rapport en fait état afin d'alerter et d'éduquer la communauté médicale.

Une fillette de 8 ans, qui n'avait pas eu de problèmes de santé récemment, a développé des symptômes touchant les voies respiratoires supérieures, à savoir écoulement nasal et toux productive. Sa jeune sœur présentait les mêmes symptômes. Elle a d'abord été examinée à l'hôpital communautaire local vers midi et traitée avec de l'Atrovent et du Ventolin en aérosol ainsi qu'avec de l'adrénaline racémique. Elle a ensuite été transférée dans un plus grand hôpital où elle a continué de recevoir des traitements, notamment une dose de stéroïdes. Comme son état continuait de se détériorer, elle a été transférée à un hôpital de soins tertiaires pour une gestion plus approfondie et une admission possible. Elle avait des antécédents de respiration sifflante, traitée au Salbutamol, et était demeurée asymptomatique depuis. La dernière fois qu'elle avait été admise pour asthme, elle avait 3 ou 4 ans. Ses immunisations étaient à jour et elle était en santé, sauf pour ces problèmes. Il n'y avait aucun antécédent familial d'asthme. De nombreux membres de la famille fumaient et il y avait un chat à la maison.

L'enfant a été amenée à l'hôpital de soins tertiaires à 17 h 40 et à son arrivée, elle semblait relativement bien, avait une saturation à plus de 95 % (air contenant 35 % d'oxygène). Sa fréquence respiratoire était de 26, son pouls de 156 et sa tension artérielle de 120/80. Elle avait un peu plus de difficulté à respirer à cause de l'entrée d'air réduite du côté droit, et des sifflements et des râles crépitants pouvaient être entendus partout sur la poitrine. L'examen cardiovasculaire était normal. Sa voix était rauque. Elle n'avait pas de lymphadénopathie. Son visage semblait pléthorique et présentait quelques rougeurs. Ses muqueuses étaient humides. Son abdomen était mou. Une radiographie pulmonaire montrait une augmentation des opacités interstitielles diffuses, correspondant à une affection respiratoire réactionnelle. La numération des globules blancs (NGB) était de 5 000, avec 60 % de neutrophiles, et les électrolytes étaient normaux. Les gaz sanguins présentaient un pH de 7,36, pCO₂ de 39, PO₂ de 102, bicarbonate de 22 en forte concentration d'oxygène. À première vue, la fillette semblait subir une exacerbation de son asthme causée par une infection virale. Elle semblait bien réagir aux bronchodilatateurs et aux stéroïdes. Elle a été admise à l'unité pédiatrique de soins courants de l'hôpital. On a continué à la traiter aux bronchodilatateurs (Salbutamol et Atrovent), aux stéroïdes et à l'oxygène. Les antibiotiques ont été arrêtés puisqu'on soupçonnait une infection virale. Au cours des 4 jours suivants, son état s'est amélioré graduellement. Ses besoins initiaux en Salbutamol, Q1 hre, avec Q30 min au besoin (prn), ont été réduits à Q2 hres – Q4 hres. L'Atrovent a été arrêté, mais on a poursuivi les stéroïdes. Elle a eu besoin de plusieurs bolus de liquide et on a continué la perfusion par IV avec administration orale minimale. Elle semblait bien évacuer. Elle a développé un rash pétéchiial au visage le lendemain, qu'on a jugé causé par sa toux excessive. Elle a également développé un mal de gorge, mais le prélèvement de gorge n'a pas révélé de streptocoques du groupe A. Les résultats des tests sanguins étaient également négatifs, tout comme ceux de la sérologie faite pour dépister le mycoplasme.

Au 4^e jour de son séjour à l'hôpital, elle a été transférée dans une chambre. Le diagnostic est demeuré le même, affection respiratoire réactionnelle, et on avait d'abord cru que la patiente était en détresse respiratoire grave, mais qu'elle avait bien réagi à la thérapie agressive et se rétablissait. Aucun des examens n'avait révélé quoi que ce soit d'inhabituel, les gaz sanguins s'étaient améliorés et aucune radiographie pulmonaire de suivi n'a été faite. On jugeait son état satisfaisant avant son transfert à la chambre. Ses signes vitaux au moment du transfert étaient les suivants : rythme cardiaque de 130, fréquence respiratoire de 28 mouvements/minute, saturation à 93 % à l'air ambiant,

et l'oxygénothérapie a été annulée. Elle ne faisait pas de fièvre (36,5 °C) et pouvait se déplacer. Cependant, on a noté qu'elle était angoissée et demeurait légèrement tachypnéique.

Le jour de son transfert à la chambre, l'ordre de transfert a été rédigé à 13 h 22 et une note de transfert détaillée a été rédigée par un externe. Cependant, aucune note d'un médecin n'a été rédigée par l'équipe d'accueil avant que la patiente n'ait décompensé. Le personnel infirmier a noté, à 16 h environ, le jour du transfert, une diminution de l'entrée d'air à la grandeur des poumons ainsi que des râles crépitants sporadiques et des sifflements inspiratoires et expiratoires dans les lobes inférieurs et supérieurs du côté droit. Un léger évasement nasal a été noté et, en plus, la patiente avait de plus en plus de difficulté à respirer. Du Ventolin a été administré, ce qui a légèrement amélioré son état, mais l'entrée d'air diminuait toujours du côté droit. À 17 h 10, la fréquence respiratoire de l'enfant était montée à 40; elle respirait par le ventre. Elle était en détresse et semblait agitée. Encore une fois, l'auscultation a révélé des sifflements et des râles crépitants. On a continué à lui administrer du Ventolin, avec une amélioration minimale. Ses besoins en oxygène augmentaient. Le résident de l'unité de soins intensifs pédiatriques a évalué la patiente à 20 h 30 ce soir-là. Il a noté que la patiente était en détresse respiratoire croissante, que sa production d'urine avait diminué, qu'elle était très angoissée et qu'elle se sentait incapable de reprendre son souffle. Sa fréquence respiratoire était de 45 mouvements/minute, la saturation en oxygène de 28 % était à 95 %, l'entrée d'air diminuait à la base de ses poumons et des sifflements expiratoires étaient entendus dans les deux lobes supérieurs. Des battements de la trachée et une respiration abdominale ont été notés. La dose de Ventolin a été augmentée à ce stade et une radiographie pulmonaire ainsi qu'une analyse des gaz sanguins ont été faites. Le cas a été discuté avec le médecin de garde de l'unité de soins intensifs pédiatriques et il a été décidé de ramener l'enfant à l'unité de soins courants, ce qui s'est fait à 23 h environ, avec renvoi aux résultats des tests de laboratoire et de la radiographie pulmonaire. Des préoccupations ont été exprimées concernant la possibilité d'une affection autre que l'asthme chez la patiente puisque son état ne s'améliorait pas malgré l'administration continue de Ventolin. La fillette était angoissée également et le résident soupçonnait une pneumonie bactérienne ou atypique ou encore une bronchiolite oblitérante avec pneumonie organisée (BOOP); il a également informé le médecin traitant que la production d'urine avait diminué et était passée à 0,5 ml/kg/hre malgré deux bolus de liquide de 500 ml chacun. Le FiO_2 a été augmenté à 40 %. À ce stade, les gaz sanguins indiquaient un pH de 7,37, CO_2 de 36 et bicarbonate de 20. À cause de l'angoisse constante, après discussion avec le médecin traitant de l'unité de soins intensifs pédiatriques, 1 mg de midazolam a été administré et sur les conseils du médecin traitant, une ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) suivie d'une ventilation à double niveau de pression (BiPAP), sans grand succès. L'évaluation des gaz sanguins faite à 1 h 30 a révélé une détérioration marquée : pH 7,23, bicarbonate 20, excès de base – 7 et CO_2 51. Vers 4 h, l'enfant a commencé à perdre conscience et un code a été lancé. Un consultant du service d'anesthésie a répondu au code et il a été décidé d'intuber l'enfant avec administration de kétamine et de midazolam. L'intubation a réussi du premier coup, même si on a noté du vomi dans la bouche. La patiente a été transférée de l'unité de soins courants à l'unité de soins intensifs pédiatriques. Les antibiotiques ont été remplacés par des antibiotiques à large spectre et les infusions de midazolam ont débuté. Malgré le ventilateur, l'état de la patiente a commencé à se détériorer très rapidement, exigeant jusqu'à 100 % d'oxygène avec saturation dans les 80. On lui a administré de l'oxyde de diazote. Sa tension a chuté profondément malgré l'administration de nombreux bolus de liquide, de dopamine et de noradrénaline. Les gaz artériels ont commencé à se détériorer présentant une acidose respiratoire et une acidose métabolique grave. Au cours des deux heures qui ont suivi, les mesures de réanimation agressives appropriées ont été prises, mais l'enfant a continué à décompenser et a commencé à avoir des arythmies, puis de la bradycardie et de l'asystole. Après 20 minutes, tous les efforts de réanimation ont été arrêtés. Le décès a été constaté à 9 h 39. Le médecin traitant a indiqué que cette fillette était décédée du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et de défaillance du myocarde.

L'autopsie a révélé d'importantes indications de bronchopneumonie bilatérale aiguë de type viral et bactérienne. Les cultures des poumons ont révélé la présence de *Staphylococcus aureus*. Il y avait bronchite aiguë grave avec épanchement pleural bilatéral de 200 cc à droite et 150 cc à gauche. On a

également constaté une myocardite virale avec épanchement péricardique de 100 cc. On a constaté la présence d'une lymphadénite réactionnelle et d'un œdème cérébral aigu découlant vraisemblablement de l'hypoxie-ischémie de la phase terminale. Dans l'ensemble, on a estimé que le décès avait été causé par une bronchopneumonie aiguë de type viral et bactérien et une myocardite virale. Outre, ces constatations, l'examen pathologique du Comité d'examen des décès d'enfants donnait également à penser qu'une lymphohistiocytose hémophagocytaire aurait également pu être une cause sous-jacente des infections polymicrobiennes de la fillette. Cette hypothèse reposait sur la constatation d'un modèle de lymphadénopathie avec prédominance de lymphocytes T CD3 positifs accompagné d'érythrophagocytose, d'hépatomégalie et de splénomégalie.

L'examen du Comité d'examen des décès d'enfants concluait que cette fillette de 8 ans, jusqu'alors en santé, avait eu une affection respiratoire réactionnelle, qui aurait pu avoir été provoquée par une infection virale, et avait développé une myocardite virale ainsi qu'une pneumonie bactérienne secondaire. Bien que le plan d'action initial cadrait bien avec un diagnostic d'affection respiratoire réactionnelle, la décompensation qui a suivi aurait dû alerter l'équipe d'autres complications possibles, qui peuvent se présenter chez des personnes qui se remettent d'une pneumonie virale grave, comme une pneumonie bactérienne secondaire, le SDRA, le SIRS (syndrome de réponse inflammatoire systémique) et la défaillance multiviscérale. Le résident de troisième année qui était de garde ce soir-là a avancé d'autres possibilités, mais les radiographies pulmonaires ne montraient pas de cardiomégalie et aucune échographie n'a été demandée ou faite.

Même si on croyait que l'état de la fillette était stable et si celle-ci respirait l'air ambiant avant d'être libérée de l'unité de soins courants, il s'est détérioré peu après son arrivée à la chambre, ce qui donnait à penser que les choses n'allaient pas bien avant que l'on indique que la fillette continuait de présenter des signes d'angoisse aiguë et avait une certaine difficulté à respirer.

Il semble que le résident ait réagi comme il convient aux symptômes de la patiente et qu'il ait reçu des conseils du médecin de garde par téléphone, mais il ne semble pas que le médecin traitant soit réellement arrivé à l'hôpital avant qu'il ne soit trop tard. L'état clinique de la patiente a continué de se détériorer pendant la nuit. La participation du médecin de garde a été limitée dans ce cas. Dans un cas complexe comme celui-là, on s'attend à ce qu'un médecin traitant soit présent pour aider à la gestion. On a intubé la patiente avec l'aide du service d'anesthésie, ce qui était une intervention appropriée et les bons médicaments ont été utilisés. Cependant, le médecin traitant de l'unité de soins intensifs pédiatriques n'était pas arrivé à l'hôpital à ce moment.

En ce qui concerne la gestion de ce cas, compte tenu des conclusions de l'autopsie, il semble que la fillette de 8 ans avait une myocardite, mais on n'a jamais envisagé cette possibilité avant sa mort. La seule indication qu'on aurait pu en avoir aurait été la présence d'une cardiomégalie dans l'une des radiographies. Il est concevable que les premiers signes pouvaient laisser croire à une affection respiratoire réactionnelle, mais à partir du moment où la patiente ne réagissait pas de façon satisfaisante, d'autres possibilités auraient dû être envisagées.

Commentaires/Recommandations

1. La supervision du résident a été insuffisante pendant la nuit où la patiente a décompensé.
2. Si un patient chez qui un diagnostic temporaire a été posé (c.-à-d. affection respiratoire réactionnelle) ne réagit pas à la thérapie conventionnelle, il faut explorer d'autres diagnostics.

Nota : le Comité d'examen des décès d'enfants a demandé à voir l'examen interne de l'hôpital dans ce cas. Cependant, l'hôpital n'a pas pu fournir le rapport qui est protégé par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*, mais il a fait part des recommandations contenues dans le rapport :

- (1) Éduquer le personnel en ce qui a trait aux patients qui souffrent d'asthme et de SDRA;
- (2) Les politiques et procédures ayant trait à la supervision du résident ont été examinées avec les médecins traitants dans le but spécifique d'établir le moment où le médecin traitant devrait revenir à l'hôpital pour évaluer le patient en personne;
- (3) Des lignes directrices ont été fournies aux résidents leur expliquant comment demander de l'aide quand ils sont de garde et s'ils ont des préoccupations quant à la supervision qu'ils reçoivent des médecins traitants.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a souscrit aux recommandations de l'hôpital.

Examens des cas médicaux : THÈMES

Depuis son lancement en 1991, le Comité d'examen des décès d'enfants a compilé un certain nombre de thèmes qui reviennent dans l'examen des décès d'enfants. Nos examens font écho aux conclusions d'un nombre sans cesse croissant de documents sur les erreurs médicales qui donnent à penser que les tragédies sont rarement le fruit d'une seule erreur fatale ou d'une seule lacune mais sont plus susceptibles de découler d'un ensemble de problèmes latents dans le système et dans l'exécution des tâches. La survenue de multiples imperfections est souvent synergique. Les problèmes latents, qui peuvent sembler très élémentaires mais que le Comité rencontre constamment comprennent ce qui suit :

- Le fait de ne pas **écouter** les préoccupations répétées des parents, particulièrement lorsque l'enfant revient parce qu'il n'a pas bien réagi au traitement médical initial.
- Le fait de ne pas consigner ou examiner les **signes vitaux**, en particulier la tension artérielle – **LES SIGNES VITAUX SONT CRUCIAUX!!!!**
- Le fait de ne pas faire une évaluation semi-quantitative **des ingesta et des excréta**, particulièrement chez les enfants qui vomissent et ont de la diarrhée (p. ex., nombre de selles diarrhéiques, de couches mouillées, etc.).
- Lorsque des tests de laboratoire sont demandés, en particulier dans une urgence, il est essentiel que les résultats de ces tests soient connus **avant qu'une décision ne soit prise concernant le traitement**.
- **Écriture illisible ou pattes de mouche** qui peuvent être mal interprétées par les autres.
- Le fait de ne pas consigner les **idées** qui ont abouti à certaines interventions, ou les raisons sous-jacentes à de telles actions – plus les choses se compliquent, plus il est important de consigner des renseignements dans le dossier (et plus les dossiers risquent d'être incomplets).
- Le fait de ne pas consigner le **poids** ou de ne pas utiliser des **fiches de croissance**.
- Le fait de ne pas inclure **l'heure** et la **date** d'une entrée dans le dossier.
- Le fait de ne pas faire de **suivi** quand une personne **ne se présente pas à son rendez-vous** en particulier dans le cas des parents qui ne respectent pas les traitements ou des patients qui ne réagissent pas aux traitements.
- Le fait pour un établissement de ne pas **rencontrer les parents** après le décès pour discuter des soins prodigués. Il arrive souvent qu'à cause d'un tel manquement, le médecin soit considéré non seulement comme sans cœur, mais aussi comme une personne qui a quelque chose à cacher, ce qui fait que les parents demandent une enquête alors qu'un processus moins axé sur la confrontation pourrait être plus utile.
- Le refus d'**accepter d'autres explications** après coup, même après un examen par des tiers.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 18 cas médicaux en 2007 et bon nombre de ces thèmes reviennent continuellement. En 2007, le problème qui est revenu le plus souvent a clairement été « le fait de ne pas consigner ou examiner les **signes vitaux**, en particulier la

tension artérielle ». Dans 50 % des cas (9 sur 18), il semblait y avoir des problèmes liés à l'enregistrement ou à l'analyse des signes vitaux.

« Le refus d'**accepter d'autres explications** après coup » ou le refus d'envisager un diagnostic différent venait au deuxième rang des problèmes récurrents, étant présent dans 5 des 18 cas (28 %).

Au troisième rang, venait le fait de ne pas connaître les résultats de tests de laboratoire avant de **prendre une décision concernant le traitement**.

Voir les articles aux pages 45-47, 48-51 et 54-59 qui présentent des exemples d'examens de cas médicaux associés à ces thèmes.

Examens médicaux du Comité d'examen des décès d'enfants : Thèmes et recommandations

Processus

En 2007, le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 18 cas médicaux et a rédigé un rapport sur 17 de ces cas. Les enfants concernés sont souvent décédés de causes médicales complexes et souvent dans des hôpitaux. Généralement, la gestion médicale était extrêmement difficile dans les derniers moments de leur vie. Dans tous les cas, la gestion médicale a été problématique dans les quelques instants qui ont précédé le décès.

Le processus d'examen des cas médicaux débute lorsqu'un coroner régional principal renvoie un cas au président du Comité d'examen des décès d'enfants. L'expert pédiatrique qui entreprendra l'examen primaire sera choisi parmi les membres du Comité en fonction de son expérience (et souvent de son expertise) dans la gestion des enfants ayant les états en cause et leur genre de pratique, c.-à-d. soins communautaires ou soins tertiaires. Le processus d'examen comprend un examen de tous les dossiers médicaux pertinents, de la déclaration d'enquête du coroner, du rapport d'autopsie et de tout autre document pertinent. À l'occasion, l'expert examinera directement l'imagerie diagnostique ou d'autres études. L'examineur primaire produit un rapport qui est ensuite présenté pendant l'une des réunions mensuelles aux autres membres médicaux du Comité. Après une discussion approfondie du cas, le Comité adopte une position consensuelle et élabore les recommandations exigées. Le rapport final est ensuite envoyé au coroner régional principal qui a renvoyé le cas au Comité, avec l'approbation du président.

Événements indésirables dans les hôpitaux canadiens

Lorsqu'un enfant meure pendant qu'il reçoit des soins médicaux, le décès peut survenir après une détérioration d'un état médical sous-jacent, un événement indésirable ou une combinaison des deux.

Un événement indésirable désigne un événement qui se solde par un préjudice involontaire causé à un patient et qui est lié aux soins ou aux services fournis au patient plutôt qu'à un état sous-jacent. En 2004, Baker et Norton ont publié *The Canadian Adverse Events Study; the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. Les conclusions de leur étude ont profondément marqué la communauté médicale canadienne :

[Traduction]

Notre étude a démontré qu'environ 7,5 % des patients admis dans des hôpitaux de soins actifs au Canada au cours de l'année 2000 ont connu au moins un événement indésirable. Nous avons constaté que pour 36,9 % de ces patients, ces événements auraient pu être évités. La plupart des patients qui ont connu un événement indésirable se sont rétablis sans séquelle permanente; l'événement indésirable qu'ils ont vécu a contribué à la prolongation de leur séjour à l'hôpital ou à un handicap temporaire. Cependant, une proportion, faible mais significative, de patients sont décédés ou ont subi une incapacité permanente à cause de l'événement indésirable. Si l'on extrapole, nos constatations donnent à penser qu'en 2000, entre 141 250 et 232 250 des 2,5 millions d'admissions semblables dans des hôpitaux de soins actifs au Canada étaient associés à un événement indésirable et que 9 250 à 23 750 décès découlant d'événements indésirables auraient pu être prévenus.

Les événements indésirables peuvent découler :

- des risques inhérents aux **examens** ou aux **traitements**
- d'un **manquement systémique** du réseau de soins de santé
- de la **conduite du professionnel** de soins
- d'une combinaison de ces facteurs

Les **examens** et les **traitements** comportent des risques inhérents. Il s'agit là de l'événement indésirable le plus fréquent et le patient ne s'y attend pas. Le fournisseur de soins n'a généralement aucun contrôle sur ce genre d'événement. Les **manquements systémiques** du réseau de santé désignent l'absence ou la défaillance de politiques, de processus opérationnels ou de l'infrastructure à l'appui de la prestation des soins. Les problèmes associés à la **conduite du professionnel** sont habituellement le fait d'un manque de connaissances ou de compétences, de l'inobservation d'une politique claire, d'un mauvais rendement clinique causé par des problèmes de santé ou, extrêmement rarement, du préjudice causé au patient par malice (Association canadienne de protection médicale, 2008).

Objet de l'examen de cas médicaux

L'examen de cas médicaux par des experts vise à clarifier les problèmes médicaux qui entourent un décès pour faire en sorte que le coroner régional principal comprenne parfaitement les circonstances du décès. La cause du décès et le mode de décès sont présentés ainsi que les thèmes qui se dégagent de l'examen des dossiers. La discussion des cas au Comité permet de reconnaître les thèmes récurrents. À la suite de l'examen d'un cas, il arrive souvent qu'on recommande à un établissement de soins de santé :

- de tenir une réunion sur le cas dans le but d'informer les fournisseurs de soins de la chronologie des événements et des problèmes médicaux relevés;
- d'examiner le décès par l'entremise d'un processus d'examen de la qualité des soins, permettant à l'établissement d'élaborer des politiques et des processus pour éviter que des événements semblables ne se reproduisent à l'avenir;
- de participer à l'examen du coroner régional principal (voir l'article, page 45)
- de revoir la conduite du fournisseur de soins dans l'intérêt de la sécurité des patients.

À l'occasion, l'examen des cas médicaux peut contribuer à relever des problèmes qui amènent le Comité à recommander au coroner en chef de l'Ontario de renvoyer un fournisseur de soins devant un organisme de réglementation au sens de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.

Examens de cas médicaux menés par le Comité en 2007

Les 5 cas présentés ci-dessous donnent un aperçu représentatif des 18 cas médicaux que le Comité a examinés en 2007.

Cas n° 1

Description

Un garçon obèse de 8 ans avait des antécédents d'asthme et peut-être de syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Différents fournisseurs de soins l'ont évalué avant son admission au service des urgences après qu'il fut devenu bleu en s'endormant dans la salle d'attente. Il a été admis à l'unité des soins intensifs et a subi une amygdalectomie et une adénoïdectomie. La chirurgie s'est bien passée et le plan d'action postopératoire s'est déroulé sans anicroches jusqu'à la deuxième journée, lorsque l'enfant a eu un accès de fièvre implacable et que son état a commencé à se détériorer. On a décelé une infection à *Morexella Catarrhalis* dans les voies aériennes et malgré une thérapie aux antibiotiques, aux fluides et au vasopresseur, la fièvre est demeurée forte. L'enfant a développé de l'hypotension et le décès a suivi.

Cause du décès : Défaillance multiviscérale due à une grave hyperthermie attribuable à un probable sepsis après une amygdalectomie chez un enfant qui avait une hypertrophie biventriculaire et le syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Facteurs contributifs : Hypertension pulmonaire et obésité. Les constatations de l'autopsie au niveau des poumons appuient le diagnostic clinique de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de longue date.

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. Bien que le syndrome d'apnées obstructives du sommeil ait été envisagé une première fois en 2002, aucune étude du sommeil n'a été faite.
2. Le plan de gestion de l'équipe de soins dans cet événement terminal a été jugé approprié.

Recommandations

1. Le Comité d'examen des décès d'enfants a recommandé que le coroner régional principal revoie l'issue de ce cas avec tous les médecins concernés, en insistant sur la nécessité de faire des études du sommeil chez les enfants qui présentent des antécédents semblables.

Cas n° 2

Description

Un garçon de 15 ans est mort des complications de la fibrose kystique à un centre de soins tertiaires. Il avait été transféré d'un hôpital communautaire, souffrant de dyspnée, d'ascite et d'un œdème pulmonaire. Un examen des dossiers de la pharmacie de la clinique externe et des dossiers médicaux a révélé que peu des médicaments normalement utilisés pour traiter la fibrose kystique qui avaient été prescrits avaient été obtenus dans les deux années précédant le décès et que souvent l'enfant ne se présentait pas à ses rendez-vous médicaux. Les médecins de l'unité de soins intensifs au centre de soins tertiaires étaient préoccupés par la gravité de la maladie pulmonaire, l'état de malnutrition et les rendez-vous manqués à la clinique. Par conséquent, on a informé la famille que les fournisseurs de soins avaient l'obligation de signaler le décès de l'enfant à la Société d'aide à l'enfance (SAE).

Cause du décès : Complications de la fibrose kystique.

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. Le décès prématuré de cet enfant causé par la fibrose kystique aurait pu être prévenu. En 2006, l'âge médian de survie était de 36,8 ans. Les patients reçoivent les meilleurs soins dans les polycliniques spécialisées dans la fibrose kystique qui offrent des thérapies normalisées.
2. Les rendez-vous manqués aux cliniques de traitement de la fibrose kystique doivent être suivis par les cliniques elles-mêmes.
3. Des travailleurs sociaux doivent collaborer avec les cliniques de traitement de la fibrose kystique, en particulier lorsque les soins semblent fragmentés en raison du changement de clinique ou de médecin ou encore pour des raisons socioéconomiques.
4. Il est nécessaire de se conformer aux thérapies, à la médication et aux traitements prescrits pour ralentir les progrès de la maladie et éviter les séquelles comme la malnutrition ou l'insuffisance respiratoire.
5. Il faut insister sur l'importance d'éduquer les parents pour assurer une approche constante, normalisée et régimentée quant aux soins d'un enfant ayant la fibrose kystique.

Recommandations

1. Les cliniques de traitement de la fibrose kystique concernées doivent procéder à un examen de la qualité des soins relativement à ce cas. Elles devraient également élaborer une méthode systématique pour s'occuper des familles et des patients qui ne respectent pas les rendez-vous pour éviter que l'enfant ou le jeune ne passe entre les mailles du filet. Cette méthode devrait prévoir la documentation des tentatives de communication et des rendez-vous

manqués. Lorsque des tentatives d'inciter les familles à respecter les plans de soins appropriés échouent, la SAE devrait être appelée à intervenir.

2. Une travailleuse sociale ou un travailleur social devrait être associé aux cliniques de traitement de la fibrose kystique. Les notes de la TS ou du TS devraient être intégrées dans les dossiers de la clinique.
3. Un examen interne devrait être fait concernant la qualité des soins reçus par l'entremise de la clinique de traitement de la fibrose kystique. Un protocole devrait être établi pour déterminer à quel moment les rendez-vous manqués et le non-respect des traitements deviennent préoccupants dans le plan de soins et à quel moment l'intervention de la SAE doit débiter.

Cas n° 3

Description

Une fillette de 14 ans, qui avait des antécédents de dépression et des idées suicidaires depuis longtemps, est morte par pendaison. Elle était suivie par son médecin de famille et une infirmière de l'école. Au début de 2006, elle présentait un comportement d'automutilation en s'infligeant des coupures et elle a commencé à prendre du Paxil. Un mois plus tard, elle a tenté de se pendre, mais la corde a cassé. Elle s'est rendue à l'urgence d'un hôpital communautaire d'où elle a été transférée à un hôpital de soins tertiaires. Elle a été hospitalisée pendant une semaine au service d'enfants et d'adolescents. On a arrêté le Paxil et prescrit du Prozac. À sa sortie, on l'a adressé à un centre de counseling comportemental pour adolescents. Un mois après sa sortie, elle était admise à l'hôpital en vertu d'un formulaire 1 après qu'un médecin l'eut évaluée après une tentative de suicide commise deux jours auparavant.

Dans les mois entre cette admission et le décès, il y a eu de nombreuses communications avec des hôpitaux et des fournisseurs de soins ainsi qu'un certain nombre de tentatives de suicide.

Cause du décès : Pendaison

Mode de décès : Suicide

Thèmes

1. L'accès aux services de santé mentale pour enfants et adolescents est limité. Dans les petites collectivités, il n'existe tout simplement pas.
2. Souvent, il n'y pas de lits disponibles dans les services psychiatriques pour les enfants et les adolescents.
3. Les hôpitaux qui traitent des patients ayant des problèmes psychiatriques ont rarement des lits pour les enfants et les adolescents.
4. Les services psychiatriques offerts aux enfants et aux adolescents sont généralement des services en clinique externe. Il était difficile d'assurer la sécurité de l'enfant à l'extérieur de l'hôpital.

Recommandations

1. Le coronar régional principal devrait rencontrer l'équipe de soins pédiatriques pour déterminer si les problèmes relevés dans ce cas sont continus.
2. Si ces problèmes persistent, ils devraient être signalés au président du Comité d'examen des décès d'enfants.

Cas n° 4

Description

Un garçon de 17 ans s'est présenté à l'urgence d'un hôpital communautaire en se plaignant de constipation et de malaises depuis 4 jours. Sa température était de 35,2 °C, son pouls de 150, sa tension artérielle de 83/49. On lui a administré un bolus de solution saline et fait un lavement pour

traiter sa constipation, ce qui a donné de bons résultats. Les tests sanguins ont révélé une pancytopenie et démontré une hémoglobine de 69, des plaquettes de 24 et une leucocytémie de 0,5. L'adolescent a été transféré à un centre de soins tertiaires et le médecin de l'urgence a rempli un formulaire 1 en vertu de la *Loi sur la santé mentale* pour obliger le patient à respecter le plan de traitement. Environ 6 heures après son arrivée à l'hôpital communautaire, le patient a été transporté par ambulance au centre de soins tertiaires. À son arrivée, on a noté une instabilité hémodynamique et un état de conscience altéré. On l'a intubé, on lui a administré des stéroïdes, des antibiotiques et des inotropes avant son décès, environ 5 heures après son arrivée à l'hôpital.

Cause du décès : Choc septique à *E. coli*.

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. Le personnel de l'urgence ne semble pas avoir compris le choc septique malgré les signes vitaux du patient.
2. La pancytopenie n'a pas été traitée quand elle a été découverte.
3. Il a été transporté dans une ambulance avec un système de maintien des fonctions vitales de base, ce qui donne à penser qu'on avait sous-estimé la gravité de son état. Aucun ambulancier paramédical avec formation en soins intensifs ne se trouvait dans l'ambulance.
4. Lorsqu'il est arrivé au centre de soins tertiaires, le patient était moribond et avait gravement décompensé, et on ne pouvait pas le ranimer.

Recommandations

1. L'hôpital communautaire devrait mener un examen interne de la qualité des soins dans ce cas.
2. L'examen de la qualité des soins devrait porter sur les points suivants :
 - a. Les signes vitaux qui peuvent indiquer une maladie critique et les premières phases de la mort.
 - b. Les signes et les symptômes d'un choc septique.
 - c. L'intégration des signes vitaux dans l'ÉTG par le personnel infirmier responsable du triage.
 - d. Les interventions appropriées par le personnel infirmier et les médecins compte tenu des données de l'ÉTG.
 - e. La pancytopenie et ses complications pour l'administration de lavements, le cas échéant.
 - f. Les indications quant à l'utilisation d'un formulaire 1 en cas de refus de traitement ou de soins.
3. L'hôpital communautaire devrait faire part de ses recommandations, y compris de ses plans de mise en œuvre, au coronar régional principal.

Cas n° 5

Description

Une fillette de 3 ans, jusque là en bonne santé, a été amenée à l'urgence d'un hôpital communautaire parce qu'elle vomissait et avait la diarrhée depuis 24 heures. On lui a administré deux bolus de solution saline normale avant de l'admettre. On lui a ensuite administré par intraveineuse 0,3 NaCl et 3,3 % de dextrose (2/3 1/3) à raison de 120 ml/hr. Les tests de laboratoire ont révélé un taux de sodium de 141, de potassium de 4,3, d'azote uréique (BUN) de 9,6 mmol/L et de créatinine de 33 µmol/L. Elle a été admise à 22 h 30. Le lendemain, vers 13 h, elle était qualifiée de « rigide ». Son taux de sodium était descendu à 119 mmol/L. Elle commençait à avoir des convulsions et malgré des tentatives agressives de réanimation, elle est décédée à 17 h 20.

Cause du décès : Œdème cérébral causé par une hyponatrémie aiguë. L'autopsie a démontré la présence de rotavirus dans l'intestin grêle.

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. La solution saline hypotonique peut donner lieu à une hyponatrémie aiguë, ce qui peut conduire à un œdème cérébral et à la mort.
2. Le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné plusieurs cas semblables au fin des ans.

Recommandations

1. Une lettre devait être envoyée à M. George Smitherman, ministre de la Santé de l'Ontario, pour lui demander son aide afin d'alerter les médecins de ce problème.
2. Une lettre devrait être envoyée à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) sur le même sujet.
3. Un article sur cette question devrait être soumis au *Journal de l'Association médicale* canadienne. Des discussions à ce sujet ont été amorcées avec le rédacteur en chef de la revue.
4. L'hôpital communautaire devrait faire un examen de la qualité des soins.
5. Une lettre devrait être envoyée à Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! et au Conseil canadien d'agrément des services de santé les alertant sur cette question et demandant leur aide pour éduquer les organismes et les praticiens de la santé. (Une réunion aura lieu à Toronto le 10 juin 2008 avec des représentants de parties concernées pour élaborer une méthode d'éducation des fournisseurs de soins concernant les risques d'hyponatrémie provoquée par la solution saline hypotonique).

Le Comité d'examen des décès d'enfants et les SAE

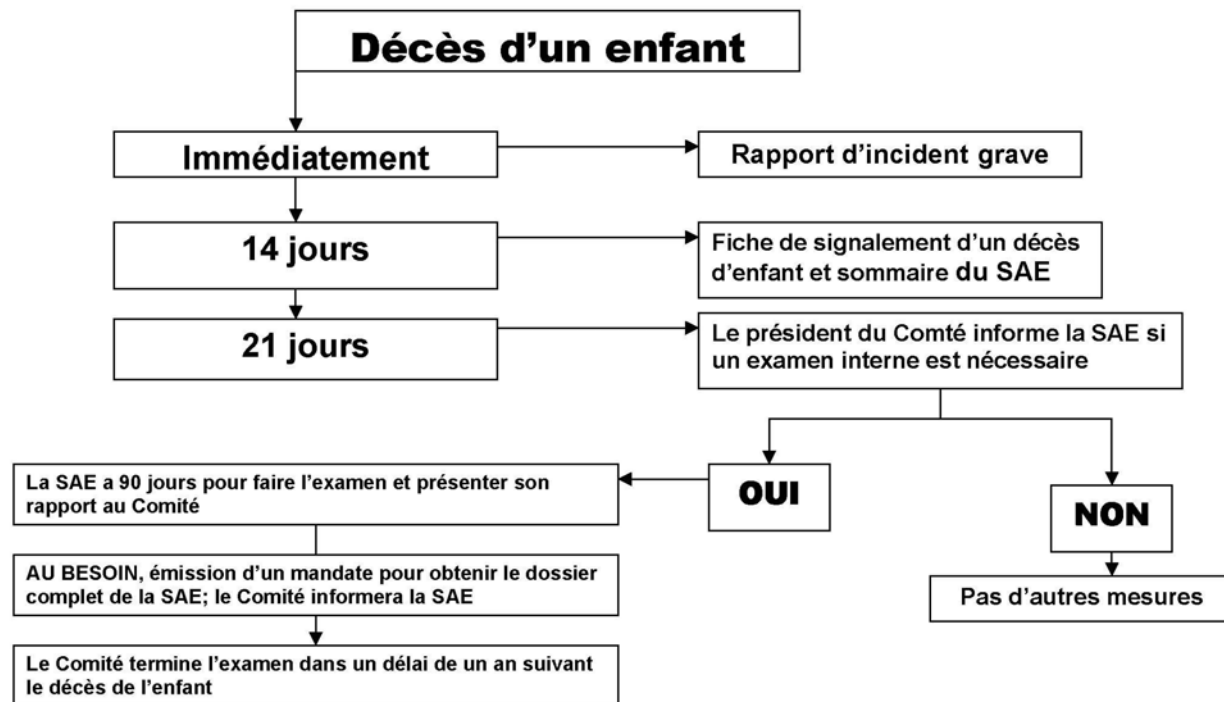
Directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants en Ontario

Directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants – Entente de collaboration entre le Bureau du coroner en chef (Comité d'examen des décès d'enfants) et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Contexte : En Ontario, le Comité d'examen des décès d'enfants a été constitué par le Bureau du coroner en 1991 pour aider les coroners dans les cas médicaux complexes. En 1997, à la suite des travaux du Groupe de travail sur la mortalité juvénile et des recommandations faites dans le cadre d'enquêtes du coroner sur les décès d'enfants de familles qui recevaient des services du réseau de protection de l'enfance, le rôle et la composition du Comité ont été élargis. Des experts du secteur du bien-être de l'enfance, des services de police et du bureau du procureur de la Couronne ont été invités à aider le Bureau du coroner à examiner les cas de décès d'enfants qui recevaient des services d'une société d'aide à l'enfance. En 1999, une directive conjointe a été élaborée entre le Bureau du coroner en chef et le ministère provincial responsable des services à l'enfance (le ministère des Services sociaux et communautaires et, plus récemment, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse) pour orienter le processus d'examen des décès d'enfants. Cette directive a été révisée en mars 2006.

Depuis deux ans, en vertu d'un protocole d'entente, le Comité d'examen des décès d'enfants, grâce à du financement du Secrétariat au bien-être de l'enfance et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, dirige la mise en œuvre de la directive conjointe qui oriente le processus et établit les délais de déclaration et d'examen de tous les décès d'enfants en Ontario lorsqu'une société d'aide à l'enfance est intervenue auprès de la famille dans les 12 mois précédant le décès. Un spécialiste du bien-être de l'enfance a été engagé pour aider à mettre en œuvre cette directive et coordonner le processus de déclaration et les examens par le Comité des cas signalés par les sociétés d'aide à l'enfance. Le suivi et l'analyse des données pertinentes, les thèmes, les tendances et les recommandations devraient être centralisés, simplifiés et publiés dans un rapport annuel. Il s'agit du deuxième rapport annuel découlant de cette nouvelle collaboration.

Le MSEJ, avec le concours de ses bureaux régionaux et de la Direction de l'assurance de la qualité et de la responsabilisation, est chargé de publier un bulletin concernant les recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants dans les cas de décès d'enfants que le Comité a examinés. Cette mesure vise à faire le point sur la mise en œuvre des recommandations faites aux sociétés d'aide à l'enfance et au MSEJ au cours de l'année visée par le rapport. La déclaration et les délais d'examen sont présentés dans le tableau ci-dessous :



Livrables fournis par le Comité d'examen des décès d'enfants en vertu du protocole d'entente en 2006-2007**Produits et services fournis :**

- Liaison continue entre le Bureau du coroner en chef et les sociétés d'aide à l'enfance (pour clarifier des questions à mesure qu'elles sont soulevées, échanger des renseignements concernant un décès particulier ou le processus de déclaration et d'examen).
- Orientation et soutien au personnel des bureaux régionaux et de l'administration centrale du Bureau du coroner en chef concernant les procédures relatives aux enquêtes sur les décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance.
- Mise en œuvre et coordination continue des processus de déclaration et d'examen conformément à la directive conjointe de mars 2006 (gestion de la circulation de l'information et des délais).
- Élaboration d'instruments visant à faciliter la collecte de données et de renseignements pertinents en regard de la directive conjointe et compte tenu des délais.
- Coordination mensuelle des examens par les SAE et des examinateurs du bien-être de l'enfance en prévision des réunions du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, et organisation de ces réunions.
- Élaboration et tenue de la base de données interne sur les cas de décès d'enfants ayant reçu des services d'une SAE.
- Analyse des données et des statistiques sur les décès d'enfants ayant reçu des services de la SAE, suivi et déclaration des tendances, des enjeux et des recommandations.
- Production, diffusion et présentation des rapports annuels et des conclusions.
- Élaboration et mise en œuvre de la formation des SAE sur les enquêtes sur les décès d'enfants en Ontario et la présentation de l'information connexe.
- Apport au programme de formation de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance relative aux nourrissons à risque élevé.
- Participation régulière aux conférences de cas et aux rondes médico-légales relatives aux décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance.
- Détermination des conséquences et des enjeux pour les politiques découlant des investigations, de la déclaration et de l'examen des décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance, et réactions connexes.
- Élaboration d'instruments visant à aider les intervenants en bien-être de l'enfance à mener les enquêtes et à faire les examens sur les décès d'enfants ayant fait l'objet de mesures de bien-être de l'enfance, notamment à mener les examens internes, et à présenter les rapports connexes.
- Participation au Comité d'examen des décès dus à la violence familiale sur les décès d'enfants lorsqu'il y a eu intervention d'une SAE.

- Distribution régulière des rapports du Comité au MSEJ – Secrétariat au bien-être de l'enfance, sous-ministre adjoint et directeurs régionaux –, aux SAE et aux coroners régionaux principaux.
- Réunions avec le personnel du Secrétariat au bien-être de l'enfance pour discuter des tendances, présenter ses recommandations et parler des rôles et des responsabilités.
- Communication avec le Secrétariat au bien-être de l'enfance concernant les lois, les politiques et les normes touchant le bien-être de l'enfance, en général et dans le contexte des décès d'enfants et des examens s'y rapportant.

Résultats et avantages depuis la mise en œuvre de la directive conjointe

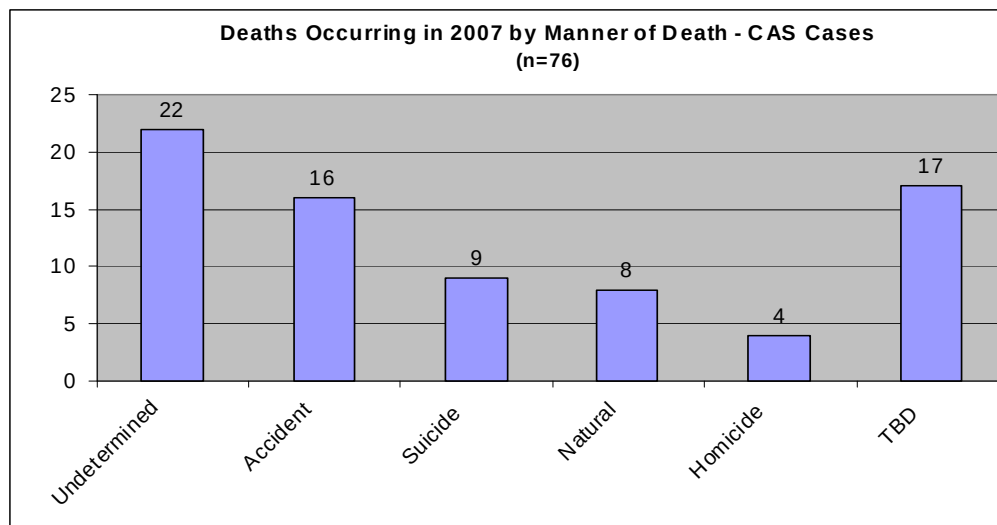
Grâce à la directive conjointe et au protocole d'entente, de grands pas ont été faits pour simplifier l'examen et l'analyse des décès d'enfants et la présentation des rapports s'y rapportant. Des stratégies de prévention et de sensibilisation ont été élaborées et mises au point. Le Comité d'examen des décès d'enfants a pu organiser et améliorer les procédures visant à permettre l'examen des cas dans de meilleurs délais. Des réactions et des recommandations sont fournies aux organismes plus rapidement et les SAE font leurs examens internes plus efficacement, ce qui permet d'apprendre et d'apporter les modifications nécessaires à partir des lacunes relevées pour renforcer les services et le soutien aux familles et aux enfants. La réponse du public, des intervenants en bien-être de l'enfance, des coroners, des membres du Comité et des représentants du ministère a été extraordinairement positive.

- Ø Le Comité d'examen des décès d'enfants a plus que doublé le nombre de cas examinés annuellement au cours des deux dernières années.
- Ø Moins de mandats sont émis pour obtenir les dossiers complets de la SAE.
- Ø Moins d'examens complets du Comité sont requis grâce à la sélection des cas qui se fait plus tôt dans le processus, ce qui permet de préparer les cas les plus critiques en vue d'un examen qui se fera plus tôt.
- Ø Plus grande compréhension et meilleure attitude chez les intervenants en bien-être de l'enfance grâce à une analyse ne visant pas à trouver de coupable qui se fait dans le cadre de l'examen des décès d'enfants.
- Ø Les SAE sont plus à même de mener des examens internes sur les décès d'enfants, ce qui leur permet d'apprendre davantage et de mettre en œuvre de façon plus significative et opportune les recommandations pour prévenir de futurs décès d'enfants.
- Ø Le Comité a éliminé son arriéré de cas à examiner de 2004-2005.
- Ø Diffusion plus large des rapports et des recommandations du Comité et production et distribution d'un rapport annuel, ce qui accroît la responsabilisation et la confiance du public.
- Ø Suivi précis et régulier des statistiques, des tendances, des thèmes.
- Ø Mise en œuvre et contrôle des échéanciers et des processus donnant lieu à une responsabilisation accrue de la part du Bureau du coroner en chef et du MSEJ pour ce qui est du respect des délais d'examen des cas et de présentation des rapports.
- Ø Meilleure compréhension de la part du public et des professionnels des défis, des rôles, des responsabilités et des mandats du Bureau du coroner en chef et des SAE.
- Ø Information accrue du public, des médias et d'autres systèmes concernant les tendances, les réalités et les stratégies de prévention.

Décès survenus en 2007 signalés par une société d'aide à l'enfance

En 2007, les sociétés d'aide à l'enfance (SAE) ont signalé 90 décès au Comité d'examen des décès d'enfants. De ce nombre, il a été déterminé que 14 ne relevaient pas du coroner étant donné l'état de santé de l'enfant et le fait que le décès était attribuable à des causes naturelles. Par conséquent, aucun examen n'a été fait dans ces 14 cas.

Sur les **76** cas restants, des examens internes ont été demandés dans 37 cas; ces décès seront renvoyés au Comité pour examen et un rapport sera présenté au cours des 12 prochains mois. Une analyse plus détaillée de ces décès se fera dans l'année de l'examen. Les données préliminaires des **76** cas relevant du coroner qui comportaient une intervention de la SAE donnent ce qui suit :



Nota : 17 décès sont encore sous enquête, notamment en attente des résultats de tests. Le mode de décès est donc à déterminer.

Traduction de la graphique

Deaths Occurring in 2007... = Décès survenus en 2007 selon le mode de décès – Cas d'enfants ayant reçu des services d'une SAE (n = 76)

Undetermined = Indéterminé

Accident = Accidentel

Suicide = Suicide

Natural = Naturel

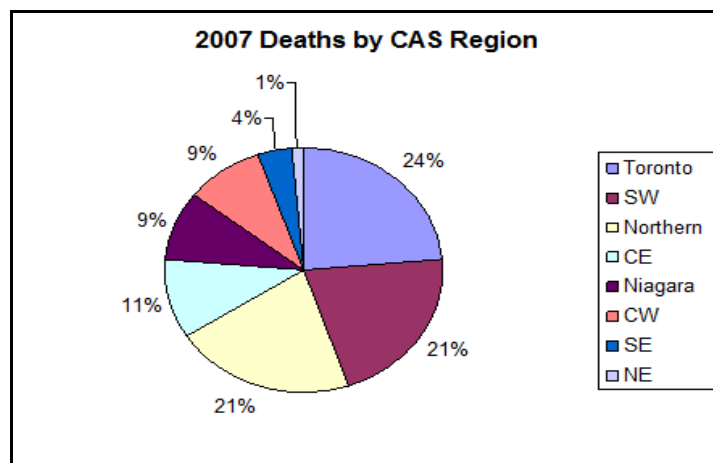
Homicide = Homicide

TBD = À déterminer

En raison du volume de cas et du temps qu'il faut pour mener une enquête du coroner complète, notamment pour obtenir les différents résultats des tests et divers rapports, la plupart des décès ne peuvent être examinés dans l'année où ils surviennent. En outre, les cas qui se trouvent devant les tribunaux criminels ne sont généralement pas examinés tant qu'un verdict n'est pas rendu.

Décès survenus en 2007 par région (MCYS)

Décès survenus en Ontario. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse est divisé en 9 régions qui supervisent 53 sociétés d'aide à l'enfance. Le graphique qui suit présente une ventilation par région du MSEJ des 76 décès qui ont fait l'objet d'une enquête du coroner et qui ont été signalés au Comité d'examen des décès d'enfants par une SAE:



Toronto	18
Sud-Ouest	16
Nord	16
Centre-Est	8
Niagara	7
Centre-Ouest	7
Sud-Est	3
Nord-est	1
Est	0
Total	76

Traduction de la graphique

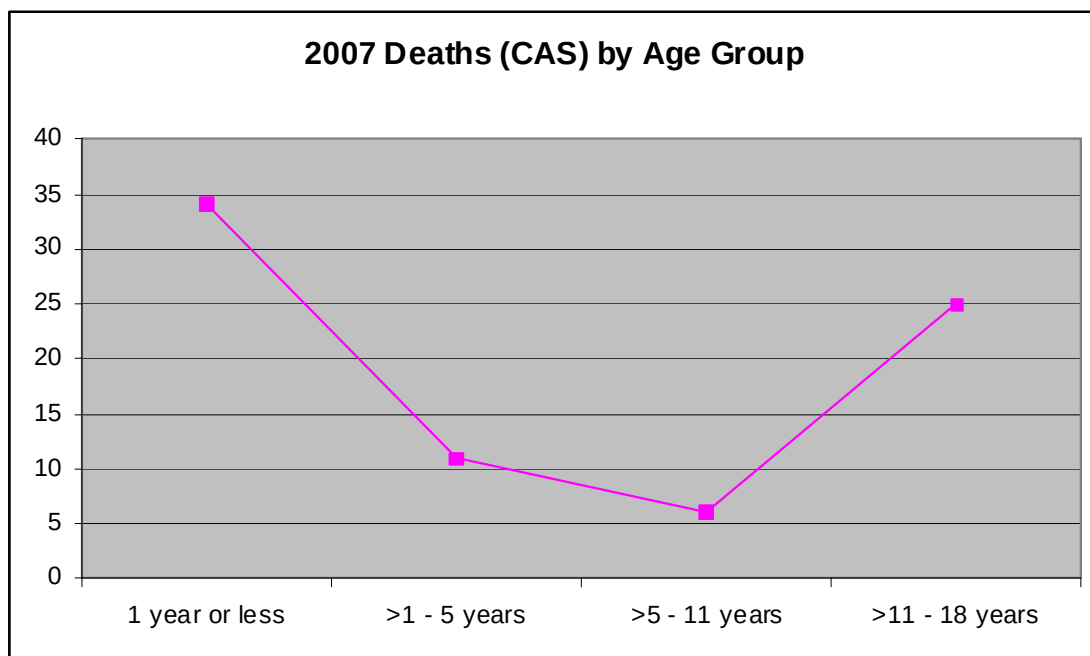
2007 Deaths by CAS Region = Décès survenus en 2007 par région du MSEJ

Toronto
S.-O.
Nord
C.-E.
Niagara
C.-O.
S.-E.
N.-E.

Sexe et âge :

- 35 (46 %) des enfants décédés étaient des filles et 41 (54 %) des garçons.
- L'âge variait entre 1 jour et 18 ans.
- 45 décès (59 %) étaient des décès d'enfants de 5 ans et moins.
- 34 (75 %) de ces enfants avaient 1 an ou moins (45 % des décès totaux).
- 27 de ces nourrissons avaient 6 mois ou moins (35 % des décès totaux).
- 6 enfants avaient de 5 à 11 ans.
- 24 jeunes (32 %) avaient entre 12 et 18 ans.
- **De toute évidence, ce sont les nourrissons de moins de 12 mois et les jeunes âgés de 12 à 18 ans qui présentent le risque de décès le plus élevé.**
- La majorité des décès de nourrissons de moins de un an impliquaient un environnement de sommeil dangereux. Quatorze (41 %) de ces enfants étaient âgés de 2 semaines à 8 mois et partageaient leur lit avec au moins un adulte.

- La majorité des décès survenus chez les jeunes de 12 à 18 ans étaient le fait d'un suicide (33 %) et d'un accident (33 %), habituellement une noyade ou un accident de la route.
- Ces chiffres pourraient être plus élevés lorsque les enquêtes concernant les décès survenus en 2007 seront terminées.



Traduction de la graphique

2007 Deaths (CAS) by age group = Décès survenus en 2007 et signalés par une SAE par groupe d'âge

1 year or less = 1 an ou moins

1 - 5 years = 1 - 5 ans

5 - 11 years = 5 - 11 ans

11 - 18 years = 11 - 18 ans

Examens des cas de décès d'enfants ayant reçu des services d'une société d'aide à l'enfance par le Comité d'examen des décès d'enfants

Le Comité d'examen des décès d'enfants ne cherche pas de coupable, il examine les cas du point de vue de la prévention. Un de ses rôles consiste à faire des recommandations pour empêcher que des décès ne surviennent dans des circonstances semblables. Par exemple, il tente de répondre aux questions suivantes : Ce décès aurait-il pu être évité? Des décès semblables pourraient-ils être évités à l'avenir et dans l'affirmative, comment?

Tous les décès d'enfants sont tragiques et sont habituellement le résultat de différents facteurs; à l'occasion, l'action ou l'inaction des fournisseurs de soins (parents ou systèmes) jouent un rôle dans les circonstances qui conduisent au décès. Le Comité d'examen des décès d'enfants examine ces circonstances et fait des recommandations à l'intention du système de bien-être de l'enfance et d'autres intervenants dans le but de prévenir d'autres décès d'enfants.

Compte tenu du fait que le Comité a l'avantage de faire ses analyses a posteriori lorsqu'il examine les pratiques de l'organisme, il est utile de se rappeler des questions suivantes qu'a posées le D^r Peter Markesteyn (*Turner Review and Investigation*, septembre 2006) :

Que savaient-ils au moment des événements?

Qu'auraient-ils dû savoir mais ne savaient pas au moment où les événements se sont produits?

Compte tenu de ce qu'ils savaient ou auraient dû savoir alors, leurs décisions étaient-elles judicieuses?

Le Comité reconnaît la difficulté du travail que font les sociétés d'aide à l'enfance pour protéger les enfants du danger.

Selon l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, les SAE prennent en charge quelque 19 000 enfants, dont 9 000 sont des pupilles de la Couronne. Les SAE ont mené **81 829 enquêtes** et ont ouvert en moyenne **26 260 dossiers de protection** en 2006-2007 (de www.oacas.org). Le nombre de décès d'enfants pendant cette période représente de toute évidence un très petit pourcentage du volume d'enfants et de familles qui reçoivent de l'aide ou des services du système de bien-être de l'enfance.

Lors d'examens rétrospectifs, il arrive parfois qu'on se questionne sur les décisions qui ont été prises, la gestion d'un cas ou la prestation de services de protection de l'enfance aux enfants et aux familles.

Beaucoup de décès d'enfants peuvent être évités. Lorsqu'un enfant meurt, il est particulièrement troublant de constater que les facteurs contributifs comprennent les services qu'il a ou n'a pas reçus d'un organisme de protection de l'enfance. Dans les deux cas illustrés ci-dessous, le Comité croit que si des décisions différentes avaient été prises, les résultats auraient été différents. Chacun des organismes concernés a fait un examen interne des décès et a reconnu que des changements dans les services, les politiques et la formation étaient nécessaires. Même dans un modèle d'intervention différentielle, une action plus contraignante d'une société peut être nécessaire dans certaines circonstances. Les enfants dans les deux cas présentés ci-après auraient peut-être bénéficié d'une telle action.

Résumé du cas n° 1 :

Le nourrisson, une fillette de 4 semaines, né de jeunes parents qui avaient eux-mêmes passé beaucoup de temps en familles d'accueil quand ils étaient jeunes, est décédé pendant qu'il était en visite chez des parents. L'enfant avait été couché sur le ventre, sur un oreiller d'adulte,

recouvert d'une couverture et placé dans un parc de jeu où on l'a retrouvé mort le lendemain matin.

Le Comité d'examen des décès d'enfants s'inquiétait de ce que les parents continuaient de s'occuper de l'enfant sans une intervention plus contraignante de la SAE. Les deux parents fumaient et la mère avait consommé des drogues pendant toute la grossesse. Le bébé était prématuré et a été gardé à l'hôpital pendant les deux premières semaines. La SAE connaissait les problèmes que présentaient les parents, à savoir problèmes de santé mentale, tabagisme, consommation de drogues, violence familiale, mauvais jugement et conditions de logement inacceptables.

Les parents ont refusé de signer une entente de service volontaire et la Société a décidé d'aller devant les tribunaux. Cependant, cela ne s'est pas fait avant le décès de l'enfant. Compte tenu de la nature et du modèle des préoccupations, on comprend difficilement pourquoi la Société a mis tant de temps avant d'envisager d'aller devant les tribunaux pour demander la protection de l'enfant.

Même si la SAE n'était pas responsable du lieu où l'enfant se trouvait quand il est décédé, elle a reconnu dans l'examen interne que plusieurs pratiques exemplaires n'avaient pas été suivies, que le risque avait été sous-estimé au stade de l'enquête et qu'il aurait fallu en référer aux tribunaux plus tôt.

Résumé du cas n° 2 :

Un nourrisson de six semaines est décédé alors qu'il partageait le lit avec sa mère qui avait fait l'objet de multiples interventions des services de bien-être de l'enfance. Avant la naissance de l'enfant, les parents avaient fait l'objet de huit enquêtes concernant des allégations de consommation de drogues, de négligence envers leurs autres enfants, de violence familiale, de surveillance inadéquate et de conditions de logement dangereuses. À cause de la consommation de drogues de la mère, l'enfant est né dépendant de la méthadone, a reçu des traitements de morphine et, après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital, a été confié aux soins de sa mère. La Société a continué de travailler avec la famille, volontairement, pour surveiller les soins donnés à cet enfant et aux autres enfants de la famille, même si les parents n'avaient guère participé aux interventions de la Société. L'enfant a fait l'objet de mesures de protection permanente lorsque des questions de violence familiale, impliquant consommation de drogues, négligence et manque de compétences parentales sont clairement devenues très préoccupantes. Dans son examen interne, la Société a reconnu que le processus de transfert du cas avait été parsemé d'embûches, notamment des problèmes de communication, des évaluations incomplètes et de graves retards.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a conclu que les décisions de fermer le dossier après chacune des huit premières enquêtes semblaient fondées surtout sur le déni des allégations par les parents ou une incompréhension des enjeux. Il est essentiel que les SAE établissent une spécialité touchant les enfants à risque élevé qui mettrait l'accent sur l'environnement familial. Sont ici compris les compétences parentales, l'environnement de sommeil et le contrôle de tous les jalons physiques et des besoins émotionnels des enfants, en particulier lorsque les parents ont des problèmes de toxicomanie. Il n'est pas judicieux de fermer un dossier lorsqu'il subsiste des doutes quant à la compétence des parents simplement parce qu'il est difficile de faire participer la famille qui semble éviter tout contact. Des mesures plus contraignantes auraient dû être envisagées dans ce cas. Le Comité remet en question le processus qui a mené aux décisions prises par les autorités médicales et les services de protection de l'enfance de rendre un enfant dépendant de la morphine à une mère toxicomane, de façon volontaire. Ce cas a été renvoyé au Comité pour un examen médical. Le rapport est attendu.

Décès pouvant être évités

Le programme d'examen des décès d'enfants de l'Arizona a élaboré une définition que bien des équipes d'examen des décès d'enfants semblent avoir adoptée. Cette définition précise, en substance, que **le décès d'un enfant aurait pu être évité si la communauté ou un particulier avait pu, dans les limites du raisonnable, faire quelque chose pour changer les circonstances qui ont conduit au décès**. Nous pensons souvent que les événements qui donnent lieu à des blessures sont des accidents. Or, la plupart des blessures que subissent les enfants sont prévisibles, compréhensibles et, par conséquent, évitables (The National Center for Child Death Review - Michigan).

La vaste majorité des décès d'enfants examinés par le Comité, qui étaient le fruit d'actions ou d'omissions, auraient pu être évités grâce à des interventions, une éducation ou un contrôle accrus ou différents. C'est donc dire qu'en déterminant des tendances et des thèmes et en faisant des recommandations utiles, nous devrions être en mesure de prévenir des décès futurs dans des circonstances semblables. Bon nombre des 37 décès examinés cette année auraient pu être prévenus si les mesures suivantes avaient été prises :

- ≈ environnement de sommeil plus sûr : 15
- ≈ mise en œuvre de services et de ressources en santé mentale à l'intention des jeunes présentant un risque élevé de suicide : 6
- ≈ meilleure surveillance de l'enfant : 5
- ≈ intervention avant qu'un acte violent ne soit posé envers un enfant par un fournisseur de soins : 5
- ≈ attention plus étroite et réaction aux besoins médicaux de l'enfant : 1

En 2007, 76 décès signalés au Comité d'examen des décès d'enfants par une SAE ont été soumis à une présélection et il a été déterminé qu'un examen et un rapport complets étaient inutiles pour 36 d'entre eux. Ces 36 cas ne feront pas l'objet d'un examen détaillé parce qu'il était évident qu'une intervention médicale ou l'intervention de la SAE n'aurait pas pu empêcher le décès. Il s'agit, par exemple, de cas où l'enfant était médicalement fragile et où le décès n'était ni subit, ni imprévu, ou encore de cas où la SAE est intervenue uniquement à cause de l'incident qui a mené au décès de l'enfant. Sur les 76 décès signalés par une SAE en 2007, 40 seront envoyés au Comité pour être soumis à un examen complet et feront l'objet d'un rapport qui pourrait contenir des recommandations.

En 2007, le Comité a mené un examen approfondi de 37 décès d'enfants dont la famille avait fait l'objet d'interventions d'une société d'aide à l'enfance dans les 12 mois précédant le décès. Un incident et un homicide ont causé le mort de trois enfants. Par conséquent, 35 rapports contenant des recommandations ont été publiés.

Sur les 37 enfants décédés, 15 étaient des filles et 22 des garçons. L'âge des enfants variait entre 2 semaines et 17 ans. La majorité des décès (57 %) étaient des décès d'enfants de moins de 5 ans (n = 21) dont 15 des décès d'enfants de moins de 1 an (71 %). Treize des 16 autres enfants étaient âgés entre 12 et 17 ans.

Les décès examinés étaient répartis comme suit :

2006 – 27 cas (29 enfants)

2005 – 6 cas

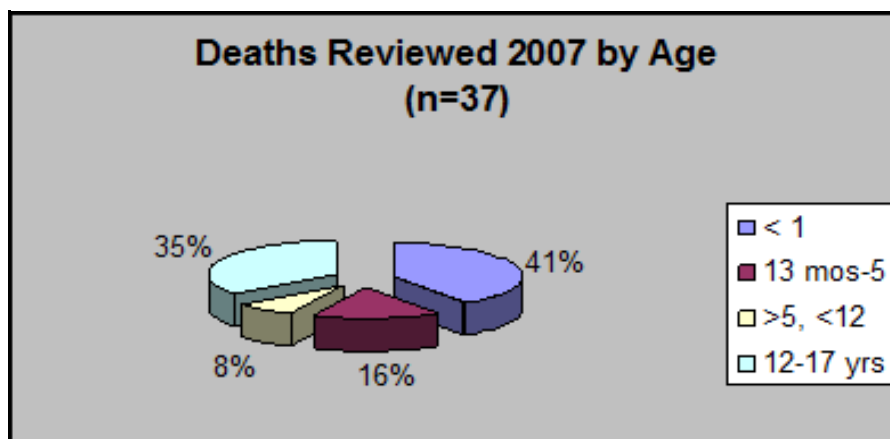
2004 – 1 cas

2003 – 1 cas

Interventions d'une SAE :

- 25 cas relevaient d'une SAE au moment du décès (22 cas de protection de l'enfance + 3 pupilles de la Couronne).
- Genres de dossier de protection : 7 prises en charge; 15 cas de protection permanente (4 comportaient des demandes au Tribunal de la famille).
- Dix dossiers avaient été fermés dans les 12 mois précédant le décès.
- Quatre des 37 enfants étaient sous la garde d'un SAE, dont 3 étaient des pupilles de la Couronne.

Dans 3 des cas, un jeune enfant est décédé alors qu'il était sous la garde d'un fournisseur de soins autre que son père ou sa mère (un membre de la parenté ou une gardienne), ce qui prouve la nécessité pour les parents de s'assurer que les personnes à qui ils confient leurs enfants peuvent les surveiller adéquatement et fournir un environnement de sommeil sûr.



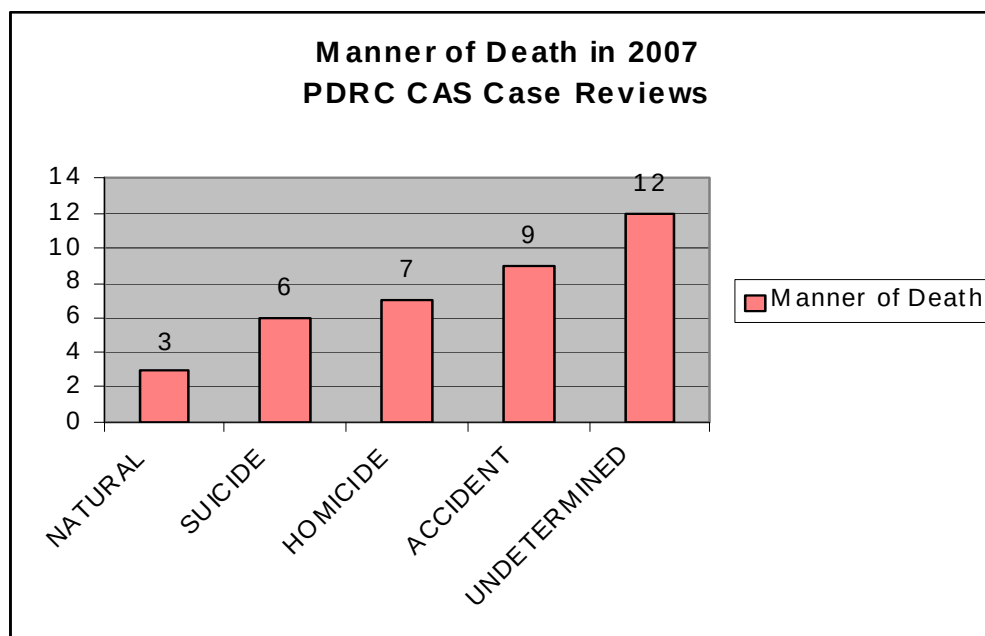
Traduction de la graphique

Deaths Reviewed 2007 by Age = Décès examinés en 2007 selon l'âge (n = 37)

13 mos-5 = 13 mois – 5 ans

12-17 yrs = 12-17 ans

Examens des cas de décès d'enfants ayant reçu des services d'une société d'aide à l'enfance par le Comité d'examen des décès d'enfants – Mode de décès



Traduction de la graphique

Manner of Death 2007 = Mode de décès

PDRC CAS Case Reviews = Cas de décès d'enfants ayant reçu des services d'une SAE examinés par le Comité en 2007

Manner of Death = Mode de décès

NATURAL = NATUREL

SUICIDE = SUICIDE

HOMICIDE = HOMICIDE

ACCIDENT = ACCIDENTEL

UNDETERMINED = INDÉTERMINÉ

La section qui suit contient des exemples réels de cas tirés de ceux que le Comité a examinés en 2007. Ils illustrent chacun des cinq modes de décès (voir page 14 pour une définition complète). Comme dans tous les exemples de cas présentés dans le présent rapport, les renseignements identificatoires ont été modifiés pour protéger la vie privée des enfants et d'autres personnes.

Mode de décès : INDÉTERMINÉ

Lorsqu'une enquête complète, comprenant une autopsie, ne permet pas de conclure à un mode de décès, le mode de décès est alors jugé indéterminé. Bon nombre des décès subits et imprévus de nourrissons, où aucune cause anatomique ou toxicologique n'est trouvée, entrent dans cette catégorie.

En 2007, 12 des 37 décès examinés par le Comité ont été classés dans la catégorie « Indéterminé ». Onze de ces décès étaient des décès d'enfants de moins de 12 mois qui sont morts dans un environnement de sommeil dangereux. Un décès de mode indéterminé est celui qui ne satisfaisait pas au critère de « très forte probabilité » auquel un décès doit répondre pour être considéré comme un suicide.

Une mère allaitait sa fillette de six semaines dans le lit parental. Le père était également présent. Il semble que la mère se soit endormie en allaitant et qu'elle se soit réveillée le lendemain matin pour constater l'absence de signes vitaux chez la fillette. L'enfant a ensuite été amené à l'urgence où les tentatives de réanimation ont été infructueuses. Les résultats de l'autopsie n'ont révélé aucune cause anatomique évidente du décès. Aucune indication ne permettait de conclure à un acte suspect. La radiologie post-mortem ne révélait aucune fracture ancienne ou récente et les résultats des tests de toxicologie étaient négatifs. Le décès a été classé comme suit :

Cause : Décès subit et imprévu du nourrisson
(partage du lit avec ses deux parents dans un environnement de sommeil dangereux – lit d'adulte)

Mode de décès : Indéterminé

Mode de décès : NATUREL

Certains enfants sont si fragiles médicalement que leur décès n'est pas une surprise et survient alors que l'enfant reçoit des soins médicaux. Ces cas ne justifient pas nécessairement une enquête du coroner. Si une SAE intervient auprès de la famille, on prévient l'organisme qu'il ne s'agit pas d'un cas devant faire l'objet d'une enquête du coroner et aucun examen du Comité n'est attendu.

En raison de la nature de la maladie ou du décès d'un enfant, qui est souvent prévisible et qu'on ne peut pas prévenir directement par une intervention médicale ou celle d'une SAE, peu de ces décès font l'objet d'un examen complet du Comité, qui comprend la présentation d'un rapport contenant des recommandations.

Cependant, il arrive parfois qu'on se questionne sur les soins qu'a reçus un enfant avant son décès et le Comité examinera alors les soins médicaux et ceux fournis par la SAE à l'enfant. En 2007, nous avons examiné 3 décès de cause naturelle : l'un des complications de la fibrose kystique, l'un causé par le syndrome de la mort subite du nourrisson et l'autre causé par une myocardite.

Un garçon de 13 ans souffrant de fibrose kystique depuis longtemps a été admis à l'hôpital dans un état grave. Les mesures de confort ont été prises et le garçon est décédé peu de temps après. Il n'avait pas été trop actif physiquement, il avait une insuffisance de poids et sa dernière visite médicale remontait à trois ans. Il était en 8^e année et allait à l'école sporadiquement. Un dossier avait été ouvert à plusieurs reprises à la SAE, mais il avait été fermé avant le décès de l'enfant.

Étant donné la possibilité d'un problème de qualité de soins, le coroner a informé la police; aucune accusation n'a été portée. Le rapport d'autopsie énumérait neuf constatations importantes, précisant que le décès était dû à des complications de la fibrose kystique et que le mode de décès était naturel.

Mode de décès : SUICIDE

Pour être considéré comme un suicide, le décès doit être le résultat d'un acte intentionnel commis par une personne qui connaît les conséquences du geste qu'elle est sur le point de poser, c'est-à-dire sa propre mort.

En 2007, le Comité a examiné les décès par suicide de six jeunes filles âgées de 12 à 15 ans. Toutes se sont pendues. Deux des six jeunes filles étaient des jeunes des Premières nations. Plusieurs thèmes se dégagent de la vie troublée et du décès malheureux de ces jeunes.

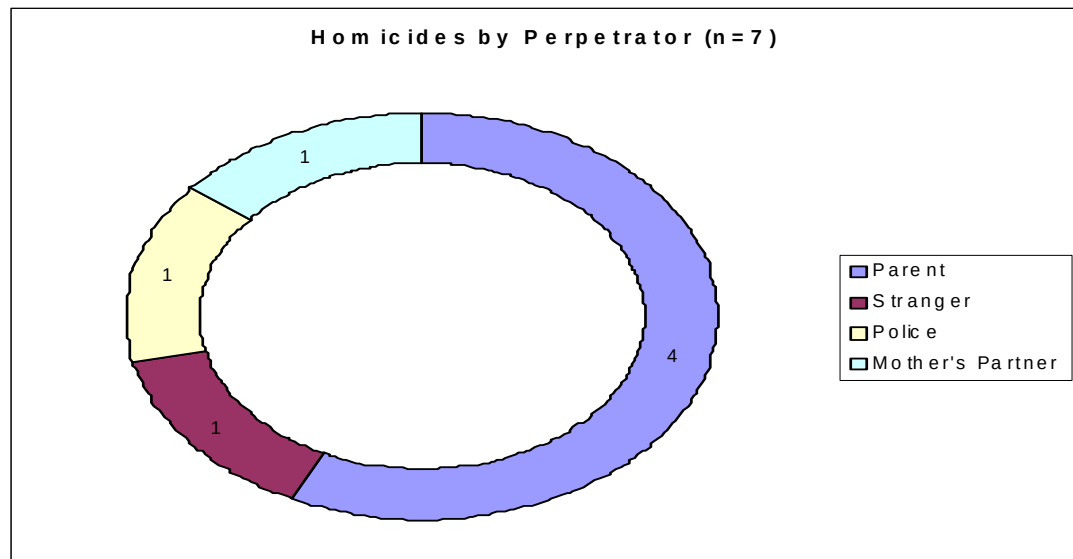
Facteur	Nombre
Avaient déjà eu des idées ou fait des tentatives de suicide	6
Avaient des problèmes de santé mentale	6
Avaient déjà suivi ou suivaient un traitement	6
Parents incapables de répondre aux besoins des enfants	5
Problèmes sociaux et scolaires	5
Avaient déjà été victimes de mauvais traitements ou de négligence	4
Antécédents de conflits parents-enfants	4
Avaient déjà été placées en famille d'accueil	3
Prenaient des médicaments sur ordonnance	3
Étaient en deuil d'un membre de leur famille	3
Antécédents de toxicomanie	2

Une fillette de 14 ans ayant des antécédents de comportement suicidaire, dont deux tentatives antérieures, a été retrouvée pendue dans sa chambre, par sa mère. La fin de semaine qui a précédé son décès elle était sortie avec une amie. Elle venait de perdre un proche cousin, avait des problèmes scolaires et certains camarades de classe la taquinaient. Cette jeune fille avait été placée en familles d'accueil pendant plusieurs années à cause d'un conflit avec ses parents et de préoccupations concernant la toxicomanie et les problèmes de santé mentale de ceux-ci. Elle avait été renvoyée à ses parents six mois avant son suicide, avait été dirigée vers un conseiller et semblait bien se porter. La SAE avait fermé son dossier quatre mois auparavant.

Mode de décès : HOMICIDE

Parmi les décès révisés en 2007, sept ont été le fruit d'un homicide, c'est-à-dire le fait de poser un geste non accidentel contre une autre personne et de causer sa mort. Les fournisseurs de soins ont été responsables du décès de cinq enfants : 3 enfants (et leur mère) ont été tués par leur père; un enfant a été tué par le conjoint de sa mère; un enfant a été tué par un ou les deux fournisseurs de soins (sa mère et son partenaire) et des accusations criminelles ont été portées contre les deux. Un enfant est mort lorsque la police a tiré sur lui lors d'une altercation et le dernier a été tué (avec sa mère) par un inconnu.

Cause du décès	Nombre
Arme à feu	4
Traumatisme causé par un objet contondant	2
Agression à coups de couteaux	1



Traduction de la graphique

Homicides by perpetrator = Homicides selon l'auteur

Parent = Parent

Stranger = Inconnu

Police = Police

Mother's Partner = Conjoint de la mère

Un enfant de 18 mois a été amené à l'urgence de l'hôpital par sa mère et son conjoint de fait. Il semblait faible et était incapable de marcher. Il a été déterminé qu'il avait subi un traumatisme au bras et aux jambes. Il est décédé par la suite. Les deux adultes ont été accusés de ne pas avoir assuré les nécessités de la vie et de négligence criminelle causant la mort. La SAE a pris en charge deux enfants survivants qu'elle a placés en famille d'accueil.

Mode de décès : ACCIDENTEL

Neuf des 37 cas examinés par le Comité en 2007 ont été qualifiés d'accidentels, c'est-à-dire le résultat d'un événement fortuit. La plupart des décès accidentels peuvent être prévenus. Une surveillance suffisante des jeunes enfants et une sensibilisation accrue par l'éducation pourraient contribuer à réduire, voire à éliminer, la majorité de ces décès dans l'avenir. Les neuf décès accidentels qu'a examinés le Comité étaient attribuables à :

- » une chute d'un endroit élevé – 1
- » l'inhalation de fumée dans un incendie – 1
- » l'asphyxie due à une mauvaise posture/par compression – 2
- » des accidents de la route – 2
- » une noyade – 3 (une noyade dans une baignoire; deux dans des lacs. Dans les trois cas, les enfants n'étaient pas surveillés par un adulte au moment de la noyade.)

Une mère donnait le bain à ses deux enfants dans la baignoire. Elle avait placé ses deux bambins dans des sièges pour baignoire qui adhéraient au fond de celle-ci grâce à des ventouses. Les deux enfants avaient de l'eau à hauteur de la taille. À un certain moment, la mère s'est rendue dans la chambre à côté pour prendre les pyjamas de ses enfants, qu'elle avait oubliés. En revenant quelques minutes plus tard, elle a trouvé son enfant de 9 mois la tête dans l'eau, hors de son siège de baignoire. Elle a sorti l'enfant de la baignoire et a composé le 911 puis a tenté de pratiquer la réanimation cardio-respiratoire; l'enfant est mort pendant son transport à l'hôpital.

Les alertes sur la sécurité des produits de 2007 (Consumer Product Safety Alert) de la U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC) signalent que les décès par noyade chez les enfants se produisent également dans d'autres contenants qui peuvent contenir des liquides, comme des glacières, des évier, des aquariums et des étangs. Soulignant l'importance d'une surveillance constante, la CPSC donne ces conseils de sécurité pour prévenir les décès par noyade à la maison :

- NE JAMAIS laisser un bébé seul dans une baignoire, même pour une seule seconde. Toujours garder bébé à distance de bras.
- NE JAMAIS laisser de jeunes enfants seuls ou avec des jeunes frères et sœurs dans la baignoire, même si on utilise un siège de baignoire ou un anneau de bain. Les enfants peuvent se noyer rapidement et silencieusement.
- Garder le couvercle de la toilette rabattu et tenir les enfants hors de la salle de bain s'ils ne sont pas surveillés. Envisager de verrouiller la porte de la salle de bain.
- S'assurer que tous les contenants qui contiennent du liquide sont vidés immédiatement après usage. Ne pas laisser de contenants vides à l'extérieur de la maison, notamment dans la cour, là où ils peuvent se remplir d'eau et attirer les jeunes enfants.
- Toujours bien fixer le couvercle de sécurité du spa ou de la cuve thermique.
- Apprendre les techniques de réanimation cardio-respiratoire, elles peuvent sauver des vies.

Examens internes des décès d'enfants par les sociétés d'aide à l'enfance

La directive conjointe de 2006 explique la raison d'être des examens internes que doit faire une société d'aide à l'enfance lorsqu'un enfant meurt pendant qu'il reçoit des services de la SAE. Elle comprend également des lignes directrices et un modèle à suivre pour procéder à ces examens. Beaucoup de SAE faisaient déjà des examens internes avant 2006; d'autres le font maintenant à la demande du Comité d'examen des décès d'enfants. Tous les examens visent à tirer des leçons de l'analyse des circonstances qui ont entouré un décès et des services fournis afin de prévenir d'autres décès dans l'avenir.

Depuis quelque temps, les hôpitaux de l'Ontario mènent des examens internes de la qualité des soins ou des révisions par les pairs lorsque des événements graves se produisent, même s'il y a erreur médicale.

Les examens d'assurance de la qualité sont des outils indispensables, consacrés par le temps, pour examiner les erreurs médicales dans le but de prévenir d'autres événements malheureux et d'améliorer les services de santé. (Adapté de *Quality Assurance Reviews - An Update: Quality of Care Information Protection Act, 2004*, Kristin L. Taylor)

Ces examens sont généralement menés par un comité de la qualité des soins qui « a pour mission d'exercer des activités dans le but d'étudier ou d'évaluer la fourniture de soins de santé afin d'améliorer ou de maintenir la qualité de ces soins ou le niveau de connaissance et de compétence des personnes qui les fournissent ». (www.o.ca.com)

Les leçons tirées de ce genre d'examen peuvent aider les fournisseurs de services à faire une analyse critique des pratiques et des politiques et à apporter les modifications qui s'imposent pour prévenir les décès futurs ou en réduire le nombre.

Au cours des deux dernières années, le Comité d'examen des décès d'enfants a tenté de clarifier les lignes directrices initialement établies pour mener les examens internes. Nous continuons de recevoir des questions sur les critères utilisés pour demander que les sociétés d'aide à l'enfance fassent des examens internes. La directive conjointe exige un examen complet dans les cas de décès « douteux », c'est-à-dire lorsque le mode de décès est indéterminé, lorsqu'un enfant était pris en charge par une SAE, lorsque les circonstances entourant le décès ont trait de quelque façon que ce soit aux raisons pour lesquelles les services de la SAE étaient offerts et lorsqu'il existe des motifs de croire que le décès était associé à une action ou à une omission de la part du fournisseur de soins.

La directive conjointe exige qu'un examinateur externe ayant une expertise clinique ou une expertise en bien-être de l'enfance fasse partie de l'équipe d'examen. Il s'agit pour les organismes de bâtir leur capacité interne de mener des examens. Certains organismes engagent des consultants externes qui font ou dirigent l'examen, mais d'autres dirigent eux-mêmes le processus et recrutent un participant externe qui se joint à l'équipe d'examen.

En 2007, des examens internes ont été demandés dans 37 des 90 cas signalés au Comité d'examen des décès d'enfants par une SAE. Après avoir reçu la fiche de signalement d'un décès d'enfant et le sommaire du cas de la SAE et la déclaration d'enquête du coroner, le Comité détermine si le cas satisfait aux critères énoncés ci-dessous pour demander à la SAE de mener un examen interne et de lui faire parvenir un rapport. À noter que la liste n'est pas exhaustive.

- Intervention de la SAE dans les 12 mois précédant le décès
- Décès subits et imprévus, notamment la plupart des accidents, des homicides, des suicides et des décès dont le mode est indéterminé
- Certains décès naturels (c.-à-d. SMSN)
- Décès qui auraient pu être évités avec une intervention
- Ouverture d'un dossier de la SAE pour des raisons connexes

Amélioration des pratiques des services de bien-être de l'enfance par les leçons tirées des examens de décès d'enfants

On reconnaît que certaines recommandations contenues dans les rapports du Comité d'examen des décès d'enfants ont déjà été mises en œuvre et ont donné lieu à la révision des pratiques et des politiques de l'organisme. Ainsi, la législation et les normes provinciales régissant la protection de l'enfance ont été révisées. L'objectif d'un examen du décès d'un enfant est de déterminer les interventions individuelles, organisationnelles ou systémiques qui peuvent avoir des répercussions, positives ou négatives, sur les mécanismes de protection de l'enfance, et d'en tirer des leçons, afin de prévenir des décès dans des circonstances semblables dans l'avenir.

Les organismes qui procèdent à des examens internes de décès d'enfants arrivent souvent à des conclusions et font souvent des recommandations visant à améliorer les pratiques et les politiques internes, et généralement le Comité d'examen des décès d'enfants souscrit à ces recommandations et fait parfois ses propres recommandations. La section qui suit présente un résumé des points forts et des limites des pratiques que le Comité a constatés en examinant 37 cas d'enfants décédés en 2007. Le nombre de fois où un thème ou une recommandation a été noté ou observé est indiqué entre parenthèses. Des exemples de cas qui illustrent certains de ces thèmes sont également donnés.

THÈMES – Points forts constatés

- § **De nombreux examens internes de décès d'enfants approfondis ont été faits.**
- § **On a souvent remarqué une analyse critique de la gestion de cas et le respect des normes provinciales ainsi que des recommandations pratiques visant à améliorer les pratiques et les politiques de l'organisme.**
- § **Dans bien des cas, on a noté une excellente coordination des services.**
- § **Des services de haute qualité étaient souvent fournis aux familles et aux enfants.**
- § **Des rapports d'étape et de suivi sur les recommandations internes et celles du Comité ont été fournis.**
- § **Certains organismes ont élaboré des pratiques et des protocoles exhaustifs sur les enfants à risque élevé.**

THÈMES – Limites observées dans les pratiques

	FRÉQUENCE
Il y a peu de communication avec des professionnels d'autres secteurs pour vérifier les renseignements fournis par les fournisseurs de soins.	15
Il y a peu de collaboration et de conférences de cas avec d'autres fournisseurs de services concernés.	14
Les antécédents familiaux et les interventions antérieures des services de bien-être de l'enfance n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation de la famille et l'intervention auprès de celle-ci.	14
Il y a eu d'importants problèmes de documentation qui ont eu des répercussions sur la gestion de cas, la prise de décisions et la capacité d'examiner le dossier.	8
Des marques apparentes de négligence n'ont pas été évaluées comme tel; aucun progrès n'a été fait quant aux buts du plan de service.	8
Les enfants n'ont pas été vus ou interrogés en privé régulièrement.	7
On n'a pas incité les pères ou les fournisseurs de soins de sexe masculin à participer aux services.	5
Les dossiers n'ont pas été vérifiés.	5
Aucun test de dépistage d'alcool ou de drogues n'a été fait dans le cas de parents ayant des antécédents de toxicomanie.	5
Les besoins des parents ou la relation de l'intervenant avec ceux-ci l'emportaient sur les besoins de l'enfant.	5
Le personnel en vacance n'était pas remplacé, il y avait pénurie de personnel, etc., ce qui a eu des répercussions sur les familles à risque élevé.	4
Le risque a été sous-estimé; les dossiers de cas à risque élevé ont été fermés avant le décès de l'enfant.	4
Les intervenants n'ont pas vu l'environnement de sommeil de l'enfant.	4
Il a été difficile de localiser les parents ou de les faire participer, ce qui a conduit à la fermeture du dossier.	3
Il n'y avait pas ou pas assez de notes de supervision.	3

THÈMES – Recommandations aux sociétés d'aide à l'enfance

	FRÉQUENCE
Le personnel devrait informer les parents sur les pratiques de sommeil sûres et devrait également voir l'environnement de sommeil de l'enfant régulièrement.	12
Il faut élaborer un protocole – police, hôpitaux, services de santé mentale, nourrissons à risque élevé.	8
Il faut tenir compte des évaluations des compétences parentales dans les cas où il est démontré que des préoccupations de longue date à ce chapitre subsistent.	8
L'organisme doit mener d'autres examens – examens internes, conférences de contrôle.	8
Plus de conférences de cas doivent avoir lieu avec tous les fournisseurs de services.	8
Une approche plus contraignante est recommandée.	7
Il faut examiner les cas dont les dossiers ont été fermés et rouverts ou qui sont passés d'une société à une autre à maintes reprises, ou encore lorsque de nombreux rapports n'ont pas été ouverts pour l'enquête.	6
Il serait judicieux d'élaborer des politiques concernant la communication avec des professionnels d'autres secteurs.	6
Il est recommandé d'assurer un suivi auprès des enfants survivants.	6
On recommande de réduire le nombre d'intervenants affectés à un dossier et de s'assurer qu'il y a suffisamment de personnel affecté aux cas à risque élevé.	6
Il est nécessaire de participer à des conférences de planification des sorties avec les hôpitaux.	4
Une politique sur les nourrissons à risque élevé devrait être élaborée.	4
Le personnel devrait rappeler aux parents le niveau approprié de surveillance.	4
Celui des deux parents qui n'a pas la garde des enfants devrait participer à l'enquête, à l'évaluation et aux interventions.	3
Les parents qui ont des problèmes de toxicomanie devraient passer des tests de dépistage de drogues.	3
Le soutien du personnel est nécessaire pour la tenue et les normes des réunions, et pour le travail administratif.	3
Il faudrait envisager la possibilité du syndrome d'alcoolisation fœtale et évaluer l'enfant pour le déceler.	2
On devrait envisager une évaluation prénatale des mères à risque élevé.	2

Recommandations concernant la FORMATION

Le Comité d'examen des décès d'enfants suggère souvent de la formation sur des sujets reliés à un cas.

Le nombre le plus élevé de recommandations portaient sur la formation accrue relative aux **nourrissons à risque élevé et aux pratiques de sommeil sûres (14) et à la santé mentale des enfants (5)**.

Des recommandations de formation ont été faites pour d'autres questions, notamment le SMSN, la violence familiale, la toxicomanie, la marche à suivre pour faire participer les clients, les pratiques de documentation et d'enregistrement et le syndrome d'alcoolisation fœtale.

Recommandations faites à d'autres intervenants

La majorité des recommandations que fait le Comité d'examen des décès d'enfants sont destinées à la SAE responsable, mais il arrive parfois que d'autres composantes du réseau soient mieux placées pour mettre en œuvre les changements requis. Par exemple :

Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance

- § Ajouter des renseignements sur le SMSN et les pratiques de sommeil dangereuses dans le programme de formation sur les nourrissons à risque élevé.
- § Élaborer une liste de contrôle normalisée sur la sécurité à domicile pour les intervenants des services de bien-être de l'enfance (avec idées du Comité d'examen des décès d'enfants).
- § Ajouter les risques liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues dans la formation sur les nourrissons à risque élevé.

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

- § Offrir des ressources et des mesures de soutien aux jeunes qui risquent d'avoir des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ou encore de se suicider.
- § Offrir de la supervision, du soutien et des ressources aux organismes pour qu'ils mettent en œuvre les modifications recommandées pour améliorer la gestion des cas.
- § Revoir le soutien financier pour améliorer les services et les partenariats entre la SAE locale et les fournisseurs de services dans les régions éloignées du Nord.
- § Demander aux foyers de groupe de faire un examen chaque fois qu'un enfant dont ils ont la garde meure.
- § Revoir les politiques des foyers de groupe concernant l'accompagnement d'un jeune dont ils ont la garde à l'urgence d'un hôpital.
- § Collaborer avec les SAE et d'autres fournisseurs de services à la jeunesse pour trouver des moyens plus efficaces de soutenir et de stabiliser les jeunes automutilateurs, à risque et mésadaptés.
- § Mener un examen plus approfondi d'un cas.
- § S'assurer qu'il existe des protocoles conjoints entre les SAE et d'autres fournisseurs de services (p. ex., hôpitaux, services de santé mentale, foyers de groupe).
- § Faire connaître aux SAE le rôle du Bureau du coroner dans l'échange de renseignements sur les décès d'enfants.
- § Surveiller les mesures prises par les organismes pour combler les pénuries de main-d'œuvre.

Bureau du coroner

- § Fournir de l'information fondée sur les examens de décès qui sera ajoutée au programme de formation sur les nourrissons à risque élevé de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance.
- § Envisager des recherches sur les risques associés au fait de faire dormir des prématurés dans les sièges d'auto.
- § Renvoyer au Comité les cas examinés par une SAE pour un examen médical. Il a été recommandé que trois cas soient renvoyés au Comité pour un examen médical en raison de préoccupations soulevées concernant les soins médicaux.

Les deux exemples qui suivent illustrent plusieurs **thèmes liés à la pratique et aux recommandations**.

Des thèmes sont souvent présents dans les comptes rendus d'examens ou les antécédents d'enfants dont le décès est examiné par le Comité comme on le constate dans le présent rapport. Ces deux exemples illustrent les tendances répétées qui ont été observées par ceux qui œuvrent dans le domaine du bien-être de l'enfance et dans les équipes d'examen des décès d'enfants.

Amélioration des services de bien-être de l'enfance par les leçons tirées des examens de décès d'enfants – Exemples de cas

Exemple n° 1 – Un bébé de 4 mois, qui **dormait entre ses deux parents**, a été retrouvé sans vie. Les parents ont admis avoir fumé de la marijuana et avoir bu de l'alcool la veille au soir. Le père venait tout juste de sortir de prison après avoir purgé une peine pour des accusations liées à la drogue. Les deux parents avaient depuis longtemps des problèmes reconnus de toxicomanie et des tests à la naissance avaient révélé des taux élevés de marijuana et de cocaïne chez le bébé en raison d'une exposition prénatale à ces substances. La SAE locale avait mené une enquête relativement à ces préoccupations à la naissance de l'enfant. Voici ce qui en est ressorti :

- La mère a admis consommer des drogues depuis longtemps, y compris la marijuana et la cocaïne.
- Le père avait été en prison pour des accusations liées à la drogue.
- Il avait été violent envers la mère par le passé.
- La mère a déclaré qu'elle n'envisageait pas de reprendre la vie commune avec le père et ne voulait pas qu'il se mêle de sa vie ni de celle du bébé. Par conséquent, l'intervenant de la SAE **n'a pas communiqué avec le père** et a prévenu la mère que le père ne devait pas entrer en contact avec le bébé sans l'approbation de la SAE.
- La mère n'avait pas de provisions pour le bébé et elle comptait sur les membres de sa famille pour le soutien. Elle a accepté de demeurer chez un parent qui devait informer la SAE si elle déménageait.
- La mère a passé un test de dépistage de drogues chez son médecin, qui a confirmé une consommation élevée de drogues pendant les six derniers mois de la grossesse. Elle a consulté un conseiller en toxicomanie et a accepté de le revoir pour passer une évaluation plus approfondie et suivre un traitement.
- Le dossier **a été fermé en six semaines** aux conditions suivantes : la mère devait demeurer chez un parent qui l'aiderait, suivre un programme de traitement de la toxicomanie, s'abstenir de consommer des drogues et ne pas communiquer avec le père.
- **Aucune conférence de cas n'a eu lieu, il n'y a pas eu consultation de collègues professionnels, aucun autre test de dépistage de drogues n'a été exigé et aucune évaluation des risques n'a été faite.**
- **Ni soutien ni services parentaux pour surveiller le bébé n'ont été confirmés.** Après le décès du bébé, il devint évident que la mère et le père avaient repris contact après la sortie de prison de ce dernier et que tous deux continuaient à consommer des drogues et de l'alcool. La mère a consulté un conseiller en toxicomanie une seule fois et n'a pas suivi de traitement. Le soir précédant le décès du bébé, elle ne demeurait pas chez le membre de sa parenté et les deux parents avaient consommé de l'alcool et d'autres drogues. Le membre de la parenté de la mère n'avait pas fait part de préoccupations à la SAE et le conseiller en toxicomanie n'avait pas signalé que la mère n'avait poursuivi le traitement et ignorait que le dossier avait été fermé.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a jugé que la mort de cet enfant aurait pu être évitée si la SAE et les fournisseurs de services de la collectivité avaient exercé **un plus grand contrôle** et étaient **intervenues davantage**. Il a donc recommandé :

1. que la SAE s'assure que le personnel et les superviseurs de la prise en charge et de la protection permanente aient une **formation régulière et appropriée sur la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues chez les parents et la détermination des facteurs de risque chez les enfants à risque élevé;**
2. que le **bureau régional du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse fasse un examen** de ce cas, auquel participeront les fournisseurs de services de la collectivité et la SAE, pour cerner les problèmes et trouver les solutions qui permettront d'établir des relations de travail fondées sur la collaboration dans de futurs cas semblables;

3. que la **SAE revoie ses politiques et procédures, ou en établisse de nouvelles, sur les tests de dépistage des drogues à faire passer aux parents qui ont des antécédents de toxicomanie dans le cadre du processus d'évaluation des risques**, et sur la surveillance des familles d'enfants exposés à des drogues avant la naissance;
4. que la SAE fasse état au ministère des progrès réalisés dans la mise en œuvre de ces recommandations.

Il est courant que le Comité d'examen des décès d'enfants recommande que les intervenants de la SAE voient l'environnement de sommeil des nourrissons et des jeunes enfants régulièrement dans le cadre des enquêtes de protection de l'enfance, de l'évaluation et de la surveillance des familles. La photographie ci-dessous a été prise le lendemain d'une visite à domicile lorsqu'un bébé de 18 mois est décédé dans un environnement de sommeil dangereux. Il semble que l'intervenant ait visité la maison, mais n'avait pas vu la chambre dans laquelle l'enfant dormait.



Exemple n° 2 :

Deux cas qui impliquent le décès de deux adolescentes qui ne se connaissaient pas et qui recevaient des services de deux SAE différentes illustrent plusieurs thèmes que le Comité d'examen des décès d'enfants a relevés, particulièrement par rapport aux enfants plus âgés.

Une jeune fille de 14 ans s'est suicidée et une autre de 16 ans est décédée dans un accident de la route à deux semaines d'intervalle. Les deux jeunes filles avaient une vie troublée et des relations acrimonieuses avec les membres de leur famille et leurs pairs. Elles avaient parfois un comportement difficile, avaient des tendances automutilatrices et avaient consulté des professionnels en santé mentale.

Peu avant son décès, chacune venait de sortir de l'hôpital. Les SAE qui en étaient responsables n'avaient pas participé à la planification des sorties et n'avaient pas été informées des plans de sortie. Dans les deux cas, les SAE ont été félicitées pour les services qu'elles avaient offerts à ces adolescentes vulnérables.

Cependant, les problèmes communs aux deux cas étaient liés aux **communications et aux conférences de cas** avec le personnel de l'hôpital. Dans les deux cas, le Comité d'examen des décès d'enfants a recommandé que les SAE, avec le soutien du ministère, s'assurent que des **protocoles sont établis avec les hôpitaux concernant la collaboration et l'échange de renseignements aux fins de la planification des sorties** dans le cas de jeunes qui sont des pupilles de la Couronne ou qui ont des problèmes de santé mentale.

MESSAGES CLÉS

- Les décès de cause naturelle sont les plus fréquents chez les enfants.
- Beaucoup de décès d'enfants peuvent être prévenus. Les examens des décès d'enfants visent à comprendre les expériences passées et à en tirer des leçons pour prévenir des événements semblables à l'avenir.
- Le réseau médical et celui du bien-être de l'enfance apprennent davantage de leurs erreurs que de leurs réussites.
- En établissant des thèmes et en faisant des recommandations pour améliorer les pratiques, nous pouvons apporter des changements sans jeter le blâme sur quiconque.
- L'éducation du public est l'élément clé de la prévention.
- Pour assurer la sécurité de l'enfant dans son sommeil, il faut le coucher sur le dos dans un berceau approuvé doté d'un matelas ferme.
- L'intervention d'une SAE est rarement un facteur dans les décès d'enfants en Ontario; lorsque des enfants qui recevaient des services d'une SAE meurent, la plupart du temps le décès était imprévu et la SAE n'aurait pas pu le prévenir.
- Ce sont les nourrissons de moins de 12 mois et les jeunes de 12 à 18 ans qui présentent le risque de décès le plus élevé.

Orientations futures

Depuis le dernier rapport du Comité d'examen des décès d'enfants en 2007, les initiatives suivantes ont été prises :

- Augmentation du nombre d'experts en bien-être de l'enfance au sein du Comité d'examen des décès d'enfants pour faciliter l'examen des décès d'enfants qui avaient reçu des services d'une SAE (2 nouveaux consultants ont été recrutés pour la période de déclaration 2007-2008).
- Élaboration, révision et mise en œuvre de la formation sur l'investigation, la déclaration et l'examen des décès d'enfants à l'intention des travailleurs des SAE (certains organismes ont participé à cette formation; le but est de l'offrir aux SAE de tout l'Ontario).

Les initiatives suivantes se poursuivent :

- Collaboration continue avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le Secrétariat au bien-être de l'enfance pour assurer le soutien continu et le ressourcement du processus d'examen des décès d'enfants ainsi que l'échange de renseignements sur les décès d'enfants et les recommandations du Comité.
- Création d'un environnement qui ne cherche pas à trouver de coupable mais plutôt à cerner ouvertement et à réduire les erreurs et les omissions.
- Sensibilisation accrue du public et des professionnels aux risques pour les nourrissons du partage de lit et d'environnements de sommeil dangereux.
- Établissement de liens avec des comités d'examen des décès d'enfants d'autres provinces et d'autres pays pour échanger des ressources et des idées.
- Mise en œuvre continue d'un processus expert, objectif et transparent pour examiner les décès d'enfants en Ontario dans le but d'accroître l'apprentissage, de recommander les changements systémiques nécessaires et de prévenir les décès d'enfants ou d'en réduire le nombre.

Les points suivants mettent en relief les secteurs qui pourraient permettre d'améliorer le processus d'examen des décès en Ontario :

- Analyse des leçons tirées des examens internes menés par les SAE et communication de ces leçons à l'ensemble des intervenants du domaine du bien-être de l'enfance.
- Examen des données recueillies pour trouver des éléments touchant la santé publique (c.-à-d. noyades, suicide chez les adolescents, manque d'intégration du système, besoin d'un modèle de gestion de cas faisant intervenir tous les professionnels dans les cas de décès d'enfants ayant reçu des services d'une SAE) et possibilité de futures recherches.
- Détermination des problèmes systémiques en matière de sécurité des enfants et examen de ces problèmes avec les enquêtes du coroner, s'il y a lieu.
- Révision des instruments d'enquête sur les décès d'enfants.

- Examen des lignes directrices proposées pour les enquêtes des coroners et des médecins légistes sur les décès d'enfants inattendus ou inexpliqués (2008) de l'Agence de santé publique du Canada.
- Recherches supplémentaires sur des questions comme : le suicide chez les adolescents dans le Nord-Ouest de l'Ontario, les risques du partage de lit pour les enfants.
- Publication éventuelle de ces recherches.

Membres des Comités

Comité d'examen des décès d'enfants

Dr James Cairns—PRÉSIDENT*

Coroner en chef adjoint de l'Ontario
Bureau du coroner en chef

Dr. A. E. Lauwers—PRÉSIDENT par intérim

Coroner en chef co-adjoint
Bureau du coroner en chef

M^{me} Karen Bridgman-Acker—Coordonnatrice (SAE)

Spécialiste du bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

M^{me} Doris Hildebrandt—Coordonnatrice (CAS MÉDICAUX)

Attachée d'administration, Enquêtes
Bureau du coroner en chef

M^{me} Dorothy Zwolakowski—Coordonnatrice (CAS MÉDICAUX)*

Attachée d'administration, Enquêtes
Bureau du coroner en chef

M^{mes} Susan Abell, Zel Fellegi**Sandy Moshenko, Donna Zan**

Consultantes en services de bien-être de l'enfance

Dr Desmond Bohn

Chef, département des soins aux malades en phase critique
Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-détective Chris Buck

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Dr Ted Cormode*

Pédiatre, Orillia

Sergent-détective Gary Giroux

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Dr Alan Hudak

Pédiatre, Orillia

M^{me} Jeanette Lewis

Directrice générale
Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance

Dr Ram Singh

Directeur, unité des soins pédiatriques aux malades en phase critique
London Health Sciences Centre

M^{me} Lorna Spencer

Avocate des coroners
Bureau du coroner en chef

Sergent-détective James Stewart-Haass

Unité des homicides, Police régionale de Durham

Dr Glenn Taylor

Chef, division de la pathologie
Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-détective Kevin Torrie

Escouade des homicides, Police régionale de York

Dr John Watts

Président adjoint, département de pédiatrie
McMaster University Medical Centre, Hamilton

Dr Robin Williams*

Médecin hygiéniste
Région du Niagara

Dr Ian Wilson

Pédiatre, Kitchener

Détective James Wingate

Enquêteur pour les coroners

Comité des examens de décès d'enfants de moins de cinq ans

Dr James Cairns—PRÉSIDENT*

Coroner en chef adjoint de l'Ontario
Bureau du coroner en chef

Dr. A. E. Lauwers—PRÉSIDENT par intérim

Coroner en chef co-adjoint
Bureau du coroner en chef

M^{me} Doris Hildebrandt—Coordonnatrice

Attachée d'administration, Enquêtes
Bureau du coroner en chef

M^{me} Dorothy Zwolakowski—Coordonnatrice*

Attachée d'administration, Enquêtes
Bureau du coroner en chef

Sergent-déetective JJ Allan

Unité des homicides, Police régionale de Durham

M^{me} Karen Bridgman-Acker

Spécialiste du bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

Sergent-déetective Chris Buck

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Dr David Chiasson

Directeur, unité de pathologie pédiatrique judiciaire
Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-déetective Gary Giroux

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Gendarme-déetective Lisa McIntyre

Enquêteuse pour les coroners

Dr Barry McLellan*

Coroner en chef de l'Ontario

Dr Michael Pollanen

Médecin légiste en chef de l'Ontario

Sergente-déetective Cheryl Schatz

Enquêteuse pour les coroners

Dr Gino Somers

Médecin légiste pédiatrique
Hospital for Sick Children, Toronto

Gendarme-déetective Barb Spoelstra

Enquêteuse pour les coroners

Dr Glenn Taylor*

Chef, division de pathologie
Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-déetective Kevin Torrie

Escouade des homicides, Police régionale de York

Déetective James Wingate

Enquêteur pour les coroners

Gendarme-déetective Cathy Zimmer

Enquêteuse pour les coroners

* Ont quitté les comités en 2007

Remerciements

Merci aux personnes suivantes qui ont aidé à la production du présent rapport :

Comité d'examen des décès d'enfants et Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

Aux membres passés et actuels pour leur engagement et leur soutien indéfectibles à l'égard des examens des décès d'enfants.

Dr James Edwards

Coroner régional principal, Région du Centre – Toronto Est
(Dons d'organes dans les cas d'homicide et de décès suspect)

Dr Dirk Huyer

Coroner régional principal, Région du Centre – Bureau de Guelph
(L'examen des coroners régionaux principaux)

Dr^e Amanda Murphy

Boursière en pathologie pédiatrique
Hospital for Sick Children
(Décès subits et imprévus d'enfants se produisant dans les sièges d'auto)

Laura Desveaux, étudiante en criminalistique, Université de Toronto et

Dr Gino Somers, médecin légiste, Hospital for Sick Children
(Décès accidentels par noyade chez les enfants en Ontario)

Moises Maria et Gursharan Soor

Étudiants en 2^e année de médecine, Université de Toronto
(Le suicide chez les adolescents en Ontario)

Amanda Mattix

Adjointe administrative, Bureau du Coroner en chef

Documents de référence

Bureau du coroner en chef

www.mpss.ius.gov.on.ca/english/pub_safety/office_coroner/about_coroner.html

AAP (American Academy of Pediatrics)

www.aap.org

Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance

www.oacas.org

Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile

www.sidscanada.org

Société canadienne de pédiatrie

www.cps.ca

National Association of Medical Examiners

www.thename.org

Santé Canada : Sécurité des produits de consommation

<http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/index-fra.php>

Michigan Department of Community Health

www.michigan.gov/mdch

U.S. Consumer Product Safety Commission

www.cpsc.gov

Consumer Reports

www.Consumerreports.org

Ministère de la Santé du Royaume-Uni

www.dh.gov.uk/cotdeath/

Statistique Canada

www.statscan.ca

National Center for Child Death Review

www.childdeathreview.org

National SIDS and Infant Death Program Support Center

www.sidsalliance.org



Bureau du coroner en chef

Province de l'Ontario

26, rue Grenville

Toronto (Ontario)

M7A 2G9

Renseignements :

Dr A. E. Lauwers

Coroner en chef co-adjoint

Téléphone : 416 314-4105

M^{me} Karen Bridgman-Acker

Spécialiste du bien-être de l'enfance

Coordonnatrice des examens de décès

d'enfants – SAE

Téléphone : 416 314-4011

M^{me} Doris M. Hildebrandt

Attachée d'administration, Enquêtes

Coordonnatrice des examens de décès

d'enfants – Cas médicaux

Téléphone : 416 314-4021