



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 2009

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Table des matières

Message du président	1 - 2
L'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario	3 - 5
Buts d'une investigation du coroner	6 - 9
Classification des décès	10
Comité d'examen des décès d'enfants – Examens de cas médicaux et de décès d'enfants ayant reçu des services d'une SAE	11
Décès d'enfants – Aperçu des données	12
Processus d'examen des décès d'enfants	13 - 20
Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans	21 -24
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	25
Mort subite et imprévue de nourrissons	25 - 26
Tendances dans les décès d'enfants en Ontario	26
Environnements de sommeil dangereux et partage du lit ou de la chambre	27 - 34
<u>Recherche</u>	
Étude rétrospective du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) en Ontario de 2001 à 2006	35 - 38
Décès accidentels imputables à un incendie chez les enfants en Ontario – Étude	39-44
<u>Éducation</u>	
Initiatives visant la sécurité du public et des patients	45-50

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Examens des cas médicaux : Thèmes et recommandations	51-57
Examens des cas médicaux : Thèmes	58
Examen des cas médicaux par le Comité d'examen des décès d'enfants	59-62
Le CEDE et l'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario	63-64
<u>Le Comité d'examen des décès d'enfants et les SAE</u>	
Directive conjointe	65-67
Décès survenus en 2008 signalés par une société d'aide à l'enfance	68-71
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 (Sommaire – 9 décès par suicide chez des jeunes de la Première nation de Pikangikum, p. 77-80)	72-89
Examens internes des décès d'enfants	90-91
Thèmes et recommandations (Enquête sur le décès de Jared Osidacz et d'Andrew Osidacz, p. 107-111)	91-111
Thèmes généraux/Messages clés	112
Initiatives en cours et orientations futures	113
Conclusion	114
Membres des Comités	115 - 116
Remerciements	117
Références et coordonnées	118

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

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 écoulée a été truffée d'événements marquants. La Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, ou la Commission d'enquête Goudge, a terminé ses travaux le 1^{er} avril 2008. M. le juge Stephen T. Goudge a déposé son rapport le 1^{er} octobre 2008. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario remercie sincèrement le commissaire Goudge et son équipe d'avoir entrepris une tâche aussi énorme et nous nous employons actuellement à implanter la nouvelle vision qu'il a contribué à créer.

Il est particulièrement important de noter que le juge Goudge a témoigné du travail du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. Pendant l'enquête sur la médecine légale pédiatrique, l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes et Défense des enfants international – Canada ont recommandé un certain nombre de mesures de remplacement au processus actuel d'examen des décès d'enfants dont la mise en œuvre, le cas échéant, éliminerait l'indépendance de nos comités.

M. le juge Goudge a répondu par la phrase suivante :

« Je recommande que le CEDE [Comité d'examen des décès d'enfants], le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans et le CCSJ [Comité consultatif des services judiciaires] poursuivent leurs travaux. Ils fournissent de précieux mécanismes permettant d'améliorer la qualité des enquêtes sur les morts au BCCO [Bureau du coroner en chef de l'Ontario] et d'y apporter une perspective multidisciplinaire. »¹

Il va sans dire que nous sommes heureux de cette position qui constitue, à notre avis, un appui ferme à notre travail et un rejet de la proposition demandant un nouveau processus d'examen des décès d'enfants.

Cette année, de nouveaux membres se sont greffés à nos comités. Le Dr Dirk Huyer, spécialiste des mauvais traitements infligés aux enfants et coroner, est devenu le coroner régional principal pour la région du Centre, bureau de Guelph, et s'est joint au Comité d'examen des décès d'enfants et au Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. Le sergent-détective Chris Buck, après plusieurs années de loyaux services, a pris sa retraite et la détective Mary Vruna de l'escouade des homicides de la police de Toronto s'est jointe aux deux comités. Nous sommes également heureux d'accueillir M. Brad Bain, un consultant en bien-être de l'enfance de la région de Durham, au sein du Comité d'examen des décès d'enfants. Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans a également le privilège d'accueillir deux médecins légistes, la Dre Chitra Rao, chef de l'Unité régionale de médecine légale à Hamilton Health Sciences, et le Dr Mike Shkrum, directeur du département de pathologie au London Health Sciences Centre.

L'an dernier, le Comité d'examen des décès d'enfants a révisé son mandat, l'entente d'adhésion et l'entente de confidentialité. Cette année, le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans a fait la même chose. La collaboration d'un médecin légiste, d'un spécialiste en bien-être de l'enfance, d'officiers supérieurs de l'escouade des homicides et de coroners a également permis d'élaborer un protocole bien défini concernant les renseignements que la police doit recueillir pour fins d'examen aux comités. Ce protocole a été communiqué à l'Ontario Association of Chiefs of Police et est maintenant utilisé à l'échelle de la province.

¹ Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario – Rapport, vol. 3, pp. 391-392.

Message du président

Cette année, la première où notre équipe actuelle a travaillé ensemble, a été très productive. Au total, le Comité d'examen des décès d'enfants a publié 82 rapports et fait un certain nombre de recommandations portant sur des questions systémiques. Deux projets de recherche sur le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et les décès d'enfants dans des incendies ont également été produits, ce qui a grandement contribué à accroître notre compréhension de ces questions.

Différents organismes croient que les rapports de nos comités peuvent prévenir les futurs décès d'enfants. Pour nous aider à comprendre les soins médicaux et les services sociaux dispensés aux enfants, nous rencontrons souvent des représentants d'organismes externes. Ainsi, cette année, nous avons rencontré des représentants d'hôpitaux, de l'Ontario Hospital Association, du Bureau du commissaire des incendies, du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, de différents services de police et du Collège de police de l'Ontario, de Nishnawbe Aski Nation, des Aboriginal Legal Services de Toronto et de la Société d'aide à l'enfance Tikinagan. De nombreuses rencontres d'information ont eu lieu avec les SAE de toute la province, notamment à Sioux Lookout, à Kenora, à Timmins, à Sudbury, à Sault Ste. Marie et à Thunder Bay.

Je désire remercier 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 les efforts soutenus qu'ils ont déployés et l'expertise qu'ils ont mise à contribution pour aider notre bureau. Je remercie en particulier M^{mes} Karen Bridgman-Acker, Doris Hildebrandt et Julie McCreary ainsi que le Dr Dirk Huyer pour leur soutien, leurs conseils et leur dévouement.

Je termine en reconnaissant que la santé et le bien-être de nos enfants sont une responsabilité qu'assument tous les citoyens de l'Ontario. L'exécution de nos tâches sera améliorée uniquement par notre engagement à travailler ensemble pour trouver des solutions en leur nom. Le BCCO souhaite féliciter les intervenants en bien-être de l'enfance pour leur dévouement inébranlable et les efforts qu'ils mettent à trouver un équilibre entre l'application de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* et les philosophies moins contraignantes.



Dr A. E. Lauwers
Coroner en chef adjoint, province de l'Ontario
Président, Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans
Président, Comité d'examen des décès d'enfants

L'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

Le 1^{er} octobre 2008, le commissaire Stephen T. Goudge a publié le rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario.

Toile de fond

En vertu de la *Loi sur les enquêtes publiques*, le lieutenant-gouverneur a mis sur pied la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario le 25 avril 2007. M. le juge Stephen T. Goudge a été nommé commissaire et son mandat consistait à faire un examen systématique 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. On a demandé au commissaire de 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.

La tenue de l'enquête a été annoncée après que le Dr Barry McLellan, alors coroner en chef de l'Ontario, a rendu publics les résultats d'un examen de 45 cas d'homicides et de décès suspects remontant à 1991 alors que le Dr Charles Smith avait pratiqué une autopsie ou fourni une opinion en consultation. Cet examen avait été entrepris pour déterminer si les conclusions qu'avait présentées le Dr Smith dans ses rapports d'autopsie ou de consultation ou lors de ses témoignages, le cas échéant, pouvaient être étayées par des renseignements provenant de documents soumis à un examen indépendant.

Les cas ont été examinés par un groupe d'experts internationaux en médecine légale que le Bureau du coroner en chef avait choisis. L'examen a révélé que dans tous les cas, sauf un, les examens importants indiqués avaient été faits. Dans 9 des 45 cas, les experts ne s'entendaient pas sur des faits importants qui figuraient dans le rapport écrit ou qui avaient été présentés pendant le témoignage d'expert. Dans 20 des 45 cas, les experts avaient relevé quelques problèmes quant à l'opinion qui avait été émise dans un rapport, un témoignage ou les deux.

Déroulement de l'enquête

Les renseignements pertinents au mandat ont été recueillis, évalués et colligés pendant un certain nombre de mois après l'annonce de l'enquête. La base de données électronique comptait 135 000 pages de documents obtenus de personnes ou de parties que l'on croyait en possession des documents pertinents. La Commission d'enquête a commandé 11 recherches pour l'aider à remplir son mandat. Des spécialistes de la médecine légale et du système juridique provenant du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et des États-Unis ont contribué à l'enquête.

Quarante-sept témoins ont comparu devant le commissaire pendant les 52 jours d'audience qu'a duré l'enquête, qui était intégralement accessible sur le Web. Treize parties ont obtenu qualité pour agir et, partant, le droit d'interroger les témoins et de faire des observations au commissaire. Après les témoignages, 18 réunions ont eu lieu en 11 jours. Le commissaire a assisté à chacune de ces séances auxquelles participaient des personnes qui connaissaient bien les questions abordées.

Après que la preuve a été présentée, les parties qui avaient qualité pour agir ont présenté des observations orales et écrites au juge Goudge.

Le rapport

Le rapport a été présenté au procureur général le 30 septembre 2008 et rendu public le lendemain. Il comprend quatre volumes et est accessible dans le site Web de la Commission à www.goudgeinquiry.ca. Le volume 1 est le résumé. Le volume 2 contient l'examen systémique et une évaluation de la pratique et de la supervision de la médecine légale pédiatrique ainsi qu'une description des problèmes qui, selon le commissaire, se sont produits. Le volume 3 contient 169 recommandations, avec arguments justificatifs, présentées par le juge Goudge et, enfin, le volume 4 décrit la méthodologie de l'enquête.

Principales constatations de l'enquête

Le commissaire a déclaré que les 169 recommandations qu'il avait faites visaient à corriger les problèmes relevés pendant l'enquête et à éviter que, dans la mesure du possible, l'histoire se répète.

Service ontarien de médecine légale

La nécessité de créer un service de médecine légale professionnalisé a été l'une des premières questions abordées dans les recommandations. Le juge Goudge a fondé ce but sur quatre pierres angulaires :

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

Supervision et responsabilisation

Le juge Goudge a recommandé la création d'un conseil de direction au Bureau du coroner en chef dans le but d'assurer la supervision et la responsabilisation indépendantes du coroner en chef et du médecin légiste en chef et des membres de l'équipe d'investigation sur les décès qui relèvent d'eux.

Pratiques exemplaires

Le commissaire a fait une série de recommandations sur les pratiques exemplaires que les coroners, les médecins légistes et les autres membres de l'équipe d'investigation sur les décès devraient utiliser. Les investigations sur les décès nécessitent une démarche impartiale, fondée sur des éléments de preuve, qui accorde beaucoup d'importance à la pensée objective.

Communication avec le système judiciaire

Un certain nombre de recommandations ont été faites dans le but d'améliorer la communication entre le secteur de la médecine légale et le système judiciaire. Il est essentiel que le système de justice pénale comprenne parfaitement les conclusions de la médecine légale ainsi que le fondement et les limites des opinions émises. Des recommandations visant à faire en sorte que les preuves médico-légales soient clairement présentées, qu'elles ne soient pas trompeuses et qu'elles se situent dans les limites légitimes ont été adressées à tous les intervenants du système judiciaire, notamment la magistrature, les procureurs de la Couronne et les avocats de la défense.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Examen des cas de traumatisme crânien

Le juge Goudge s'est dit d'avis que l'évolution des connaissances en sciences et en pathologie concernant le syndrome du bébé secoué et les traumatismes crâniens au cours de la période de 20 ans sur laquelle portait l'enquête justifie un examen minutieux des cas qui ont donné lieu à des condamnations sur la foi de preuves médico-légales pédiatriques. Il a recommandé que l'examen porte sur les cas où la preuve de nature pathologique peut être qualifiée de déraisonnable à la lumière des connaissances scientifiques actuelles.

Premières nations

Le rapport illustre les défis importants à relever pour offrir des services de coroner et de médecine légale aux Premières nations et à d'autres collectivités éloignées du Nord. Des conseils pour améliorer ces services ont été donnés par l'entremise de recommandations portant notamment sur la mise en place éventuelle d'autres modes d'investigation sur les décès.

Travail accompli jusqu'à maintenant

Le projet de loi 115, la *Loi modifiant la Loi sur les coroners*, a été déposée à l'Assemblée législative de l'Ontario le 23 octobre 2008. L'étude en comité a pris fin en avril 2009 et on s'attend à ce que le projet de loi passe à l'étape de la troisième lecture à l'Assemblée législative. La loi prévoit un cadre législatif régissant le Service de médecine légale de l'Ontario qui relèvera du médecin légiste en chef nommé par décret. Un registre sera instauré où seront inscrits les pathologistes qui feront des autopsies en vertu d'un mandat du coroner. Aux termes de la loi, la médecine légale est reconnue comme une spécialité et des dispositions sont ajoutées pour permettre aux médecins légistes de se rendre sur les lieux du décès et demander des examens secondaires ou supplémentaires de leur propre chef.

Le Conseil de surveillance des enquêtes sur les décès, un organisme de réglementation indépendant, conseillera et supervisera le coroner en chef et le médecin légiste en chef. En outre, un processus structuré de traitement des plaintes est proposé.

Une équipe de projet a été mise sur pied au Bureau du coroner en chef pour examiner les recommandations susceptibles d'être mises en œuvre de manière efficace. Le Bureau du coroner en chef a entamé un processus de planification stratégique.

Le ministère du Procureur général a lancé un examen des cas de traumatisme crânien et de syndrome du bébé secoué tel que recommandé. En outre, le procureur général a mis sur pied une équipe chargée de le conseiller relativement à l'indemnisation. L'examen des cas d'homicide et de décès suspects sur lesquels a travaillé le Dr Smith entre 1981 et 1991 est en cours.

Sommaire

Les conclusions et les recommandations découlant de l'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario, présidée par le commissaire Stephen T. Goudge, ont été rendues publiques le 1^{er} octobre 2008. M. le juge Goudge jugeait ces recommandations nécessaires pour rétablir et accroître la confiance du public dans la médecine légale pédiatrique en Ontario et améliorer son utilisation future dans le système de justice pénale. La direction actuelle du Bureau du coroner en chef a pris des mesures importantes pour s'attaquer aux problèmes relevés. Les mesures législatives et la mise en œuvre des modifications recommandées par le juge Goudge constitueront une occasion de choix pour assurer la saine administration de la justice et éviter les condamnations injustifiées découlant de preuves médico-légales pédiatriques erronées.

Buts d'une investigation du coroner

La *Loi sur les coroners* actuellement en vigueur est relativement silencieuse quant aux buts d'une investigation du coroner. Bien que ceux-ci ne soient pas explicitement énoncés, ils sont néanmoins sous-entendus dans la formulation de l'article 18.

Essentiellement, une investigation du coroner vise à déterminer si une enquête est nécessaire ainsi qu'à établir l'identité du défunt, la cause, le moment et l'endroit du décès, et les circonstances entourant le décès. Ce sont là les cinq faits liés à un décès.

Le projet de loi 115, la *Loi modifiant la Loi sur les coroners*, propose clairement d'énoncer les buts d'une investigation du coroner :

Le paragraphe 15 (1) de la Loi est abrogé et remplacé par ce qui suit :

Investigation du coroner

- (1) Si, après avoir appris que le corps d'une personne se trouve dans un endroit qui relève de sa compétence, le coroner est fondé à croire que le décès est survenu dans une des circonstances mentionnées à l'article 10, il décerne un mandat de prise de possession du corps, l'examine et procède à l'investigation qui, à son avis, est nécessaire dans l'intérêt public pour lui permettre :
 - a) d'établir les faits en répondant aux questions énoncées au paragraphe 31 (1);
 - b) de déterminer si une enquête s'impose ou non;
 - c) de recueillir et d'analyser les renseignements sur le décès afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Certains points méritent d'être répétés. Une investigation du coroner aurait pour but d'enquêter sur les circonstances du décès, d'établir les cinq faits liés au décès, de déterminer si une enquête est nécessaire ainsi que de recueillir et d'analyser les renseignements sur le décès afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. De toute évidence, l'investigation du coroner a une double fonction : enquête et prévention. Il est important de noter que le coroner remplit ses fonctions dans l'*intérêt public*.

Quand un coroner accepte-t-il de mener une enquête relativement à un décès qui lui est signalé?

L'article 10 de la *Loi sur les coroners* énonce les circonstances dans lesquelles un coroner est informé d'un décès.

Devoir de fournir des renseignements

10 (1) Quiconque est fondé à croire qu'une personne est décédée :

- a) par suite :
 - (i) d'un acte de violence,
 - (ii) d'un accident,
 - (iii) d'un acte de négligence,
 - (iv) d'une faute intentionnelle,
 - (v) d'une faute professionnelle;
- b) d'une façon anormale;

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

- c) pendant ou après une grossesse dans des circonstances qui peuvent normalement être attribuées à cette grossesse;
- d) d'une façon subite et inattendue;
- e) d'une affection ou d'une maladie pour laquelle elle n'a pas été soignée par un médecin dûment qualifié;
- f) autrement que par suite de maladie;
- g) dans des circonstances qui peuvent exiger une investigation,

communiquent immédiatement à un coroner ou à un agent de police les faits et circonstances entourant le décès. Si ces faits et circonstances sont d'abord communiqués à un agent de police, ce dernier doit les communiquer immédiatement au coroner. L.R.O. 1990, chap. C.37, par. 10 (1).

Décès à déclarer

(2) Si une personne décède pendant son séjour ou son hospitalisation dans :

- a) un établissement de bienfaisance au sens de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*;
- b) un foyer pour enfants au sens de la partie IX (Permis) de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille ou des locaux agréés en vertu du paragraphe 9 (1) de la partie I (Services adaptables) de cette loi;
- c) Abrogé : 1994, chap. 27, par. 136 (1).
- d) un établissement au sens de la *Loi sur les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*;
- e) un établissement psychiatrique désigné en vertu de la *Loi sur la santé mentale*;
- f) un établissement au sens de la *Loi sur les hôpitaux psychiatriques*;
- g) Abrogé : 1994, chap. 27, par. 136 (1);
- h) un hôpital public ou privé où a été transférée la personne, si elle était auparavant dans un établissement ou un foyer visé aux alinéas a) à g),

la personne qui est responsable de l'hôpital, de l'établissement ou du foyer donne immédiatement avis du décès à un coroner, et le coroner fait une investigation sur les circonstances entourant le décès; si par suite de cette investigation, le coroner est d'avis qu'une enquête sur la cause du décès devrait être tenue, il décerne son mandat et tient cette enquête. L.R.O. 1990, chap. C.37, par. 10 (2); 1994, chap. 27, par. 136 (1); 2001, chap. 13, art. 10.

Lorsqu'il en est informé, le coroner détermine s'il y a lieu de mener une enquête relativement au décès qui lui a été signalé. Les principes sous-jacents ont trait au caractère naturel ou « non naturel » du décès. Chez un enfant, un décès naturel survient généralement à l'hôpital ou dans des établissements spécialisés qui traitent les enfants médicalement fragiles ou gravement handicapés. Ces décès découlent généralement d'une maladie et sont habituellement prévus. Ils ne font pas nécessairement l'objet d'une investigation, sauf si des allégations de négligence ou de faute professionnelle sont faites à l'encontre des professionnels de la santé ou dans des circonstances particulières pouvant nécessiter une investigation. En outre, tous les décès d'enfants qui reçoivent des services d'une société d'aide à l'enfance ou dont le dossier a été fermé dans les 12 mois précédant le décès font systématiquement l'objet d'une enquête.

Les décès « non naturels » sont ceux qui sont attribuables à des accidents, à des suicides, à des homicides ou à des causes indéterminées (voir définitions à la page 10). Chez les adolescents, les accidents et les suicides deviennent les modes de décès prévalents.

Quels sont les buts d'une enquête?

L'article 31 de la *Loi sur les coroners* énonce les buts d'une enquête.

Buts de l'enquête

31. (1) Si une enquête est tenue, les circonstances entourant le décès y sont examinées et les faits suivants y sont établis,

- a) l'identité du défunt;
- b) la cause du décès;
- c) le moment du décès;
- d) l'endroit du décès;
- e) les circonstances entourant le décès. L.R.O. 1990, chap. C.37, par. 31 (1).

Idem

(2) Le jury ne doit pas faire de déclaration de responsabilité civile ou criminelle légale ni énoncer de conclusion de droit sur les questions visées au paragraphe (1). L.R.O. 1990, chap. C.37, par. 31 (2).

Pouvoir du jury de faire des recommandations

(3) Sous réserve du paragraphe (2), le jury peut faire des recommandations visant à empêcher qu'un décès se produise dans des circonstances semblables ou portant sur une question découlant de l'enquête. L.R.O. 1990, chap. C.37, par. 31 (3).

Quand une enquête est-elle demandée?

Certaines enquêtes sont obligatoires, notamment dans le cas de décès de personnes placées sous garde, de décès de travailleurs par suite d'un accident survenu au cours de leur emploi sur un chantier de construction, dans une installation minière ou dans une mine, et de certains décès d'enfants :

Enquête obligatoire

22.1 Lorsqu'il apprend qu'un enfant est décédé dans les circonstances visées aux alinéas 72.2 a), b) et c) de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, un coroner tient une enquête en application de la présente loi sur le décès de l'enfant. 2006, chap. 24, par. 2 (1).

Cette disposition traite du décès d'un enfant pendant qu'il était avec son père ou sa mère dont le droit de visite était assujéti à une ordonnance de la cour. L'extrait qui suit est tiré de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

Devoir de signaler le décès d'un enfant

72.2 La personne ou la société qui obtient des renseignements selon lesquels un enfant est décédé en fait part à un coroner si les conditions suivantes sont réunies :

- a) un tribunal a rendu, en vertu de la présente loi, une ordonnance refusant au père ou à la mère de l'enfant le droit de visite à ce dernier ou assujettissant ce droit à une surveillance;
- b) sur requête d'une société, un tribunal a modifié l'ordonnance de façon à accorder le droit de visite ou à ne plus l'assujettir à une surveillance;
- c) l'enfant est décédé par suite d'un acte criminel commis par son père ou sa mère ou par un membre de sa famille pendant qu'il était sous sa garde ou sa responsabilité. 2006, chap. 24, art. 1.

Enquête discrétionnaire

Pour aider le coroner à déterminer s'il doit tenir une enquête, l'article 20 de la *Loi sur les coroners* énonce les facteurs dont il doit tenir compte :

Éléments dont le coroner doit tenir compte

20. Lorsqu'il décide si une enquête s'impose ou non, le coroner se demande si celle-ci servirait l'intérêt public. Il étudie notamment :

- a) si les questions mentionnées aux alinéas 31 (1) a) à e) sont résolues;
- b) s'il est opportun que le public soit pleinement renseigné sur les circonstances entourant le décès au moyen d'une enquête;
- c) si le jury convoqué à l'enquête est susceptible de faire des recommandations utiles visant à empêcher qu'un décès se produise dans des circonstances similaires. L.R.O. 1990, chap. C.37, art. 20.

Le coroner examine attentivement ces critères pour décider de mener ou non une enquête. Il est important de se rendre compte que c'est le coroner qui a le devoir de déterminer si une enquête aura lieu.

Presque toujours, les circonstances du décès et les cinq faits liés au décès sont connus au moment de l'enquête, ayant été déterminés dans le cadre de l'investigation du coroner. Lorsque le coroner détermine, après examen, que le décès peut soulever des questions systémiques de sécurité publique, de politiques, de santé ou de justice sociale qui pourraient profiter d'un examen public du décès, il peut envisager de tenir une enquête. Le coroner préside l'enquête menée conjointement par un jury composé de cinq membres du public.

Dans *People First of Ontario v. Porter*, le tribunal a déclaré, en substance : [traduction] « Les parties à une enquête ne doivent jamais oublier que chaque enquête vise fondamentalement à déterminer les circonstances et le mode du décès. Malgré l'intérêt que le public peut avoir dans les recommandations du jury, une enquête n'est ni un procès, ni une commission royale, ni une plateforme publique, ni une campagne ou un lobby, ni une croisade. »

Nous venons de résumer l'objet d'une investigation et d'une enquête du coroner en espérant que le lecteur comprendra les facteurs qui sont pris en compte pour déterminer s'il y a lieu de tenir une enquête.

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.

Il ne doit pas y avoir présomption de suicide d'entrée de jeu. Pour prouver qu'il y a eu suicide, il doit exister une preuve solide, convaincante et suffisamment claire qui démontre que la personne décédée a posé un geste non accidentel qui a provoqué sa mort.

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.

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 investigation 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 investigation 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.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS EXAMENS DE CAS MÉDICAUX ET DE DÉCÈS D'ENFANTS AYANT REÇU DES SERVICES D'UNE SAE – 2006-2008

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 2004, le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 60 cas, à savoir 27 médicaux et 33 comportant l'intervention d'une SAE.

En 2005, 49 cas ont été examinés, à savoir 21 médicaux et 28 comportant l'intervention d'une SAE.

En 2006, le Comité d'examen des décès d'enfants a examiné 86 cas, à savoir 23 médicaux et 63 comportant l'intervention d'une SAE. Un cas a été renvoyé à une enquête.

En 2007, 91 cas ont été examinés, à savoir 18 médicaux et 73 comportant l'intervention d'une SAE.

En 2008, 138 cas ont été examinés; des rapports ont été publiés pour 82 cas, à savoir 40 médicaux, 41 comportant l'intervention d'une SAE et un ne comportant pas l'intervention d'une SAE. Le comité exécutif du Comité d'examen des décès d'enfants a examiné et réglé 56 des cas comportant l'intervention d'une SAE (le processus est expliqué à la page 13).

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 66-68 du présent rapport.

Mode de décès	2006		2007		2008		
	Médical	SAE	Médical	SAE	Médical	SAE	Comité exécutif
Mort naturelle	16	18	17	10	30	2	27
Mort accidentelle	1	13	0	23	1	1	11
Homicide	3	7	0	10	1	4	3
Suicide	0	9	1	8	0	14	1
Mode indéterminé	3	9	0	15	8	21	3
Toujours sous enquête	-	-	-	-	-	-	11
Total des cas examinés :	23	63	18	73	40	42	56

Décès d'enfants en Ontario (0 à 19 ans) : 2003 à 2007

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 2007 étaient toujours préliminaires au moment de mettre sous presse. De toute évidence, le plus grand nombre de décès étaient de mode *naturel* et *accidentel*.

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. Il y a investigation du coroner en chef dans environ 45 % des cas de décès d'enfants de 0 à 19 ans. Il y avait eu intervention d'une société d'aide à l'enfance dans environ 17 % de ces décès.

Décès d'enfants de 0 à 19 ans qui ont fait l'objet d'une investigation du Coroner (selon le mode de décès)

Mode de décès	2003	2004	2005	2006	2007*
Mort naturelle	220	231	218	212	161
Mort accidentelle	228	203	235	227	189
Suicide	73	61	65	47	64
Homicide	36	28	26	39	42
Mode indéterminé	50	52	71	72	49
Nbre total de cas examinés par les coroners	607	575	615	597	505*
Nbre TOTAL de décès en Ontario**	1 281	1 310	1 335	S.O.	S.O.

* Nota : données préliminaires.

**Données les plus récentes disponibles de la base de données CANSIM de Statistique Canada.

Aperçu du processus d'examen des décès en Ontario

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

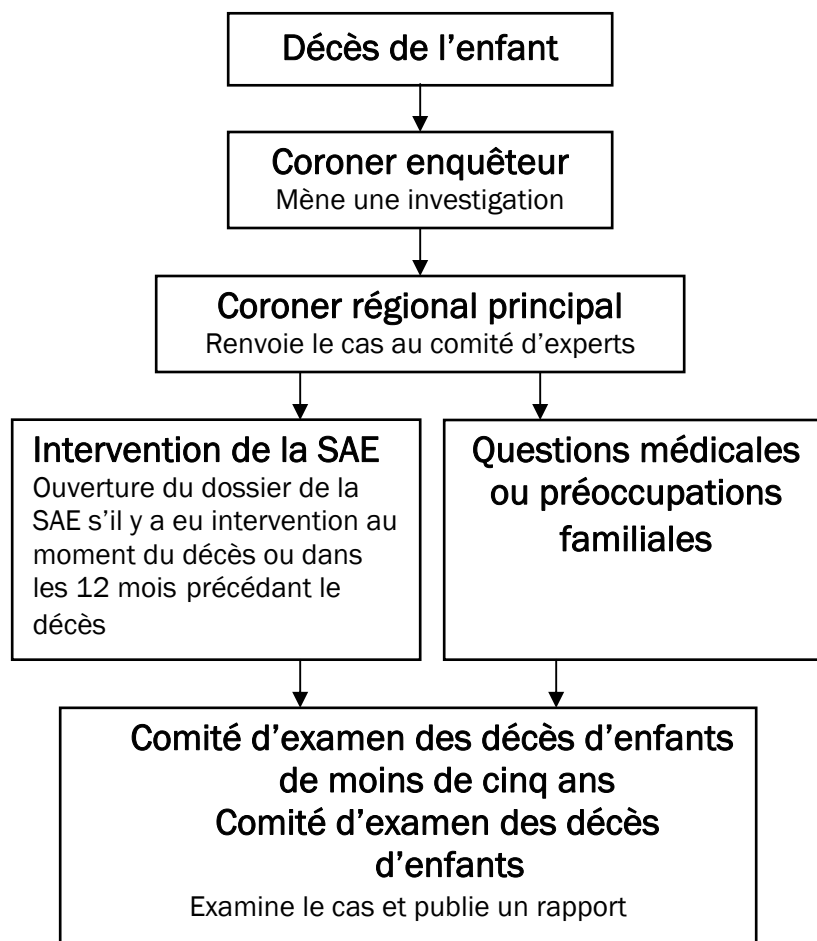
Le coroner régional principal, après avoir décidé que le cas doit faire l'objet d'un examen, renvoie le cas au Comité d'examen des décès d'enfants. Ce dernier

examine le rapport 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.

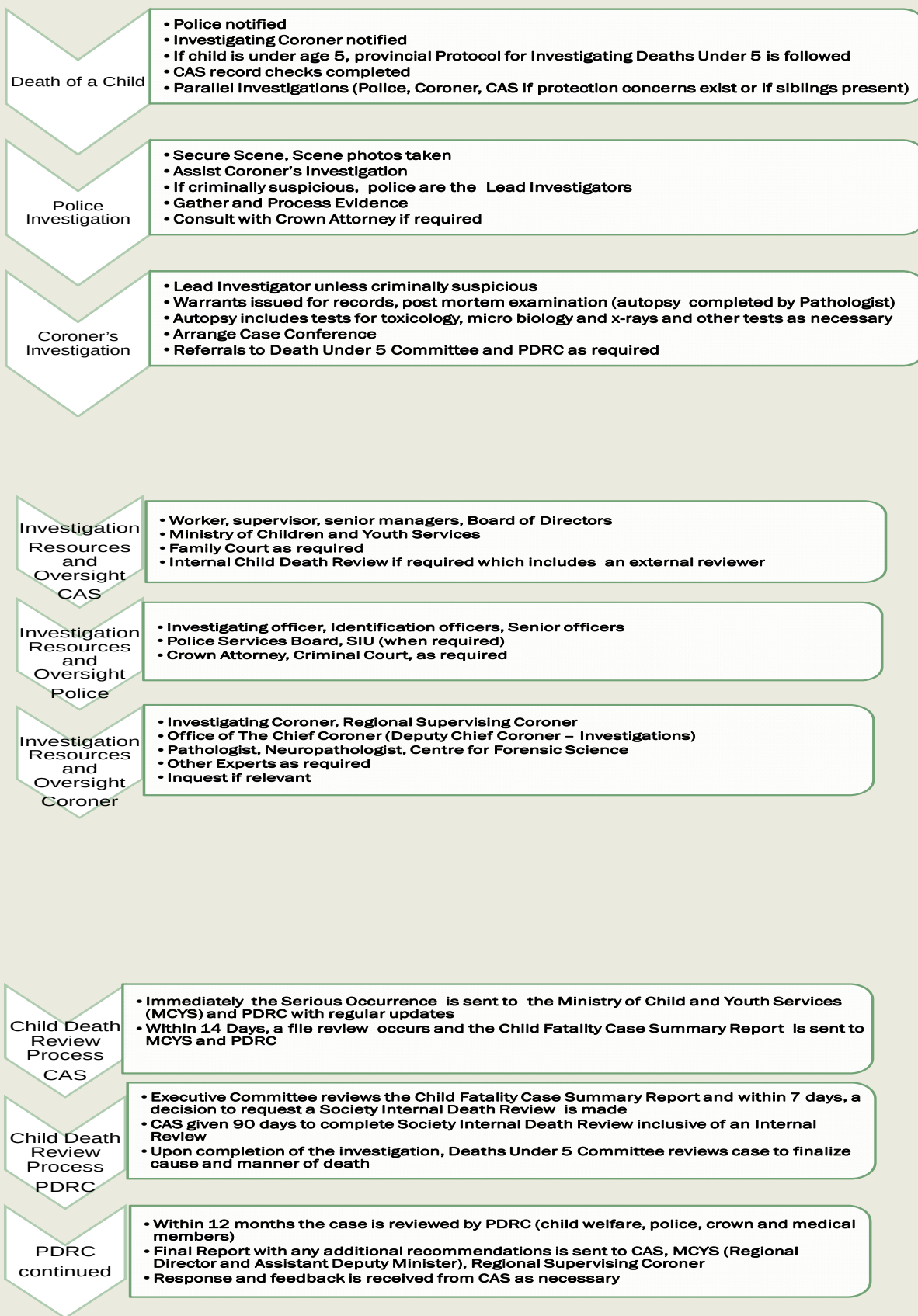
Tous les cas de décès survenus alors qu'un enfant était placé sous la garde d'une SAE au moment du décès ou dans les 12 mois précédents sont examinés.

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, qui compte des représentants de toutes les disciplines, discute du rapport et un rapport consensuel, comprenant des recommandations, est élaboré 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.

Circulation de l'information dans le cadre du processus d'examen des décès d'enfants de l'Ontario



Comprehensive Child Death Investigation and Review Process in Ontario



Processus global d'examen des décès d'enfants – ÉTUDE DE CAS

[traduction] « La nécessité de faire un examen intégré interinstitutions des décès a déjà été reconnue et sous-tend, en partie du moins, l'établissement du Comité d'examen des décès d'enfants, du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans ainsi que des groupes de travail et comités d'examen conjoints du BCCO et des organismes de bien-être de l'enfance. »

« Les avantages d'une collaboration entre les représentants des services de bien-être de l'enfance et les coroners pour les investigations sur les décès d'enfants qui recevaient des services de protection d'une SAE sont évidents depuis longtemps. Le Comité d'examen des décès d'enfants représente le forum le plus important permettant aux coroners et aux sociétés d'aide à l'enfance d'échanger leur expertise et leurs points de vue. Cette approche fondée sur la collaboration en matière de supervision a donné lieu à la création du Groupe de travail sur la mortalité juvénile en 1996, qui a publié un rapport en 1997. Ce rapport reposait sur six enquêtes systémiques sur des décès d'enfants placés sous la supervision d'une SAE entre 1996 et 1998 et a façonné les recommandations découlant de ces six enquêtes. »

Accountability and Oversight for Death Investigations in Ontario
Professeur Lorne Sossin, Université de Toronto, faculté de droit
Enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

Pendant l'enquête du juge Goudge, le Bureau du coroner en chef a reconnu que le public comprenait peut-être mal la nature globale et intégrée des investigations sur les décès en Ontario. De nombreuses idées fausses semblent persister concernant le processus qui s'engage lorsqu'un enfant meurt en Ontario, notamment les procédures d'investigation et la façon dont les différents éléments sont intégrés et par qui ils le sont. La présente section illustrera le processus en analysant chacune des étapes d'une investigation du Bureau du coroner en chef sur un décès survenu en 2008 qui comprenait des examens du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5) et du Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE).

Présentation du cas

L'enfant, une fillette de 3 ans et un mois, est décédée chez elle.

Elle est née à la maison à 35 semaines. Sa mère a déclaré qu'elle ignorait qu'elle était enceinte. L'enfant a été transportée à l'hôpital où elle a nécessité un séjour prolongé au service néonatal et notamment à l'unité de soins intensifs néonataux en raison de problèmes respiratoires (apnée). L'évaluation a consisté en un test de dépistage d'un trouble métabolique, une échocardiographie et un examen crânien par ultrasons. Les épisodes d'apnée se sont arrêtés et l'enfant a été renvoyée chez elle. Elle avait trois frères et sœurs.

La fillette a subi une évaluation de son développement à un centre pour enfants qui a révélé qu'elle n'avait pas de retard moteur, mais qu'elle montrait des signes de retard modéré de langage dans son versant réceptif et de retard grave de l'expression orale du langage ainsi que des retards sur le plan de la propreté.

La SAE était intervenue à maintes reprises auprès de la famille en raison de préoccupations importantes quant à l'état du foyer, à des questions d'hygiène et à des tendances évidentes de négligence.

Le jour de son décès, l'enfant a été mise au lit à 17 h 30 dans une chambre à l'étage. Elle était couchée sur un matelas nu qui était déchiré. Vers 2 h 38, son frère aîné a signalé que quelque chose n'allait pas chez elle. Son père l'a retrouvée sans signes vitaux, étendue tête vers le bas, possiblement coincée entre le matelas et le mur. On a appelé le 911. La police a signalé que le logement était extrêmement malpropre, qu'elle avait trouvé des excréments d'animaux un peu partout à l'étage et que les planchers étaient

souillés d'urine. Une investigation plus poussée a révélé que la température de la chambre à l'étage était de 33 °C et que les fenêtres étaient fermées. La température extérieure était de 25 °C.

Investigation

La Société d'aide à l'enfance a déposé un rapport d'incident grave et une fiche de signalement d'un décès d'enfant et sommaire du cas auprès du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et du Bureau du coroner en chef.

Le coroner et la police se sont rendus sur place. Le questionnaire exhaustif en cas de décès d'un enfant de moins de cinq ans a été rempli. Les Services d'identification médico-légale se sont rendus sur place et ont photographié et traité les lieux. Un médecin légiste a procédé à l'autopsie en vertu d'un mandat du coroner. Après avoir reçu le rapport d'autopsie, le rapport d'enquête de la police et le rapport d'enquête du coroner, le coroner régional principal a renvoyé le cas au Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.

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

Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans a examiné le cas, en commençant par l'enquête de police. Les détectives membres du Comité ont examiné le rapport d'enquête de la police, qui documente l'investigation du décès. Cet examen porte habituellement sur ce qui suit :

1. Antécédents de consommation d'alcool et d'autres drogues des parents.
2. Démêlés des parents avec la justice (casiers judiciaires, vérification auprès du Centre d'information de la police canadienne).
3. Antécédents des services reçus de la Société d'aide à l'enfance.
4. Relations entre les parents.
5. Situation socioéconomique.
6. Antécédents médicaux et psychiatriques des parents.
7. Lieu où l'enfant décédé a été trouvé.
8. Personne qui a trouvé l'enfant décédé.
9. Position dans laquelle l'enfant décédé a été trouvé (photographies des lieux requises).
10. Déclaration des circonstances du décès.
11. Description des lieux.
12. Milieu où l'enfant dort habituellement.
13. Santé générale de l'enfant décédé.
14. Développement de l'enfant décédé.
15. Âge de l'enfant décédé.
16. Maladies récentes.
17. Circonstances de la naissance.
18. Photographie de l'enfant avant l'autopsie.
19. Opinion de la police : Le cas a-t-il été signalé au bureau du procureur de la Couronne?
20. Enquête de police en cours ou terminée (accusations portées ou en instance, dossier fermé).
21. Préoccupations soulevées par la police qui n'ont pas été réglées.

L'examen a révélé une documentation abondante concernant l'état déplorable de la maison. Des photographies ont été remises aux membres du Comité.

La spécialiste du bien-être de l'enfance du Comité a également fourni des renseignements sur les interventions de la SAE auprès de la famille.

Le Comité a par la suite reçu le rapport du pathologiste membre du Comité qui avait examiné le rapport d'autopsie. Cet examen tient lieu de mesure d'assurance de la qualité. Le rapport d'autopsie ne mentionnait aucun traumatisme, aucune maladie naturelle importante ni aucune cause toxicologique de décès. Selon le médecin légiste qui a pratiqué l'autopsie, le décès était attribuable à la chaleur causée par la température élevée. L'autopsie détaillée comprenait un examen du squelette (radiographie) ainsi que des tests toxicologiques, biochimiques, microbiologiques, virologiques et neuropathologiques.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Faute de connaître la température de l'enfant au moment du décès, le pathologiste qui a examiné le rapport d'autopsie ne pouvait pas soutenir cette opinion et s'est demandé si la position dans laquelle se trouvait l'enfant au moment de la découverte n'avait pas contribué au décès. Par conséquent, la Comité a émis l'opinion suivante quant au décès :

Cause du décès : Incertaine (aucune cause anatomique ou toxicologique du décès; possibilité que l'enfant ait été coincé entre le matelas et le mur)

Mode du décès : Indéterminé

Le Comité a décidé qu'il était indiqué de renvoyer le cas au Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE), en principe pour faire un examen clinique des antécédents médicaux de l'enfant, pour clarifier la cause du décès et déterminer s'il était attribuable à la chaleur ou au fait que l'enfant était coincé entre le matelas et le mur.

Les conclusions écrites du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans et la certification officielle du Comité ont été envoyées au médecin légiste en chef qui a dirigé un examen par les pairs auxquels ont pris part d'autres pathologistes. Il est important de noter qu'il n'est pas nécessaire que l'opinion des médecins légistes initiaux concorde avec la certification du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. Les opinions sont formulées différemment en fonction des renseignements disponibles, qui sont eux-mêmes différents, et peuvent servir à des fins différentes. Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans utilise un processus consensuel qui rend compte de tous les renseignements de l'investigation et de son examen. Il fonde ses conclusions sur les critères du coroner : la prépondérance des probabilités.

Comité d'examen des décès d'enfants

Le cas a été renvoyé au Comité d'examen des décès d'enfants. La SAE qui fournissait des services à la famille a procédé à un examen interne du décès. L'examen interne est un exercice d'auto-réflexion qui permet à l'agence de vérifier si elle s'est conformée aux normes du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et à la Loi sur les services à l'enfance et à la famille. Dans le cadre de ce processus, un examinateur externe a fait l'examen et formulé des recommandations au nom de la SAE. En retenant les services d'un examinateur externe, la SAE peut produire un rapport plus solide parce qu'il est dépourvu de parti pris et assure un examen critique indépendant.

Un spécialiste du bien-être de l'enfance membre du Comité d'examen des décès d'enfants revoit les rapports du coroner et du médecin légiste, le rapport d'examen interne de la SAE, le dossier complet de la SAE, au besoin, et le rapport de police pour se faire une opinion sur les services fournis par la SAE. Il peut faire des recommandations pour améliorer les services ultérieurs. De plus, en l'espèce, un examen médical a été fait. Une fois terminés l'examen médical et l'examen interne de la SAE, la réunion du Comité est généralement structurée de manière à ce que le rapport de la SAE et le rapport médical soient présentés consécutivement, pour permettre l'intégration et l'échange de connaissances entre les spécialistes.

Examen médical

Le rapport médical fait remarquer qu'au moment du décès, l'enfant était sale et avait des poux. L'examineur a souligné que le médecin légiste avait soulevé la possibilité que le décès ait été causé par la chaleur puisque la température ambiante de la chambre était de 33 °C. L'autopsie a révélé des preuves de déshydratation étant donné le taux élevé d'azote uréique du sang dans le vitré et le taux élevé de sodium. Même si la température de la chambre était élevée, il a été déterminé qu'elle n'était pas excessive. La température du corps n'a pas été obtenue sur les lieux du décès. Il était donc difficile d'attribuer la mort à la chaleur.

La question du développement de l'enfant a été soulevée. L'enfant aurait pu être coincée entre le matelas et le mur, suffoquant d'une obstruction des voies aériennes. Un examen des évaluations du développement a révélé des problèmes mineurs de motricité globale. Les membres du Comité ont donc conclu que l'enfant aurait eu suffisamment de capacité motrice pour se sortir de la position où elle se trouvait, c'est-à-dire entre le matelas et le mur. Pour l'heure, la cause du décès et le mode de décès ne peuvent pas être déterminés dans ce cas. Le CEDE a donc établi ce qui suit :

Cause du décès : Aucune cause anatomique ou toxicologique évidente

Mode du décès : Indéterminé

Examen par la Société d'aide à l'enfance

Le rapport de l'examineur externe engagé par la Société pour examiner le décès a conclu ce qui suit :

[traduction]

« Il s'agit d'un cas très difficile et très complexe. La Société a fourni de nombreux services à cette famille et a fait une surveillance serrée. Des évaluations du développement de l'enfant ont été faites relativement aux trois enfants plus âgés et les services appropriés ont été mis en place pour répondre à leurs besoins. Malgré l'engagement intensif et les services considérables du bureau de santé publique, du centre pour enfants et du programme d'aide familiale, des tendances à la négligence étaient évidentes. À maintes occasions, le niveau de négligence ne répondait pas aux normes acceptables pour la sécurité et le bien-être des enfants.

Comme on ignore la cause du décès, il est impossible de savoir si le comportement des parents a, directement ou indirectement, joué un rôle dans le décès de l'enfant. Malgré tout, la Société a documenté pendant plusieurs mois des comportements qui mettent en doute les capacités parentales. Les parents étaient incapables d'offrir un milieu de vie satisfaisant pendant une période prolongée et ce n'est que lorsque la Société les informait qu'une intervention plus contraignante pourrait être requise que les parents modifiaient légèrement leur comportement. Les améliorations mineures étaient de courte durée. Des évaluations ont permis de constater chez les trois aînés des retards de développement importants nécessitant une intervention intensive et l'implication des parents à un niveau qui dépassait de beaucoup leur capacité. »

L'examineur du CEDE a fait des observations sur de nombreuses questions, notamment la suivante :

[traduction] « L'évaluation globale aurait dû tenir compte davantage des préoccupations du médecin de la famille qui estimait que la mère avait peut-être des limites cognitives et n'était peut-être pas capable de s'occuper de ses enfants car elle ne semblait pas comprendre leurs retards de développement. Eu égard à ces préoccupations et aux autres renseignements relatifs à ce cas, une évaluation du fonctionnement cognitif de la mère et des répercussions sur la capacité parentale était justifiée, en particulier parce qu'elle s'occupait de quatre très jeunes enfants qui avaient de grands besoins. »

Le CEDE a fait plusieurs recommandations, dont les suivantes :

1. Le CEDE souscrit entièrement au principe voulant que la sécurité des enfants soit au cœur des interventions de la Société. Cette approche ne correspond peut-être pas toujours à la démarche non contraignante, fondée sur la collaboration, que la SAE a décrite en détail dans sa réponse à l'examen externe.
2. Lorsqu'elle examinera ce cas et apportera des modifications à ses politiques et procédures, la Société devrait intégrer la nécessité pour les travailleurs sociaux et autres intervenants de voir tout le logement pendant chaque visite à domicile lorsqu'il existe des raisons de s'inquiéter de l'état du logement. La fréquence des visites à domicile devrait correspondre au risque pour les enfants et à la vulnérabilité de ceux-ci. Des critères et des lignes directrices sur l'évaluation des logements devraient être élaborés.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

3. Le CEDE serait très inquiet si les trois autres enfants étaient renvoyés à leurs parents. Étant donné les préoccupations sérieuses soulevées en l'espèce, la capacité parentale devrait être évaluée, si ce n'est pas déjà fait, si l'on envisage de remettre les enfants aux soins de leurs parents.
4. Si la mère devient enceinte à nouveau, les hôpitaux avoisinants devraient être avertis de la nécessité d'informer la Société lorsqu'elle accouchera pour qu'une intervention puisse être faite.

Recommandations

Si les recommandations sont de nature systémique, le ministère, l'organisme, l'agence ou les particuliers seront avisés par le coroner en chef. Le coroner régional principal qui a renvoyé le cas reçoit un double du rapport médical du CEDE afin de faciliter la distribution des recommandations qui s'adressent aux particuliers ou aux organismes locaux. Le coroner régional principal s'assure ensuite que le système d'investigation du coroner est mis à jour et demande un examen d'assurance de la qualité avant de clore le dossier. Les établissements de santé, les organismes et les ministères sont priés de faire connaître leur plan de mise en œuvre des recommandations au coroner en chef ou au coroner régional principal.

En outre, le rapport et les recommandations du CEDE sur le bien-être de l'enfance sont fournis à la SAE concernée, au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et au coroner régional principal. Il est courant que les SAE fassent part de leurs réactions au CEDE relativement aux recommandations et à leur mise en œuvre. De plus, le ministère, par l'entremise de ses bureaux régionaux, surveille la mise en œuvre des recommandations.

En résumé, ce processus d'évaluation de cas a été présenté pour illustrer les services d'enquête qui sont mobilisés et utilisés pendant une investigation sur le décès d'un enfant en Ontario. On rappelle au lecteur que l'enquête publique sur la médecine légale pédiatrique portait sur des cas problématiques survenus avant 2001. Le processus décrit ci-dessus énonce les pratiques courantes, y compris certains (mais pas tous) des procédés d'assurance de la qualité que suppose actuellement une investigation sur le décès d'un enfant.

INVESTIGATION SUR LE DÉCÈS D'UN ENFANT QUI RECEVAIT DES SERVICES D'UNE SOCIÉTÉ D'AIDE À L'ENFANCE

Le processus décrit ci-dessous explique l'investigation globale du décès d'un enfant qui meurt pendant qu'il recevait des services d'une société d'aide à l'enfance en Ontario.

1. La SAE présente immédiatement un rapport d'incident grave au Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO).
2. Elle présente une fiche de signalement d'un décès d'enfant et sommaire du cas dans un délai de 14 jours.
3. À ce stade, après avoir pris connaissance des circonstances du décès, le BCCO informe la SAE qu'un examen interne est requis, le cas échéant. L'avis est donné dans les 21 jours suivant le décès. Par exemple, si un enfant meurt des suites d'un accident de la route, un examen interne ne sera peut-être pas nécessaire. Par contre, si un enfant de moins de un an mourait chez lui et que ses parents avaient des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, un examen interne serait jugé obligatoire.
3. La SAE a 90 jours pour produire son rapport d'examen interne. Tous les rapports d'examen interne sont communiqués au CEDE.
4. Investigation du coroner. La police fournit au coroner toute l'aide dont il a besoin pour remplir ses fonctions.

5. Si le décès est un homicide ou une mort suspecte de nature criminelle, une enquête policière sera menée pour les besoins du système de justice pénale.
6. Une autopsie est pratiquée par un médecin légiste ou un médecin légiste pédiatrique qui, dans les cas de morts suspectes de nature criminelle, peut visiter les lieux du décès.
7. Rapport d'un toxicologue.
8. Rapport d'un radiologue.
9. Une conférence de cas est souvent organisée. Elle est habituellement présidée par le coroner régional principal. La police, le coroner enquêteur, le médecin légiste, le toxicologue, un neuropathologiste, au besoin, et un spécialiste du bien-être de l'enfance y participent. Cette conférence permettra de déterminer les questions soulevées par l'investigation dont il faudra s'occuper. Elle permet aussi aux intéressés de se faire une opinion quant à la cause du décès et au mode de décès.
10. Le coroner enquêteur conclura l'investigation et enverra son rapport d'enquête au coroner régional principal. Ce dernier examinera le cas pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs ni d'omissions et il peut décider de renvoyer le cas à un comité d'experts pour un examen plus approfondi. Si l'enfant décédé avait moins de 5 ans, il est *obligatoire* de renvoyer le cas au Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. C'est l'âge de l'enfant décédé et les circonstances de son décès qui détermineront la nécessité de renvoyer le cas au Comité d'examen des décès d'enfants.
11. Un examen du décès par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans aura lieu. Ce comité multidisciplinaire, qui compte des coroners, des pathologistes, des détectives de l'escouade des homicides, un procureur de la Couronne et une spécialiste du bien-être de l'enfance, est chargé de l'assurance de la qualité. Les officiers affectés au Comité s'informeront auprès du service de police qui a mené l'enquête sur la nature de l'enquête au moyen d'un cadre sommaire. Lorsqu'ils présentent leurs conclusions au Comité, ils fournissent également des photographies des lieux du décès et certaines photographies de l'autopsie. Ces officiers sont des détectives de haut niveau provenant d'escouades des homicides. Un pathologiste examinera le rapport d'autopsie pratiquée par le médecin légiste et présentera un rapport écrit de ses conclusions. Si le rapport d'autopsie soulève des préoccupations, le médecin légiste en chef devra revoir le cas. Ce comité fera des constatations sur la cause du décès et le mode de décès. Son rapport sera ensuite envoyé au coroner régional principal, qui l'examinera et fera les mises à jour nécessaires dans le système d'investigation du coroner. Il fera également des recommandations concernant des questions liées à la qualité de l'investigation. En outre, il peut renvoyer le cas au Comité d'examen des décès d'enfants pour un examen plus poussé.
12. Un examen par le Comité d'examen des décès d'enfants sera fait. Les membres du CEDE comprennent des spécialistes en bien-être de l'enfance, des coroners, des détectives provenant d'escouades des homicides, des pédiatres, des pathologistes et un procureur de la Couronne, et produisent les rapports du Comité. Ceux-ci peuvent porter sur les aspects du décès liés au bien-être de l'enfance, les aspects médicaux ou pédiatriques du décès, ou les deux. Des recommandations sont élaborées et envoyées au coroner régional principal, à la SAE et au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Le Comité est indépendant du ministère et des SAE.
13. La SAE mettra en œuvre les recommandations, lorsqu'il est pratique de le faire, et fera généralement part de ses réactions au CEDE sur les conclusions du Comité. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse fera connaître à la SAE ses attentes découlant de l'examen du décès.

Comité d'examen des décès d'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'investigation (police, coroners, médecins légistes) 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'investigation l'importance de ne pas conclure qu'un décès est attribuable au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) tant que l'investigation 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'investigation 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 investigation plus approfondie.

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 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 et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de deux ans (maintenant le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans) utilisent ces lignes directrices 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 (<i>énumérer également les facteurs externes qui ont contribué au décès</i>).
Groupe 5	CDD : Cause imprévue ou indéterminée. MDD : Indéterminé.

0 à 5 ans Mode de décès	2003	2004	2005	2006	2007*
Naturel	156	178	136	133	101
Accidentel	35	34	33	42	34
Homicide	11	5	10	11	6
Indéterminé	38	41	53	59	42
Total	240	258	232	245	183

* Nota : données préliminaires.

Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans - MANDAT**Objet :**

Ce comité multidisciplinaire examine toutes les investigations des coroners sur les décès d'enfants de moins de cinq ans dans le but :

- a) d'examiner la cause du décès et le mode de décès,
- b) d'établir les possibilités de poursuivre l'investigation suite à l'examen du décès par le Comité.

Objectifs :

1. Fournir un examen uniforme de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans pour faire en sorte que les conclusions concernant la cause du décès et le mode de décès soient exactes et fondées sur les meilleurs renseignements disponibles.
2. Demander aux membres de s'assurer qu'ils ont accompli toutes les tâches qu'ils ont à faire dans l'investigation compte tenu de leur spécialité et qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une investigation supplémentaire.
3. Déterminer les tendances et les facteurs de risque relevés et en rendre compte chaque année au coroner en chef.
4. Si le Comité croit qu'il existe un risque pour la sécurité du public, faire part de ses préoccupations au coroner en chef par l'entremise du président.
5. Relever les possibilités d'amélioration du processus d'investigation.

Processus :

1. Le coroner régional principal renverra tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans au Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.
2. L'équipe de direction du Comité, qui se compose du président, du président adjoint, du dirigeant et du spécialiste du bien-être de l'enfance, examine tous les cas qui sont renvoyés au Comité.
3. Après l'examen, l'équipe de direction choisit les cas qui nécessitent une évaluation supplémentaire par tout le Comité.
4. Dans les cas qui ne sont pas renvoyés au Comité pour un examen complet, l'équipe de direction fait part de ses conclusions au coroner régional principal.
5. Les cas que seule l'équipe de direction examine sont : les homicides, les décès naturels prévus et les décès accidentels lorsque l'examen révèle que tous les autres aspects de l'investigation ne sont pas litigieux.
6. Les cas que le Comité au complet examine sont : tous les décès dont le mode est indéterminé, les morts naturelles qui ne sont pas prévues, dont le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), et les cas de décès accidentels que lui renvoie l'équipe de direction.
7. Après l'examen, le Comité fait parvenir un rapport de ses conclusions au coroner régional principal.
8. Après un examen par le Comité ou l'équipe de direction, un rapport est envoyé à la société d'aide à l'enfance concernée.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

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 du secteur de la santé, du système de justice pénale et de l'équipe d'enquête sur les homicides ainsi qu'à des pathologistes, à des coroners et à des experts en bien-être de l'enfance 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. Les renseignements fournis proviennent habituellement du rapport d'enquête du coroner, des rapports d'autopsie, des dossiers de police, des dossiers des hôpitaux et dossiers médicaux, ainsi que des rapports des organismes de services de bien-être de l'enfance, le cas échéant. 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.

24 RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

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 de moins de cinq ans 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 régulièrement pour l'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.
2. Examiner tous les cas adressés au Comité par les coroners régionaux principaux.
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 de moins de cinq ans.
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 de moins de cinq ans et que peut lui demander le coroner en chef.

Modifications au mandat :

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

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 investigation 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'investigation complète (enquête de police, autopsie, radiographies, toxicologie, examen des antécédents cliniques) sont connus. **Le SMSN est un diagnostic d'exclusion.**

Veillez consulter l'étude présentée aux pages 35-38 pour une analyse plus approfondie du SMSN.

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

Mort subite et imprévue de nourrissons

La mort subite et imprévue de nourrissons 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'investigation 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'investigation a mal expliquées.
- b) L'autopsie est négative, mais il existe des antécédents de mauvais traitements.
- 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.

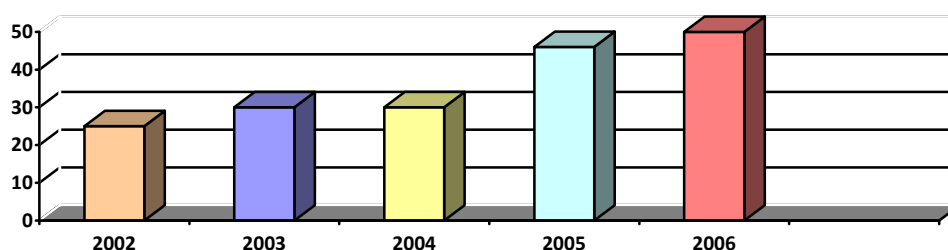
Lorsqu'il existe suffisamment de doutes concernant un ou plusieurs éléments de l'investigation sur le décès, on devrait conclure à une mort subite et imprévue de nourrissons dont le mode est indéterminé.

Mort subite et imprévue de nourrissons

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)

Bureau du coroner en chef de l'Ontario – Morts subites et imprévues de nourrissons de 2001 à 2006



Tendances dans les décès d'enfants en Ontario

- Baisse du nombre de cas de SMSN
- Hausse du nombre de morts subites et imprévues de nourrissons
- Un environnement dangereux et le partage du lit ont contribué aux morts subites et imprévues de nourrissons

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 une moyenne de 5 par année, pour les raisons suivantes :

- 1) **Éducation** : le programme « Dodo sur le dos! » 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 investigation globale sur les lieux du décès soient couverts.

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

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

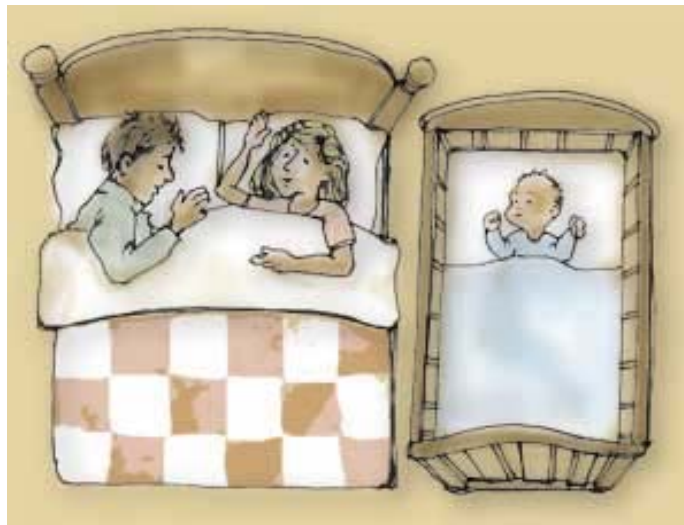
Les termes « décès subit et imprévu » et « mort subite et imprévue de nourrissons » tendent à remplacer « syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) » dans bien des secteurs de compétence, notamment en Ontario, pour qualifier certains décès qui auraient été considérés comme des SMSN auparavant. Étant 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 investigation complète (voir définitions à la page 25).

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.

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 ci-dessous).

Partage de la chambre (figure 1)



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

Données sur les cas examinés en 2008 par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

- Au total, le Comité a examiné 96 cas au cours de l'année écoulée.
- Dans le cas de 40 des 96 décès, le mode de décès était indéterminé.
- 33 (75 %) des cas de décès indéterminés impliquaient un environnement de sommeil dangereux.
- 19 (58 %) des cas liés à un environnement de sommeil dangereux impliquaient le partage d'un lit.

Mode de décès dans les 96 cas examinés

Naturel	Accidentel	Indéterminé
39	17	40

Année du décès dans les 96 cas examinés

2005	2006	2007	2008
2	24	65	5

De plus amples renseignements concernant les 33 décès liés à un environnement de sommeil dangereux qu'a examinés le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans sont présentés ci-dessous.

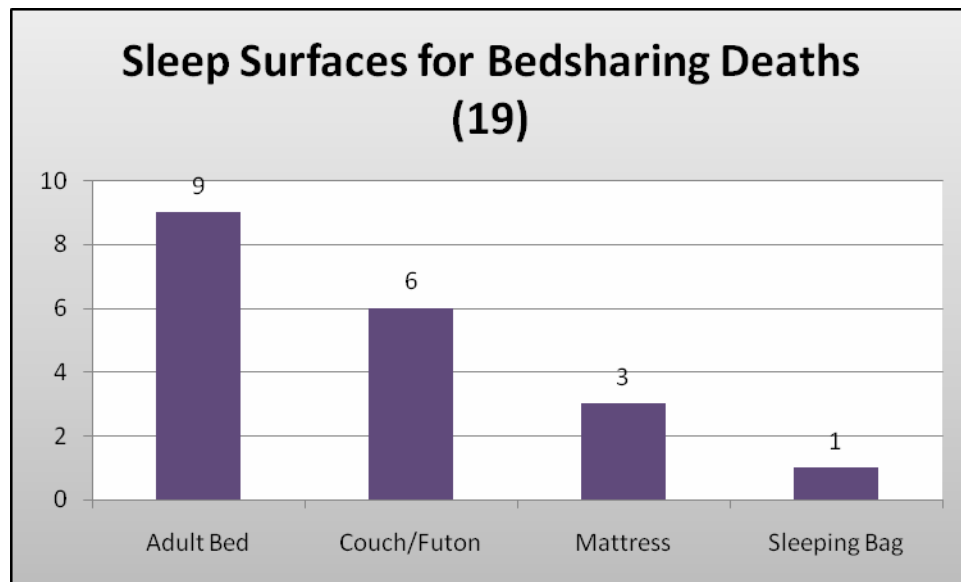
SEXE : 11 des enfants étaient des fillettes et 22 des garçons.

ÂGE : **31 des enfants avaient 7 mois ou moins** et 2 avaient 10 mois, ce qui met en relief le risque accru de partager son lit avec de très jeunes bébés.

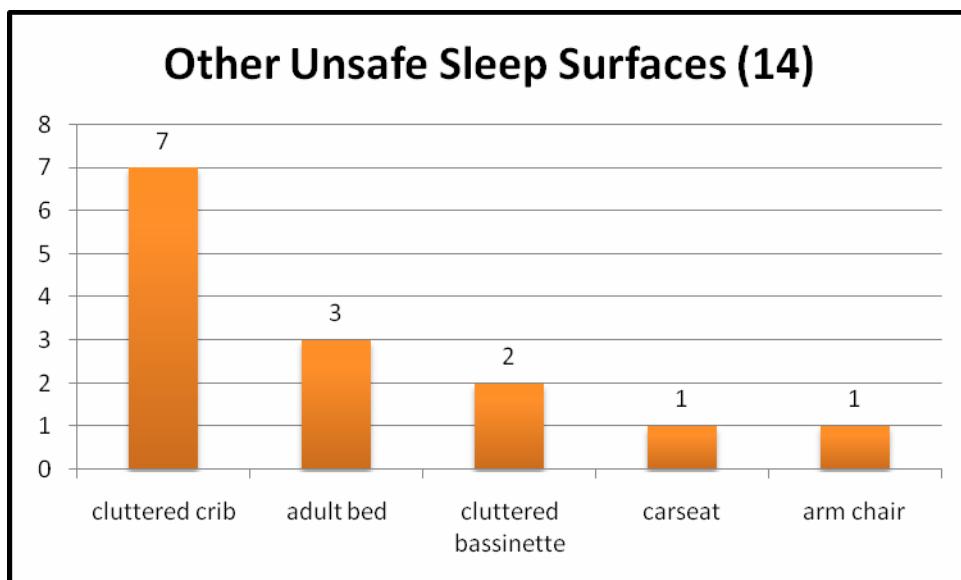
RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Dans tous les 19 cas de décès liés à un environnement de sommeil dangereux impliquant le partage d'un lit, le lit était partagé avec un ou deux adultes et dans un cas, un autre enfant se trouvait également dans le lit. Voici comment se répartissent les personnes qui partageaient un lit avec l'enfant et la surface du lit en question :

La mère seulement	10
Le père seulement	3
Les deux parents	2
La mère, le père et un frère ou une sœur	1
Gardienne	2
La mère et un frère ou une sœur	1



Les surfaces de sommeil dans le cas des 14 décès qui n'impliquaient pas de partage du lit sont indiquées dans le graphique ci-dessous :



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'article de Santé Canada à la p. 32 et les encadrés 1 et 2 à la page 34). Bien qu'il s'agisse d'un sujet controversé, il serait irresponsable de ne pas 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.

Environnements de sommeil dangereux et partage du lit ou de la chambre – Exemples de cas

1. Environnement de sommeil dangereux

Les parents ont découvert leur enfant de 4 mois avec la tête enroulée dans une couverture dans son lit d'enfant à 6 h. Les parents ont immédiatement appelé le 911 et la mère a tenté de réanimer le bébé sans succès. On a transporté le bébé à l'hôpital, sans signes vitaux. Le médecin traitant a remarqué que le bébé était mort depuis plusieurs heures. Le père avait jeté un œil sur l'enfant à minuit. Après avoir examiné ce cas, le CEDE5 a classifié le décès comme suit :

- **Cause du décès :**
Aucune cause anatomique ou toxicologique évidente; syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) dans un environnement de sommeil dangereux (couverture enroulée autour de la tête et du visage du bébé deux fois)

Facteurs contributifs :
Bronchite lymphocytaire (aucun micro-organisme n'a été identifié)

- **Mode de décès :**
Indéterminé



2. Avec partage de lit :

Une mère allaitait son bébé de 6 semaines dans un lit d'adulte à 23 h 30. La mère était étendue sur le côté gauche pour nourrir son enfant et s'est endormie. Quand elle s'est réveillée au matin, le bébé ne respirait plus. Après avoir examiné ce cas, le CEDE5 a classifié le décès comme suit :

- **Cause du décès :** Aucune cause anatomique ou toxicologique évidente; syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) dans un environnement de sommeil dangereux avec partage de lit.

Mode de décès :
Indéterminé

Santé Canada informe le public canadien que l'endroit le plus sécuritaire où devrait dormir un enfant est seul dans un lit d'enfant

Adapté de <http://www.hc-sc.gc.ca>

Sécurité des produits de consommation

Information pour le consommateur - habitudes sécuritaires lors du sommeil de jeunes enfants

Janvier 2008

L'endroit le plus sécuritaire où devrait dormir un enfant est seul dans un lit d'enfant. Les nourrissons et jeunes enfants ne devraient jamais être mis, lorsqu'ils se couchent, sur une surface qui ne convient pas comme un lit normal, un lit d'eau, un matelas pneumatique, un sofa, un futon ou un fauteuil.

Les produits tels que les carrosses, les poussettes, les sièges de voiture, les balançoires de bébé, les sauteuses ou les parcs d'enfant ne doivent pas servir de lieu de sommeil pour l'enfant et ne doivent pas être utilisés pendant de longues durées.

Les dangers liés au sommeil comprennent :

Lit partagé

Le lit partagé est lorsqu'un adulte ou un autre enfant dort sur la même surface que le jeune enfant.

- Les fournisseurs de soins aux enfants peuvent croire que le partage du lit réduira le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), mais il n'y a aucune preuve à l'appui. Les recherches démontrent que le risque de SMSN est plus élevé chez les fumeurs, les personnes très fatiguées ou sous l'influence de drogues ou d'alcool, qui partagent un lit avec un nourrisson¹.
- Les nourrissons peuvent être coincés entre la surface sur laquelle ils dorment, le corps du parent ou du fournisseur de soins, le mur et d'autres objets.
- Les enfants qui dorment sur une surface surélevée peuvent chuter et subir des blessures sérieuses.
- Les nourrissons peuvent s'étouffer avec des accessoires de literie, comme des oreillers ou des édredons.

Parcs d'enfants :

Puisque les parcs d'enfant ne se conforment pas aux mêmes exigences de sécurité et que leur durabilité est moindre que celle des lits d'enfant, ils ne sont pas conçus pour être utilisés comme surface de sommeil.

- Ne laissez pas un nourrisson dormir dans un parc d'enfant pour une période prolongée.
- Si une table à langer ou un lit d'enfant est fourni avec le parc d'enfant, ne mettez jamais le bébé dans le parc d'enfant pendant que la table à langer ou le lit d'enfant est à l'intérieur de ce dernier.
- N'ajoutez pas de couvertures, d'oreillers ou de matelas additionnels au parc d'enfant. Si ces articles sont utilisés, le nourrisson pourrait s'étouffer.
- Assurez-vous que le couvre-matelas est ferme. Les couvre-matelas qui sont trop mous ou abîmés peuvent présenter un danger de suffocation.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Lits d'enfant :

Un lit d'enfant qui se conforme aux normes canadiennes actuelles est l'endroit le plus sécuritaire où peut dormir un enfant. Un lit d'enfant peut être utilisé jusqu'à ce que l'enfant puisse être en mesure de grimper hors du lit ou lorsque sa taille dépasse 90 cm (habituellement lorsque l'âge de l'enfant se situe entre 18 et 24 mois). Un berceau constitue un endroit sécuritaire de sommeil pour un nourrisson jusqu'à ce qu'il soit capable de se redresser en position assise par lui-même (habituellement lorsque l'enfant atteint l'âge de 6 mois).

Pour s'assurer qu'un lit d'enfant est sécuritaire pour qu'un enfant s'y couche :

- N'utilisez pas un lit d'enfant fabriqué avant septembre 1986 puisque ce dernier ne sera pas conforme aux normes de sécurité actuelles.
- Ne mettez pas d'articles mous dans le lit comme les oreillers, jouets en peluche, coussins de positionnement, douillettes, bordures de protection, peaux d'agneau et autres produits similaires puisqu'ils représentent un risque d'étouffement.
- Assurez-vous que le matelas du lit d'enfant est solide et bien ajusté. L'espace entre le matelas et les côtés du lit d'enfant ne doit pas dépasser 3 cm. Le matelas ne doit pas être plus de 15 cm d'épaisseur.
- Ne faites absolument aucune modification à un lit d'enfant. Fiez-vous toujours aux consignes du fabricant pour fabriquer et utiliser le lit d'enfant.
- Après avoir déposé le bébé dans le lit d'enfant, assurez-vous que les côtés du lit ont été placés et sécurisés.
- Ne placez pas les cordes, les sangles ou d'autres articles similaires dans un lit d'enfant ou près de ce dernier, puisqu'ils pourraient s'enrouler autour du cou de l'enfant. Gardez le lit d'enfant éloigné des fenêtres et des portes panoramiques où un enfant pourrait atteindre un cordon de rideau ou de store puisque ces articles pourraient aussi causer un étranglement.

Conseils généraux de sécurité pour le sommeil :

- Les nourrissons devraient être placés sur leur dos lors du sommeil.
- Ne laissez jamais un nourrisson dormir sur la même surface qu'un adulte ou un autre enfant.
- Ne laissez pas un nourrisson dormir dans une poussette, une balançoire, une sauteuse ou un siège de voiture pour de longues durées.
- Lorsque vous voyagez, amenez avec vous un lit d'enfant portatif aux côtés rigides pour coucher l'enfant au lieu d'un parc d'enfant.
- Ne mettez jamais un enfant de moins de 2 ans dans un lit dont les côtés sont mobiles.
- Les enfants de 6 ans et moins ne devraient pas dormir sur le matelas du haut d'un lit superposé.

Pour d'autres conseils de sécurité, veuillez consulter le [bulletin sur les habitudes sécuritaires lors du sommeil de jeunes enfants](#).

Pour un complément d'information sur les exigences touchant les lits d'enfant au Canada et l'utilisation sécuritaire de ceux-ci, veuillez consulter [le document Sécurité des lits d'enfant de Santé Canada](#).

Pour de plus amples renseignements, les consommateurs peuvent communiquer avec Santé Canada, sans frais, au 1 866 662-0666, ou par courriel à cps-spc@hc-sc.gc.ca (si vous communiquez par courriel, veuillez indiquer la province ou le territoire d'où vous écrivez).

(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- 2009	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
2008	Santé Canada : Sécurité des produits de consommation

(Encadré 2)

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

Colombie-Britannique : Voici les conclusions que le service d'examen des décès d'enfants du bureau du coroner en chef a présentées en 2007 :

- La majorité des morts subites du nourrisson se sont produites avant l'âge de 6 mois.
- Des facteurs de risque modifiables étaient présents dans bien des cas.
- Des surfaces de sommeil dangereuses étaient présentes dans la majorité des cas, la plus courante étant le matelas d'adulte.
- Plus de la moitié des enfants partageaient leur lit au moment du décès.
- Moins de la moitié des enfants étaient couchés sur le dos.

Le **Florida State Death Review Committee** a souligné que les décès d'enfants liés à l'environnement de sommeil étaient devenus un problème permanent dans les sept dernières années. Voici ses principales constatations : 38 enfants sont morts de suffocation à cause d'un environnement de sommeil dangereux; dans 19 (50 %) de ces cas, il y avait un lit d'enfant dans la maison, non utilisé; 26 décès ont été attribués au partage du lit et à un étouffement accidentel causé par un adulte, 21 dormaient dans leur lit avec une autre personne, 4 dormaient sur un sofa ou un futon avec une autre personne, 1 dormait sur un matelas pneumatique avec une autre personne et 12 étaient couchés dans un autre environnement de sommeil dangereux.

L'**Iowa Child Fatality Review Team** a conclu que dans 48 cas, le mode de décès était indéterminé, dont 37 parce que l'enfant partageait son lit au moment du décès et que les signes de lividité ou autres n'indiquaient pas clairement si l'enfant avait été coincé ou s'il avait été accidentellement écrasé par un adulte.

Les **Arizona Child Fatality Review Teams** signalent qu'en 2006, 90 nourrissons autrement en santé sont morts inopinément et que dans 90 % de ces décès, l'environnement de sommeil dangereux avait été identifié comme un facteur contributif qui aurait pu être prévenu.

Citant plusieurs études, le **Michigan's Fetal Infant Mortality Review (FIMR) Network** est d'avis que les facteurs de risque du partage de lit l'emportent sur les avantages possibles d'une telle pratique.

L'équipe **Ohio's Child Death Review** a déclaré que les 174 décès d'enfants liés au sommeil en 2005 représentaient 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 de 29 jours à 1 ans examinés, 42 % (152) étaient liés au sommeil.

- Seulement 26 % (45) des décès liés au sommeil se sont produits dans des lits d'enfant ou des moisés.
- 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.

Étude rétrospective du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) en Ontario de 2001 à 2006

Ping Ser, quatrième année du programme de biologie – médecine légale, Université de Toronto
Karen Bridgman-Acker, Dr J. N. Edwards, Dr A. E. Lauwers, Dr J. Tanguay, Bureau du coroner en chef

Introduction

La première définition du SMSN a été présentée en 1969, après la deuxième conférence internationale sur les causes de la mort subite des nourrissons. Le National Institute of Child Health and Human Development a révisé cette définition en 1989. Le syndrome de mort subite du nourrisson désigne le décès subit d'un bébé de moins de un an, qui demeure inexplicé après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète, un examen des lieux du décès et un examen des antécédents cliniques (Wllinger, 1991).

Si au moins un élément de l'investigation sur le décès d'un enfant de moins de un an est positif, le décès ne sera pas attribué au SMSN. Lorsqu'il existe suffisamment de doutes concernant un ou plusieurs éléments de l'investigation sur le décès, on devrait conclure à un décès subit et imprévu dont le mode est indéterminé. Par ailleurs, lorsque le syndrome de la mort subite du nourrisson est la cause du décès, il est alors établi que le mode de décès est naturel.

De nombreuses publications font état d'une baisse du nombre de cas de SMSN. Statistique Canada et le Bureau du coroner en chef ont également publié des chiffres qui indiquent une tendance à la baisse. Cette diminution est attribuable à des campagnes de sensibilisation à la nécessité d'adopter des pratiques de sommeil sûres, comme le programme « Dodo sur le dos! », qui ont incité les parents à coucher leur enfant sur le dos; coucher l'enfant sur le ventre est l'un des principaux facteurs de risque du SMSN. Cependant, il faut noter que même si la définition du SMSN n'a pas changé, son application n'était pas aussi rigoureuse à l'époque que maintenant. Il est donc possible que la tendance à la baisse qui a été observée soit attribuable à la différence dans l'application de la définition.

La présente recherche ne vise pas à poser une nouvelle hypothèse, mais plutôt à revoir et à isoler les véritables cas de SMSN en Ontario survenus entre 2001 et 2006. Les cas isolés

seront utilisés pour démontrer si, dans les faits, il y a eu une baisse marquée du nombre de cas de SMSN et cerner les tendances à cet égard.

Méthode

Le BCCO nous a fourni les dossiers de cas où le SMSN a été déclaré cause du décès de 2001 à 2006. Nous avons examiné les rapports de police (y compris les déclarations des témoins), les rapports d'autopsie et des tests secondaires (examens toxicologiques et métaboliques, radiographies, tests microbiens) ainsi que les dossiers médicaux et ceux des sociétés d'aide à l'enfance (SAE).

Cette étude comprenait deux stades. Le premier consistait à revoir les dossiers pour isoler les véritables cas de SMSN. Ont été exclus :

- 1) les cas où l'enfant décédé avait plus de 365 jours;
- 2) les cas dont les résultats de l'autopsie, des tests neuropathologiques, toxicologiques, viraux, microbiens et métaboliques ou les radiographies étaient positifs. La seule présence d'un virus ou d'un microbe n'excluait pas nécessairement un cas. Les résultats devaient être significatifs (p. ex., prolifération importante d'un microbe particulier) pour que le résultat fût jugé positif. Ce protocole s'appliquait aux autopsies et aux analyses secondaires;
- 3) les cas où le lit avait été partagé;
- 4) les cas où l'environnement de sommeil était dangereux ou non approuvé, c.-à-d. sofas, sièges d'auto, poussettes, matelas ou lits d'adultes;
- 5) les cas où l'environnement de sommeil était dangereux mais dont le contexte devait être examiné (c.-à-d. que la présence d'oreillers d'adulte, de couvertures ou de jouets dans l'environnement de sommeil de l'enfant n'excluait le cas que si l'enfant avait été retrouvé le visage enfoui dans l'oreiller ou dans le jouet ou couvert d'une

couverture). De même, l'utilisation d'un parc d'enfant comme environnement de sommeil n'excluait pas le cas, sauf si l'enfant décédé avait été trouvé visage vers le bas dans le parc.

La seconde étape de l'étude visait à recueillir des données à partir des cas isolés, dont les principales étaient le sexe, l'âge, la position pour dormir, les antécédents médicaux de l'enfant décédé, le genre d'alimentation, les facteurs environnementaux, les antécédents de la famille et de la mère, et les résultats de l'autopsie.

Résultats

Au total, 84 dossiers ont été examinés et il a été déterminé que 36,9 % d'entre eux étaient de véritables cas de SMSN. C'est donc dire qu'une fois appliqués les rigoureux critères d'exclusion, seulement 31 véritables cas de SMSN ont été répertoriés.

- Il y avait une différence marquée entre le nombre de cas de SMSN avant notre étude et le nombre de cas après l'étude. Différence moyenne = 0,0665 par 1 000 naissances vivantes, IC de 95 % = 0,0279 – 0,1051 par 1 000 naissances vivantes, valeur p = 0,007 (Tableau 1).
- Le nombre moyen de véritables cas de SMSN par 1 000 naissances vivantes était de 0,0393, IC de 95 % = 0,0231 – 0,0555. Seule l'année 2002 a affiché un taux de 0,0700, qui se situait à l'extérieur de la fourchette de l'IC de 95 % (Tableau 1).
- Dans 57 % des 53 cas qui ont été exclus, on a relevé des pratiques de sommeil non sécuritaires (Figure 1).

51,6 % des cas sont survenus dans la région de l'Ouest de l'Ontario et les cas ont été répartis également entre toutes les saisons. Dans 32,3 % de ces cas, il y avait eu des interventions d'une SAE. Les principales tendances relevées étaient les suivantes : garçons, âge médian de 90,3 jours, les enfants n'étaient pas allaités, les enfants n'étaient pas le premier enfant de leur mère, les enfants dormaient dans une chambre séparée de celle de leurs parents, les enfants dormaient sur le ventre, il y avait présence de fumée ou d'animaux dans l'environnement de l'enfant, antécédents médicaux de congestion ou d'infection (Tableau 2). 58,1 % des enfants décédés ont été trouvés inertes le matin. Une constatation moins évidente : la chaleur excessive; 44,8 % des enfants décédés étaient trop habillés ou trop couverts (la cause du décès était inconnue dans 2 cas) et dans 31,8 % des cas, la température de la pièce était élevée (la cause du décès était inconnue dans 9 cas).

Dans 2 cas, il y avait des antécédents de SMSN ou de mort subite et imprévue de nourrissons dans la famille de l'enfant décédé. Dans un cas, les parents étaient cousins germains et la mère avaient déjà eu des avortements spontanés et des fausses couches et donné naissance à des bébés mort-nés.

Les constatations pathologiques les plus courantes étaient la congestion pulmonaire (83,9 %) et les hémorragies intrathoraciques (83,9 %). Dans 24 % des cas (cause du décès inconnue dans 6 cas), on a décelé des microbes dans les échantillons de sang et dans 62,5 % des cas (cause du décès inconnue dans 7 cas), des microbes ont été détectés dans les échantillons de tissu pulmonaire. *Staphylococcus aureus* était le microbe décelé le plus souvent.

Tableau 1 Nombre de cas de SMSN de 2001 à 2006, avant et après l'examen des dossiers de cas

Année	Nbre de naissances vivantes	Nombre de cas de SMSN avant l'examen	Nombre de cas de SMSN après l'examen	Nombre de cas de SMSN par 1 000 naissances vivantes avant l'examen	Nombre de cas de SMSN par 1 000 naissances vivantes après l'examen
2001	131 709	18	5	0,14	0,038
2002	128 528	18	9	0,14	0,070
2003	130 927	17	4	0,13	0,031
2004	132 551	12	4	0,091	0,030
2005	133 760	13	4	0,097	0,030
2006	135 595	5	5	0,037	0,037

*Le nombre de naissances vivantes de chaque année a été obtenu de Statistique Canada.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Facteurs	% des cas
Vulnérabilité	
Âge : 2 - 4 mois	83,9
Enfants non allaités	45,2
Enfants qui n'étaient pas le premier enfant de leur mère	85,0
Enfants qui dormaient dans une chambre séparée de celle de leurs parents	56,7
Facteur prédisposant (génétique)	
Enfants de sexe masculin	67,7
Événements déclencheurs	
Couché sur le ventre	71,0
Exposition à de la fumée de tabac ou à des animaux	80,0
Antécédents de congestion	35,5
Antécédents d'infection	29,0

Tableau 2 Principales tendances identifiées dans les 31 véritables cas de SMSN.

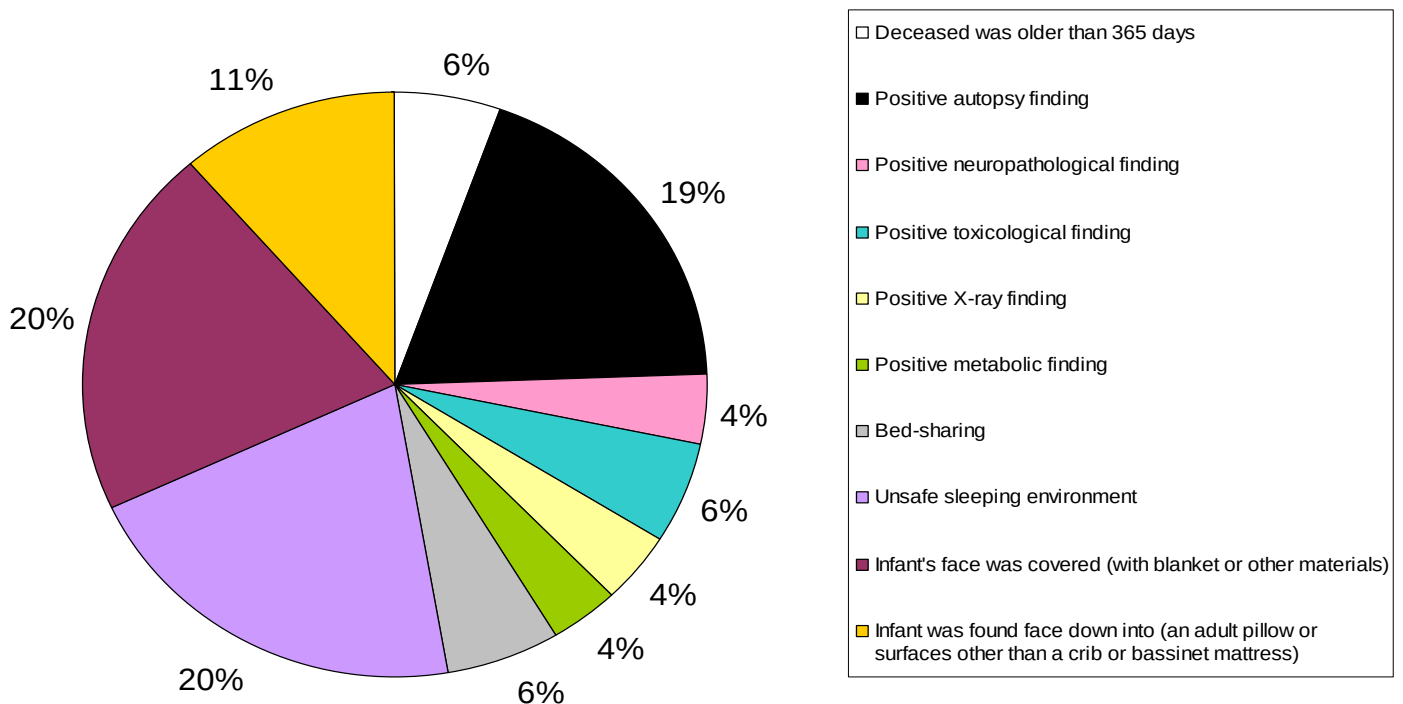


Figure 1 Les 53 cas exclus et les raisons de leur exclusion. Les conditions et pratiques de sommeil dangereuses (4 dernières catégories de la légende) représentaient 57 % de ces 53 cas.

Conclusion

Contrairement à d'autres territoires, le SMSN n'est pas la principale cause de décès postnatal en Ontario. Notre étude a tenté d'établir que les véritables cas de SMSN pouvaient être cernés par une application rigoureuse de la définition de SMSN. La différence entre le nombre de cas de SMSN avant l'étude et le nombre de cas après l'étude était significative et la baisse du nombre de cas réels de SMSN entre 2001 et 2006 n'était pas importante. Une application rigoureuse de la définition des cas de SMSN empêcherait de déclarer le SMSN cause de décès pour tous les décès d'enfants inexpliqués, ce qui favoriserait des examens plus poussés pour déterminer les autres facteurs de risque importants associés au SMSN avec plus de précision.

Les tendances qui ont été relevées dans la présente recherche correspondent aux conclusions d'autres études et soutiennent l'hypothèse multiparamétrique. Les facteurs de risque pourraient être divisés selon qu'ils relèvent de la vulnérabilité, de facteurs prédisposants et d'événements déclencheurs.

Il est de toute première importance de souligner que sur les 53 cas qui avaient d'abord été déclarés SMSN et exclus dans le cadre de la présente étude, 57 % présentaient un environnement de sommeil dangereux. Cela donne à penser qu'un programme d'éducation destiné aux parents organisé conjointement par les organismes de santé publique, les fournisseurs de soins de santé ainsi que les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pour informer les parents sur les environnements sécuritaires de sommeil pour leurs enfants pourrait contribuer à réduire encore plus le nombre de décès d'enfants. Nous recommandons que le programme « Dodo sur le dos! » se poursuive et que le public soit également informé du risque que comportent la température élevée dans une pièce, l'habillement excessif des enfants ainsi que l'exposition à la fumée et aux animaux. Il se peut que des lits d'enfant ou des matelas qui ne sont pas homologués par les autorités soient encore utilisés pour coucher les enfants. Il y aurait donc lieu d'encourager le public à utiliser uniquement les lits d'enfant et les matelas approuvés et homologués pour coucher leurs enfants. En outre, comme les facteurs génétiques pourraient être un facteur contributif direct ou indirect au SMSN (Opdal, 2004), un dépistage génétique plus inclusif devrait être fait dans les cas de SMSN pour identifier d'autres mutations et polymorphismes qui pourraient être en cause dans les décès d'enfants.

Bibliographie

Willinger, M., James, L.S. et Catz, C. « Defining the sudden infant death syndrome (SIDS). Deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development », *Pediatr Pathol*, 11 (1991), p. 677-684.

Opdal, S.H., et Rognum, T.O. « The sudden infant death syndrome gene: Does it exist? » *Pediatrics*, 114 (2004), p. 506-512.

Décès accidentels imputables à un incendie chez les enfants en Ontario – Étude

Amy Yingming Chen, promotion de 2011, faculté de médecine, Université de Toronto
Karen Bridgman-Acker, Dr J. N. Edwards, Dr A. E. Lauwers, Bureau du coroner en chef

Toile de fond

Les incendies domiciliaires sont la principale cause des décès accidentels des jeunes enfants survenus à la maison et la cinquième cause en importance des décès accidentels liés à des blessures globalement (1-3). Aux États-Unis, environ 2 500 enfants trouvent la mort chaque année dans un incendie domiciliaire ou des suites de brûlures et 10 000 souffrent d'un handicap permanent (3). Les facteurs qui augmentent les risques de blessures et de décès attribuables à un incendie chez les enfants sont nombreux et vastes, et sont liés au milieu de vie, aux comportements et aux conditions sociales. Plusieurs études à grande échelle menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont cerné les facteurs de risque de décès d'enfants attribuables à un incendie : éducation maternelle, statut socioéconomique, monoparentalité, réglementation des logements, absence de plans d'évacuation en cas d'incendie et de détecteurs de fumée en état de marche, et manque de supervision par des adultes (1, 2, 4-6).

La détermination des facteurs de risque de décès d'enfants attribuables à un incendie est essentielle à la mise en œuvre de programmes de prévention des incendies destinés à la population. La présente étude tente de cerner les facteurs qui prédisposent certains groupes d'enfants à mourir des suites d'un incendie en Ontario. Les conclusions tirées des données recueillies serviront à évaluer les stratégies actuelles de prévention des incendies et à faire des recommandations pour les futurs programmes.

Méthodologie

Les auteurs de l'étude ont examiné tous les décès accidentels d'enfants de moins de 16 ans attribuables à un incendie domiciliaire survenu entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2006. Les numéros de cas et les identificateurs démographiques de 60 cas qui satisfaisaient aux critères d'inclusion ont été obtenus de la base de données du Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Les dossiers complets du coroner ont été tirés des archives en fonction des numéros de cas. Tous les documents se trouvant dans les dossiers de cas

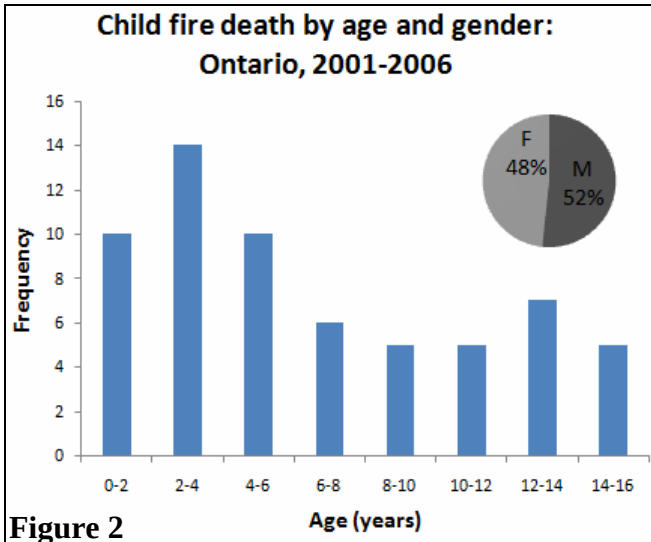
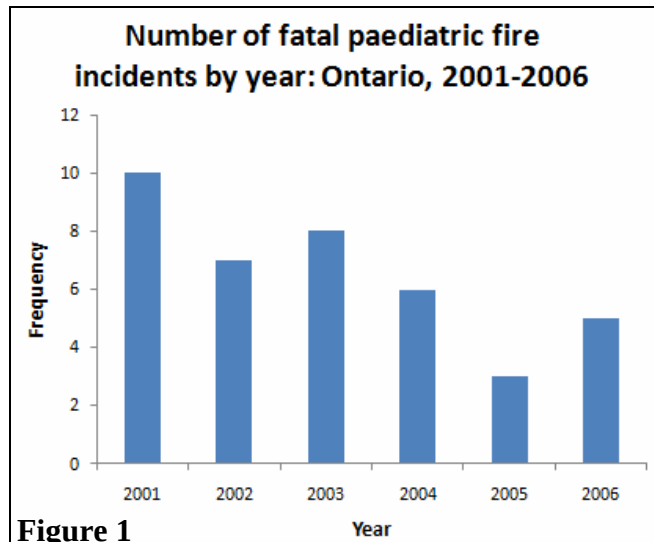
du coroner ont été examinés attentivement, notamment le rapport sommaire du coroner, le rapport d'autopsie du médecin légiste, le rapport toxicologique, le rapport du commissaire des incendies, le rapport de police et les rapports des SAE.

Les renseignements pertinents portant sur différents facteurs démographiques, comportementaux, sociaux et environnementaux ont été recueillis, notamment l'âge, le sexe, la date, la région, le lieu, l'heure et la cause du décès, la présence ou l'absence de détecteurs de fumée en état de marche, le genre de logement, la cause de l'incendie, et les services fournis par une SAE, le cas échéant. Les données recueillies ont été saisies dans un tableur MS Excel, qui a calculé le nombre de cas de décès associés à l'un ou l'autre des facteurs d'intérêt. Des tests statistiques, comprenant le ratio d'incidence rapproché, l'estimation du risque relatif et le test du chi carré, ont été faits pour établir les corrélations entre deux ou plusieurs facteurs d'intérêt.

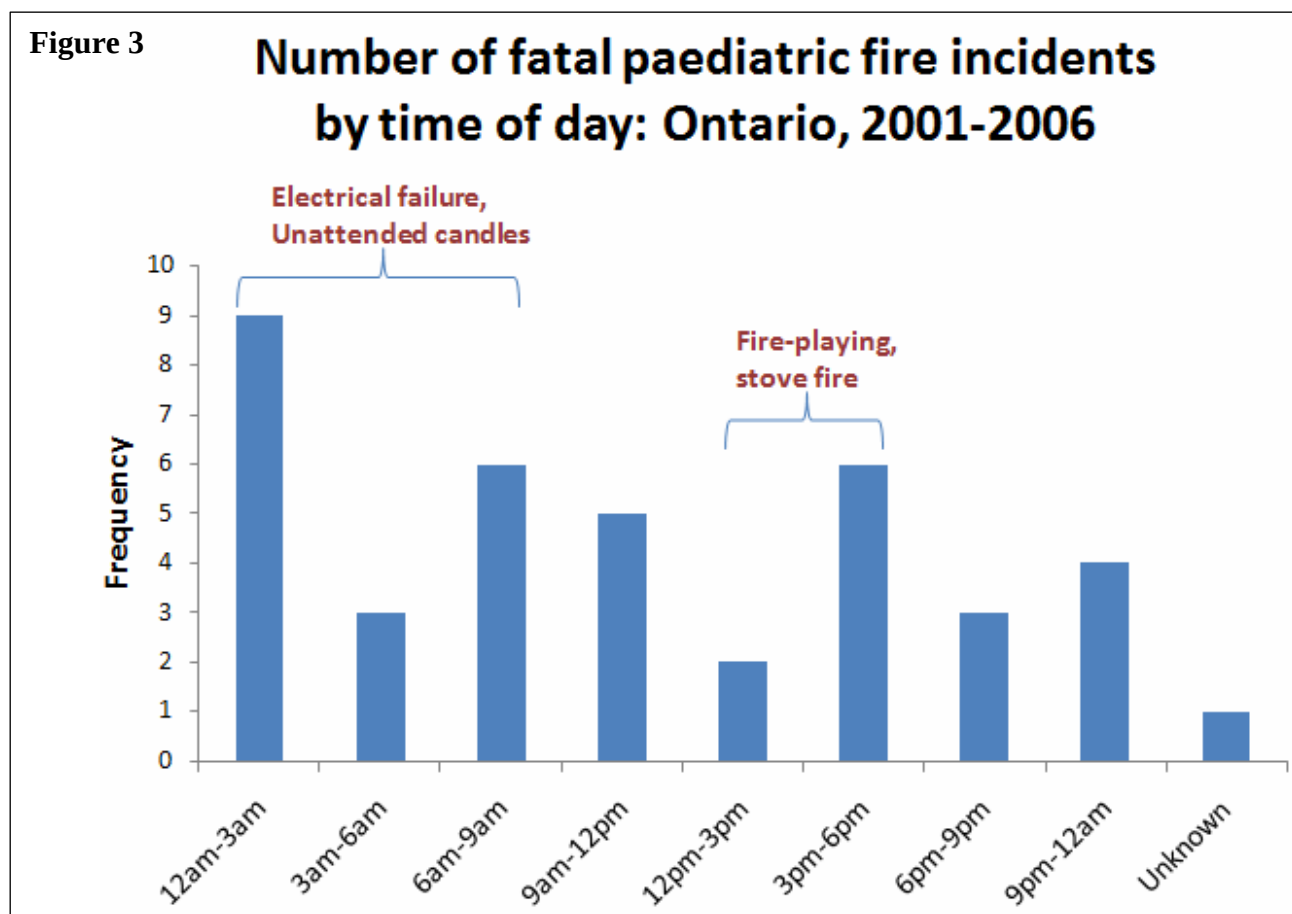
Résultats et analyse

Données démographiques : 39 incendies ayant causé 60 décès se sont produits entre 2001 et 2006 (moyenne de 6,5 incendies mortels et de 10 décès par année). Une baisse générale du nombre d'incendies et de décès a été constaté entre 2001 et 2006 (**Figure 1**). L'incidence la plus élevée de décès causés par un incendie a été constatée chez les enfants de moins de 6 ans, avec un pic dans le groupe des enfants de 2 à 4 ans (**Figure 2**). Un peu plus de garçons que de filles (52 % et 48 % respectivement) ont trouvé la mort dans un incendie domiciliaire au cours de la période de six ans, ce qui correspond aux données des États-Unis. Le National Center for Child Death Review des É.-U. signale que les garçons âgés de 0 à 4 ans courent le plus grand risque de subir des blessures liées à un incendie ou de mourir dans un incendie (7), leur vulnérabilité étant probablement attribuable à leur tendance à jouer avec le feu, leur méconnaissance du plan d'évacuation de la maison et leur tendance à se cacher lorsqu'il y a un incendie. Les trois cas où l'alcool était en

cause ont été constatés dans le groupe des adolescents de 14 à 16 ans.



Heure de l'incendie : Plus d'incendies se produisent pendant la nuit (minuit à 9 h) que pendant le jour (9 h à minuit) (Figure 3). Les incendies survenus durant la nuit étaient uniquement attribuables à des problèmes électriques et à des bougies laissées sans surveillance, tandis que ceux survenus pendant le jour, et particulièrement de midi à 18 h, étaient entièrement dus au fait de jouer avec le feu et à des feux de poêle.



RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Réaction à l'incendie : La majorité des enfants (59 %) étaient réveillés au moment de l'incendie ou ont été réveillés par la fumée, l'avertisseur d'incendie ou la voix d'un membre de la famille. Même s'ils étaient conscients au moment de l'incendie, ces enfants n'ont pas pu s'échapper parce qu'ils n'ont pas pris les bonnes décisions. Dans notre échantillon, certains enfants se sont cachés dans le placard ou la salle de bain après avoir signalé l'incendie (supposément par crainte d'être punis). D'autres avaient trop peur de sauter de leur fenêtre à l'étage ou couchaient dans une chambre sans fenêtre au sous-sol. Dans certaines circonstances, la propagation de l'incendie avait été trop rapide, laissant les enfants prisonniers dans leur chambre, incapables de s'en sortir. Cela illustre l'importance d'établir un plan d'évacuation et de faire des exercices d'évacuation à la maison.

Présence ou absence de détecteurs de fumée : Au chapitre de la protection contre les incendies et de la prévention des incendies, un détecteur de fumée en état de marche constitue le facteur le plus important pour prévenir les décès causés par un incendie domiciliaire. Il y avait des détecteurs de fumée dans 32 des 39 logements incendiés (82 %) de la population qui a servi à notre étude. Cependant, malgré le nombre élevé de détecteurs présents, peu étaient fonctionnels. Des avertisseurs étaient absents ou ne fonctionnaient pas dans 46 % des cas. Le remplacement fréquent des piles, le câblage approprié des avertisseurs et les tests annuels par le propriétaire ou le locateur feraient augmenter le nombre d'avertisseurs fonctionnels et réduiraient les risques de décès dans un incendie (5, 8, 9).

Lieu de l'incendie : Si on compare le lieu de l'incendie et le lieu du décès, on constate que même si la majorité des incendies ont débuté dans le salon, la plupart des enfants sont morts dans la chambre (Figure 4). La fumée de l'incendie a envahi la maison et au moment où elle a atteint la chambre, le reste du logement était rempli de fumée empêchant toute fuite. Par ailleurs, les enfants battent souvent en retraite dans leur chambre lorsqu'ils découvrent un incendie parce qu'ils s'y sentent en sécurité et à l'aise. Cela met en relief l'importance de laisser la porte de la chambre ouverte quand on dort et d'installer un détecteur de fumée à l'intérieur de la chambre pour que la fumée soit détectée rapidement.

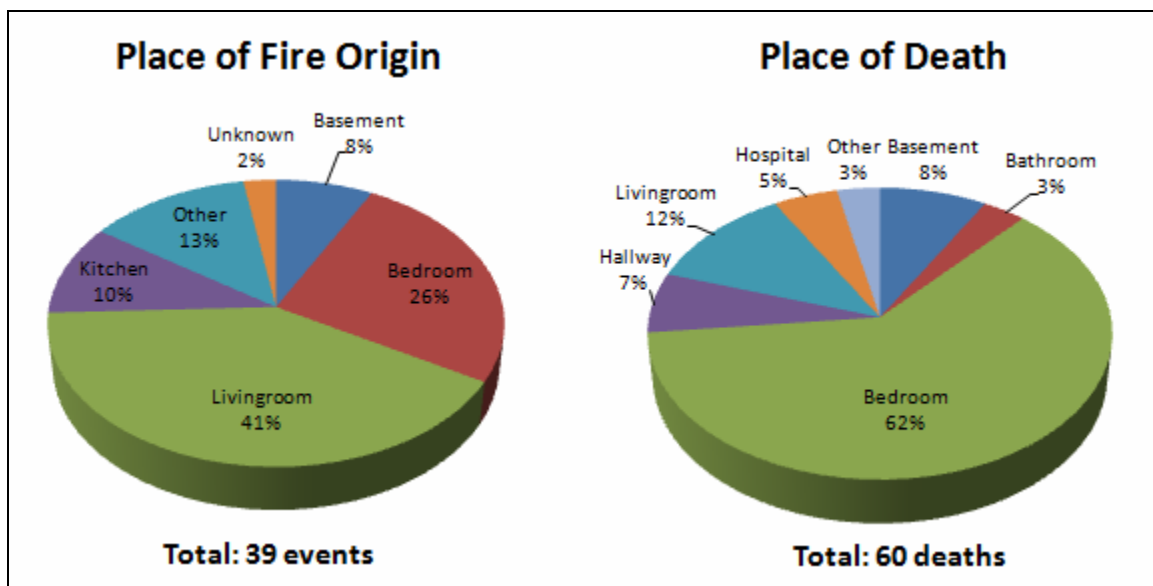


Figure 4

Cause de l'incendie : Le fait de jouer avec le feu et des problèmes électriques ont représenté les deux principales causes d'incendie de notre échantillon (Figure 5). Le fait de jouer avec le feu, dans la majorité des cas avec un briquet ou des allumettes, a été responsable de 10 incendies et de 12 décès. Tous les incendies ont eu lieu pendant la journée, de 11 h à 23 h et en l'absence d'un adulte. Les enfants qui avaient joué avec des allumettes avaient reçu beaucoup de services d'une SAE (7 enfants sur 12), avaient déjà joué avec le feu ou avaient un frère ou une sœur qui avait joué avec le feu (4 sur 12) et vivaient dans un logement où il y avait des fumeurs (3 sur 12). Dix enfants sur 12 étaient d'âge préscolaire (moins de 6 ans), ce qui correspond aux données documentaires qui démontrent une tendance élevée à jouer avec le

feu chez les très jeunes enfants. La National Fire Protection Association (NFPA) des États-Unis a signalé en 2006 que plus de 50 % des enfants qui mettaient le feu étaient âgés entre 4 et 9 ans (10). Les enfants d'âge préscolaire comprennent mal ce que jouer avec le feu peut avoir comme conséquence et sont incapables de comprendre que la petite flamme d'une bougie peut facilement devenir incontrôlable (11). Bien que les élèves du palier élémentaire comprennent mieux les enjeux, ils surestiment souvent leur capacité de lutter contre un incendie (11). On a constaté que l'attitude et l'action des fournisseurs de soins envers un incendie sont essentielles pour amener les enfants à comprendre les incendies (11). Les fournisseurs de soins qui fument allument souvent leur cigarette devant les enfants et placent négligemment leur briquet et les allumettes dans des endroits facilement accessibles (11). Des séances d'information devraient être offertes à tous les enfants qui ont l'habitude de jouer avec le feu ainsi qu'à leurs familles.

Les problèmes électriques ont été la cause de huit incendies et de 15 décès, la surchauffe du cordon électrique et le dysfonctionnement étant les causes les plus courantes. Tous les événements se sont produits pendant la nuit ou lorsque les victimes dormaient. La Fire Administration des États-Unis signale 485 décès par année attribuables à un problème électrique, la majorité étant attribuables à une mauvaise utilisation et à un mauvais entretien des appareils électriques, au câblage trop vieux, au fait de faire passer les cordons électriques sous les tapis, et à une surcharge des circuits et des rallonges électriques (12). L'organisme recommande une vérification de routine des appareils électriques et du câblage ainsi que le remplacement immédiat des cordons électriques usés ou endommagés (12). Surtout, il faudrait tenir les appareils électriques loin des matières combustibles et éviter de faire passer les cordons électriques sous les tapis et d'autres matériaux inflammables (12).

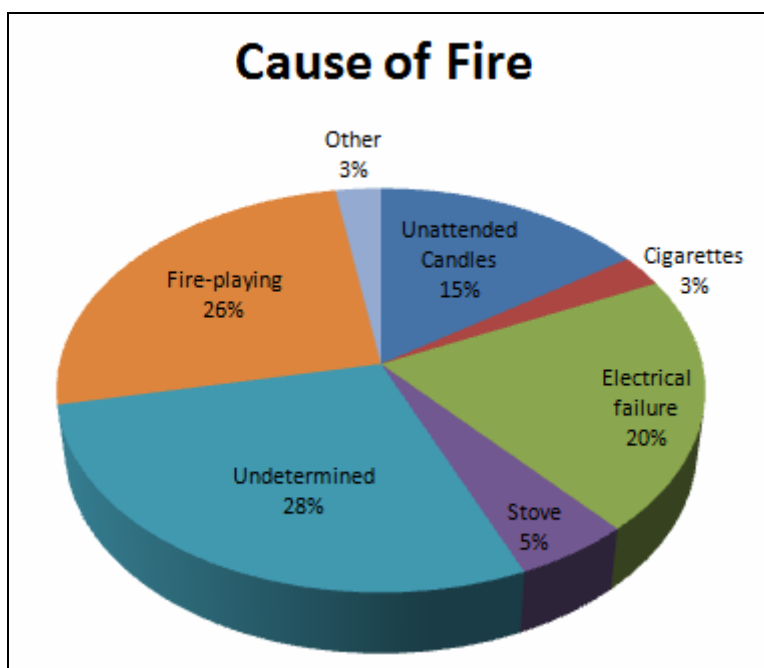


Figure 5

Les enfants provenant de familles instables courent beaucoup plus de risques de mourir dans un incendie et doivent donc faire l'objet de mesures de protection et de prévention plus efficaces. Les enfants placés sous la protection d'une SAE proviennent de façon disproportionnée de familles à faible revenu, et l'association entre la pauvreté et les décès causés par un incendie a été confirmée dans maintes études par le passé. Les enfants provenant de quartiers défavorisés et de familles vivant dans des conditions socioéconomiques difficiles présentent beaucoup de facteurs de risque de mourir dans un incendie. Ils sont plus susceptibles de vivre dans des chambres sans fenêtres ou dotées de petites fenêtres et dans des logements où le câblage est dangereux et où les détecteurs de fumée ne fonctionnent pas (6). Ils ont moins de supervision et sont plus susceptibles d'être exposés à des fumeurs dans la maison et d'avoir tendance à jouer avec le feu (5, 11). Les fournisseurs de soins dans les familles à faible revenu sont plus susceptibles de débrancher les détecteurs de fumée en raison de l'inconvénient que cause le

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

déclenchement de fausses alarmes causé par la cuisson ou la fumée de cigarettes dans les endroits exigus et surpeuplés (15).

Recommandations:

1. Des détecteurs de fumée fonctionnels devraient être installés à chaque étage du logement et dans chaque chambre à coucher (16).
2. Les détecteurs de fumée devraient être vérifiés chaque mois et nettoyés tous les trois mois, et les piles devraient être remplacées une fois par année (16).
3. Le personnel des SAE et d'autres organismes qui font des visites à domicile pour surveiller les enfants vulnérables devrait vérifier s'il y a des détecteurs de fumée, où ils sont situés et s'ils sont fonctionnels. Les cas d'inobservation devraient être signalés au Bureau du commissaire des incendies pour fins d'enquête et règlement de la situation.
4. Les programmes scolaires devraient continuer d'insister sur l'importance des plans d'évacuation.
5. Des séances d'information adaptées à l'année d'études devraient être offertes à tous les enfants qui ont l'habitude de jouer avec le feu. Des séances d'information parallèles devraient être offertes aux fournisseurs de soins, qui devraient s'abstenir de jouer avec le feu devant leurs enfants et de laisser des briquets et des allumettes à des endroits accessibles aux enfants.

Bibliographie :

1. Scholer, S.J., Hickson, G.B., Mitchel, E.F.Jr, Ray, W.A. « Predictors of mortality from fires in young children », *Pediatrics*, 101 (1998), p. E12.
2. Shai, D., et Lupinacci, P. « Fire fatalities among children: An analysis across Philadelphia's census tracts », *Public Health Rep.*, 118 (2003), p. 115-126.
3. Crawley, T. « Childhood injury: Significance and prevention strategies », *J. Pediatr. Nurs.*, 11 (1996), p. 225-232.
4. Istre, G.R., McCoy, M., Carlin, D.K. et McClain, J. « Residential fire related deaths and injuries among children: Fireplay, smoke alarms, and prevention », *Inj. Prev.*, 8 (2002), p. 128-132.
5. Runyan, C.W., Johnson, R.M., Yang, J. et coll. « Risk and protective factors for fires, burns, and carbon monoxide poisoning in U.S. households », *Am.J.Prev.Med.*, 28 (2005), p. 102-108.
6. Istre, G.R., McCoy, M.A., Osborn, L., Barnard, J.J. et Bolton, A. « Deaths and injuries from house fires », *N. Engl. J. Med.*, 344 (2001), p. 1911-1916.
7. National Center for Child Death Review. *Fires*. <http://www.childdeathreview.org/causesF.htm>
8. DiGuseppi, C., Roberts, I. et Li, L. « Smoke alarm ownership and house fire death rates in children », *J. Epidemiol. Community Health*, 52 (1998), p. 760-761.
9. Hall, J.R., Reyes, H.M., Meller, J.L. et Stein, R.J. « Traumatic death in urban children, revisited », *Am. J. Dis. Child.*, 147 (1993), p. 102-107.
10. National Fire Protection Association. *Children and Fire*. <http://www.nfpa.org/categoryList.asp?categoryID=281&URL=Safety%20Information/Safety%20tips%20&%20fact%20sheets/Children%20and%20fire>
11. Cole, R.E., Sharp, D. et Kourofsky, C.E. *Counselling children who play with fire*. <http://www.fireproofchildren.com/CounselingChildrenWhoPlayWithFire.htm>
12. US Fire Administration. *Electrical Fire Safety: A Factsheet on Home Electrical Fire Prevention*. http://www.usfa.dhs.gov/citizens/all_citizens/home_fire_prev/electrical.shtm
13. Statistique Canada. *Familles de recensement selon le nombre d'enfants à la maison, par province et territoire, Recensement de 2006*. <http://www40.statcan.ca/I02/cst01/famil50a-fra.htm>

14. Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Rapport statistique sur les services à l'enfance et à la famille 2000-2001 à 2003-2004.
http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/politique_sociale/cfssr_f/2003_002004_f/page08.shtml
15. Roberts, H., Curtis, K., Liabo, K., Rowland, D., DiGuseppi, C. et Roberts, I. « Putting public health evidence into practice: increasing the prevalence of working smoke alarms in disadvantaged inner city housing », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 58, n° 4 (2004), p. 280-285.
16. Ontario Municipal Fire Prevention Officers Association. *Fire Safety*.
http://www.omfpoa.com/058~Fire_Safety/

Initiatives visant la sécurité du public et des patients

Mort subite et imprévue de nourrissons (MSIN)

Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)

La mort subite et imprévue de nourrissons (MSIN) et le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) demeurent les deux causes de décès d'enfants de moins de un an les plus prévalentes. Bien que le nombre de décès attribués au SMSN ait diminué au cours des dernières années (voir p. 25 du présent rapport), le décès subit et imprévu d'enfants demeure une question actuelle et grave des investigations sur les décès d'enfants.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO), par l'entremise d'un processus d'examen exhaustif du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, a cerné certaines tendances, qui ont émergé au cours des dernières années (voir p. 27-30 du présent rapport), notamment le partage du lit qui est devenu un facteur important de la MSIN.

La Société canadienne de pédiatrie et l'American Academy of Paediatrics (AAP) condamnent toutes deux le partage de lit.

Les conclusions du processus d'examen concernant cette déclaration de principe ont grandement préoccupé le BCCO et, plus précisément, le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. C'est pourquoi, en septembre 2008, le président du Comité, le Dr Bert Lauwers, a entrepris de regrouper des représentants du secteur de la santé des enfants à qui il a confié le mandat précis d'informer le public sur les pratiques sécuritaires à appliquer pour faire dormir son enfant. On a demandé à ces personnes de faire connaître leur point de vue sur cette question importante et de discuter comment inculquer le message commun et unifié des deux organismes condamnant le partage de lit.

Les organismes représentés étaient :

le Bureau du coroner en chef de l'Ontario
l'escouade des homicides des Services policiers de Toronto
le bureau de santé publique de Toronto
l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance
le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
l'Agence de santé publique du Canada
l'Ontario College of Family Physicians (OCFP)
la Société canadienne de pédiatrie

Les discussions qui ont suivi et les points de vue de chaque organisme représenté ont fait ressortir un grand nombre d'assertions et d'idéologies importantes qui ne correspondent pas avec la position de la Société canadienne de pédiatrie et de l'American Academy of Paediatrics condamnant le partage de lit. Voici qu'elles ont été les principales questions soulevées :

- importance de faire une distinction entre le partage de lit habituel et le partage de lit accidentel, p. ex., une mère qui s'endort après avoir allaité son bébé;
- les difficultés auxquelles font face les nouvelles mamans, comme la dépression post-partum et la privation de sommeil;
- les messages contradictoires que les parents reçoivent d'autres membres de la famille, de médecins, d'amis et de documents concernant l'environnement dans lequel leur bébé doit dormir;
- les familles incapables du point de vue économique de fournir un lit d'enfant à leur nourrisson en reçoivent un, mais elles ne l'utilisent pas toujours;
- lorsque les nourrissons ne sont pas chez eux, il n'y a pas toujours de lits d'enfant;
- les fournisseurs de soins ne sont pas toujours les parents;

- l'industrie des produits pour bébés fait la promotion d'environnements de sommeil et de produits dangereux comme des jouets et courtepointes pour enfants en peluche, des bordures de protection matelassées et des appareils de surveillance;
- certains groupes de défense de l'allaitement et de l'attachement jugent limitées les preuves de lien direct entre le partage de lit et le SMSN ou la MSIN;
- les systèmes de valeurs personnelles peuvent aller à l'encontre des preuves présentées;
- questions de surveillance et d'application.

L'apport des représentants qui ont participé aux travaux a donné lieu aux conclusions suivantes qui ont jeté les bases d'une démarche unifiée et fondée sur la collaboration relativement au message condamnant le partage de lit.

- ❖ Il est nécessaire d'apporter des modifications à la base.
- ❖ Il est nécessaire d'envoyer un message uniforme aux multiples fournisseurs de soins.
- ❖ Il est nécessaire d'informer les femmes au **début** de leur grossesse.
- ❖ Il faudrait informer l'Association des consommateurs du Canada de cette question.
- ❖ Il est nécessaire d'adopter une approche fondée sur les *communautés* qui tiendrait compte de notre société multiculturelle.
- ❖ Il est nécessaire de sensibiliser les médecins.
- ❖ Il faudrait insister sur l'importance de joindre tous les fournisseurs de soins : sages-femmes, infirmières en soins prénatals, en travail et en accouchement et consultantes en allaitement.

En conclusion, il y a généralement eu consensus et accord avec la position du Bureau du coroner en chef selon laquelle les risques du partage de lit sont une question qu'il faut impérativement porter à l'attention du public. Une réunion de suivi a été prévue pour le début de 2009.

Dans l'encadré qui suit, on trouve le résumé d'une lettre que le président du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans a envoyée à la Société canadienne de pédiatrie pour lui demander de songer à informer clairement les parents.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Directrice générale
Société canadienne de pédiatrie

Objet : Article: Des recommandations pour créer des environnements de sommeil sécuritaires pour les nourrissons et les enfants

Le 12 février 2009, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a tenu une réunion concernant la mort subite et imprévue de nourrissons et le syndrome de mort subite du nourrisson. Pendant la réunion, les participants ont discuté de l'article susmentionné. La discussion était animée par le coroner en chef de l'Ontario et se voulait un échange de renseignements.

À la suite de la discussion, des suggestions ont été faites à la page 6 de 11. Les modifications suggérées sont les suivantes :

- Il est dangereux de dormir avec un nourrisson.
- Le fait pour un nourrisson de partager le lit avec un adulte ou un autre enfant peut entraîner le décès du nourrisson à cause de l'obstruction des voies aériennes.
- Il est dangereux de laisser un nourrisson dormir seul sur un divan, un fauteuil inclinable ou une chaise rembourrée.
- Ces situations représentent un risque important de mort accidentelle du nourrisson à cause de l'obstruction des voies aériennes.
- Tout lit improvisé est dangereux.
- Tous les enfants devraient être couchés uniquement sur des surfaces appropriées et approuvées comme les lits d'enfant.

Nous portons cette suggestion à votre attention et le groupe demande respectueusement à votre organisme d'envisager cette modification pour améliorer et clarifier le message et, souhaitons-le, empêcher la mort inutile d'enfants.

Cordialement,

A.E. Lauwers, M.D., CCFP, FCFP
Coroner en chef adjoint, investigations
Président, Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

Initiatives visant la sécurité du public et des patients

Réanimation par perfusion intraveineuse – Hyponatrémie

L'importante question de l'hyponatrémie chez les enfants qui ont subi une chirurgie a d'abord été portée à l'attention du public par le Bureau du coroner en chef dans le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, édition du juin 2007 (pages 19 et 20). Depuis, le CEDE a examiné deux autres cas tragiques d'hyponatrémie en milieu postopératoire. À l'heure actuelle, 50 décès d'enfants attribuables à une mauvaise perfusion intraveineuse sont documentés. Au Royaume-Uni, la National Patient Safety Agency a fait de cette question un enjeu important du point de vue de la sécurité des patients. Par conséquent, en juin 2008, le BCCO a réuni différents intervenants dans le but de lancer une campagne de sensibilisation concernant la réanimation par perfusion intraveineuse. Cette initiative a été lancée par le Dr Desmond Bohn, chef médical des soins intensifs au Hospital for Sick Children de Toronto, et par le Dr Bert Lauwers, président du Comité d'examen des décès d'enfants.

Les groupes de professionnels représentés à la réunion étaient les suivants :

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario
 Les services des soins intensifs, Hospital for Sick Children
 Politiques et Communications, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
 Investigations et Règlements, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
 Santé et sécurité de la population, ministère de la Santé et des Soins de longue durée
 L'Emergency Nurses Association of Ontario (ENAO)
 Le Comité de la gestion des risques, Association canadienne de protection médicale (ACPM)
 La Société canadienne de pédiatrie

Dans le cadre de la discussion qui a eu cours, chaque participant a fait part de moyens par lesquels chaque organisme pourrait contribuer à des solutions possibles afin de réduire au minimum les complications postopératoires de l'hyponatrémie chez les enfants et sensibiliser le public et les professionnels à cette question importante. Voici quelques exemples de solutions présentées à la réunion :

- Séances d'information à l'intention des médecins par l'ACPM et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, plus spécifiquement à l'intention des pédiatres, par la Société canadienne de pédiatrie.
- Articles de revue et lettres d'information signés par les différents organismes représentés portant notamment sur les risques d'œdème dans les cas de réanimation par perfusion intraveineuse chez les enfants et la nécessité pour les professionnels de la santé de connaître les lignes directrices.
- Distribution d'un questionnaire et d'un sondage par la Société canadienne de pédiatrie à ses membres pour vérifier la mesure dans laquelle les pédiatres connaissent cette grave question.
- Copie des lignes directrices et normes révisées « U.K. Alerta » élaborées par le ministère de la Santé, des Services sociaux et de la Sécurité publique du Royaume-Uni. Les fiches laminées seraient apposées sur les murs des salles d'urgence et des unités de soins postopératoires de chaque hôpital de l'Ontario.

Les participants ont convenu qu'il était impératif que chaque organisme fasse connaître le moment où il mettra en œuvre une initiative pour obtenir des effets cumulatifs et des résultats optimaux.

Le BCCO a le plaisir de signaler que plusieurs aspects de ces initiatives sont déjà en cours.

Initiatives visant la sécurité du public et des patients

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Lignes directrices sur l'investigation d'une mort cardiaque subite

La mort cardiaque subite de personnes de moins de 40 ans n'est pas rare; on estime son incidence à 3,5 à 5,5 par million d'habitants par année. Ces décès représentent une perte importante d'années de vie. Au cours des dernières années, des développements dans le domaine de la recherche moléculaire ont permis de cerner un certain nombre de conditions héréditaires grâce à l'analyse de l'ADN. Étant donné les avantages qu'une telle analyse pourrait avoir pour les membres de la famille survivants, des lignes directrices sur l'investigation des morts cardiaques subites ont été communiquées en octobre 2008 aux membres de l'équipe d'investigation des décès de l'Ontario. Le Dr Andrew McCallum, coroner en chef de l'Ontario, présidait le comité chargé d'élaborer ces lignes directrices.

Les lignes directrices ont été élaborées pour faire en sorte que :

- des pratiques normalisées d'autopsie visant les cas de mort cardiaque subite des jeunes soient appliquées partout en Ontario;
- les tests secondaires appropriés soient faits pour exclure toute autre cause de décès possible;
- des documents suffisants soient conservés pour faciliter toute analyse génétique future à la demande des membres de la famille.

Les lignes directrices établissent un cadre précis visant l'évaluation approfondie du décès d'une jeune personne. Une direction précise est donnée concernant les échantillons qui devraient être conservés pour effectuer les tests génétiques futurs dans le cas de l'arythmogénie et d'autres troubles cardiaques héréditaires à la demande des membres de la famille. Une méthode d'évaluation de suivi pour les membres des familles est examinée.

Grâce à ces lignes directrices, il a été possible de reconnaître des troubles cardiaques héréditaires jusqu'alors non diagnostiqués, permettant des interventions cliniques auprès des membres de la famille survivants.

Initiatives visant la sécurité du public et des patients

Tests métaboliques post mortem

À l'automne 2008, le Bureau du coroner en chef a lancé un audacieux projet de charte dans le domaine diagnostique de la génétique biochimique dans la foulée de ses initiatives visant à améliorer et à faire évoluer le processus d'investigation.

Le nouveau projet vise à déterminer si un trouble métabolique a contribué au décès d'un enfant. Sa portée sera établie de manière à fournir au Service de médecine légale de l'Ontario les résultats des tests de dépistage pratiqués sur le nouveau-né pendant la vie, **et** lorsque c'est approprié, à mener des analyses métaboliques dans le cadre des autopsies d'enfants de moins de deux ans.

Dans le cadre du projet pilote, qui devrait débuter le 1^{er} avril 2009, des échantillons de bile et de sang seront recueillis auprès de tous les enfants de moins de 2 ans (y compris les enfants mort-nés) lorsqu'une autopsie est pratiquée en vertu d'un mandat du coroner. Les échantillons seront envoyés au Programme de dépistage des maladies chez les nouveau-nés de l'Ontario ainsi qu'à un autre centre d'analyse métabolique pour une analyse comparative de fiabilité.

Les établissements qui participeront au projet sont le Hospital for Sick Children, l'Unité de médecine pédiatrique légale de l'Ontario et l'Unité de médecine légale de l'Ontario.

Les résultats du projet pilote seront examinés, y compris l'observation par les coroners et les médecins légistes, en août 2009. En supposant un résultat favorable de cet examen, l'analyse métabolique post mortem des échantillons chez les enfants de moins de 2 ans sur qui est pratiquée une autopsie en vertu d'un mandat du coroner pourrait débuter en octobre 2009 partout en Ontario.

Le Bureau du coroner en chef considère que cette initiative a beaucoup de valeur et est importante pour :

- le Bureau du coroner en chef de l'Ontario
- l'Unité de médecine légale de l'Ontario
- les membres des familles survivants
- les fonctionnaires du Programme de dépistage des maladies chez les nouveau-nés de l'Ontario
- les services policiers de partout en Ontario
- les sociétés d'aide à l'enfance
- l'Ontario Coroner's Association
- l'Ontario Association of Pathologists
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- les médecins de premier recours

Un processus d'analyse métabolique post mortem fondé sur la collaboration permettra :

1. de définir l'apport de troubles métaboliques connus à la cause du décès et au mode de décès des enfants de moins de 2 ans;
2. de consolider les relations de travail entre les coroners et les médecins légistes de l'Ontario;
3. de fournir des avantages sur le plan de la santé publique aux membres de la famille survivants;
4. de fournir un indicateur de qualité pour le dépistage chez les nouveau-nés;
5. de mieux comprendre la valeur pour la santé publique des troubles métaboliques chez les enfants.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario ignore pour l'instant s'il existe un programme ou une initiative d'analyse métabolique post mortem semblable ailleurs au Canada.

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

Processus d'examen

En dépit des progrès réalisés dans les sciences et les techniques d'investigation, les décès d'enfants demeurent des sujets d'investigation très difficiles au XXI^e siècle.

Un examen médical mené par le Comité d'examen des décès d'enfants est lancé par le coroner régional principal après qu'il a été reconnu que le décès comporte des éléments de complexité qui ne peuvent être complètement compris et réglés en dépit des connaissances, de l'expérience et de l'expertise des médecins coroners en cause.

Les membres médicaux actuels du Comité comprennent un néonatalogiste, deux intensivistes, trois pédiatres communautaires qui œuvrent dans le domaine des soins actifs pédiatriques, un coroner spécialiste des mauvais traitements infligés aux enfants et un pathologiste pédiatrique. Ces personnes travaillent dans des centres de soins tertiaires et certains ont en plus une pratique dans la collectivité.

L'affectation des cas se fait par l'alignement du profil professionnel et de l'expertise du membre du comité sur les circonstances du décès. Par exemple, les décès d'enfants qui surviennent dans une collectivité rurale et éloignée seront examinés par un des pédiatres communautaires qui a de l'expérience dans la prestation de soins dans le Nord. De même, le décès d'un nouveau-né sera d'abord examiné par le néonatalogiste.

Le processus d'examen comprend une analyse de tous les dossiers médicaux pertinents, du rapport d'enquête du coroner, du rapport d'autopsie et de tout autre document pertinent. Souvent, l'expert examinera directement l'imagerie diagnostique ou d'autres investigations. À l'occasion, lorsque l'examen permet de cerner des enjeux spécifiques, le membre du Comité qui en est chargé peut demander un examen très spécialisé fait par un expert-conseil. Par exemple, si un échocardiogramme est normal chez un enfant qui est décédé avec une maladie de cœur, un cardiologue pédiatre devra peut-être se pencher sur l'étude initiale et présenter un rapport à l'examineur du CEDE. L'opinion de cet expert-conseil sera alors intégrée dans le rapport de l'examineur primaire.

L'examineur primaire présente ses conclusions au Comité pour discussion. Il est alors possible de demander des précisions ou des explications et de discuter des enjeux qui peuvent avoir été relevés. Souvent, il s'ensuit un débat animé. L'examineur primaire rédigera un rapport final qui tiendra compte de l'opinion consensuelle du Comité. Ce rapport, et les recommandations qu'il contient, le cas échéant, seront présentés au coroner régional principal. Si les recommandations sont de nature systémique, le ministère, l'organisme ou les particuliers concernés en seront informés par le coroner en chef. Le coroner régional principal distribuera les recommandations qui sont destinés à des agences ou des particuliers locaux.

Objet de l'examen médical du Comité d'examen des décès d'enfants

L'examen médical vise à clarifier les questions médicales existant avant le décès d'un enfant 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 et des recommandations peuvent découler des conclusions de l'examen fait par le Comité. Des thèmes peuvent émerger de chaque examen, mais également sur une certaine période, lorsque des enjeux semblables sont cernés dans d'autres examens.

Habituellement, les recommandations sont adressées aux établissements de soins de santé et suggèrent à l'organisme :

1. d'examiner le décès par l'entremise d'un processus d'examen de la qualité des soins, permettant à l'établissement, qui connaît beaucoup mieux ses ressources humaines et financières, d'élaborer des politiques et des processus internes pour éviter que des événements semblables ne se reproduisent à l'avenir. L'organisme de soins devra informer le coroner régional principal des recommandations qui découlent de son propre examen interne;
2. de revoir la conduite d'un fournisseur de soins;
3. de participer à un examen du coroner régional ou, occasionnellement, à une enquête;
4. de tenir une réunion d'information en utilisant les circonstances du décès pour illustrer la chronologie des événements et les enjeux médicaux à l'intention des fournisseurs de soins de santé.

Examens médicaux menés par le Comité d'examen des décès d'enfants en 2008

L'an dernier a été une année productive : 40 examens médicaux ayant été effectués; un certain nombre de cas ont nécessité un examen médical et un examen lié au bien-être de l'enfance.

Le tableau qui suit montre le mode de décès des 40 cas examinés.

Mode de décès	Nombre
Naturel	30
Indéterminé	8
Accidentel	1
Homicide	1
Suicide	0

Le tableau qui suit illustre les catégories de décès (fondées sur les causes de décès) des 40 cas examinés. On remarquera que les décès attribuables à l'asthme et à un environnement de sommeil dangereux avec partage de lit sont généralement évitables.

Le traitement agressif de l'asthme accompagné d'encouragement pour obtenir des pratiques exemplaires concernant la fourniture des médicaments, l'observation de la médication et le contrôle devrait améliorer les résultats. En outre, le partage de lit avec des nourrissons de moins de un an pose un risque pour l'enfant en ce que ses voies aériennes peuvent s'obstruer à cause de l'écrasement et de la compression, et demeure une cause évitable importante de la perte de vie en Ontario chaque année. On rappelle aux professionnels de la santé que lorsque les parents se présentent avec leur nouveau-né, c'est là l'occasion de les informer des dispositions appropriées pour coucher l'enfant.

Cause du décès	Nombre	Genre
Maladie cardiaque	10	Maladie congénitale (5), mycardiopathie (3), dysrythmie (2)
Blessure/maladie neurologique	9	Œdème cérébral (3), ACV (2), mort subite inexpliquée de l'épileptique (2), encéphalopathie hypoxique-ischémique (2)
Causes infectieuses	9	Méningite (1), sepsis (8)
Maladie respiratoire	3	Asthme (3)
Mort subite et imprévue de nourrissons	3	Partage de lit dans un environnement de sommeil dangereux (enfants de 2 jours, de 6 semaines et de 4 mois)
Événements indésirables	2	Tamponnade péricardique compliquant le placement du cathéter central (1),

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

		hémorragie pulmonaire aiguë compliquant l'angioplastie d'artères pulmonaires rétrécies (1)
Incertaine	2	un enfant de 3 ans décédé dans un logement insalubre (1) un enfant de 7 ans ayant un handicap neurologique trouvé mort étranglé dans ses draps (1)
Métabolique	1	Citrullinémie
Traumatismes fermés	1	Frappé par un train

Cette année, nous présentons cinq cas. Ils ont été choisis parce qu'ils sont représentatifs du genre de cas médical qui a été examiné. Pour assurer la confidentialité, les éléments identificateurs ont été supprimés. Les cinq cas présentés mettent en relief les décès associés :

1. au diagnostic et au traitement de la méningite;
2. à un choc cardiogène attribuable à une sténose de l'aorte qui n'a pas été décelée dans les ultrasons;
3. aux problèmes de transport d'un enfant ayant une myocardiopathie dilatée avec arrêt cardiaque;
4. à une encéphalopathie hypoxique-ischémique attribuable à un état de mal asthmatique;
5. à un sepsis foudroyant attribuable à une omphalite et à une fasciite nécrosante.

Cas n° 1

Description

Cet enfant de 2 ans est arrivé à l'hôpital avec des signes d'infection des voies respiratoires supérieures. C'était sa troisième visite à l'hôpital en deux semaines. Il souffrait d'une communication interventriculaire, qui était suivie par une clinique de cardiologie. À l'examen, il était léthargique et fiévreux, et son frottis sanguin montrait des modifications d'origine toxique. Il a été admis avec un diagnostic de gastro-entérite virale accompagnée d'une déshydratation allant de légère à modérée. On lui a d'abord administré une solution saline normale par voie intraveineuse puis on est passé à une solution de 0,3 chlorure de sodium. Son taux de sodium sérique est passé de 137 mmol/L à 126 mmol/L en 48 heures. Une hémoculture a isolé un pneumocoque dans les 24 heures qui ont suivi le prélèvement. On a pensé qu'il s'agissait d'un contaminant. L'enfant est demeuré fiévreux pendant deux jours et son niveau de conscience diminuait. Une ponction lombaire a révélé la présence d'un pneumocoque. On lui a administré de la ceftriaxone et on l'a transféré au service des soins intensifs. L'enfant continuait à faire de la fièvre. On a noté une baisse de la saturation en oxygène et une augmentation de la PCO₂. On a observé une posture anormale associée à une lésion cérébrale, des convulsions du côté gauche, de l'hypertension et une respiration de Cheyne-Stokes. Une intubation a été nécessaire car la respiration s'était arrêtée. Un tomodensitogramme a révélé de multiples infarctus cérébraux. Les soins ont été arrêtés après discussion avec la famille et l'enfant est décédé des suites de sa maladie.

Cause du décès : Méningite à pneumocoques

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. Administration tardive d'antibiotiques chez un enfant qui avait une fièvre persistante, une insuffisance cardiaque congénitale et dont l'hémoculture avait révélé la présence d'un pneumocoque.
2. L'utilisation de soluté hypotonique cause l'hyponatrémie, qui peut être exacerbée par un œdème cérébral.

3. Il est nécessaire de prévenir une lésion cérébrale secondaire en présence d'hypoxémie et d'hyperpyrexie, dont le traitement pourrait être optimisé par l'intubation rapide, la paralysie induite, l'hyperventilation et le refroidissement.

Recommandations

1. L'hôpital devrait procéder à un examen qui porterait sur :
 - l'administration précoce d'antibiotiques;
 - le contrôle et le traitement visant à prévenir les lésions cérébrales secondaires;
 - la consultation de documents pédiatriques courants concernant l'administration de liquides par voie intraveineuse, en particulier chez les personnes chez qui on soupçonne une lésion ou une infection cérébrale.
2. L'hôpital devrait mener un examen de la qualité des soins.
3. Le président du CEDE et un examinateur devraient rencontrer le médecin-chef.
4. Agrément Canada, autrefois le Conseil canadien d'agrément des services de santé, devrait établir une norme d'agrément stipulant que les établissements de santé fournissant des soins pédiatriques devraient retirer tous les solutés de chlorure de sodium (NaCl) 0,2 et 0,3 à administrer par voie intraveineuse des ailes pédiatriques. Cette norme pourrait être classée sous « Pratiques organisationnelles », « Sécurité des patients ».

Cas n° 2

Description

La mère de ce nourrisson a passé des tests de dépistage prénatal par ultrasons à 13, 25, 27, 36 et 37 semaines de grossesse. Le rapport du test passé à 25 semaines révélait que les voies d'éjection du cœur ne pouvaient être entièrement observées et un autre test a été recommandé. Les tests subséquents ont été jugés normaux. L'enfant est né par césarienne avec un indice d'Apgar de 9 à 1 minute et de 9 à 5 minutes. L'enfant est sorti de l'hôpital 2 jours après sa naissance avec un examen physique normal documenté. À 6 jours, son médecin l'a évalué et a constaté un souffle cardiaque, et aucun examen supplémentaire n'a été demandé. À 5 semaines, l'enfant a été examiné; sa respiration était râpeuse, mais il mangeait bien. À 8 semaines, il s'est présenté chez un pédiatre en détresse respiratoire, avec tachycardie et pouls fémoral impalpable. On l'a envoyé à l'urgence où une consultation cardiologique pédiatrique immédiate et un échocardiogramme ont révélé une sténose aortique critique. L'état de santé de l'enfant s'est détérioré rapidement et l'enfant est décédé des suites de sa maladie malgré de nombreuses interventions de réanimation ciblées et appropriées.

Cause du décès : Choc cardiogène consécutif à une sténose aortique critique

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. Le diagnostic de sténose aortique aurait-il pu être posé lors des tests de dépistage prénatal? La sténose aortique représente de 3 à 4 % de toutes les maladies cardiaques congénitales avec un taux de mortalité qui peut atteindre 9 %².
2. Les mesures des voies d'éjection consignées par les technologistes ne concordaient pas et le ventricule gauche semblait petit dans les échogrammes pris à 25 et à 27 semaines de grossesse. Si les radiologues s'en étaient aperçu, ces anomalies auraient peut-être justifié une échocardiographie fœtale.
3. La présence d'un souffle cardiaque fort lorsque l'enfant avait une semaine aurait indiqué la nécessité d'une investigation plus poussée.

Recommandations

1. Le médecin-chef de l'hôpital communautaire devrait amorcer un examen du processus de communication des résultats des tests de dépistage par ultrasons au service d'imagerie

² Baram et coll., *American Heart Journal*, vol. 145, n° 6 (2003), p. 1063-1070.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

- diagnostique en mettant l'accent sur les communications entre les technologues et les radiologues, et l'établissement d'un système de contrôle de la qualité de l'interprétation diagnostique.
2. Le chef du service de pédiatrie devrait diriger des tables rondes conjointes entre les pédiatres et les omnipraticiens concernant le processus de diagnostic d'un enfant qui a un souffle au cœur à l'âge de 1 an.
 3. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devrait mettre sur pied un comité multidisciplinaire afin d'élaborer des critères de contrôle de la qualité et d'exactitude quant à l'interprétation des résultats des tests de dépistage prénatal par ultrasons concernant le bien-être et les anomalies possibles du fœtus.
 4. Une fois établis, ces critères devraient être adoptés par les établissements de soins indépendants et les hôpitaux qui font des tests de dépistage prénatal par ultrasons.
 5. Le président du Comité d'examen des décès d'enfants devrait passer le présent rapport en revue avec le comité multidisciplinaire de l'Ordre une fois qu'il aura été mis sur pied, dans le seul but de présenter le cas qui a donné lieu à ces recommandations. Tous les identificateurs devraient être supprimés.
 6. Le président du CEDE devrait communiquer la liste des experts qu'il a identifiés et qui pourrait aider l'Ordre à élaborer des critères de contrôle de la qualité quant à l'interprétation des résultats des tests de dépistage prénatal par ultrasons concernant le bien-être et les anomalies possibles du fœtus.

Cas n° 3

Description

Cet enfant, un résident d'une collectivité éloignée du Nord, est né par césarienne à 41 semaines de grossesse. Au début de sa vie, il a été transféré à un hôpital de soins tertiaires où l'on a constaté une persistance du canal artériel (PCA) associée à une insuffisance cardiaque congestive, à une glycogénose interstitielle pulmonaire et à une obstruction de la bronche souche gauche consécutive à sa compression entre l'aorte et les artères pulmonaires. Sa PCA a été ligaturée, mais la cardiomégalie persistait avec une fraction d'éjection de 50 %. On l'a renvoyé à la maison, avec une prescription de captopril. Plus tard, on a diagnostiqué une asthme légère et prescrit du Ventolin et du Pulmicort.

Pendant la semaine qui a précédé son décès, alors qu'il avait deux ans et 10 mois, il a été amené à plusieurs reprises à l'urgence, souffrant de douleurs abdominales, qui ont été diagnostiquées comme de la constipation.

La famille est revenue dans sa collectivité éloignée. On a de nouveau amené l'enfant à un centre de soins infirmiers où il a été décidé de le transporter vers un hôpital éloigné, malgré la demande de sa mère pour qu'il soit transféré à un centre de santé régional. On l'a transporté à l'hôpital, où son état de santé s'est détérioré en une période d'environ 10 heures. Il a ensuite été transporté au centre de santé régional, où il est décédé des suites de sa maladie avant que des dispositions ne puissent être prises pour le transférer dans un centre de soins tertiaires.

Cause du décès : Myocardiopathie dilatée avec insuffisance cardiaque

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. La décision quant au choix de l'établissement de soins le plus apte à accueillir des enfants ayant des antécédents médicaux complexes qui résident dans des collectivités rurales ou éloignées.
2. La consultation d'experts en pédiatrie pour déterminer l'établissement qui sera le plus apte à accueillir des enfants ayant des antécédents médicaux complexes lorsque leur état de santé se détériore.

Recommandations

1. Le CEDE soutient le protocole mis en place par Medical Transport. (Depuis mai 2008, 5 intensivistes pédiatres s'occupent de la gestion médicale du transport des enfants malades.) Medical Transport devrait prendre en considération les besoins des enfants qui ont des états de santé compliqués et des discussions devraient avoir lieu avec les établissements qui connaissent le mieux l'état de santé de l'enfant.
2. Le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) devrait revoir les protocoles et les processus décisionnels en ce qui concerne les transferts de malades à partir de postes de soins infirmiers.
3. L'hôpital communautaire devrait effectuer un examen de la qualité des soins conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* relativement à ce décès.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager la création d'une base de données pédiatriques provinciale qui permettrait d'échanger les dossiers médicaux électroniques entre les hôpitaux au besoin.

Cas n° 4

Description

Un garçon de 8 ans souffrait d'asthme depuis longtemps. Avant son décès, il avait été admis 5 fois à l'hôpital pour asthme. Quatre ans avant son décès, il avait consulté un spécialiste pédiatrique des troubles respiratoires qui lui avait prescrit du Ventolin et du Qvar et avait pris un rendez-vous pour une évaluation d'allergies et un suivi. La famille ne s'est pas présentée à ces rendez-vous. Quatre jours avant le décès du garçon, il a consulté un médecin dans une clinique sans rendez-vous. Il avait une respiration sifflante. Le personnel n'a consigné aucuns signes vitaux et du Ventolin a été prescrit pour le garçon. Il semble qu'on ait dit à la famille de prendre rendez-vous avec le spécialiste des voies respiratoires. Deux jours après la visite à la clinique, l'enfant est devenu essoufflé et s'est évanoui à la maison. Il prenait du Ventolin toutes les 30 à 45 minutes. On l'a transporté au service des urgences où il a été réanimé et son pouls a repris. On l'a transféré à l'unité des soins intensifs où il a succombé 2 jours plus tard.

Cause du décès : Encéphalopathie hypoxique-ischémique attribuable à un état de mal asthmatique

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. L'asthme peut être une maladie mortelle.
2. Cette maladie chronique exige des soins médicaux uniformes et coordonnés.
3. Dans ce cas, le traitement de l'asthme aux stéroïdes inhalés n'était pas adéquat.
4. L'information des parents aurait pu améliorer le contrôle de la maladie.
5. Des attentes claires et concises quant à la gestion de l'asthme, au suivi et à la participation des parents auraient pu être bénéfiques.

Recommandations

1. Le centre régional de soins tertiaires devrait établir un centre d'information sur l'asthme pour les enfants qui demeurent dans le secteur afin de les aider à bien s'occuper de leur asthme chronique.
2. Ce cas devrait être publié dans la chronique « Coroner's Corner » pour alerter et informer la communauté médicale sur le risque mortel que représente l'asthme chez les enfants, lorsque leur maladie n'est pas traitée de façon cohérente et coordonnée.

Cas n° 5

Description

L'enfant est née à terme. Son médecin de famille l'a examinée à 8 jours et le moignon de son cordon ombilical était humide. Le médecin n'a observé ni rougeur ni écoulement. L'enfant a été amenée à une urgence à l'âge de 22 jours. Le moignon de son cordon ombilical était rouge et enflé et était accompagné d'une masse indurée mesurant 4 sur 6 cm. On lui a administré de la cloxacilline et de la gentamicine. À 24 jours, alors que l'enfant était à l'hôpital, la masse a grossi et mesurait 12 sur 8 cm et la rougeur se

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

répandait sur les flancs de la fillette. Elle a été transportée à un centre de soins tertiaires où on l'a amenée à la salle d'opération pour débrider la zone infectée. Une fasciite nécrosante a été diagnostiquée. De nombreux antibiotiques ont été administrés et l'enfant a été ramenée à la salle d'opération trois fois avant qu'elle ne meure de défaillance multiorganique à l'âge de 26 jours.

Cause du décès : Sepsis foudroyant attribuable à une omphalite et à une fasciite nécrosante

Mode de décès : Naturel

Thèmes

1. Les enfants de moins de 1 mois ne sont pas jugés immunocompétents et lorsqu'ils ont un abcès, il faut leur administrer un traitement définitif rapidement.
2. Le taux de mortalité de la fasciite nécrosante s'établit à de 50 à 60 % chez les nouveau-nés.

Recommandations

1. L'hôpital communautaire devrait mener un examen interne de la qualité des soins mettant l'accent sur :
 - le diagnostic et l'intervention adaptés faits à temps;
 - la qualité de la documentation. Les dossiers de l'hôpital n'ont pas été remplis uniformément, comprenant les deux conventions pour noter les heures (a.m/p.m. et 24 heures). La convention du 24 heures devrait être utilisée pour éviter toute confusion.

Conclusion

Les cinq cas illustrent certains des patients ayant des problèmes de santé difficiles et exigeants que les professionnels de la santé voient tous les jours en Ontario. Le lecteur ne doit pas oublier qu'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-jacent³.

Les événements indésirables peuvent découler :

- des risques inhérents aux examens ou aux traitements. Le fournisseur de soins n'a généralement aucun contrôle sur ce genre d'événement;
- des manquements systémiques du réseau de santé que représentent l'absence ou la défaillance de politiques, de processus opérationnels ou de l'infrastructure à l'appui de la prestation des soins;
- des problèmes associés à la conduite du professionnel, 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).

Le CEDE a examiné de nombreux cas au cours de la dernière année où les soins prodigués ont été exemplaires malgré l'extrême difficulté que présentaient certaines situations et au sujet desquels il n'a fait aucune recommandation après l'examen. Ces cas illustrent le dévouement des personnes qui fournissent des soins aux enfants.

³ Baker, Norton et coll., « The Canadian Adverse Events Study; the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ*, vol. 170, n° 11 (25 mai 2004).

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.

En 2008, le CEDE a examiné 40 cas médicaux au total. Après examen et analyse de chacun de ces cas, il a déterminé que 26 étaient associés à 6 grands thèmes, dont les caractéristiques sont décrites ci-après :

1. **Traitement – Qualité des soins**
 - Le fait de ne pas consigner les signes vitaux.
 - Le fait de ne pas comprendre les signes vitaux anormaux.
 - Des erreurs dans le diagnostic et les interventions subséquentes.
 - Suivi médiocre et incapacité de s'assurer que les patients respectaient leur rendez-vous de suivi.
 - Inobservation des protocoles établis.
2. **Autres diagnostics**

Incapacité de reconnaître ou de comprendre les symptômes, les résultats des tests de laboratoire, l'imagerie diagnostique, les signes vitaux ou la réaction des patients au traitement, empêchant la mise en branle de tests supplémentaires ou la prise en compte d'autres diagnostics possibles.
3. **Documentation**
 - Incapacité de remplir les dossiers des patients comme il faut et dans un délai raisonnable.
 - Écriture illisible.
 - Incapacité de documenter et de signaler les événements sentinelle.
4. **Communication**
 - Manque d'échange et de discussions des renseignements vitaux sur les patients entre les médecins et les services médicaux spécialisés.
 - Manque d'attention aux préoccupations exprimées par les patients et de prise en compte de ces préoccupations.
 - Absence de consignes et de conseils précis à la sortie.
5. **Investigation**
 - Le fait pour le coroner enquêteur de ne pas ordonner d'autopsies dans certains décès d'enfants.
 - L'affectation d'autopsies à des établissements n'ayant pas une expertise suffisante en pédiatrie.
 - L'inexécution ou le fait de ne pas demander des tests secondaires qui auraient pu être indiqués.
6. **Transport médical**
 - Retards mis par les ambulances ou ORNGE à transporter les enfants gravement malades.
 - Problèmes de communication avec les établissements de santé d'où partent les malades ou les établissements d'accueil.
 - Manque de ressources pédiatriques.
 - Problèmes de transfert des dossiers.

Nombre total de cas associés aux thèmes : 26

THÈMES	Nbre de CAS	% du TOTAL
1. Traitement – Qualité des soins	10	38
2. Autres diagnostics	9	25
3. Documentation	4	15
4. Communication	4	15
5. Investigation	4	15
6. Transport médical	4	15
*TOTAL	35	

* Certains cas sont associés à plus d'un thème.

Comité d'examen des décès d'enfants : Examens médicaux

Ce cas porte sur la naissance d'un enfant de sexe masculin dont la mère, au début de la vingtaine, avait reçu des soins prénatals limités. L'accouchement était prévu pour la 34^e ou 35^e semaine. Un examen par ultrasons effectué le 29 juin indiquait une grossesse de 18 semaines, ce qui correspondait aux dates.

La mère de l'enfant prenait de la méthadone à raison de 230 mg par jour et avait auparavant été traitée au Percocet pour fibromyalgie.

Ce fut un accouchement spontané par le vertex. Les indices d'Apgar étaient de 8 et 9 à 1 et 5 minutes. Le poids à la naissance était de 2 365 grammes, la taille de 46 cm et la circonférence de la tête de 32 cm, toutes ces mesures correspondant au 50^e percentile pour une grossesse de 35 semaines.

Le nourrisson a passé cinq semaines à l'hôpital. Son parcours néonatal était compliqué. Ses problèmes comprenaient une investigation sur une septicémie et un traitement pendant sept jours au moyen d'antibiotiques par voie intraveineuse. Les hémocultures étaient négatives. Cependant, au 11^e jour, les selles de l'enfant étaient saignantes, ce qui pouvait supposer une entérococolite nécrosante néonatale de stade 2. Il a été traité pendant dix jours supplémentaires aux antibiotiques et ne gardait rien par voie orale. Il avait une légère jaunisse qui a nécessité une photothérapie pendant deux jours. Cependant, le problème le plus grave était le syndrome d'abstinence néonatale consécutif au sevrage à la méthadone. À l'âge de 2 jours, le nourrisson présentait des signes de sevrage aux opiacés avec des scores de Finnegan de 6-9. On a commencé à lui administrer de la morphine par voie intraveineuse. Un test de dépistage de cocaïne, de cannabis et d'opiacés s'est révélé négatif. Son urine et son méconium ont été soumis à un test de dépistage.

Les scores de Finnegan ont atteint des sommets de 13-15 et les doses de morphine un maximum de 20 mcg/kg/hr. On a commencé à administrer la morphine à l'enfant par voie orale pour le sevrer, mais on a repris l'administration par intraveineuse aux premiers signes d'entérococolite nécrosante néonatale. Il est revenu à la morphine par voie orale et a été lentement sevré jusqu'à son congé, alors qu'il recevait 80 mcg, 4 fois par jour (total de 320 mcg/jour = 0,11 mg/kg/jour).

D'entrée de jeu, la situation sociale de la famille et les compétences parentales de la mère ont été une source de préoccupations. Les notes du personnel infirmier décrivaient la mère comme une personne « puérile » et « frivole ». Initialement, il avait été prévu de demander à la Société d'aide à l'enfance de prendre en charge le bébé avant son départ de l'hôpital et de le placer dans une famille d'accueil à titre provisoire pendant son sevrage de la morphine par voie orale. Cependant, la SAE a rencontré la mère du bébé et son grand-père maternel et il a été convenu que l'enfant serait renvoyé chez sa mère à sa sortie de l'hôpital et que le père de celle-ci serait présent pour s'occuper de l'enfant. La mère de l'enfant a passé quatre jours à l'unité « Care By Parent » avant le congé de l'enfant. Les infirmières ont remarqué qu'elle était très fatiguée et qu'elle ne se réveillait pas même lorsque l'enfant pleurait. À une occasion, elles l'ont trouvée endormie avec son enfant dans les bras et, de nouveau, très difficile à réveiller.

Les plans de sortie comprenaient une visite chez leur pédiatre local trois jours après la sortie et des visites à domicile par le bureau de santé publique et la SAE le 1^{er} et le 2^e jour après la sortie. À sa sortie de l'hôpital le 5 décembre, l'enfant prenait de la morphine par voie orale à raison de 80 mcg, quatre fois par jour, et sa mère avait reçu des consignes quant à la préparation et à l'administration du médicament.

Événements terminaux

Le bébé a été décrit comme un enfant irritable, enchifrené et congestionné au moment de son départ et est demeuré dans cet état pendant qu'il était à la maison. Le soir du 13 décembre, il a reçu une bouteille et sa dose de morphine à 1 h 45. Son père l'a préparé et est allé le coucher avec sa mère vers 2 h 30.

Celle-ci s'était endormie plus tôt. Lorsqu'elle s'est réveillée à 7 h 30, le bébé ne respirait plus et n'avait plus de signes vitaux. On a tenté de le réanimer à la maison et à l'urgence, mais sans succès.

Conclusions de l'autopsie

L'autopsie a conclu à une congestion pulmonaire avec pétéchies sur la plèvre viscérale. Des anomalies ont été observées au cervelet, dont une dysplasie corticale du nodulus du vermis et prolifération gliale de la substance blanche, dont l'importance était incertaine. Une légère infiltration microgliale a été remarquée dans la plaque motrice hippocampale. Il n'y avait aucun signe de traumatisme. Les radiographies n'ont montré aucun signe de fracture. L'analyse toxicologique du sang n'a révélé aucune déficience en MCAD, ni aucune trace de morphine et d'hydromorphe. Les cultures pulmonaires post mortem ont mis en évidence une faible croissance d'*E. Coli*. Les cultures virales étaient négatives.

Cause du décès : Mort subite et imprévue de nourrissons avec partage de lit dans un environnement de sommeil dangereux

Mode de décès : Indéterminé

Observations et questions soulevées

Le bébé a été retrouvé mort dans un environnement de sommeil dangereux. Le mode de décès était indéterminé. Il était un nourrisson « à risque élevé » étant donné sa situation sociale et son syndrome d'abstinence néonatale consécutif à la consommation de méthadone de sa mère. La SAE a procédé à un examen.

La gestion du syndrome d'abstinence néonatale est souvent difficile et longue et comprend des séjours qui dépassent souvent cinq à six semaines. Le Comité était préoccupé par le fait que l'enfant a été renvoyé à la maison alors qu'il prenait de la morphine par voie orale et a remis en question cette décision. Après examen, on a constaté que les centres de soins néonataux de niveau 2 et 3 de l'Ontario ont pour politique de laisser partir un enfant *uniquement* après qu'il a été sevré de la morphine pendant deux ou trois jours. Il semble que les protocoles relatifs au syndrome d'abstinence néonatale n'aient pas été révisés à cet hôpital de soins primaires depuis près de dix ans.

Recommandations

1. L'hôpital de soins primaires devrait mettre à jour ses protocoles relatifs au syndrome d'abstinence néonatale.
2. La comité de la qualité des soins de l'hôpital devrait procéder à un examen d'assurance de la qualité relativement à ce décès, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*.

Bibliographie

1. *Neonatal Abstinence Protocol (NAP)*, Orillia Soldiers' Memorial Hospital, 2006.
2. Stade, B., et Barozzino, T. « Neonatal Abstinence Scoring System », *St. Michael's Hospital Policies and Procedures*, 2003.
3. Chisamore, B. et coll. *Management of Perinatal Substance Use and Abuse: Child Health Network Practice Guideline*, 2002.
4. Osborne, D.A., Cole, M.J. et Jeffery, H.E. *Opiate Treatment for Opiate Withdrawal in Newborn Infants*, Cochrane Database of Systemic Reviews, volume 1, 2003.
5. Finnegan, L.P. « Neonatal Abstinence Syndrome », dans Nelson, N. (éd.), *Current Therapy in Neonatal Perinatal Medicine*, Philadelphie, BC Decker, 1990, p. 314-320.

Protocole relatif au syndrome d'abstinence néonatale

Protocole de traitement

1. Admettre tous les nourrissons que l'on soupçonne d'avoir un syndrome d'abstinence néonatale à l'unité des soins intensifs néonataux de niveau II.
2. En cas de sevrage d'opiacés, administrer de la morphine à l'enfant conformément aux consignes données ci-dessous.
3. En cas de sevrage d'autres substances (p. ex., barbituriques, éthanol, sédatifs, somnifères), administrer du phénobarbital conformément aux consignes données ci-dessous.
4. Pour tous les enfants nés de mères toxicomanes, évaluer le degré d'abstinence néonatale au moyen du système ci-joint, pendant les cinq premiers jours de leur vie, en notant le score à intervalles de 2 heures pendant les 48 premières heures et à toutes les 4 heures par la suite. Il ne faut pas réveiller les enfants pour faire le test.
5. Si le score est supérieur à 8, faire le test toutes les 2 heures, quel que soit l'âge. Lorsque le score est inférieur à 7 pendant 24 heures, l'évaluation peut se faire toutes les 4 heures.
6. Si aucune thérapie n'est requise, faire le test toutes les 4 heures pendant 5 jours, puis arrêter. Si une thérapie est nécessaire, on peut arrêter d'évaluer l'enfant lorsque le score a été inférieur à 4 pendant 5 jours consécutifs.
7. Thérapie : si le score est supérieur à 8, administrer de la morphine selon le score initial, tel qu'indiqué ci-dessous :

Score	Dose initiale de morphine
8 – 10	0,32 mg/kg/jour divisé q.i.d.
11 – 13	0,48 mg/kg/ jour divisé q.i.d.
14 – 16	0,64 mg/kg/ jour divisé q.i.d.
17 ou plus	0,8 mg/kg/ jour divisé q.i.d.

8. Si le score est supérieur à 7, augmenter la quantité de morphine de 0,04 mg par dose, jusqu'à ce que le score soit inférieur à 8.
9. Ne pas changer la médication si le score se situe entre 5 et 7.
10. Réduire la quantité de morphine de 0,04 mg par dose toutes les 24 heures, si le score est inférieur à 5 pendant 24 heures.
11. Renvoyer l'enfant à la maison lorsque la morphine a été arrêtée et que le score a été inférieur à 5 de 2 à 5 jours.

Autres médicaments

1. Si l'on soupçonne une polytoxicomanie, que l'enfant a des convulsions ou qu'il est sevré de sédatifs, d'alcool ou de barbituriques, administrer du phénobarbital à raison de 10 mg/kg q 12 heures x 3 doses, puis commencer le phénobarbital d'entretien à raison de 5 mg/kg/jour divisé b.i.d.
2. Si l'enfant a été exposé aux opiacés en plus des autres drogues, commencer la morphine à 0,16 mg/kg/jour divisé q.i.d., en plus du phénobarbital, et augmenter la dose ou sevrer l'enfant conformément aux consignes précitées.

Interventions non pharmacologiques

1. Réduire au minimum les stimulations environnementales et physiques :
 - a. tamiser l'éclairage
 - b. parler doucement autour du bébé
 - c. placer le lit dans un endroit peu achalandé
2. Regrouper les activités pour permettre de grandes périodes de repos
3. Fournir des tétines
4. Emmailloter l'enfant
5. Fournir un onguent comme l'oxyde de zinc pour prévenir la rupture de l'épiderme due à des selles fréquentes

Bibliographie :

1. Byrne, J.M., Camfield, P.R., Clark-Touesnard, M. et Hondas, B.J. « Effects of Phenobarbital on early intellectual and behavioral development: a concordant twin case study », *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 9, n° 4 (1987), p. 393-398.
2. Chisamore, B. et coll. *Management of Perinatal Substance Use and Abuse: Child Health Network Practice Guideline*, 2002.
3. Coyle, M.G., Ferguson, A., Lagasse, L., Oh, W. et Lester, B. « Diluted Tincture of opium (DTO) and Phenobarbital versus DTO alone for neonatal withdrawal in term infants », *The Journal of Pediatrics*, vol. 140, n° 5 (2002), p. 561-564.
4. Finnegan, L.P. « Neonatal Abstinence Syndrome », dans Nelson, N. (éd.), *Current Therapy in Neonatal Perinatal Medicine*, Philadelphie, BC Decker, 1990, p. 314-320.
5. Johnson, K., Gerada, C. et Greenough, A. « Treatment of Neonatal Abstinence Syndrome », *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition* 2003, vol. 88, n° 1, p. F2-F5.
6. Osborne, D.A., Jeffery, H.E. et Cole, M.J. « Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants », *The Cochrane Database of Systemic Reviews*, vol. 1 (2003).
7. Osborne, D.A., Cole, M.J. et Jeffery, H.E. « Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants », *The Cochrane Database of Systemic Reviews*, 1 (2003).
8. Stade, B., et Barozzino, T. « Neonatal Abstinence Scoring System », *St. Michael's Hospital Policies and Procedures*, 2003.

Le CEDE et l'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario

Comme il en a été question précédemment, le gouvernement de l'Ontario a mis sur pied la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique le 25 avril 2007, en vertu de la *Loi sur les enquêtes publiques*. M. le juge Stephen T. Goudge a été nommé commissaire et on lui a demandé de 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.

Les recommandations qui suivent et qui ont trait au CEDE, aux familles et aux sociétés d'aide à l'enfance sont extraites du volume 2 du rapport du juge Goudge :

1) Améliorer la supervision et la responsabilisation

Nº 55 « Le Comité d'examen des décès d'enfants, le Comité consultatif des services judiciaires et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans devraient être maintenus. » « Ils fournissent de précieux mécanismes permettant d'améliorer la qualité des enquêtes sur les morts au BCCO [Bureau du coroner en chef de l'Ontario] et d'y apporter une directive multidisciplinaire. » (p. 392)

2) Médecine légale et familles

« ... pour rétablir complètement la confiance du public envers la médecine pédiatrique légale, nous devons réfléchir à la façon dont celle-ci peut servir plus efficacement les instances portant sur la protection de l'enfance et mieux répondre aux besoins des familles concernées par la mort suspecte d'un enfant. Ce qui importe le plus, c'est la question de savoir comment la médecine pédiatrique légale peut à la fois répondre aux exigences du système de justice pénale et des procédures visant la protection des enfants. » (p. 627-628)

163 a) « La province de l'Ontario, avec l'aide de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et d'autres intervenants, devrait élaborer des normes provinciales sur le partage d'information lors d'enquêtes sur des morts suspectes d'enfants menées par la police et les sociétés d'aide à l'enfance, afin de compléter celles qui existent déjà.

b) Les normes provinciales devraient :

- Porter précisément sur les attentes entourant le partage d'information relative aux enquêtes conjointes ou parallèles menées dans les cas de morts d'enfants où d'autres enfants pourraient se trouver en situation de risque.
- Insister sur l'importance du fait que les renseignements soient communiqués en temps opportun et de façon précise et qu'ils soient mis à jour au fur et à mesure que les circonstances évoluent, surtout ceux transmis par la police aux préposés à la protection de l'enfance pour s'assurer que les décisions concernant les enfants survivants sont adéquates.
- Éliminer toute interprétation erronée faisant obstacle à un partage d'information approprié et renforcer le point soulevé à l'effet que, même s'il est important de protéger l'intégrité d'une enquête criminelle en cours, on ne doit pas surestimer la nécessité de ne pas divulguer les renseignements aux représentants de la protection de l'enfance. On ne doit pas sous-estimer l'importance des décisions relatives à la protection de l'enfant ni la manière dont le partage d'information peut favoriser une meilleure recherche des faits.
- Préciser les rôles que doivent assumer les coroners, les médecins légistes et les procureurs de la Couronne dans le partage de renseignements au cours des enquêtes portant sur la mort suspecte d'enfants.

c) Des protocoles locaux devraient être créés partout dans la province afin de permettre aux différents territoires de compétence de mettre en œuvre les normes provinciales en vue de répondre le mieux possible aux besoins de leurs collectivités.

d) L'élaboration en temps opportun de ces protocoles locaux devrait être facilitée par la création d'un modèle qui accompagnerait les normes provinciales.

e) Les sociétés d'aide à l'enfance locales, la police, les coroners, les médecins légistes et les avocats de la Couronne devraient recevoir une formation conjointe sur les normes provinciales et leur mise en œuvre à

l'échelle locale afin d'assurer une compréhension et une interprétation communes des normes et des protocoles ainsi que de leur mise en application par toutes les parties en cause. » [p. 638-639]

164 « Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) devrait élaborer un service de liaison pour communiquer avec les familles, particulièrement celles qui ont perdu un enfant. Ce service doit favoriser une communication efficace et attentionnée en temps opportun avec les familles touchées. La province de l'Ontario devrait fournir un financement additionnel au BCCO pour l'élaboration de ce service. » [p. 640]

165 « a) La divulgation des résultats de l'autopsie doit se faire de vive voix et par écrit, en temps opportun et en faisant preuve de sensibilité à l'égard de la perte et du deuil que vivent les parents.

b) Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario devrait rencontrer des représentants de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et des principaux services de police pour élaborer une politique relative à la divulgation en temps opportun des renseignements sur l'autopsie lorsqu'une enquête criminelle a lieu. » [p. 641]

166 « La politique actuelle du Bureau du coroner en chef de l'Ontario en matière de prélèvement et de disposition d'organes et de tissus doit continuer d'être appliquée. On devrait encourager les coroners à communiquer avec les familles au sujet de la nécessité de prélever des organes et des tissus en temps opportun, tout en respectant leurs croyances culturelles et religieuses. » [p. 643]

167 « La province de l'Ontario devrait financer le counselling pour les personnes dont la famille a été touchée par un processus vicié de médecine pédiatrique légale pendant trois années additionnelles, donc pour une durée totale de cinq ans depuis le commencement, si les personnes concernées et les conseillers croient qu'un tel prolongement serait bénéfique. » [p. 644]

168 « Dans l'exécution de son mandat, le directeur du Registre des mauvais traitements infligés aux enfants de l'Ontario devrait être encouragé à approuver les demandes de retrait déposées par les personnes inscrites à tort au Registre à la suite d'examens de médecine pédiatrique légale erronés s'il n'existe plus de preuves crédibles de violence. » [p. 645]

169 « a) Aide juridique Ontario devrait collaborer avec la profession des avocats en droit familial pour s'assurer que les membres reçoivent une rémunération adéquate dans les instances de protection de l'enfance où la médecine pédiatrique légale occupe une place importante. Le tarif pour les avocats qui défendent ces causes doit être augmenté afin d'encourager les avocats expérimentés et spécialisés à accepter les cas pris en charge par l'aide juridique et de tenir compte de leur expertise. Aide juridique Ontario devrait financer un nombre d'heures suffisant pour permettre aux avocats d'assumer adéquatement leurs responsabilités.

b) Dans les cas où cela est approprié, Aide juridique Ontario devrait autoriser le financement des services d'un ou de plusieurs médecins légistes et, si nécessaire, de pathologistes provenant d'une autre région, y compris leurs frais de déplacement.

c) Aide juridique Ontario devrait augmenter le taux horaire des médecins légistes qui témoignent à titre d'experts pour qu'il corresponde à celui des experts de la Couronne. Cela est nécessaire pour s'assurer que des experts possédant des compétences comparables à celles des experts de la Couronne soient disposés à aider les avocats en droit de la famille. On devrait procéder rapidement à l'augmentation du taux relatif aux cas de médecine pédiatrique légale.

d) Aide juridique Ontario devrait augmenter le nombre d'heures financées et accordées aux médecins légistes. » [p. 649]

Les parties concernées sont en train d'élaborer des plans de mise en œuvre de ces recommandations et d'autres.

LES SAE et LE COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

En Ontario, les services de bien-être de l'enfance sont fournis par 53 sociétés d'aide à l'enfance (SAE), dont cinq sont des agences autochtones. Chaque SAE est un organisme indépendant, non gouvernemental, régi par un conseil d'administration et financé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

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

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

TOILE DE FOND : HISTORIQUE DES EXAMENS DES DÉCÈS D'ENFANTS

Des équipes d'examen des décès d'enfants ont vu le jour à la fin des années 1970 aux États-Unis à la suite de préoccupations soulevées par les parents et les professionnels par rapport au nombre grandissant d'enfants qui mouraient des suites de mauvais traitements, de négligence ou des blessures qui auraient vraisemblablement pu être évitées. La première équipe multidisciplinaire d'examen des décès d'enfants a été mise sur pied en Californie en 1978. Depuis, des équipes d'examen des décès d'enfants ont été constituées dans tous les 50 États, dans la plupart des provinces canadiennes et dans plusieurs autres pays du monde.

Au Canada, les premières équipes d'examen des décès d'enfants ont été créées dans les années 1990. L'Ontario a été l'une des premières provinces, sinon la première, à établir un comité d'examen des décès d'enfants. L'objectif fondamental des équipes d'examen des décès d'enfants est de déterminer les tendances et les facteurs de risque des décès d'enfants afin de prévenir que des décès semblables ne surviennent dans l'avenir. Les recommandations visent à améliorer le service, la pratique et les politiques, ce qui peut améliorer les résultats pour les enfants à risque.

Au début des années 1990, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCCO) mettait sur pied le Comité d'examen des décès d'enfants chargé d'examiner les cas complexes de décès d'enfants de nature médicale afin d'aider les coroners enquêteurs à faire leurs investigations. Au milieu des années 1990, le BCCO et l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, avec l'aide du ministère responsable des services à l'enfance, ont entrepris une étude des décès d'enfants qui recevaient des services de bien-être de l'enfance à cause, en partie, des préoccupations sans cesse croissantes que soulevaient un nombre de décès tragiques et hautement médiatisés d'enfants auprès de qui des agences de bien-être de l'enfance étaient intervenues. Le Groupe de travail sur la mortalité juvénile a examiné 100 décès d'enfants dans la période de 2 ans allant de janvier 1994 à décembre 1995. Les conclusions de l'étude et le rapport qui en a résulté ont coïncidé avec une série d'enquêtes du coroner sur les décès d'enfants qui avaient reçu des services de sociétés d'aide à l'enfance.

Outre les répercussions importantes qu'elles ont eues sur la réforme du système de bien-être de l'enfance dans la province de l'Ontario à la fin des années 1990, ces enquêtes ont aussi conduit à l'élargissement du mandat du Comité d'examen des décès d'enfants. En 1997, le CEDE a commencé à revoir tous les cas d'enfants qui sont décédés pendant qu'ils recevaient des services de bien-être de l'enfance ou qui en avaient reçus dans les 12 mois précédant leur décès. De nouveaux membres se sont greffés au Comité, à savoir des spécialistes du bien-être de l'enfance, des policiers et des procureurs de la Couronne, pour examiner ces décès.

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.

Étapes de l'examen et de la déclaration des décès d'enfants qui recevaient ou avaient reçu des services de SAE en Ontario

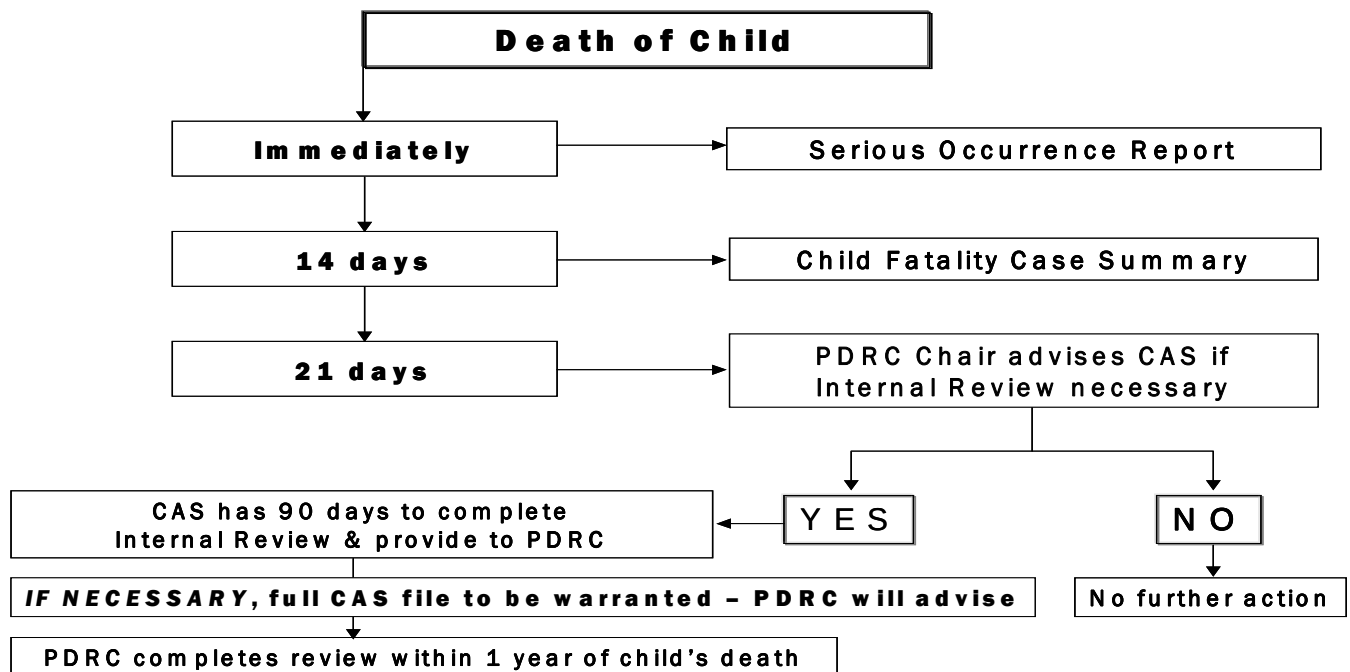
- **1979** – Premières lignes directrices sur les incidents graves à signaler au ministère
 - Le décès d'un enfant est inclus dans les lignes directrices initiales.
 - « Tous les décès d'enfants pris en charge, y compris ceux découlant de mauvais traitements, d'accidents, de suicides ou de causes médicales ou non accidentelles. »
- Les décès d'enfants pouvaient être suivis :
 - d'un examen par l'agence
 - par l'Unité des enquêtes du ministère
 - par le comité d'investigation du ministère
- **1995** – Le ministère communique une directive distincte sur l'examen des décès d'enfants aux SAE
- **1996** – Le Groupe de travail sur la mortalité juvénile a été créé par le coroner en chef et l'AOSAE avec l'appui du ministère
 - le coroner en chef a ajouté les cas de décès d'enfants qui recevaient des services de bien-être de l'enfance au mandat du Comité d'examen des décès d'enfants
- **2000** – Nouvelle directive visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants
 - Ajout de la mention : si l'enfant a reçu des services au cours des 12 derniers mois
 - Obligatoires : le rapport sur les incidents graves et la fiche de signalement d'un décès d'enfant et sommaire du cas
 - Examen interne de décès d'enfants à la demande du ministère
 - Le Comité d'examen des décès d'enfants continue d'examiner tous les décès d'enfants et de faire des recommandations
- **2006** – Nouvelle directive conjointe entre le ministère et le Bureau du coroner en chef
 - Les examens internes des décès d'enfants deviennent la norme
 - L'accent est mis davantage sur les leçons apprises que sur l'aspect « investigation »
 - On se concentre sur la détermination des lacunes dans les services et le renforcement de la pratique
 - Les examens doivent comprendre la participation d'un examinateur externe

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

- Les recommandations doivent se rapporter aux circonstances de chaque décès et :
 - être mesurables et pouvoir être mises en œuvre
 - être destinées à une partie en particulier
 - être destinées à la SAE, au ministère, au bureau du coroner ou à un autre secteur de services sociaux

Depuis trois 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. 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. Le présent rapport annuel est le troisième découlant de cette nouvelle collaboration.

Le MSEJ, avec le concours de ses bureaux régionaux et de la Direction des services à la clientèle (qui s'appelait avant 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 (voir pages 98-100 pour des précisions sur cette mesure). Le Comité termine l'examen dans un délai de un an suivant le décès de l'enfant :



DÉCÈS SURVENUS EN 2008 SIGNALÉS PAR UNE SOCIÉTÉ D'AIDE À L'ENFANCE

TOTAL	EXAMEN DU COMITÉ EXÉCUTIF SEULEMENT 2008	EN ATTENTE DES CONCLUSIONS DE L'EXAMEN PAR LE CEDE5 2009-2010	EXAMEN INTERNE ET EXAMEN DU CEDE 2009-2010
105	55	5	45

*Nota : Ces catégories sont expliquées plus en détail ci-dessous.

Conformément à la directive conjointe régissant la déclaration et l'examen des décès d'enfants qui recevaient des services d'une société d'aide à l'enfance ou en avaient reçu dans les 12 mois précédant le décès, **105** décès d'enfants ont été signalés au Comité en 2008. Dans chaque cas, la SAE qui fournissait des services à la famille a présenté un rapport d'incident grave et, dans les 14 jours qui ont suivi le décès, une fiche de signalement d'un décès d'enfant et sommaire du cas au CEDE. Le comité exécutif du CEDE examine ces rapports et, dans un délai de sept jours, décide si la SAE devra faire un examen interne en vue d'un examen futur du CEDE. La décision de demander un examen interne repose sur les critères énoncés dans la directive conjointe (voir p. 92-93).

Le comité exécutif du CEDE a examiné tous les **105** décès et demandé aux SAE de faire un examen interne pour **45** d'entre eux. Une décision sur **5** autres cas est en attente des conclusions d'un examen du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans qui déterminera la cause du décès et le mode de décès. Il a été décidé que **55** des **105** cas ne nécessiteraient pas d'examen supplémentaire étant donné la nature du décès de l'enfant ou les services fournis par la SAE. Dans la moitié de ces cas, les enfants étaient médicalement fragiles et sont morts de causes naturelles, la plupart à l'hôpital, étaient prématurés ou avaient des problèmes médicaux complexes ou génétiques.

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

*Explications :

EXAMEN DU COMITÉ EXÉCUTIF SEULEMENT : les cas au sujet desquels, après examen du comité exécutif du CEDE (président et coordonnatrices), il est décidé qu'un examen supplémentaire par la SAE ou le CEDE n'est pas nécessaire, puisque la SAE n'aurait pas pu prévoir la mort ou qu'une intervention médicale n'aurait pas pu la prévenir. Par exemple, les cas où la famille de l'enfant a commencé à recevoir des services de la SAE un peu après le décès, ceux où l'enfant recevait des services de la SAE mais dont la mort était naturelle et pas subite ou encore ceux où l'enfant meurt à la suite d'un événement qui n'est pas relié au travail de la SAE auprès de la famille (c.-à-d. l'enfant est mort dans un accident de la route et un dossier a été ouvert pour aider les parents à gérer le comportement d'un autre enfant).

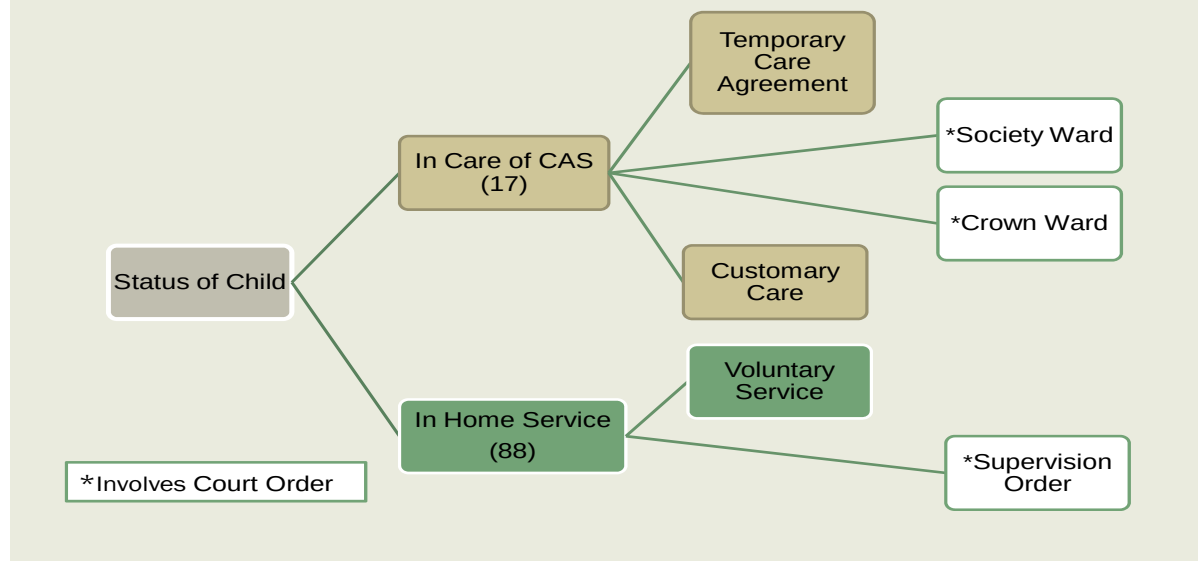
EN ATTENTE DES CONCLUSIONS DE L'EXAMEN PAR LE CEDE5 : À l'occasion, la décision de demander un examen interne est remise à plus tard en attendant les conclusions de l'investigation du coroner ou d'un examen du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans.

EXAMEN INTERNE ET EXAMEN DU CEDE : Si le Comité d'examen des décès d'enfants demande un examen interne, les SAE ont 90 jours pour présenter leur rapport et le CEDE a jusqu'à 12 mois pour examiner le cas et publier un rapport qui peut contenir d'autres recommandations. Les attentes relatives à ces examens sont expliquées ailleurs dans le présent rapport.

STATUT DES ENFANTS MORTS EN 2008 PAR RAPPORT À LA SAE

TOTAL	Pris en charge par une SAE	Service à la maison
105	17	88

Status of Children Receiving Service from a CAS



Voici quelques chiffres fournis par l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance :

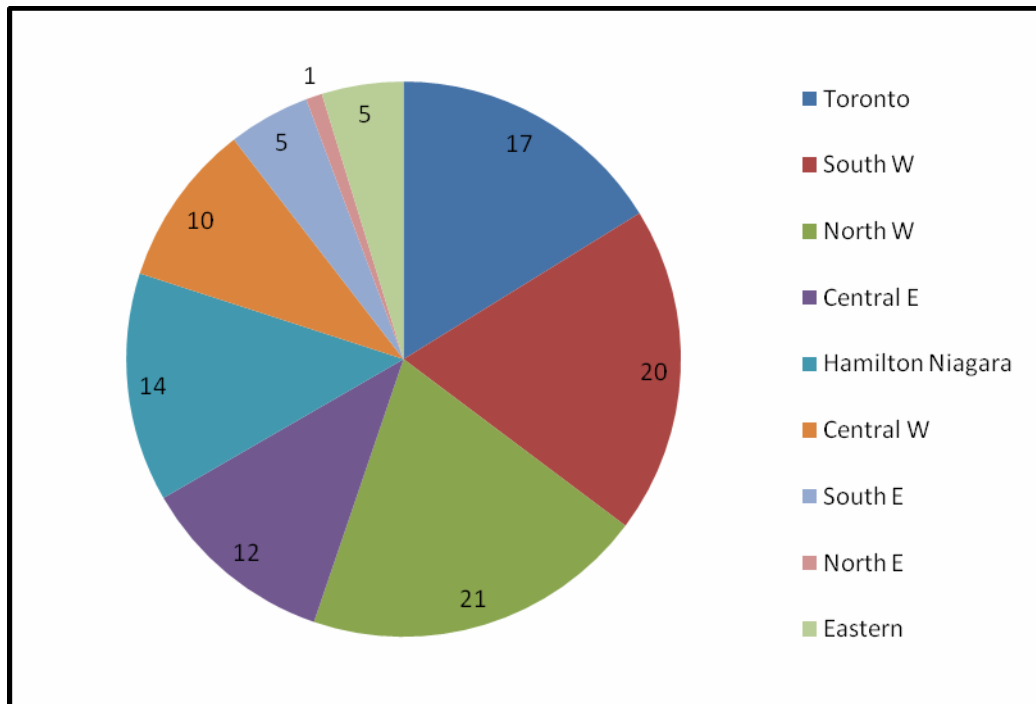
- Les SAE ont fourni des soins de remplacement à **27 816 enfants** entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2008.
- En moyenne, **18 172 enfants ont été pris en charge** entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2008.
- **6,7 %** des enfants faisaient l'objet d'une entente relative à des soins temporaires ou à des besoins particuliers.
- **18,8 %** des enfants recevaient des soins temporaires ou faisaient l'objet d'une ordonnance de garde.
- **2,2 %** des enfants recevaient des soins conformes aux traditions.
- **8,5 %** des enfants étaient des pupilles de la Société.
- **13,6 %** des enfants étaient des pupilles de la Couronne sans droit de visite.
- **37,5 %** des enfants étaient des pupilles de la Couronne avec droit de visite.
- **12,2 %** étaient des jeunes qui faisaient l'objet de soins et d'entretien prolongés.
- **0,6 %** des enfants faisaient l'objet d'un consentement à l'adoption.

Glossaire (adapté d'un rapport statistique sur l'enfance et la famille www.hrsdc.gc.ca)

Enfant :	Personne de moins de 18 ans. Aux termes de la <i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i> , des services de protection doivent être fournis à un enfant de moins de 16 ans. Les services de soins et d'entretien peuvent être prolongés dans le cas des pupilles de la Couronne jusqu'à l'âge de 21 ans.
Enfants pris en charge :	Enfants qui ont besoin de protection en vertu de la <i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i> et qui sont pris en charge en vertu d'une entente relative à des soins temporaires, d'une ordonnance de tutelle par la Société (pupille temporaire), d'une ordonnance de tutelle par la Couronne (pupille permanent), d'une entente de soins et d'entretien prolongés, d'une ordonnance temporaire de soins et de garde, du consentement parental à l'adoption.
Entente relative à des soins temporaires :	Le transfert temporaire de la garde d'un enfant à une société d'aide à l'enfance pour une période maximale de six mois. L'entente peut être prolongée pour une période supplémentaire de six mois.
Consentement parental à l'adoption :	Permet aux parents de remettre volontairement un enfant à une SAE à des fins d'adoption.
Ordonnance de supervision :	Un enfant demeure dans son milieu (dans sa propre maison ou selon d'autres dispositions) sous la supervision d'une SAE. L'ordonnance a une période de validité de 3 à 12 mois. Un nombre indéfini de prolongations est possible. L'enfant n'est pas considéré comme un enfant pris en charge.
Ordonnance de tutelle par la Société :	Place l'enfant sous la garde d'une SAE pendant une période pouvant atteindre 12 mois. Les parents renoncent à la garde de l'enfant pendant la période de validité de l'ordonnance.
Ordonnance de tutelle par la Couronne :	Donne en permanence les soins, la garde et le contrôle d'un enfant à une SAE.
Ordonnance temporaire de soins et de garde :	Décision d'un tribunal concernant les soins et la garde d'un enfant pendant les ajournements.
Soins et entretien prolongés :	Les services de soins et d'entretien d'anciens pupilles de la Couronne peuvent être prolongés jusqu'à l'âge de 21 ans.
Soins conformes aux traditions :	Soins fournis à un enfant indien ou autochtone par une personne qui n'est ni son père ni sa mère et la surveillance de cet enfant par une telle personne, conformément aux traditions de la bande ou de la communauté autochtone de l'enfant. <i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i> , L.R.O. 1990, chap. C.11, partie X, art. 208.

Décès survenus en 2008 par région (MSEJ)

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 105 décès qui ont été signalés au Comité d'examen des décès d'enfants par une SAE :



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 des systèmes de santé et 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, et notamment d'avoir accès à des renseignements qui n'étaient peut-être pas disponible avant le décès, il est utile de se rappeler des questions suivantes qu'a posées le Dr 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.

En 2007-2008, selon l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, les SAE ont pris en charge quelque 18 172 enfants, dont 9 000 sont des pupilles de la Couronne. Les SAE ont mené 77 089 enquêtes et ont ouvert en moyenne 24 955 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. Il ne faut pas oublier que les familles qui reçoivent des services d'une société d'aide à l'enfance peuvent souffrir de différents maux sociaux, comme la dépendance, la pauvreté, le chômage, l'isolement social, la toxicomanie ou la maladie mentale. Ces enfants présentent un risque élevé et les SAE doivent établir un équilibre entre les responsabilités de protéger un enfant qui leur incombent en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, d'une part, et la volonté et le droit d'une famille d'élever un enfant, d'autre part, même lorsque le milieu dans lequel l'enfant sera élevé est moins qu'optimal. De toute évidence, il s'agit d'une tâche difficile. La reconnaissance de ces difficultés n'a pas pour objet de minimiser ou de rationaliser le décès des enfants; nous sommes tous véritablement et sérieusement préoccupés quant un enfant meurt.

Lors d'examen 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 santé ou de protection de l'enfance aux enfants et aux familles.

Parfois, on constate que 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-après, le Comité croit que si des décisions différentes avaient été prises, les résultats auraient été différents. Chacune des agences concernées 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 adaptée,

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

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.

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 – Exemples**Résumé du cas n° 1 :**

L'enfant avait un mois au moment de son décès. Sa mère le nourrissait pendant que tous les deux étaient étendus sur le sofa du salon. La mère était étendue sur la côté gauche et tenait son enfant dans son bras gauche. Pendant l'allaitement, qui a eu lieu vers minuit, la mère s'est endormie avec l'enfant sur le sofa. Elle s'est réveillée vers 4 h 30, l'enfant toujours dans son bras et attaché à son sein. Constatant que l'enfant ne respirait pas, la mère a appelé les autres membres de la famille à son secours et a composé le 911. Grâce aux directives que lui donnait le préposé du service 911, la mère a commencé à faire la réanimation cardio-respiratoire. L'ambulance est arrivée et a transporté l'enfant à l'hôpital où il a été déclaré mort. La mère prenait de l'ibuprofène à ce moment et elle était une fumeuse. La maison était dans un état lamentable. Le sommaire du cas faisait état de plus de 20 renvois à la SAE en une période de 20 ans concernant les soins des neuf enfants ou le comportement de la mère à leur endroit. Ces renvois étaient faits par les membres de la collectivité, des voisins, des professionnels et la mère elle-même.

- **Cause du décès :** Aucune cause anatomique ou toxicologique évidente; décès subit et imprévu avec partage de lit dans un environnement de sommeil dangereux (sofa)
- **Mode de décès :** Indéterminé

Au moment d'examiner le cas, le Comité d'examen des décès d'enfants a fait les observations suivantes :

On n'a pas suffisamment focaliser sur la chronologie des problèmes de cette famille, l'absence presque complète de changements positifs et les besoins immédiats des enfants pour leur donner un petit peu d'espoir de connaître un meilleur destin que leurs frères et sœurs aînés. Le dossier semble souffrir d'une identification excessive, la mère étant décrite comme aimable, bien intentionnée et coopérative. Il semble que différents fournisseurs de services avaient la même croyance quant à la « bonté » de la mère et que cela ait influé sur la gestion du cas et les interventions du personnel de protection de l'enfance.

Leur préoccupation par rapport aux besoins considérables de la mère a empêché les intervenants de porter attention aux besoins développementaux des enfants. Cela se vérifie par le fait que très peu de détails concernant les enfants, comme leurs habiletés, leurs points forts, leurs intérêts, leurs buts et leurs aspirations, sont documentés dans les dossiers de l'agence. On n'y trouve aucun renseignement concernant leurs résultats à l'école, leur santé générale et leur développement. On n'y trouve non plus aucune indication quant au rôle que d'autres adultes auraient eu dans la vie des enfants.

On ignore si la question de l'environnement de sommeil dangereux et du partage de lit a été abordée avec la famille.

Recommandations du Comité**1. Si ce n'est pas déjà fait, l'agence devrait envisager de placer les enfants de moins de 16 ans.**

Les chances que les capacités parentales de la mère s'améliorent après 20 années d'interventions sont très minces. Les enfants risquent grandement de répéter les problèmes comportementaux et émotionnels de leurs aînés. Il sera probablement difficile de trouver un foyer approprié pour les enfants, mais il semble que toutes les autres interventions ont été essayées sans succès.

2. Le coroner régional principal devrait faire un examen portant sur tous les fournisseurs de services dans le but de discuter des rôles, des conclusions et des questions soulevés par ce cas.

Même si la famille s'est prévalu d'un large éventail de services communautaires, peu de progrès ont été réalisés et aucun n'a duré. L'opinion générale selon laquelle la mère avait de bonnes intentions semble avoir entravé la capacité du réseau de services à porter attention aux besoins et aux meilleurs intérêts des enfants.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Résumé du cas n° 2 :

Cette fillette de 2 ans qui souffrait d'asthme a été retrouvée, sans signes vitaux, la tête enfouie dans un matelas d'adulte (voir la photo à la page suivante) où elle dormait habituellement. L'enfant est allée faire une sieste à 11 h et comme elle n'était pas réveillée à 16 h, sa mère est allée vérifier et l'a trouvée sans vie. Elle a demandé du secours. La mère a déclaré qu'il n'était pas rare que sa fille dorme de 3 à 4 heures à ce moment de la journée. Il n'y avait personne dans la chambre avec elle. Les policiers ont déclaré que la maison était « sale » et qu'il y avait des accessoires de consommation de drogues. Quatre enfants et deux adultes partageaient la chambre. L'enfant était capable de faire quelques pas seulement et se traînait la plupart du temps. Elle était sur le point de passer une évaluation pour déterminer si elle avait un retard de développement. L'autopsie n'a révélé aucune cause anatomique de décès qui a été classé comme suit :

- **Cause du décès :** Indéterminée (aucune cause anatomique ou toxicologique de décès)
- **Mode de décès :** Indéterminé

Après l'examen, le Comité d'examen des décès d'enfants a relevé plusieurs questions et fait des recommandations. La famille, qui comprenait les parents et trois frères et sœurs en plus de l'enfant décédée (tous âgés de moins de 5 ans) avait reçu beaucoup de services de la SAE au cours d'une période de cinq ans. Les préoccupations portaient principalement sur la toxicomanie, les capacités parentales, la négligence et la violence familiale. Les enfants, y compris celle qui est décédée, avaient été placés en famille d'accueil, mais avaient été rendus à leurs parents huit mois avant le décès.

Le personnel de la société a essayé de soutenir la mère avant le décès de l'enfant en lui fournissant des services comme une aide familiale, etc. Cependant, la mère n'utilisait pas tous les services qui lui étaient offerts pour l'aider à élever ses enfants, et ses capacités parentales ne se sont pas améliorées. Il semble que l'évaluation de la famille ait focalisé davantage sur les problèmes de toxicomanie et que les problèmes parentaux aient été négligés ou sous-estimés. Les tendances et l'importance de la négligence ont été mal comprises dans la planification du cas.

Recommandations du Comité

1. Étant donné la nécessité d'une supervision plus agressive par la Société, notamment la détermination des risques, et la nécessité d'une intervention plus contraignante, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait faire son propre examen de ce décès. Le Comité demande respectueusement que les conclusions de cet examen lui soient communiquées.
2. Le Comité soutient les recommandations que la Société a faites dans son examen interne concernant une meilleure évaluation de l'attachement, un examen des risques lorsque les circonstances changent et une formation sur la reconnaissance du retard de croissance.
3. Outre la formation sur le retard de croissance, le Comité recommande que tous les intervenants auprès des enfants, y compris ceux qui s'occupent de la protection, reçoivent une bonne formation en développement de l'enfance.
4. L'agence devrait élaborer une politique stipulant que dans les cas actifs, les enfants reçoivent des soins médicaux qui répondent à leurs besoins. Les travailleurs sociaux de l'agence devraient communiquer avec le médecin pour obtenir les résultats des consultations médicales. Si les enfants sont pris en charge, le travailleur des services à la famille doit revoir les renseignements médicaux pour s'assurer qu'il y aura un suivi au besoin pour tout problème médical non réglé.
5. L'agence devrait établir des politiques et des procédures sur la prestation des services aux cas à risque élevé, qui devraient comprendre la fréquence des contacts des travailleurs avec la famille.
6. Étant donné l'état du logement au moment où l'enfant est décédée, l'agence aurait dû avoir des procédures pour évaluer la sécurité des conditions de vie des enfants, y compris les pratiques de sommeil.
7. Le Comité est très inquiet de la capacité de la mère à s'occuper d'enfants. Une évaluation de la capacité parentale devrait être faite.



Photo : matelas d'adulte.

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 auraient pu être évités grâce à des interventions, des pratiques, une éducation et une supervision 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 42 décès examinés cette année auraient pu être prévenus. Il ne s'agit pas de blâmer quiconque, en particulier les parents, les travailleurs ou les agences, mais de présenter des idées sur les mesures à prendre pour éviter la mort d'autres enfants. Les examens menés cette année par le CEDE illustrent que certains décès peuvent être évités grâce à :

- un environnement de sommeil plus sûr
- la mise en œuvre de services et de ressources en santé mentale à l'intention des jeunes présentant un risque élevé de suicide
- une meilleure surveillance de l'enfant
- une intervention avant qu'un acte violent ne soit posé envers un enfant par un fournisseur de soins

**Comité d'examen des décès d'enfants
Bureau du coroner en chef**

Rapport sur les examens internes de décès d'enfants menés par les SAE

2008

Sommaire

**9 décès par suicide chez des jeunes
de la
Première nation de Pikangikum**

Le présent rapport porte sur les décès par suicide de neuf jeunes qui vivaient dans la Première nation de Pikangikum, survenus entre le 21 mai 2007 et le 18 mars 2008.

Tous les jeunes et leurs familles, sauf un, avaient reçu des services de bien-être de l'enfance dans les 12 mois qui ont précédé leur décès. Le groupe se composait de 2 paires de frères et sœurs, d'un ami d'une de ces paires et de quatre autres jeunes, dont la relation entre eux, le cas échéant, était inconnue.

Le présent sommaire présente une analyse d'un groupe de jeunes vivant dans la même petite communauté et qui sont tous morts dans une période de 10 mois.

La Première nation de Pikangikum

Pikangikum est une réserve des Premières nations située au nord de Red Lake et à l'est de la frontière entre le Manitoba et l'Ontario. Le conseil de bande s'occupe de la gouvernance et de l'administration pour la communauté. Il n'y a pas de routes ouvertes à l'année et la communauté est accessible uniquement par service aérien. Les routes d'hiver sont utilisées pour le transport des matériaux et des biens de consommation. L'électricité est générée par un groupe électrogène diesel puisque la communauté ne fait pas partie du réseau de distribution d'électricité. Il n'y a pas de réseau collectif d'approvisionnement en eau et d'égouts.

La population compte un peu plus de 2 000 personnes, dont environ 600 sont des enfants inscrits à l'école locale, qui a brûlé en 2006 et est actuellement rebâtie. Il n'y a pas de centre de loisirs, mais en mai 2008, le gouvernement de l'Ontario annonçait du financement pour aider Pikangikum à bâtir un centre communautaire, qui a ouvert à l'automne 2008. Les conditions de logement sont déplorables et les habitations surpeuplées. Quelques initiatives récentes ont été mises en œuvre (10 logements).

La communauté compte un poste de soins infirmiers et quelques services de santé mentale sont offerts. La population peut accéder à des soins hospitaliers et spécialisés à Sioux Lookout, à Kenora et à Red Lake.

Les services de police sont assurés par la Police provinciale de l'Ontario et la Police des Premières nations. Le principal détachement de la Police provinciale se trouve à Red Lake. Il arrive souvent que des agents de la Police provinciale de partout en Ontario soient affectés à Pikangikum pour des périodes de deux semaines. À cause de l'éloignement de la communauté, le principal moyen de communication du personnel d'urgence est le walkie-talkie. Les défis que doit relever la communauté en matière de services de police sont les mêmes que ceux qu'ont à relever toutes les collectivités éloignées et extrêmement isolées.

Profil des 9 jeunes

Sexe : féminin : 5 masculin : 4

Âge : 12 ans : 3
 13 ans : 2
 16 ans : 3
 17 ans : 1

Mode de suicide : Pendaison à l'intérieur ou à proximité de la maison familiale
 Études : Fréquentation irrégulière; certains n'étaient pas inscrits à l'école
 Toxicomanie : Inhalation de vapeurs d'essence à un jeune âge, consommation abusive d'alcool.
 Un certain nombre de rapports font état de l'emprisonnement des jeunes quand ils étaient intoxiqués.

Facteurs de vulnérabilité :

Facteur (8 jeunes connus de la SAE)	Connu	Soupçonné	Aucun	Inconnu
a) Épisodes de négligence ou de mauvais traitements vérifiés	8			
b) Épisodes de négligence ou de mauvais traitements vérifiés chez les frères ou sœurs de l'enfant	8			
c) Handicap physique			8	
d) Problèmes de santé mentale ou troubles affectifs	3	4		1
e) Antécédents de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues	7		1	
f) Antécédents de fugue	3		5	
g) Tentatives de suicide antérieures	3		2	3
h) Suicide récent d'un ami ou d'un membre de la famille de l'enfant	6		2	
i) L'enfant avait-il parlé récemment à quelqu'un de ses idées de suicide?	2	1	1	4
j) Crise de vie récente	6			2

Observations

Les antécédents de négligence et de mauvais traitements conjugués à l'inhalation de vapeurs d'essence, à l'abus de solvants et à un milieu où le suicide est courant ont abouti à ces suicides.

Profil des famillesParents

Tous les jeunes étaient issus de familles biparentales. Dans deux cas, les mères étaient décédées : une s'était suicidée et l'autre s'était noyée dans un accident lié à l'alcool.

Frères et sœurs

Chacun des jeunes avaient des frères et sœurs ainsi que d'autres membres de leur famille qui consommaient abusivement de l'alcool et d'autres drogues. Dans toutes les familles sauf une, un frère, une sœur ou un autre membre de la famille s'était suicidé. Dans deux familles, un jeune avait été brûlé en allumant une cigarette alors qu'il inhalait des vapeurs d'essence.

Problèmes familiaux

Il semble que tous les parents avaient des antécédents d'alcoolisme chronique, supervisaient mal leurs enfants, avaient des différends et étaient inaptes à élever et à contrôler leurs enfants. À l'occasion, ils étaient capables de demander de l'aide pour leurs enfants et pour eux-mêmes. Les familles savaient les progrès que les jeunes avaient faits dans le cadre d'un programme de traitement en établissement à

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

l'extérieur de la communauté ou étaient incapables d'aider les jeunes à maintenir leurs acquis. Les tentatives de traitement familial ont été infructueuses sauf dans un cas.

Pendant que les familles recevaient des services de la SAE, le niveau de risque était le plus souvent évalué à haut ou modéré. Un examen interne de la SAE avait été demandé et présenté au Comité d'examen des décès d'enfants pour quatre des cas au moment où le présent rapport était rédigé.

Famille élargie

Les grands-parents étaient une figure emblématique pour tous les jeunes. Souvent, ils en étaient les protecteurs, lorsque les parents ne voulaient pas ou ne pouvaient pas s'occuper d'eux. Dans deux cas, les grands-parents étaient les fournisseurs de soins permanents. Eux aussi avaient eu beaucoup de difficultés à gérer le comportement des enfants. Dans certains cas, d'autres membres de la famille élargie fournissaient des soins conformes aux traditions.

Engagement de la communauté

Aucun des enfants ne fréquentait l'école régulièrement. Les examens ne mentionnaient aucun soutien ou activité pour les jeunes. Le fournisseur de services de santé mentale représentait le service de counseling le plus souvent utilisé.

Analyse par le Comité d'examen des décès d'enfants des mesures et des décisions prises par la Société

Le Comité fait les observations suivantes :

- De nombreux contacts ont été faits avec d'autres fournisseurs de services, les plans de sécurité communautaire ont été utilisés intensivement, et le chef et le conseil se sont engagés profusément.
- La Société a bien répondu aux demandes d'aide et de traitement des familles.
- Les services ne semblent guère avoir d'effets à long terme ou durables auprès de certaines familles, malgré l'établissement de buts et le soutien répétés.
- On comptait sur la famille élargie pour s'occuper des enfants et les protéger.
- L'incidence de l'inhalation des vapeurs d'essence et son effet sur la santé physique et mentale des jeunes n'a pas été évaluée, ou n'a pu l'être.
- La disponibilité de placements en établissement pour les jeunes en difficulté extrême et l'expertise à cet égard sont problématiques et nécessitent une attention.
- Le personnel de la Société a offert un soutien constant à chaque famille au moment du décès en fournissant des provisions et en assistant aux funérailles.
- Des plans de soins des enfants plus jeunes à la maison ont été élaborés.
- Le temps qu'il a fallu pour donner suite aux renvois s'est traduit par de nombreuses dérogations aux normes provinciales.
- On a constaté qu'un certain nombre de dossiers contenaient des notes mais pas de rapports et de plans de services réguliers.
- L'incidence du syndrome d'alcoolisation fœtale ne semble pas avoir été évaluée malgré les antécédents d'abus d'alcool de nombreux parents.

Recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants

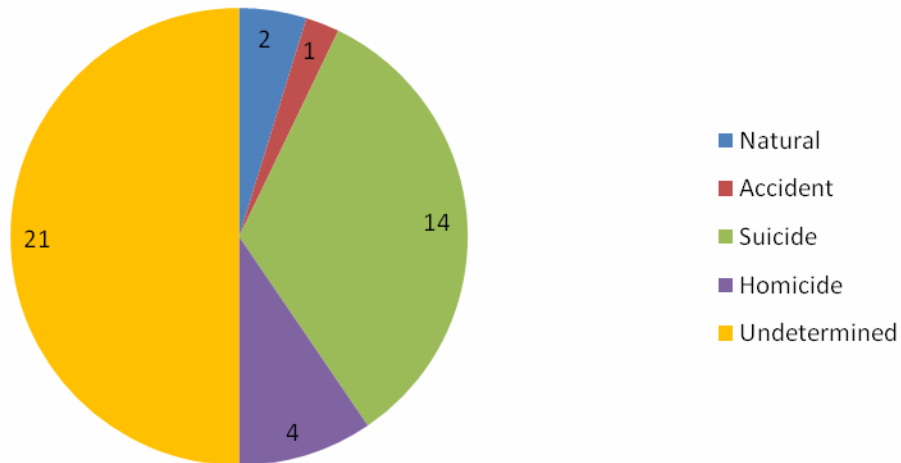
Le rendement de la Société n'est pas responsable des problèmes observés chez les neuf jeunes qui se sont suicidés. Il est probable que l'abus d'alcool des parents et de solvants des enfants et des adolescents a causé des difficultés d'apprentissage, l'incapacité à régler des problèmes et des troubles de contrôle des impulsions chez les jeunes. La Société a soulevé à maintes reprises les conditions déplorables du milieu où vivaient ces jeunes.

1. Il est recommandé qu'une forme d'enquête communautaire sur Pikangikum ait lieu pour examiner :

- 1.1 la mesure dans laquelle le chef et le conseil comprennent les conditions de vie dans la collectivité qui se soldent par le taux élevé de suicide observé chez les jeunes, et leur réaction à cette problématique;
 - 1.2 le rôle que le système d'éducation, de santé et d'autres services communautaires pourraient jouer pour prévenir le désespoir et, en définitive, le suicide d'enfants;
 - 1.3 l'apport des membres de la communauté et des chefs de file naturels à l'élaboration de stratégies visant à prévenir le suicide chez les jeunes;
 - 1.4 les stratégies de prévention des suicides à l'échelle de la collectivité;
 - 1.5 les progrès réalisés ou les résultats obtenus depuis l'enquête sur le décès par suicide de Selena Sakanee en 1999.
2. Eu égard aux questions de qualité relevées dans le travail accompli par l'agence de protection de l'enfance, on encourage la Société à continuer de s'améliorer pour satisfaire aux normes provinciales lorsque c'est possible. Le Comité d'examen des décès d'enfants reconnaît les efforts remarquables et l'énergie que la Société continue de déployer au nom des enfants de cette communauté éloignée.
3. Étant donné les problèmes générationnels d'abus d'alcool, il est probable que le syndrome d'alcoolisation fœtale nuise davantage aux enfants nés dans ces familles. Les programmes et services actuellement offerts ou proposés devraient tenir compte de ce facteur. Le personnel devrait recevoir une formation pour apprendre à reconnaître et à gérer les effets du syndrome d'alcoolisation fœtale sur les enfants.

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 – SELON LE MODE DE DÉCÈS

Manner of Death 2008 PDRC Reviews



La section qui suit contient des exemples réels de cas tirés de ceux que le Comité a examinés en 2008. Ils illustrent chacun des cinq modes de décès (voir page 10 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.

Il faut noter que cinq nourrissons dont le décès a fait l'objet d'un examen cette année sont morts pendant un séjour à l'extérieur de chez eux, ce qui met en relief l'importance pour les parents de s'assurer que les mêmes normes de sécurité sont appliquées lorsque les enfants, en particulier les nourrissons, demeurent chez des amis, leur gardienne, dans des refuges ou à l'hôtel.

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. 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, le CEDE examine certaines morts naturelles d'enfants ayant reçu des services d'une SAE.

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 2008, nous avons examiné deux décès de cause naturelle : le premier causé par une septicémie et le second par un arrêt cardiaque soudain.

Une fillette de 7 mois a eu des problèmes dès les premiers instants de sa vie : maladies respiratoires récurrentes et éruptions cutanées. Deux mois avant de se faire vacciner, elle a eu la varicelle. Au moment de son décès, elle était traitée aux antibiotiques et au moyen d'un aérosol-doseur pour affection respiratoire réactionnelle, avec pneumonie possible. L'enfant est devenue fiévreuse et a subi un arrêt respiratoire, et il a été impossible de la réanimer. Après avoir examiné les conclusions, le Comité a convenu que la présence de *Klebsiella pneumoniae* dans les deux poumons et dans le sang était une constatation importante et la cause probable de la septicémie qui a entraîné la détérioration clinique très rapide survenue par la suite. Cause du décès : septicémie. Mode de décès : naturel

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Mode de décès : ACCIDENTEL

Un des 42 cas examinés par le Comité en 2008 a été qualifié d'accidentel, 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.

Nota : en 2008, neuf décès signalés par une SAE et ayant fait l'objet d'une investigation par un coroner étaient des décès d'enfants liés à un incendie.

Une femme s'est réveillée et a constaté que la maison de ses voisins était en flammes. Elle a composé le 911. La mère a pu être rescapée, mais les pompiers ont été incapables de rentrer dans la maison pour localiser l'enfant que l'on a retrouvée plus tard dans son lit. L'enfant était morte d'inhalation de fumée. La mère s'était endormie pendant qu'elle fumait une cigarette après avoir bu de l'alcool. Aucun détecteur de fumée en état de marche ne se trouvait dans la maison.

- **Cause du décès :** Inhalation de fumée
- **Mode de décès :** Accidentel

Le site FireSafety.gov for kids recommande les mesures suivantes de sécurité et de prévention des incendies :

Contrôler l'accès des enfants au feu

- Garder les allumettes et les briquets hors de la portée des enfants, si possible dans des tiroirs verrouillés. Utiliser des briquets « à l'épreuve des enfants », en se rappelant toutefois qu'aucun produit n'est entièrement à l'épreuve des enfants.
- Des enfants de deux ans peuvent même allumer des allumettes et déclencher un incendie.
- Ne jamais laisser des enfants sans surveillance à proximité d'une cuisinière en fonctionnement ou de bougies allumées, même pour une courte période.
- Enseigner aux enfants à ne pas prendre les allumettes ou les briquets qu'ils trouvent mais plutôt à informer un adulte immédiatement.

Sécurité-incendie à la maison

- Des détecteurs de fumée devraient être installés à chaque étage, en particulier près des chambres ou des pièces qui en tiennent lieu.
- Passer l'aspirateur autour des détecteurs de fumée et sur ceux-ci pour en éliminer la poussière.
- Remplacer les piles des détecteurs de fumée au moins une fois par année et remplacer le détecteur après dix ans ou selon les recommandations du fabricant.
- Les familles devraient planifier deux chemins d'évacuation à partir de chaque pièce de la maison et faire des exercices d'évacuation.
- Inspecter régulièrement la maison pour trouver les risques d'incendie.
- Dans les maisons où il y a des fumeurs, utiliser des cendriers sécuritaires et les vider dans des contenants en métal scellés ou dans la toilette.
- S'il y a une cheminée dans la maison, l'ouverture devrait être recouverte d'un écran de sécurité lourd. La cheminée devrait être inspectée et ramonée par un professionnel annuellement.

- Les enfants devraient faire la cuisine uniquement sous la supervision d'un adulte ou avec sa permission.
- Les enfants ne devraient jamais jouer avec un cordon électrique ou une douille électrique. Ils devraient demander de l'aide à des adultes pour brancher des appareils.
- Les enfants devraient se tenir loin des radiateurs et des appareils de chauffage et on devrait leur enseigner que ces accessoires ne sont pas des jouets. Il faut enseigner aux jeunes enfants en particulier de ne pas jouer avec les radiateurs électriques portatifs ni d'y laisser tomber des choses. Il ne faut rien placer sur les appareils de chauffage.
- La poignée des chaudrons sur la cuisinière devrait toujours être orientée vers le centre de la cuisinière, pour éviter que les enfants ne les tirent ou les accrochent.
- Enseigner aux enfants à éteindre les lumières, les stéréos, les téléviseurs et autres appareils électriques lorsqu'ils ne les utilisent plus. Dans le cas des appareils de chauffage des chambres, les enfants devraient demander à un adulte de les éteindre lorsqu'ils auront quitté la chambre.
- Les enfants ne devraient jamais toucher à des allumettes, des briquets ou des bougies. S'ils en trouvent, ils devraient demander à un adulte de les déplacer.
- Personne ne devrait se tenir trop près d'un foyer, d'un poêle à bois ou de tout autre appareil de chauffage où les vêtements peuvent facilement s'embraser.

Signes d'avertissement

- Des allumettes, des vêtements, du papier ou des jouets brûlés ou encore une odeur de fumée dans les cheveux ou les vêtements d'un enfant sont autant de signes que l'enfant a joué avec le feu.
- Un intérêt malsain pour les pompiers ou les camions d'incendie qui se manifeste par des appels fréquents et déplacés au service des incendies ou au 911.
- L'enfant demande ou tente d'allumer des cigarettes ou des bougies pour un adulte.
- Des allumettes ou des briquets se trouvent dans les poches de ses vêtements.

Contrôler la curiosité

- Parler aux enfants ou aux élèves avec calme et assurance de la sécurité-incendie.
- Envisager de visiter une caserne de pompiers si les enfants sont très intéressés par le métier de pompier ou les camions d'incendie ou inviter un pompier à faire une présentation à l'école. Demander au pompier de parler de son métier et des dangers du feu.
- Pour les parents : créer des occasions de s'informer sur la sécurité-incendie à la maison. Par exemple, quand vous cuisinez, laissez votre enfant vous apporter la poignée pour saisir les plats chauds; quand vous utilisez le foyer, laissez l'enfant vous apporter le bois ou les accessoires; si vous utilisez des bougies, laissez l'enfant vérifier que la bougie tient bien dans le chandelier; lorsque vous remplacez ou testez les piles de vos détecteurs de fumée, demandez aux enfants de vous aider.

Que faire si vous soupçonnez qu'un enfant joue avec le feu?

- Lui parler de ses actions. Lui expliquer de nouveau que le feu est un outil dont l'usage est réservé aux adultes et que c'est très dangereux pour les enfants.
 - Beaucoup d'écoles, de services des incendies et d'autorités policières ont des programmes destinés aux enfants qui ont un intérêt malsain pour le feu ou qui ont déjà mis le feu.
-

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 2008, le Comité a examiné les décès par suicide de 14 jeunes âgés de 12 à 18 ans. Tous sauf un se sont pendus. Treize des 14 jeunes étaient des membres des Premières nations. Un de ces jeunes n'avait pas reçu de services d'une SAE, mais son cas était examiné dans le cadre de l'examen d'un groupe de neuf jeunes des Premières nations de la même communauté, dont il est question précédemment dans le présent rapport. Il est important de signaler que deux des 5 autres jeunes vivaient dans la même communauté, mais que leur cas a été examiné plus tôt et séparément dans l'année, puisque leur décès était survenu quelques années auparavant.

Dans le cas de 13 de ces jeunes, le décès a été classé comme suit :

- Cause du décès : Asphyxie par pendaison
- Mode de décès : Suicide

Une jeune fille de 12 ans a été retrouvée pendue dans un arbre tôt le matin. Sa famille l'avait cherchée pendant toute la soirée la veille et croyait qu'elle était allée passer la nuit chez une amie. Elle inhalait des vapeurs de solvant et avait tenté de se suicider à deux reprises auparavant.

Trois semaines après le décès de sa sœur, un jeune garçon de 16 ans a été retrouvé pendu par un lacet dans un arbre près de la maison familiale. Un de ses amis de 12 ans s'était enlevé la vie un peu plus tôt la même journée. Lui aussi inhalait des vapeurs de solvant et avait fait d'autres tentatives de suicide.

Le suicide est la seconde cause de décès chez les jeunes Canadiens après les accidents de la route.

Le suicide est le triomphe de la douleur, de la peur et de l'échec sur l'espoir.

Le suicide est le plus souvent le résultat de la douleur, du désespoir et de la détresse. Il est presque toujours possible d'empêcher un suicide en présence des soins, de la compassion et de l'engagement dans la collectivité.

Canadian Association for Suicide Prevention / L'association canadienne pour la prévention du suicide.

Statistiques pour le Canada

Chaque année, en moyenne, 294 jeunes se suicident. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 10 à 24 ans après les accidents de la route. Même si le taux de suicide chez les jeunes de 10 à 19 ans est constamment demeuré inférieur au taux de suicide global, le nombre de suicides dans ce

groupe d'âge a commencé à augmenter au début des années 1960 et avait triplé à la fin des années 1970.

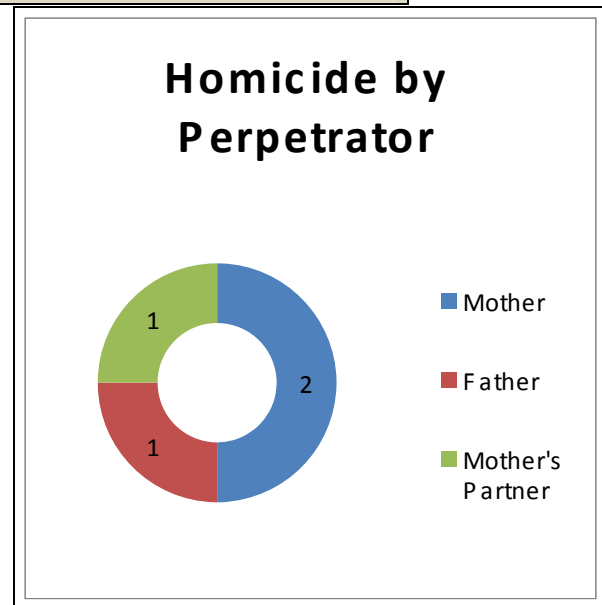
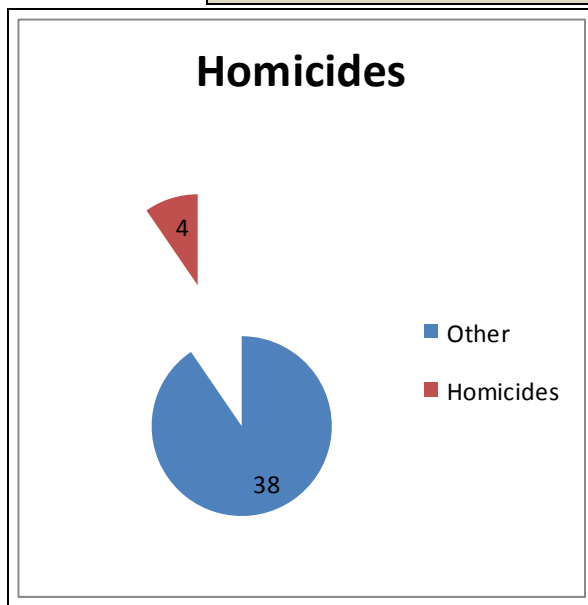
Depuis quelques années, le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans se rapproche de celui de la population en général, qui est de 13 par 100 000 habitants. Le taux de suicide chez les personnes de 10 à 14 ans a également augmenté, mais est demeuré inférieur à 2,5 par 100 000 habitants. Des études montrent qu'un pourcentage important d'adolescents envisagent, planifient ou tentent de se suicider sans demander ou aller chercher de l'aide. Les garçons sont moins susceptibles que les filles d'aller chercher de l'aide, peu importe la source. **Centre for Suicide Prevention, Calgary (Alberta).**

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Mode de décès : HOMICIDE

Parmi les décès d'enfants examinés en 2008, quatre ont été le fruit d'un homicide, c'est-à-dire le fait de poser un geste contre une autre personne et de causer sa mort. Les fournisseurs de soins ont été responsables du décès des quatre enfants : un enfant a été tué par son père; un enfant a été tué par le conjoint de sa mère; deux enfants ont été tués par leur mère, et tous les contrevenants ont été accusés et reconnus coupables.

Cause du décès	Nombre :
Incertaine	1
Traumatisme crânien fermé	2
Arme blanche	1

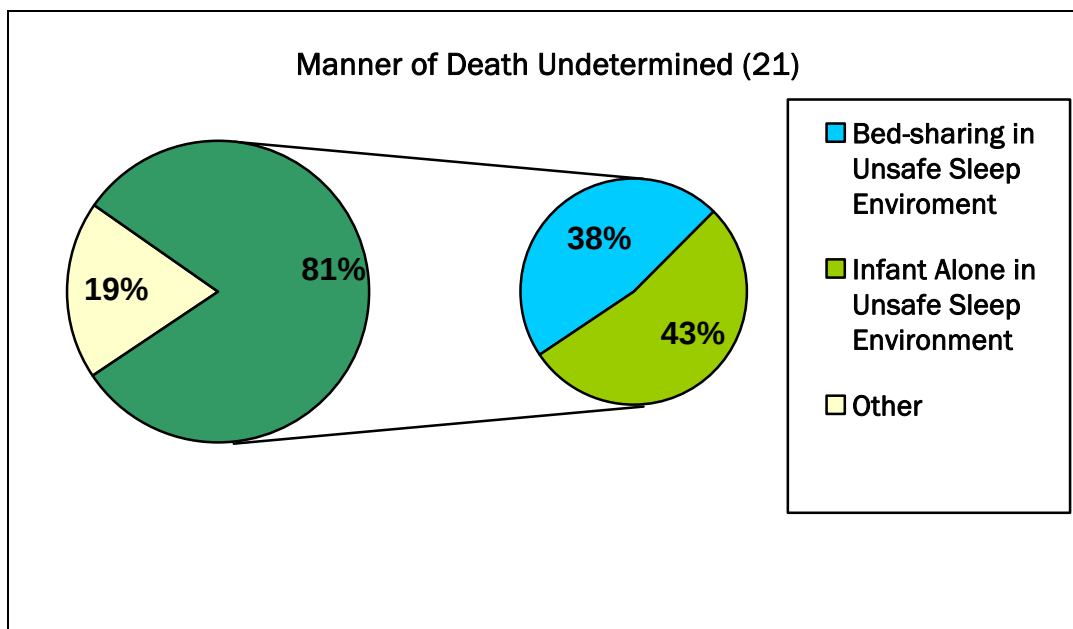


Un enfant de 9 mois est arrivé à l'urgence en ambulance. Le médecin l'a trouvé à demi-conscient, a constaté que sa respiration était irrégulière et a observé des bleus douteux sur les bras, la poitrine et le menton. La mère a déclaré qu'elle avait mis l'enfant au lit et qu'il semblait normal, mais qu'il ne voulait rien boire. Il semble que lorsqu'elle est allée le voir une heure plus tard, il semblait léthargique et que ses yeux roulaient dans leur orbite. Il y avait de multiples infarctus cérébraux et une hémorragie rétinienne compatible avec un traumatisme crânien non accidentel. L'enfant est mort peu après. La mère a été reconnue coupable d'homicide involontaire coupable et condamnée à 2 années de prison suivies de trois années de probation.

Mode de décès : INDÉTERMINÉ

Lorsqu'une investigation 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 morts subites et imprévues de nourrissons, où aucune cause anatomique ou toxicologique n'est trouvée, entrent dans cette catégorie.

En 2008, le mode de décès de la moitié des décès examinés par le CEDE (21 sur 42) a été jugé indéterminé; 17 de ces 21 enfants décédés étaient âgés de moins de 12 mois et étaient morts dans des environnements de sommeil dangereux, dont 8 impliquaient également le partage de lit avec un adulte ou plus.



Une mère a déclaré qu'elle avait donné à son enfant de quatre semaines 6 oz de préparation pour nourrissons puis l'avait placée dans le parc pour qu'elle dorme (environnement de sommeil habituel de l'enfant). Plus tard, la mère a donné à son enfant 4 oz de préparation, lui a fait faire son rot et a tenté de la coucher à nouveau dans le parc. La mère a déclaré que le bébé faisait des caprices et qu'elle a décidé de s'étendre sur le divan avec le bébé sur sa poitrine. La mère a s'est réveillée à 10 h et a remarqué que quelque chose n'allait pas et ne pouvait par réveiller le bébé. Elle a appelé le 911 et on lui a dit d'essayer la réanimation cardio-respiratoire. Ce qu'elle a fait, mais sans succès. L'ambulance est arrivée peu après et a transporté le bébé à l'hôpital, où il a été déclaré mort à 10 h 30. Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans a examiné le cas et l'a classé comme suit :

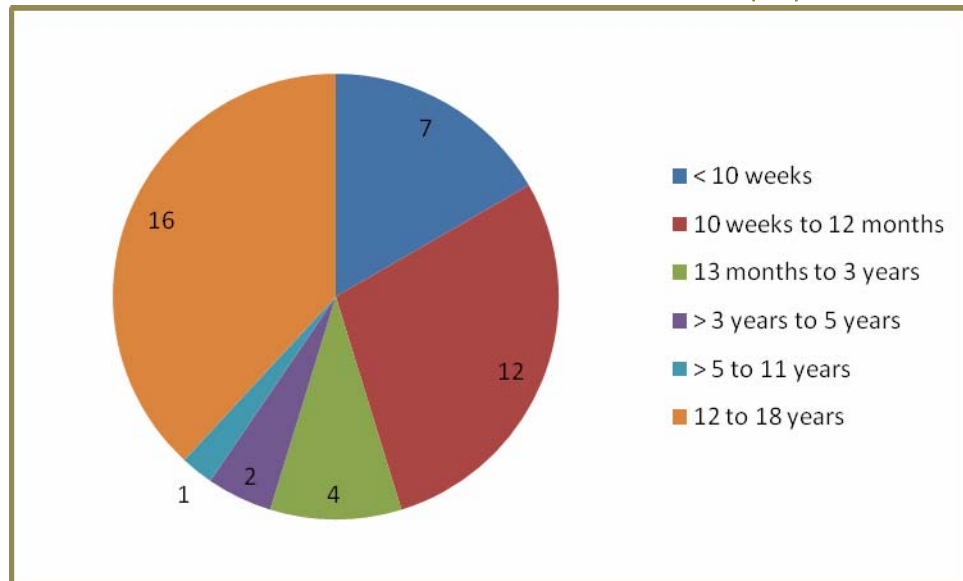
- Cause du décès : Aucune cause anatomique ou toxicologique évidente; conforme à un décès subit et imprévu dû à un lit partagé dans un environnement de sommeil dangereux (visage enfoui dans la poitrine de la mère alors qu'elle était étendue ou qu'elle dormait sur le sofa)
- Mode de décès : Indéterminé

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 (2008)

En 2008, le Comité a mené un examen approfondi de 41 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. Le décès d'une enfant par suicide a été examiné même si elle n'avait pas reçu de services de la SAE étant donné sa relation étroite avec deux autres jeunes décédés dans un court laps de temps.

Sur les 42 enfants décédés, 21 étaient des filles et 21 des garçons. L'âge des enfants variait entre 2 jours et 18 ans. La majorité des décès (60 %) étaient des décès d'enfants de moins de 5 ans (n = 25) dont 19 impliquaient des enfants de moins de 1 an (45 % du total). Un enfant avait 8 ans et les 16 autres enfants avaient entre 12 et 18 ans (38 %).

DÉCÈS EXAMINÉS EN 2008 SELON L'ÂGE (42)



Les décès examinés étaient répartis comme suit :

2008 – 3 cas
 2007 – 24 cas
 2006 – 9 cas
 2005 – 5 cas
 2004 – 1 cas

Interventions d'une SAE (n = 41) :

- 32 cas relevaient d'une SAE au moment du décès (28 cas de protection de l'enfance + 4 pupilles de la Couronne)
- Genres de dossier de protection : 3 prises en charge; 25 cas de protection permanente
- Neuf dossiers avaient été fermés dans les 12 mois précédant le décès
- Cinq des 41 enfants étaient sous la garde d'une SAE, dont 4 étaient des pupilles de la Couronne
- 36 enfants étaient sous la garde de leur famille

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

Examen des décès d'enfants en Ontario

(Adapté des lignes directrices sur les examens internes des décès d'enfants à l'intention des sociétés d'aide à l'enfance, janvier 2006, Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et Comité d'examen des décès d'enfants)

Dans plusieurs territoires du Canada et des États-Unis, les examens multidisciplinaires de décès d'enfants sont vus comme la forme d'examen des décès d'enfants la plus avantageuse et les disciplines qui devraient être représentées au sein de l'équipe d'examen font à peu près l'unanimité. Ces représentants proviennent du bureau du coroner, des services policiers, des bureaux des procureurs de la poursuite, des services de protection de l'enfance, des bureaux de santé publique et des services de santé mentale. En Ontario, le Comité d'examen des décès d'enfants sert de mécanisme multidisciplinaire externe d'examen des décès d'enfants.

Les sociétés d'aide à l'enfance et le Bureau du coroner en chef doivent procéder à un examen des décès d'enfants en vertu de la directive conjointe du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (autrefois le ministère des Services sociaux et communautaires) et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, quand :

- 1) un enfant meurt;
- 2) cet enfant reçoit ou recevait récemment des services d'une SAE;
- 3) le décès est le résultat de négligence ou de mauvais traitements ou qu'il se produit dans des circonstances douteuses.

Les examens visent à explorer les circonstances du décès de l'enfant, à vérifier ce qui pourrait être modifié à l'échelle du système ou dans la pratique pour réduire les risques qu'un autre décès semblable se produise dans l'avenir et pour renforcer la pratique en général.

Examens internes des décès d'enfants par les SAE

La société d'aide à l'enfance concernée mène un examen interne du décès d'un enfant afin de faire une investigation approfondie du décès et du contexte dans lequel il s'est produit. L'examen vise à contextualiser l'intervention, les décisions et les oublis qui auraient pu contribuer au décès de l'enfant et fait des recommandations pour améliorer les systèmes et les structures internes et externes afin de réduire les risques de décès futurs d'enfants qui reçoivent des services d'une SAE. L'examen interne vise à expliquer les circonstances du décès de l'enfant et à communiquer cette explication au personnel, aux gestionnaires et aux collatéraux d'une façon claire qui fournit du soutien et permet de continuer à offrir les services.

L'agence entreprend l'examen interne du décès d'un enfant dans le but d'apprendre. Lorsqu'elles sont communiquées aux autres SAE, les conclusions des examens internes peuvent contribuer à améliorer la qualité de la pratique dans le vaste domaine du bien-être de l'enfance. L'un des buts du rapport annuel du Comité d'examen des décès d'enfants est de faire connaître les leçons que l'on a tirées des examens (aussi bien ceux du Comité que ceux des SAE) aux autres sociétés de partout en Ontario afin d'améliorer la qualité des services de protection de l'enfance offerts à l'échelle provinciale.

Principes directeurs

L'examen interne du décès d'un enfant mené par une société d'aide à l'enfance devrait être soumis aux principes suivants :

- L'objet fondamental de l'examen interne est de mieux comprendre les circonstances du décès, par un examen juste et équilibré de l'intervention de l'agence et de ses effets, et de suggérer des changements pour réduire les risques de blessures ou de décès futurs d'enfants.
- L'examen interne des décès d'enfants, y compris les décès naturels, permet d'assurer une compréhension complète de la nature et de la qualité de l'intervention de l'agence, en faisant comprendre et en reconnaissant le contexte qui entoure le décès et en fournissant une orientation pour l'amélioration des services à l'enfance et à la famille.
- L'agence procède à un examen ouvert, minutieux et transparent afin de découvrir les circonstances qui auraient pu contribuer au décès de l'enfant. L'examen interne devrait être l'occasion d'aller puiser dans toutes les sources d'information, y compris les dossiers chronologiques et les conversations avec les personnes qui ont eu un rôle à jouer dans le cas en question.
- Un examen interne représente une occasion d'apprendre. Il devrait se faire dans une culture qui encourage l'examen critique des résultats.
- Un examen confirme les éléments du système qui fonctionnent bien, y compris ceux qui ont pu s'améliorer avec le temps et ceux qui satisfont, voire dépassent, les normes et les politiques ou qui témoignent de bonnes pratiques cliniques.
- L'examen interne ne porte pas sur les questions de rendement du personnel qui seront gérées par les procédures et les politiques habituelles de l'agence.
- L'examen interne ne doit pas trouver de coupable ni tirer de conclusions en droit, mais il peut faire les recommandations jugées appropriées.

Divulgence des conclusions

Les conclusions de l'examen interne façonnent l'analyse du Comité d'examen des décès d'enfants. Une fois approuvé par la directrice ou le directeur général/exécutif, l'examen interne doit être envoyé au CEDE. Les conclusions de l'examen interne orienteront également les interventions de l'agence ainsi que celles des fournisseurs de services de la collectivité et du système de protection de l'enfance en général. La divulgation des conclusions de l'examen contribue à renforcer et à responsabiliser la pratique d'examen des décès d'enfants tout en fournissant des renseignements qui peuvent consolider ou améliorer les services offerts pour le bien-être des enfants. Néanmoins, exception faite de la divulgation au CEDE et aux tribunaux pertinents, l'agence peut, à sa discrétion, décider si elle divulguera les conclusions de son examen interne et, le cas échéant, dans quelle mesure.

Sur les 42 décès d'enfants examinés en 2008, des examens internes menées par des SAE ont été faits dans 33 cas. Les sociétés d'aide à l'enfance ont fait plus de 175 recommandations dans ces examens.

Le Comité d'examen des décès d'enfants a reçu les recommandations internes et en a ajouté au besoin. Le tableau de la page 94 présente certaines recommandations faites dans les examens internes des SAE. (Nota : plusieurs décès examinés en 2008 sont survenus avant l'entrée en vigueur de la directive conjointe exigeant que les examens internes des SAE soient soumis au Comité d'examen des décès d'enfants. La famille d'un enfant n'avait pas reçu de services d'une SAE.)

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

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 trois 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 agences de bâtir leur capacité interne de mener des examens. Certaines agences 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.

Après avoir reçu la fiche de signalement d'un décès d'enfant et sommaire du cas de la SAE et le rapport 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 :

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

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

Les pages qui suivent donnent des exemples de recommandations tirées des examens des 42 décès en 2008.

Les agences 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. Prière de noter que, même si les recommandations présentées ci-après peuvent favoriser les pratiques exemplaires, elles ont été faites à partir de cas individuels et ne visent pas à trouver des coupables.

Exemples de recommandations tirées des examens internes menés par les SAE

FORMATION	POLITIQUE	PRATIQUE
La SAE devrait fournir à tout son personnel de première ligne et de supervision une formation en cours d'emploi sur la détection et la prévention du suicide chez les adolescents et sur le traitement des personnes suicidaires. On recommande que cette formation soit dispensée en partenariat avec d'autres fournisseurs de services pertinents de la collectivité.	L'agence devrait continuer à élaborer des politiques et des procédures claires concernant le recours aux évaluations des capacités parentales qui assure la prise de décisions rapides. Ces politiques et procédures devraient comprendre des systèmes efficaces de suivi des approbations et d'exécution de ces évaluations.	Tous les cas à risque élevé qui font intervenir de multiples fournisseurs de services devraient prévoir des conférences de cas en personne, auxquelles les familles seraient invitées à participer, où les rôles seraient clairement définis et la documentation du plan de services continu serait assurée.
La Société devrait également former son personnel concernant les risques pour la santé que comportent les accouchements prématurés et les enfants nés avant terme.	L'absence de détecteurs de fumée devrait être incluse dans la liste des menaces à la sécurité à vérifier lors de l'évaluation du milieu de vie du point de vue sécuritaire au même titre que les fuites de gaz et le câblage électrique exposé.	Il est recommandé que la Société communique son rapport d'examen interne aux employés qui ont travaillé à ce dossier à des fins de perfectionnement professionnel.
Une formation doit être fournie au personnel appelé à travailler auprès des enfants et des jeunes qui ont des problèmes de santé mentale, avec mise à jour des connaissances, pour expliquer le diagnostic de santé mentale et comment travailler efficacement auprès de cette clientèle.	L'agence devrait revoir ses politiques et procédures actuelles concernant les services aux mères enceintes. Les politiques et procédures actuelles mettent l'accent sur les services facultatifs et la planification des naissances. Des services appropriés doivent être offerts aux mères à risque élevé et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires doivent être élaborées.	La Société devrait poursuivre ses initiatives d'éducation et d'information des parents sur l'environnement de sommeil sécuritaire et les dangers que comporte la partage de lit avec les nourrissons. Les spécialistes en santé de la Société devraient continuer d'offrir des services aux nouveaux parents concernant le bien-être physique et développemental des nourrissons à risque élevé.
La Société devrait fournir une formation aux employés et aux superviseurs concernant les stratégies d'engagement des familles afin d'accroître la capacité du personnel à favoriser les changements dans les familles.	La Société devrait mettre en œuvre une vérification interne de l'observation de ses politiques concernant les contacts obligatoires avec les enfants et prendre les mesures qui s'imposent.	La Société devrait rappeler au personnel les risques qu'il y a à espérer qu'une mère qui est une victime possible de mauvais traitements puisse protéger ses enfants contre l'agresseur.

Exemples de recommandations tirées des examens internes menés par les SAE (suite)

Il est recommandé que l'agence parraine un séminaire sur l'abus de marijuana et d'autres drogues, ses effets sur le consommateur invétéré et son incidence sur son rôle parental. Un tel séminaire pourrait être offert en partenariat avec d'autres fournisseurs de services ou dans un certain nombre de SAE de la région.	La Société devrait élaborer des politiques et des procédures visant à orienter la prestation des services destinés aux enfants qui vivent dans un environnement à risque élevé. Une politique destinée aux superviseurs et au personnel devrait orienter les décisions et les interventions et régir la coordination interne et la collaboration de la collectivité.	Pour soutenir les superviseurs dans l'examen des investigations, la Société devrait élaborer une procédure visant à comparer le travail exécuté au plan d'investigation. En outre, la Société devrait mettre en œuvre un processus d'examen critique des conclusions et de l'évaluation au moment de la vérification.
La Société devrait fournir une formation aux travailleurs de première ligne et à leurs superviseurs sur la création et l'examen d'hypothèses de rechange.	La Société devrait réviser sa politique sur le transfert des cas pour s'assurer qu'elle respecte l'esprit des normes de protection révisées en 2007.	Il est recommandé de renforcer la notion d'évaluation continue des cas par une supervision et un examen réguliers des cas.
Une formation devrait être fournie aux employés de tous les services concernant les exigences en matière de documentation, et notamment les notes à verser au dossier.	L'agence devrait élaborer des politiques et des procédures prévoyant que les pères soient inclus dans le processus d'évaluation des risques et qu'ils soient vus régulièrement lorsqu'ils ont un rôle parental actif.	La Société devrait envisager de mettre en œuvre une pratique exemplaire pour que toutes les investigations sur les cas de protection de l'enfance qui comportent le décès d'un enfant qui recevait des services de la Société au moment du décès soient faites avec un travailleur spécialisé pour assurer une investigation exhaustive.
On recommande que la Société fournisse une formation à son personnel de première ligne et à ses superviseurs sur l'évaluation de l'attachement parents-enfants et la pertinence de l'attachement dans l'évaluation des capacités parentales.	Le comité de gestion des risques devrait être consulté chaque fois qu'un enfant est de nouveau confié à ses parents ou parents-substituts après avoir été pris en charge.	On recommande que tous les dossiers contiennent des renseignements sur les services offerts par d'autres sources, particulièrement si ces services sont pris en compte dans l'évaluation ou la gestion des risques.
L'agence devrait fournir une formation à ses travailleurs, superviseurs et comités de services aux familles sur la reconnaissance du retard de croissance chez les nourrissons et les enfants, et les interventions à faire.	L'agence devrait élaborer des normes de pratique visant l'intervention auprès des familles ayant des enfants de moins de deux ans et fournir une formation sur ces pratiques à tout le personnel.	La Société devrait renforcer auprès des superviseurs et des travailleurs des services à la famille l'importance de tenir compte des services qu'une famille a reçus de la Société lorsqu'ils doivent prendre des décisions concernant le niveau d'intervention requis pour donner suite aux cas de protection qui lui sont adressés.

**Exemples de recommandations tirées des examens internes menés
par les SAE (suite)**

La Société devrait collaborer avec la police et la direction des hôtels et refuges locaux pour faciliter les séances d'information destinées au personnel sur la façon de donner suite aux préoccupations et aux plaintes concernant des clients ou des pensionnaires qui ont des bébés ou de jeunes enfants.	L'agence devrait s'assurer que tous les protocoles d'intervention comprennent une approche clairement axée sur l'enfant qui place sa sécurité et son bien-être en premier.	On recommande que l'agence examine comment faire participer davantage les pères à la prestation des services. Il pourrait s'agir là d'une occasion de collaborer avec d'autres fournisseurs de services à l'élaboration de programmes appropriés pour les pères.
--	---	---

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Initiatives prises par les SAE pour donner suite aux examens internes et à ceux du CEDE

Beaucoup de sociétés d'aide à l'enfance ont élaboré et mis en œuvre des initiatives visant à améliorer les pratiques, les politiques et les services fournis aux familles. Voici quelques exemples d'initiatives portées à l'attention du Comité d'examen des décès d'enfants en 2008 :

- La SAE de Hastings a mis en œuvre une campagne d'information à grande échelle sur les pratiques de sommeil sécuritaires comprenant des annonces dans les médias, avec le soutien du secteur privé, afin de sensibiliser le public à l'importance de telles pratiques pour les nourrissons.
- La SAE de London a élaboré des lignes directrices exhaustives et des documents sur les pratiques exemplaires concernant les nourrissons qui reçoivent des services de protection de l'enfance.
- La SAE de Toronto et la SAEC de Toronto ont envoyé des exemplaires de leurs politiques et lignes directrices internes sur l'environnement de sommeil sécuritaire pour les nourrissons.
- La SAE de Hamilton a servi de fer de lance dans une campagne menée conjointement avec le Bureau du commissaire des incendies visant à sensibiliser le public à la nécessité des détecteurs de fumée en état de marche. Elle a participé à la production de gros aimants pour réfrigérateurs mettant en relief les facteurs de risque d'incendie.
- La SAE Native Child and Family Services de Toronto a élaboré et mis en œuvre un protocole des pratiques exemplaires dans le cas de nourrissons vivant dans des milieux à risque élevé.
- Les quatre sociétés d'aide à l'enfance de Toronto ont participé à un examen des coroners régionaux principaux avec plusieurs autres fournisseurs de services afin d'amorcer l'élaboration de lignes directrices provinciales et d'outils d'échange de renseignements sur les enfants pris en charge qui ont besoin de soins médicaux d'urgence.
- La SAE et les services policiers de Windsor ont assisté à une conférence de cas des coroners régionaux principaux pour discuter des moyens d'améliorer le protocole existant et la formation conjointe visant à éduquer le personnel des deux services sur la collaboration à des investigations parallèles et conjointes.
- La SAE de Kingston et du comté de Frontenac, de concert avec les étudiants en médecine de l'Université Queen's, a élaboré une brochure sur l'environnement de sommeil sécuritaire intitulée *Establishing a Safe Sleeping Environment* qu'elle a distribuée aux familles.
- La SAE d'Algoma a entrepris un examen de son programme estival de jour et élaboré des lignes directrices sur les pratiques exemplaires visant les activités aquatiques.

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

Recommandations faites par le Comité d'examen des décès d'enfants au ministère des Services à l'enfance et à la Jeunesse en 2008 et réponse du ministère

La Direction des services à la clientèle et le Secrétariat au bien-être de l'enfance ont travaillé de concert pour fournir ces réponses aux six recommandations adressées au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse dans le présent rapport.

N°	Recommandation	Justification	Réponse du ministère
1	Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait ajouter l'absence de détecteurs de fumée dans la liste des menaces en matière de sécurité du milieu de vie de l'outil d'évaluation de la sécurité et ordonner aux sociétés d'aide à l'enfance de signaler les cas d'inobservation aux autorités compétentes.	Les travailleurs de la protection de l'enfance sont souvent dans les logements pour évaluer la sécurité et les facteurs de risque, comme l'absence de détecteurs de fumée en état de marche qui représentent un risque important pour les enfants vulnérables. Deux mois après la fermeture du dossier, l'enfant est décédée d'inhalation de fumée dans un incendie causé par une fumeuse, sa mère s'étant endormie avec une cigarette après avoir bu quatre bières. Il n'y avait pas de détecteurs de fumée en état de marche dans le logement.	Le ministère reconnaît l'importance de la sécurité-incendie et collaborera avec le Bureau du coroner dans l'avenir pour examiner cette question plus en profondeur et apporter toutes les modifications nécessaires aux outils et aux pratiques.
2	À titre de pratique exemplaire, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait s'assurer que chaque agence de bien-être de l'enfance a établi des politiques sur les conflits d'intérêts dans le domaine des services de protection de l'enfance à l'intention du personnel, des bénévoles, des membres du conseil d'administration et des fournisseurs de soins agréés ou titulaires d'un permis.	Les discussions du Comité sur l'examen des circonstances entourant ce décès ont révélé qu'il n'est pas clair que les sociétés d'aide à l'enfance ont de telles politiques.	Le ministère est responsable des sociétés d'aide à l'enfance en Ontario. Son rôle au chapitre de la protection de l'enfance est de financer, de légiférer et de contrôler le système de protection et de bien-être de l'enfance. Les services de protection de l'enfance sont fournis par les SAE locales, qui ont la responsabilité exclusive de fournir les services prévus dans la <i>Loi sur les services à l'enfance et à la famille</i> (LSEF). Chaque société est un organisme indépendant, sans but lucratif, qui compte un conseil d'administration local. Les politiques sur les ressources humaines des SAE ne sont pas prescrites dans la loi ni imposées par le ministère. Chaque SAE établit sa propre politique.
3	Le bureau régional du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait revoir le dossier de protection de l'enfance de la SAE relativement à cette famille.	Les problèmes importants soulevés dans le rapport envoyé à la Société et la réponse de celle-ci en ce qui concerne les graves enjeux de protection de l'enfance, conjugués à l'insuffisance de l'intervention et de la documentation, justifient amplement un examen approfondi de ce dossier par le ministère.	Après avoir reçu le rapport du CEDE en janvier 2009, le personnel du bureau régional du ministère a rencontré la Société d'aide à l'enfance pour discuter des recommandations et du plan de la Société pour donner suite à ces recommandations.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

		Le bureau régional du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse est prié de présenter son analyse écrite au Comité d'examen des décès d'enfants du Bureau du coroner en chef.	
4	Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait diriger un examen multidisciplinaire auquel participeraient des répondants clés pour élaborer des stratégies à l'échelle du système dans le but d'améliorer la planification et la collaboration intersectorielle afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les enfants et les jeunes qui ont besoin de soins complexes.	Les difficultés importantes que connaît la Société d'aide à l'enfance pour gérer cet adolescent en difficulté extrême ne sont pas uniques et reflètent en fait les lacunes existantes et les difficultés inhérentes à l'échelle provinciale pour ce qui est de coordonner la prestation des services entre différents secteurs.	Le ministère reconnaît la nécessité d'établir des partenariats fondés sur la collaboration en particulier lorsqu'il s'agit de cas complexes. Les Normes de protection de l'enfance de 2007 mettent l'accent sur l'établissement de partenariats dans la collectivité pour s'attaquer aux facteurs de risque par la planification et la prestation de services améliorés grâce à la collaboration de tous les intéressés. Aux termes des Normes de protection de l'enfance et du Modèle d'intervention adaptée, la corroboration indépendante des progrès et du fonctionnement des clients se fera avec la participation des collatéraux aux conférences des familles et à la planification des services.
5	Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait examiner ce décès. Le Comité d'examen des décès d'enfants lui demande respectueusement de lui faire connaître les conclusions de son examen.	Une supervision plus engagée de la part de la Société est nécessaire dans ce cas, et notamment la détermination des risques et une intervention plus contraignante.	Le personnel du bureau régional du ministère a terminé l'examen de ce dossier et du rapport d'analyse critique de la Société (recommandation du CEDE). Le bureau régional du ministère prévoit faire part des conclusions de son examen au Comité en juin 2009.
6	Il est recommandé que la Société et le ministère réunissent les recommandations de tous les examens et déterminent lesquelles demandent une réponse, une étude plus approfondie et un examen.	On a observé un certain nombre d'examens de cette SAE récemment. <i>Observations supplémentaires :</i> En outre, l'examineur externe a formulé une opinion quant à savoir si le décès de l'enfant aurait pu être évité en regard de l'intervention de la SAE. Cette remarque figure dans des examens semblables. Le Comité d'examen des décès d'enfants considère que cette approche transcende les attentes d'un examen interne et peut être jugée égocentrique (pour la Société) et n'est pas défendable. Il sera probablement plus bénéfique de se concentrer sur les leçons que l'on peut tirer de l'examen pour améliorer les résultats des services. Dans cet examen en particulier, l'opinion formulée conforte la Société dans sa position de ne pas	La Société d'aide à l'enfance a préparé un sommaire des décès d'enfants qui recevaient des services de l'agence pour la période allant de 2005 à 2008 et l'a présenté au bureau régional du ministère, pour examen. La mise en œuvre des recommandations de l'examen interne des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants a aidé la Société à améliorer la prestation de ses services et ses processus décisionnels. Par exemple, la Société a mis en œuvre des pratiques exemplaires régissant le travail auprès des enfants et des jeunes à risque élevé.

		intervenir davantage en se fondant sur des hypothèses, position qui n'est pas étayée par les faits de cette cause.	
--	--	--	--

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Surveillance par le ministère des recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants

Après avoir reçu le rapport du CEDE, la SAE l'examine, met en œuvre les recommandations appropriées et intègre les recommandations qui lui sont adressées dans le rapport d'étape qu'elle envoie au bureau régional du ministère qui est chargé de vérifier auprès des SAE, chaque trimestre, les mesures que celles-ci ont prises pour donner suite aux recommandations du CEDE.

La Direction des services à la clientèle surveille l'état de la mise en œuvre des recommandations du CEDE et les mesures que les SAE ont prises pour donner suite aux recommandations. Ces mesures sont présentées au sous-ministre adjoint chaque trimestre.

Les recommandations destinées au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse sont examinées et les divisions de programmes et de politiques les mettent en œuvre.

Thèmes abordés dans le rapport de 2009 :

1. Environnement de sommeil dangereux

Réponse du MSEJ :

- Le module de formation sur la protection des enfants de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance intitulé *Working with Infants at Risk and their Families* comprend une formation sur les dangers du partage de lit et la nécessité de faire dormir les nourrissons dans un environnement qui leur convient. Cette formation est offerte à tous les travailleurs et superviseurs et l'AOSAE l'a bonifiée en ajoutant un test à faire avant le module et un à faire après. On communiquera avec les participants six mois après le cours pour vérifier comment le cours a changé leur façon de travailler auprès des familles et des enfants.
- En vertu de l'Évaluation de la sécurité – Ontario du *Manuel des outils de la protection de l'enfance de l'Ontario* (2007), le personnel de la protection de l'enfance doit tenir compte des conditions pour dormir d'un enfant (descripteur des menaces en matière de sécurité n° 13, p. ex., un adulte partage un lit avec un nourrisson ou un berceau n'est pas sécuritaire) lorsqu'il évalue les conditions de vie de la famille.

2. Problèmes de santé mentale chez les enfants/suicides chez les Autochtones du Nord

Réponse du MSEJ :

- Les Normes de protection de l'enfance en Ontario insistent sur l'établissement de partenariats dans la collectivité pour s'attaquer aux facteurs de risque grâce à une meilleure planification et prestation des services découlant d'une plus grande collaboration.
- Le cours de formation de l'AOSOE intitulé *Working with Adolescents and their Families* traite notamment de la santé mentale et du suicide chez les adolescents.
- Le MSEJ a rencontré des représentants de l'AOSAE, de l'ANCFSAO et des SAE du Nord pour évaluer les obstacles à la mise en œuvre de la transformation du bien-être de l'enfance dans les régions éloignées du Nord.

Recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants faites à d'autres intervenants

Même si la majorité des recommandations du CEDE sont destinées aux sociétés d'aide à l'enfance, il arrive parfois que des recommandations soient faites à d'autres organismes. Le coroner régional principal doit communiquer avec ces organismes pour s'assurer qu'ils ont pris conscience des recommandations et vérifier leur réponse. Voici quelques exemples, qui ont trait aux protocoles, à la formation et à la prestation des services :

Recommandations sur les protocoles	Justification
Les services policiers et le coroner enquêteur devraient revoir leur responsabilité de communiquer avec les sociétés d'aide à l'enfance au moment opportun lorsque le décès d'un enfant est un sujet de préoccupation.	La SAE n'est pas toujours informée du décès d'un enfant au moment opportun. Le coroner enquêteur ou les services policiers devraient au moins vérifier les antécédents lorsqu'un enfant de moins de 18 ans meurt de façon imprévue.
La SAE et les services policiers devraient revoir et modifier, au besoin, les protocoles actuels visant les enquêtes sur les mauvais traitements infligés aux enfants et les décès dans la collectivité.	Toutes les sociétés d'aide à l'enfance et tous les services policiers doivent avoir des protocoles concernant les enquêtes à mener en cas de mauvais traitements infligés aux enfants. Certains territoires incluent les investigations sur les décès d'enfants dans ces protocoles, d'autres pas.
Les services policiers devraient revoir la façon dont ils ont géré ce décès du point de vue des politiques et des pratiques en regard du protocole d'investigation sur les décès d'enfants de moins de cinq ans.	Tous les membres de l'équipe d'investigation doivent suivre le protocole du Bureau du coroner en chef concernant les investigations sur les décès d'enfants de moins de cinq ans. En l'espèce, le protocole n'avait pas été suivi.
La SAE et l'hôpital local devraient examiner ce cas en fonction du résultat pour revoir leurs pratiques et leurs protocoles concernant les mères et les nourrissons à risque élevé.	Ce cas impliquait une très jeune fille, mère pour la première fois, qui a quitté l'hôpital dans les 24 heures qui ont suivi l'accouchement. Le bébé est décédé peu de temps après, de cause indéterminée. La coordination avant le départ de l'hôpital semble avoir été déficiente.
Recommandations sur la formation	Justification
L'AOSAE devrait continuer de promouvoir le programme de formation sur les nourrissons à risque élevé.	Le programme de formation mis à jour comprend des renseignements sur les décès subits et imprévus et les environnements de sommeil dangereux. Ces renseignements importants et pertinents constitueraient une formation significative pour aider le personnel dans son travail et auraient pu être utiles au personnel dans plusieurs cas.
Le coroner régional principal devrait procéder à un examen de tous les fournisseurs de services qui sont intervenus auprès de cet enfant. L'examen aurait pour objet, notamment, de discuter des rôles, des conclusions et des problèmes que soulève ce cas.	Malgré l'éventail de services fournis, peu de progrès ont été observés ou soutenus. L'opinion générale selon laquelle la mère avait de bonnes intentions semble avoir entravé la capacité du réseau de services à focaliser sur les besoins et les meilleurs intérêts de l'enfant plutôt que sur ceux de la mère.
Recommandations sur la prestation des services	Justification
Il est recommandé d'envoyer le rapport du CEDE à une autre SAE puisque les conclusions et les recommandations sont pertinentes aux deux agences engagées dans la gestion et le transfert de ce cas.	À l'occasion, un décès survient dans une famille qui a reçu des services de plus d'une SAE dans une période de 12 mois et les recommandations découlant de l'examen sont pertinentes pour les deux agences.

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

RECOMMANDATIONS AUX SOCIÉTÉS D'AIDE À L'ENFANCE

Malheureusement, bon nombre des thèmes abordés par le Comité d'examen des décès d'enfants chaque année ne changent pas. Les deux groupes les plus à risque du point de vue des décès d'enfants demeurent les nourrissons de moins de 1 an et les jeunes âgés de 12 à 18 ans. C'est pourquoi les examens des cas et les recommandations portent le plus souvent sur ces deux groupes. Voici quelques exemples de recommandations qui visent à améliorer les services et les soins offerts aux enfants et aux adolescents dans le but de réduire le nombre de décès qui peuvent être évités pour ces deux groupes.

Services aux nourrissons

	Recommandations	Justification
1	La Société devrait envisager une politique ou des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les cas qui impliquent des nourrissons à risque élevé. Ces instruments pourraient comprendre un plus grand nombre de contacts de la part de l'intervenant et des visites surprises pour faire en sorte que les jeunes et les enfants vulnérables reçoivent des soins appropriés et ne vivent pas dans un environnement caractérisé par la négligence.	Dans ce cas, des allégations de négligence avaient déjà été faites et les conditions dans lesquelles vivait l'enfant décédé étaient véritablement déplorable : érythème fessier, couche souillée d'excréments et saturée d'urine, ce qui donnait à penser que le bébé n'était pas changé aussi souvent qu'il aurait dû l'être.
2	La Société devrait revoir l'importance des pratiques exemplaires lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de jeunes mères qui ont un nourrisson. Étant donné la vulnérabilité des nourrissons, la Société devrait s'assurer que la formation sur les nourrissons à risque élevé de l'AOSAE, qui comprend un examen des pratiques de sommeil sûres, est obligatoire pour le personnel qui travaille auprès de cette population.	Ce cas impliquait le décès d'un enfant dans un siège d'auto, dans un environnement de sommeil dangereux comprenant de la fumée de cigarette et peut-être la consommation d'alcool et d'autres drogues.
3	L'agence devrait élaborer une politique sur le nombre de contacts requis dans le cas d'enfants qui présentent un risque accru en raison de leur âge, qui sont ramenés dans leur famille ou qui font l'objet d'une ordonnance du tribunal.	Ce nourrisson, qui est mort subitement dans une situation marquée par la négligence, avait été rendu à sa mère, après avoir été placé dans une famille d'accueil, en vertu d'une ordonnance de supervision.
4	La Société devrait fournir au personnel une formation sur l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que sur le syndrome d'alcoolisation fœtale.	La réaction du personnel aux graves problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues au sein de cette famille donne à penser qu'il ignore les effets délétères que l'abus d'alcool et d'autres drogues peut avoir sur la capacité parentale et le développement des enfants.
5	On recommande que l'agence revoie les modèles d'intervention auprès des nourrissons à risque élevé qu'elle privilégie et qu'elle adapte ses services de manière à combler les lacunes. Elle devrait songer à élaborer un protocole portant sur les nourrissons à risque élevé.	On s'inquiétait dans ce cas de savoir si la capacité parentale du père avait été évaluée. En outre, on se fiait énormément à la mère pour rendre compte de l'évolution du développement de l'enfant. Rien n'est noté concernant l'observation directe de l'enfant ou les contacts avec les collatéraux.
6	Outre la recommandation de l'examen interne	Dans ce cas d'homicide, il y avait peu de

renforçant l'importance d'une supervision régulière des cas, la Société devrait s'assurer que les cas les plus à risque et les plus complexes chez les enfants plus jeunes et plus vulnérables sont examinés plus souvent par les superviseurs.	documentation concernant les consultations de supervision.
---	--

Services aux nourrissons – Exemple de cas

Le centre d'urgence a reçu un appel concernant un bébé en détresse. Un nourrisson de deux mois a été retrouvé sans signes vitaux. Les radiographies ont révélé de multiples fractures au bras et à la jambe gauche et des fractures à la cage thoracique, des deux côtés. Les blessures guérissaient. L'autopsie a révélé une fracture du crâne et un hématome sous-dural récent. Le père a par la suite été accusé de meurtre au deuxième degré et de voies de fait graves relativement à la mort de son fils. Il a plaidé coupable à une accusation d'homicide involontaire coupable et a été condamné à 8 années de prison, consécutives à la peine qu'il purgeait, avec interdiction d'avoir une arme pour une période de 10 ans.

- **Cause du décès :** Traumatisme crânien fermé
- **Mode de décès :** Homicide

Enjeux : L'évaluation et l'engagement du père n'étaient pas adéquats même s'il assumait la responsabilité parentale pendant toute la période où la Société a fourni des services. Des préoccupations ont été notées concernant sa stabilité émotionnelle, mais elles n'ont pas été prises en compte, et le père n'avait pas été inclus dans les évaluations des risques les plus récentes. L'évaluation du fonctionnement de la famille reposait presque entièrement sur l'observation de la mère et des enfants.

Recommandation de l'examineur externe : On recommande que l'agence examine comment faire participer davantage les pères à la prestation des services. Il pourrait s'agir là d'une occasion de collaborer avec d'autres fournisseurs de services à l'élaboration de programmes appropriés pour les pères. L'agence devrait également élaborer des politiques et des procédures prévoyant que les pères soient inclus dans le processus d'évaluation des risques et qu'ils soient vus régulièrement lorsqu'ils ont un rôle parental actif.

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

Services aux jeunes

	Recommandations	Justification
1	L'agence devrait organiser une réunion avec les représentants du système d'éducation pour discuter de la meilleure façon d'informer les jeunes sur les idées suicidaires et ce que les amis, les parents et les enseignants peuvent faire plus rapidement lorsqu'un jeune déclare qu'il envisage de se faire du mal. Penser à ce que d'autres fournisseurs de soins (p. ex., personnel de l'hôpital) et disciplines (p. ex., psychologie, psychiatrie) pourraient faire à une telle réunion ou téléconférence.	Ce cas concernait un jeune qui, en rétrospective, avaient émis des signaux d'avertissement concernant ses idées de suicide.
2	Il est recommandé qu'avant de fermer le dossier, la Société communique avec les familles pour élaborer un plan d'accès aux services facultatifs offerts dans la collectivité pour répondre aux besoins des familles et des enfants ou des jeunes. À la fermeture du dossier, les familles doivent être en mesure de déterminer les services dont elles ont besoin et de savoir avec qui communiquer pour accéder aux services de protection nécessaires disponibles pour les personnes de plus de 16 ans.	Le dossier de services de la famille a été fermé plusieurs fois même si on reconnaissait que le jeune continuait d'inhaler des vapeurs de solvants. Une évaluation globale de la famille avait indiqué que le jeune inhalait des vapeurs de solvants. La mère a mis un terme à l'entente lorsque le jeune a eu 16 ans. Comme tous les autres enfants avaient plus de 16 ans, le dossier a été fermé.
3	La Société devrait s'assurer qu'elle a élaboré des politiques et des procédures pour l'administration de psychotropes aux enfants pris en charge. Les politiques devraient comprendre la marche à suivre si un enfant ou un jeune cesse de prendre ses psychotropes et a besoin d'une surveillance médicale continue.	Des antidépresseurs ont été prescrits à ce jeune pris en charge, qui a mis fin à ses jours après avoir arrêté sa médication, et la surveillance médicale des effets des antidépresseurs et du sevrage des psychotropes était limitée.
4	La Société devrait mettre à jour ses politiques et procédures afin d'inclure une politique précisant la marche à suivre lorsqu'un enfant pris en charge déclare qu'il va se faire du mal ou fait une tentative de suicide. La politique devrait comprendre l'obligation pour la Société de faire un suivi dans une telle situation.	Il est arrivé à plusieurs reprises que ce jeune pris en charge ait menacé ou tenté de se faire du mal sans un suivi suffisant de la Société.

Services aux jeunes – Exemple de cas

Une jeune fille de 17 ans, qui venait de passer à un programme de soins et d'entretien prolongés, avait trouvé refuge dans sa collectivité dans un centre d'hébergement pour femmes sans-abri qui fournissait l'hébergement dans certains hôtels locaux. Son corps a été retrouvé le lendemain matin lorsqu'un employé de l'hôtel est entré dans la chambre pour vérifier si tout allait bien. La police a saisi une importante quantité de médicaments sur ordonnance. Les résultats des tests toxicologiques ont révélé qu'avant son décès, la jeune fille avait ingéré une certaine quantité de médicaments sur ordonnance et de drogues de rue.

- Cause du décès : Toxicité provoquée par la drogue
- Mode de décès : Indéterminé (on ignore si le décès est le fruit d'un suicide ou d'un accident)

Renseignements de base : à 10 ans, cette enfant avait des idées suicidaires qui se sont transformées en menaces d'automutilation pour aboutir à l'ingestion répétée de médicaments sur ordonnance et en vente libre et de drogues de rue, souvent avec de l'alcool. La consommation abusive d'alcool et d'autres drogues a souvent nécessité une intervention médicale, voire l'hospitalisation.

Conclusions du Comité d'examen des décès d'enfants :

- La Société a fait preuve de diligence en accédant aux évaluations cliniques et aux traitements au nom de l'adolescente, mais les diagnostics différaient régulièrement, compliquant la planification et la prestation des services.
- Le nombre de contacts directs avec la cliente a été exceptionnel et le roulement des gestionnaires de cas a été minimal, ce qui a contribué à améliorer les soins offerts à cette jeune personne qui avait des besoins très complexes.
- La Société a été extrêmement proactive en tentant de gérer l'accès de l'adolescente aux médicaments sur ordonnance en exigeant qu'un membre du personnel soit présent lorsque la pharmacie dispensait les médicaments à l'adolescente.

Recommandations :

- La Société devrait examiner la possibilité de demander une ordonnance de traitement en milieu fermé pour des jeunes qui ont des problèmes psychiatriques conjugués à des troubles comportementaux qui font en sorte qu'ils risquent de se faire du mal ou d'en faire à d'autres.
- *Justification : même si toute une gamme d'options de placements et de traitements ont été utilisés pour répondre aux besoins de cette adolescente très perturbée, rien n'indique dans la documentation que la Société a fournie qu'un traitement en milieu fermé, tant à titre de placement qu'à titre de traitement, a été envisagé.*
- La Société devrait examiner la possibilité de retenir les services d'un professionnel médical indépendant, à titre contractuel, qui pourra analyser et commenter le genre de médicament administré à un enfant ou à un jeune pris en charge.
- *Justification : une consultation indépendante offrira une tribune que la Société pourra utiliser pour obtenir rapidement une opinion professionnelle sur les risques, le cas échéant, associés au genre de médicament prescrit à un enfant ou à un jeune pris en charge et à la posologie ainsi que sur les contre-indications du médicament.*

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Amélioration des pratiques des services de bien-être de l'enfance par les leçons tirées des enquêtes du coroner

Enquête sur le décès de Jared Osidacz et d'Andrew Osidacz

Nom des personnes décédées : Jared Osidacz et Andrew Osidacz

Dates de l'enquête : 2 mars au 9 avril 2009

Lieu de l'enquête : Palais de justice John Sopinka
45, rue Main Est
Hamilton (Ontario)

Le texte qui suit est extrait d'un document plus volumineux rédigé par le coroner qui présidait à l'enquête, le Dr J. Edwards, qui insiste pour dire que ce document vise uniquement à aider les parties intéressées à comprendre le verdict du jury. Répétons qu'il ne s'agit pas du verdict.

De même, bon nombre des commentaires concernant la preuve reposent sur le souvenir qu'il en a gardé et ne représentent pas la preuve comme tel. Faute d'espace, nous présentons uniquement les recommandations qui se rapportent directement à l'amélioration des services de bien-être de l'enfance. Bon nombre des recommandations seraient utiles aux personnes qui travaillent dans le domaine de la violence familiale, de la protection de l'enfance, de la garde d'enfants et des droits de visite.

Sommaire des circonstances du décès:

Jared Osidacz avait 8 ans quand il est décédé. Il est mort le 18 mars 2006 lors d'une confrontation avec Andrew Osidacz, son père de 41 ans. Ce dernier s'est alors rendu à la résidence de son ancienne conjointe, Julie Craven, située à proximité. Il est entré dans la maison et a menacé M^{me} Craven à la pointe d'un couteau jusqu'à l'arrivée des policiers du service de police de Brantford, qui ont tiré sur M. Osidacz et l'ont tué.

Andrew avait été reconnu coupable en 2003 de voies de fait perpétrés contre Julie Craven l'année précédente. Il avait été mis en probation, avec condition de participer à un traitement visant la gestion de la colère et les difficultés conjugales. La Société d'aide à l'enfance locale a travaillé auprès des familles Osidacz et Craven en 2002 et de nouveau en 2003. Le Bureau de l'avocat des enfants est également intervenu en 2003 et en 2004. Au moment des décès, M^{me} Craven avait la garde de Jared et Andrew Osidacz avait un droit de visite non supervisée de Jared et était sous le coup d'une ordonnance du tribunal lui interdisant de s'approcher de Julie Craven. Un certain nombre de questions étaient toujours en litige devant le tribunal de la famille au moment des décès.

Le jury a entendu des témoignages pendant 17 jours, suivis des plaidoyers, puis a délibéré pendant cinq jours avant de rendre son verdict. Au total, 29 témoins ont été entendus et 112 pièces à conviction ont été déposées. Des témoins ont parlé des événements qui sont survenus le jour des décès et présenté les conclusions de l'autopsie. Il a aussi été question du stress que vivait Andrew Osidacz avant les décès et du cours sur la gestion de la colère et les difficultés conjugales qu'il devait suivre en vertu de l'ordonnance de probation; du modèle de recours à la force utilisé par tous les policiers de la province; de l'intervention de la Société d'aide à l'enfance auprès de Jared et de ses parents; des mesures prises par l'agent de probation d'Andrew; des programmes et des politiques du ministère du Procureur général de l'Ontario relatifs à la violence familiale; des procédures suivies par les sociétés d'aide à l'enfance dans les cas de violence familiale.

Verdict du jury du coroner :

Le jury a déclaré ce qui suit :

Jared Osidacz

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Nom de la personne décédée : | Jared Osidacz |
| 2. Date et heure du décès : | 18 mars 2006 à 20 h 33 |
| 3. Lieu du décès : | Hamilton Health Sciences, McMaster University
Medical Centre, Hamilton (Ontario) |
| 4. Cause du décès : | Perte sanguine due à des blessures par arme blanche au
cou à gauche et du côté gauche de la poitrine |
| 5. Mode de décès : | Homicide |

Andrew Osidacz

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Nom de la personne décédée : | Andrew Osidacz |
| 2. Date et heure du décès : | 18 mars 2006 à 20 h 46 |
| 3. Lieu du décès : | Hôpital général de Brantford, Brantford (Ontario) |
| 4. Cause du décès : | Blessures par balles à la poitrine |
| 5. Mode de décès : | Homicide |

Recommandations du jury :

Le jury a fait 35 recommandations. Celles qui sont présentées ci-après représentent les recommandations destinées directement à l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE), au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et aux sociétés d'aide à l'enfance. Les explications du coroner qui présidait à l'enquête sont présentées en *italiques* après chaque recommandation.

Acronymes :

MPG – ministère du Procureur général
SOSV – Secrétariat ontarien des services aux victimes
MSSC – ministère des Services sociaux et communautaires
MSEJ – ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
MSCSC – ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
AOSAE – Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance

8. (MPG - SOSV) Les personnes reconnues comme présentant un risque de létalité devraient être réévaluées continuellement pour vérifier entre autres si elles ont terminé ou abandonné leur programme d'intervention. En outre, les doubles de ces évaluations devraient être fournis aux autres partenaires du système de justice, notamment les services de probation et de libération conditionnelle, ainsi qu'aux SAE lorsque des enfants sont en cause ou que des enfants se trouvent dans le logement de celui des deux parents qui en a la garde ou qui a un droit de visite.

Commentaire du coroner : Selon les témoignages que le jury a entendus, Andrew Osidacz n'avait pas terminé son programme d'intervention, ce qui peut être révélateur d'un risque accru de létalité.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

14. (MSEJ, MPG, MSCSC) Il est recommandé que ces ministères s'associent pour déterminer comment soutenir le plus efficacement possible les programmes d'intervention (comme Caring Dads) qui ont pour but de tenir les parents ou les parents-substituts responsables lorsqu'ils exposent leurs enfants à la violence familiale et de contribuer à la sécurité de leurs enfants et de leurs (anciennes) conjointes. Dans le cadre de cette évaluation, les ministères devraient envisager de faire une évaluation indépendante du programme Caring Dads.

Commentaire du coroner : Selon les témoignages que le jury a entendus, l'enquêteur du Bureau de l'avocat des enfants avait recommandé qu'Andrew Osidacz participe à un programme de counseling comprenant un cours sur les effets de l'exposition des enfants à la violence familiale, comme Caring Dads, mais il n'avait pas participé à un tel programme.

15. (MSEJ, MPG, MSCSC) Il est recommandé qu'après l'évaluation du programme Caring Dads ou d'autres programmes d'intervention semblables, ces ministères envisagent de mentionner ces programmes dans un avis de pratique à l'intention des procureurs de la Couronne pour que ceux-ci puissent exiger qu'un contrevenant participe à un tel programme, dans les causes où une probation est imposée pour une infraction impliquant des actes de violence familiale perpétrés par le père, la mère ou des parents-substituts engagés dans un différend sur la garde des enfants ou les droits de visite.

Commentaire du coroner : Selon les témoignages que le jury a entendus, des programmes tels que Caring Dads abordent des questions ayant trait aux relations entre les parents et les enfants qui ne font pas partie des programmes d'intervention auprès des partenaires violents (PIPV) que beaucoup d'auteurs d'actes de violence familiale doivent suivre en vertu de leur ordonnance de probation.

18. (MSCSC) Tous les bureaux de probation de la province de l'Ontario devraient mettre sur pied des équipes de gestion des cas à risque élevé, de concert avec d'autres partenaires de la collectivité comme les services policiers, le bureau des procureurs de la Couronne, les maisons d'hébergement pour femmes et les SAE afin de gérer les cas à risque élevé de violence familiale, en particulier ceux où le contrevenant a été reconnu comme présentant un risque élevé de létalité. Il est également recommandé que des professionnels de la santé mentale se greffent à ces équipes au besoin.

Commentaire du coroner : Selon les témoignages que le jury a entendus, les agents de probation du comté de Brant n'avaient pas accès à ce genre d'équipe de gestion des cas à risque élevé quand Andrew Osidacz était en probation pour voies de fait sur Julie Craven. En outre, le recours aux équipes de gestion et l'utilisation des conférences de cas pour gérer les cas à risque élevé de violence familiale ne sont pas uniformes dans la province actuellement.

24. L'AOSAE devrait revoir et évaluer la mesure dans laquelle son programme d'éducation et de formation (fourni dans le cadre de Foundations of Child Welfare Practice et Advanced Child Welfare Practice) à l'intention des travailleurs de la protection de l'enfance est pertinent au travail auprès des familles où il y a de la violence familiale. Des composantes du programme et les mesures prévues devraient faire mention des risques possibles pour les enfants lorsque les auteurs d'actes de violence familiale en ont la garde ou ont un droit de visite.

Commentaire du coroner : Selon les témoignages que le jury a entendus, même si les sociétés d'aide à l'enfance de la province s'emploient à mieux intervenir dans les cas de violence familiale, il y a encore du travail à faire pour s'assurer que les travailleurs comprennent comment évaluer spécifiquement les risques associés à la violence familiale.

25. (AOSAE, MSEJ) L'AOSAE devrait chercher des moyens de protéger les enfants contre les préjudices qu'ils pourraient subir aux mains du parent ou du parent-substitut ayant le droit de visite qui a déjà perpétré des actes de violence familiale contre le parent ou le parent-substitut qui a la garde des enfants. Les moyens possibles comprennent ce qui suit : consultation ou conférence de cas avec l'agent de probation du contrevenant, le cas échéant, pour établir un plan de gestion et de réduction des risques; orientation du contrevenant vers un programme destiné aux parents qui ont commis des actes de violence

ou qui ont exposé leurs enfants à de tels actes; orientation des parents ou parents-substituts qui ne sont pas les contrevenants et qui ont la garde des enfants vers les services appropriés.

Commentaire du coroner : Le jury a entendu des témoignages sur les mesures visant à protéger les enfants contre les préjudices causés par des personnes qui ont commis des actes de violence familiale.

26. (AOSAE, MSEJ) L'AOSAE devrait fondamentalement modifier sa stratégie d'évaluation des risques dans les cas de violence familiale pour que les décisions se prennent en fonction du risque de préjudice que représente le contrevenant aussi bien que de la capacité de l'autre parent d'assurer la protection des enfants.

Commentaire du coroner : Le jury a entendu des témoins déclarer que l'évaluation des risques dans les cas de violence familiale se fait en fonction de la capacité du parent qui n'est pas le contrevenant de protéger les enfants contre les préjudices ou en fonction de preuves de préjudice psychologique causé aux enfants. Or, les parents qui ne sont pas les contrevenants ne sont pas toujours en position de protéger leurs enfants contre le parent qui a des antécédents de violence familiale. Ainsi, Julie Craven n'aurait pas été en position de protéger Jared pendant qu'il était en visite non supervisée chez Andrew Osidacz.

27. (AOSAE, MSEJ) L'AOSAE et le MSEJ devraient élaborer et mettre en œuvre un instrument de dépistage des risques ou des procédures d'évaluation des risques, qui seraient obligatoires, pour aider les gestionnaires de cas et les superviseurs à déterminer le risque de létalité des personnes qui sont concernées par une investigation de la SAE, en particulier lorsqu'elles ont déjà été reconnues coupables de violence familiale.

Commentaire du coroner : Selon les témoignages que le jury a entendus, les outils dont se servent actuellement les sociétés d'aide à l'enfance ne visent pas spécifiquement à évaluer le risque qu'un enfant se fasse tuer.

28. (MSEJ) Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait songer à apporter des modifications à la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* et à ses règlements d'application afin d'inclure dans la définition d'enfant ayant besoin de protection un enfant qui risque grandement de subir des préjudices en raison du risque élevé de létalité que représentent les parents-substituts ou le parent qui a un droit de visite. Cet enfant ne sera peut-être pas directement victime de préjudices physiques ou émotionnels, mais les risques qu'il subisse des préjudices sont élevés.

Commentaire du coroner : Le jury a entendu des témoins déclarer que la définition d'un enfant ayant besoin de protection dans la Loi sur les services à l'enfance et à la famille ne comprend pas un enfant qui risque grandement de subir des préjudices en raison du risque élevé de létalité que représentent les parents-substituts ou le parent qui a un droit de visite. Des témoins ont également fait remarquer que des enfants qui ne subissent pas directement de préjudices de la part de parents-substituts ou de celui des deux parents qui a un droit de visite risquent tout de même de subir des préjudices, en particulier s'ils sont laissés entre les mains d'individus qui ont un passé de violence familiale.

29. (MSEJ) Nous recommandons que Family Service Ontario et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse collaborent avec les organismes locaux de services aux familles pour élaborer et fournir des services de counseling aux personnes qui vivent du stress, notamment après une séparation ou un divorce ou à cause d'un litige au tribunal de la famille ou d'une instance en cour criminelle. Dans la mesure du possible, ces services devraient être conçus à l'intention des personnes à risque, notamment celles qui ont déjà commis des actes de violence contre leur conjointe ou conjoint dans un contexte intime.

Commentaire du coroner : Selon les témoins que le jury a entendus, Andrew Osidacz avait connu du stress avant les décès survenus le 18 mars 2006 et il était isolé des sources de soutien qui auraient pu l'aider. Les témoins ont également souligné que les services de counseling peuvent atténuer le risque que représentent des individus qui ont un passé de violence familiale. Des témoins ont également dit que des personnes qui se retrouvent dans des situations comme celle que vivait Andrew Osidacz sont souvent

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

stressées en raison de facteurs comme un litige devant le tribunal de la famille ou une instance en cour criminelle, des pressions financières ou des difficultés relationnelles.

30. (MSEJ) Il est recommandé qu'au moment d'évaluer les risques aux termes de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* et en vertu du spectre d'admissibilité, un enfant qui se trouve sur les lieux où un acte de violence se produit soit considéré comme un enfant témoin de l'acte de violence.

Commentaire du coroner : Le jury a entendu des témoins déclarer que Jared Osidacz était dans la résidence quand Andrew Osidacz a attaqué sa conjointe en 2002, mais qu'il n'avait pas vu l'agression perpétrée par Andrew Osidacz contre Julie Craven parce qu'il dormait dans une autre pièce.

THÈMES GÉNÉRAUX RELATIFS À LA PRESTATION DES SERVICES

L'un des objectifs du processus d'examen du Comité d'examen des décès d'enfants est de relever les thèmes qui émergent. L'examen des 41 décès d'enfants qui avaient reçu des services d'une SAE a révélé les tendances suivantes dans la prestation des services de protection de l'enfance :

- Les décès qui impliquent des nourrissons et des jeunes comprennent un sous-groupe d'enfants très vulnérables qui ont besoin de services de protection.
- Des initiatives de prévention visant à réduire les pratiques de sommeil dangereuses et le suicide sont plus que jamais nécessaires.
- Les enjeux qui touchent les familles, comme la violence familiale, l'abus d'alcool et d'autres drogues et les problèmes de santé mentale sont prévalents dans les cas examinés.
- La majorité des cas examinés par le CEDE témoignent de négligence chronique, en partie attribuable à la pauvreté mais aussi à un manque de capacité parentale.
- Bon nombre des enfants dont le décès a fait l'objet d'un examen étaient victimes du syndrome d'alcoolisation fœtale ou de mauvais traitements d'ordre physique et émotionnel, avaient des difficultés d'apprentissage et des limites cognitives, étaient mal supervisés ou avaient été exposés à la violence familiale.
- Le CEDE recommande souvent que les employés des SAE reçoivent une formation spécialisée qui les aidera à travailler auprès des enfants et des familles qu'ils servent.
- Il est évident que dans bien des cas examinés, les agences manquent de personnel et ont trop de travail, ce qui peut influencer sur le niveau de supervision et de soutien fournis au personnel et sur le respect des normes provinciales en général.
- Il est difficile d'établir un équilibre entre le soutien à offrir aux parents qui ont de la difficulté à jouer leur rôle de fournisseurs de soins, d'une part, et la protection des enfants vulnérables et la réduction des risques auxquels ils sont exposés, d'autre part.
- Le CEDE a noté dans plusieurs rapports que les travailleurs devraient recevoir une formation, du soutien et une orientation supplémentaires pour motiver les gens et leur donner le pouvoir de s'engager dans les services. Cependant, on presse les SAE de recourir aux voies juridiques au besoin pour protéger les enfants.

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 la répétition d'événements semblables à l'avenir.
- En établissant des thèmes et en faisant des recommandations pour améliorer les pratiques, nous espérons que des changements pourront être faits sans blâmer quiconque.
- Pour assurer la sécurité de l'enfant dans son sommeil, il faut le coucher sur le dos dans un lit d'enfant 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.

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

- Comme la majorité des enfants meurent pendant qu'ils se trouvent dans leur famille, les stratégies de prévention et les messages éducatifs doivent s'adresser au grand public et aux parents, en particulier.

Initiatives en cours et orientations futures

Depuis le dernier rapport du Comité d'examen des décès d'enfants en 2008, les initiatives suivantes sont en cours :

- Les sociétés d'aide à l'enfance des régions suivantes ont pris part à la formation **A Team Approach to Child Death Investigations** : Nord, Sud-Ouest, Sud-Est, Hamilton-Niagara, Toronto et Centre. On prévoit offrir la formation dans les autres régions.
- Le Bureau du coroner en chef continue de collaborer 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 de l'examen des décès d'enfants. Ainsi, les employés continuent d'échanger des renseignements sur les décès d'enfants et les recommandations du CEDE pendant toute l'année, en temps réel, au fur et à mesure que ces renseignements sont produits.
- On continue de favoriser un environnement qui ne cherche pas à trouver de coupable mais plutôt à cerner ouvertement et à réduire les erreurs et les omissions. Il s'agit là d'un principe fondamental et c'est le fondement de l'interaction entre le BCCO et les SAE et d'autres fournisseurs de services aux enfants.
- On continue de sensibiliser le public et les professionnels aux risques pour les nourrissons du partage de lit et d'environnements de sommeil dangereux.
- Des liens sont établis avec des comités d'examen des décès d'enfants d'autres provinces et d'autres pays pour échanger des ressources et des idées.
- Le Comité d'examen des décès d'enfants et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans présentent leurs constatations à différentes conférences et tribunes comme les suivantes : San Diego International Conference on Child Maltreatment, conférence de la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile et conférence annuelle de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance.
- Des rencontres ont eu lieu avec des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile et d'autres organismes concernant la communication d'un message uniforme sur les pratiques de sommeil sécuritaires.
- Le CEDE a participé à une table ronde sur la campagne « Dodo sur le dos! » dans le but de réviser les documents d'information et de sensibilisation du public.
- Le CEDE rencontre des représentants du Bureau du commissaire des incendies pour discuter d'initiatives conjointes et échanger des renseignements sur la prévention des décès d'enfants dans les incendies domiciliaires.
- La mise en œuvre d'un processus expert, objectif et transparent pour examiner les décès d'enfants en Ontario s'est poursuivie 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.
- L'analyse des leçons tirées des examens internes menés par les SAE et la communication de ces leçons à l'ensemble des intervenants du domaine du bien-être de l'enfance se sont poursuivies.

- Nous avons cerné des problèmes systémiques en matière de sécurité des enfants et nous avons planifié de les examiner avec les enquêtes du coroner, s'il y a lieu. À l'heure actuelle, trois enquêtes sur des décès d'enfants sont au stade de la planification.
- Le Comité d'examen des décès d'enfants continuera de mener des recherches supplémentaires sur des questions comme : le suicide chez les adolescents dans le Nord-Ouest de l'Ontario et les risques du partage de lit pour les enfants, et prendra en considération la possibilité d'en publier les résultats.
- Nous participerons à la mise en œuvre des recommandations pertinentes de l'enquête sur la médecine légale pédiatrique et de l'enquête Osidacz.

Conclusion

Les nombreux problèmes qui ont marqué les investigations sur les décès d'enfants en Ontario de 1981 à 2001 avaient été reconnus et pris en charge avant l'enquête du juge Goudge. Le BCCO a participé à l'enquête et pris acte des leçons, et nous participons très activement à la mise en œuvre des recommandations du juge Goudge.

Deux points valent la peine d'être mentionnés et portés à l'attention du lecteur, à savoir la poursuite et le développement d'une culture de qualité, et l'examen par les pairs.

L'examen par les pairs des conclusions des autopsies et des investigations des coroners constitue la pierre angulaire d'une culture de la qualité. La section « Examens des cas médicaux : thèmes », à la page 58, examine les possibilités d'améliorer les investigations sur les décès menées par les coroners et les médecins légistes. Ces questions ont déjà été abordées par le médecin légiste en chef, le Dr Michael Pollanen, qui a décrété que seuls les médecins légistes approuvés par son bureau dans les Unités régionales de médecine légale devraient pratiquer les autopsies d'enfants. En outre, le coroner en chef a stipulé que les coroners régionaux principaux devraient examiner tous les décès d'enfants pour assurer que les analyses post mortem appropriées sont faites.

Ces mesures non seulement démontrent notre volonté d'examiner les services médicaux et les services de bien-être de l'enfance fournis par d'autres, mais également témoignent de notre engagement continu à améliorer nos propres processus. Un des principes directeurs d'un système de qualité totale est la croissance fondée sur l'examen des processus, l'amélioration continue et l'apprentissage, ce envers quoi nous sommes engagés.

Enfin, tous les citoyens de l'Ontario ont la responsabilité commune de créer un environnement sain et sûr pour nos enfants. Les occasions d'amélioration continueront d'être rehaussées par l'échange approprié de renseignements et la coopération entre toutes les parties qui ont à cœur la santé, la sécurité et le bien-être des enfants. En somme, il s'agit de collaborer dans l'intérêt de nos enfants.

A.E. Lauwers

Coroner en chef adjoint, investigations

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

Président, Comité d'examen des décès d'enfants

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Membres des Comités

COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Dr A. E. Lauwers – PRÉSIDENT

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

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

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

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

Attachée d'administration, investigations
Bureau du coroner en chef de l'Ontario

M. John Ayre*

Procureur de la Couronne
Bureau du coroner en chef de l'Ontario

M^{me} Susan Abell

M. Brad Bain

M^{me} Zel Fellegi

M^{me} Sandy Moshenko

M^{me} Donna Zan

Consultants en services de bien-être de l'enfance

M^{me} Jeanette Lewis

Directrice générale

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

Sergent-détective Chris Buck *

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Sergent-détective Gary Giroux

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Sergent-détective James Stewart-Haass

Unité des homicides, Police régionale de Durham

Sergent-détective Kevin Torrie

Escouade des homicides, Police régionale de York

Détective Mary Vruna

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Détective James Wingate

Enquêteur pour les coroners

Dr Desmond Bohn

Chef médical des soins intensifs
Hospital for Sick Children, Toronto

Dr Alan Hudak

Pédiatre, Orillia

Dr Dirk Huyer

Coroner régional principal

Dr Ivor Margolis

Chef de la pédiatrie
William Osler Health Centre, Brampton

Dr Ram Singh

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

Dr Glenn Taylor

Chef, division de pathologie
Hospital for Sick Children, Toronto

Dr John Watts

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

Dr Ian Wilson

Pédiatre, Kitchener

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

Dr A. E. Lauwers – PRÉSIDENT

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

Mme Doris Hildebrandt– Coordonnatrice

Attachée d'administration, investigations
Bureau du coroner en chef de l'Ontario

Mme Karen Bridgman-Acker

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

Sergent-détective JJ Allan

Unité des homicides, Police régionale de Durham

M. John Ayre*

Procureur de la Couronne
Bureau du coroner en chef de l'Ontario

Sergent-détective Chris Buck *

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Dr David Chiasson

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

Sergent-détective Gary Giroux

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Inspecteur Philip George

Police provinciale de l'Ontario, Bureau des enquêtes

Dr Dirk Huyer

Coroner régional principal

Dr Michael Pollanen

Médecin légiste en chef de l'Ontario

Dr Gino Somers

Médecin légiste pédiatrique
Hospital for Sick Children, Toronto

Dr Glenn Taylor*

Chef, division de pathologie
Hospital for Sick Children, Toronto

Dr Chitra Rao

Chef, Unité régionale de médecine légale
Hamilton Health Sciences

Dr Mike Shkrum

Pathologiste, département de pathologie
London Health Sciences Centre

Sergent-détective Kevin Torrie

Escouade des homicides, Police régionale de York

Détective Mary Vruna

Escouade des homicides, Services policiers de Toronto

Détective James Wingate

Enquêteur pour les coroners

* Ont quitté les comités en 2008

RAPPORT ANNUEL DE 2009 DU COMITÉ D'EXAMEN DES DÉCÈS D'ENFANTS

Remerciements

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

M. Larry Marshall

Directeur, Services à l'enfance et à la famille,
SAE de London et Middlesex

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
Enquête sur les décès de Jared Osidacz et d'Andrew Osidacz

Dr Dirk Huyer

Coroner régional principal, Région du Centre – Bureau de Guelph

Julie McCreary

Adjointe administrative, Bureau du Coroner en chef

Ping Ser

Quatrième année du programme de biologie – médecine légale
Université de Toronto, Campus de Mississauga
Étude rétrospective du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) en Ontario de 2001 à 2006

Dr Jeff Tanguay

Boursier en médecine légale, Bureau du coroner en chef
Étude rétrospective du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) en Ontario de 2001 à 2006

Amy Chen

Candidate au M.D.
Promotion de 2011
École de médecine de l'Université de Toronto
Décès accidentels imputables à un incendie chez les enfants en Ontario – Étude

Le personnel du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Secrétariat au bien-être de l'enfance et Direction des services à la clientèle
Réponse du ministère aux thèmes et aux recommandations de 2008

Documents de référence

Bureau du coroner en chef

www.mpss.jus.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

Canadian Association for Suicide Prevention / L'association canadienne pour la prévention du suicide.

<http://www.casp-acps.ca>

Société canadienne de pédiatrie

www.cps.ca

Centre for Suicide Prevention, Calgary (Alberta)

www.suicideinfo.ca

Child Death Review Unit Office of the Chief Coroner, C.-B.

RAPPORT ANNUEL DE 2007

Child Fatality Review:

An Interdisciplinary Guide and Photographic Reference (2007)

Alexander, Randall, G.W. Medical Publishing Inc.

Rapport statistique sur les enfants et les familles

www.hrsdc.gc.ca

National Association of Medical Examiners

www.thename.org

FireSafety.gov for kids

Santé Canada : Sécurité des produits de consommation

www.hc-sc.gc.ca

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 :

D^r A. E. Lauwers
Coroner en chef adjoint, investigations
Téléphone : 416 326-4805

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, investigations
Coordonnatrice des examens de décès d'enfants
– Cas médicaux
Téléphone : 416 314-4021

Les personnes intéressées à reproduire des données ou des renseignements tirés du présent rapport sont priées de communiquer avec M^{me} Karen Bridgman-Acker pour en vérifier l'exactitude.