

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

Décembre 2014



Table des matières

Message du président	1
Le Bureau du coroner en chef et le contexte des décès d'enfants en Ontario	3
Décès d'enfants et de jeunes en Ontario et au Canada : tendances au fil des ans	4
Décès d'enfants et de jeunes en Ontario : répartition par groupe d'âge	4
Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans	6
Cas évalués par le CEDE5A en 2013	7
Détermination de la cause et du mode de décès	9
Classification des décès de nourrissons du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans	10
Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)	15
Analyse statistique pour le Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)	16
Exemple de cas médical examiné par le CEDE	18
Comité d'examen des décès d'enfants (Sociétés d'aide à l'enfance)	21
Comparaison entre les décès d'enfants avec intervention d'une SAE et les autres décès d'enfants survenus en Ontario ..	22
Comparaison entre les décès examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une SAE et les autres décès examinés par un coroner – Âge et sexe	23
Décès avec intervention d'une SAE en 2013 – Situation des enfants et des jeunes	26
Examens du CEDE (SAE) portant sur des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE en 2013	29
Recommandations du CEDE (SAE)	33
Composition des Comités	42
Annexe A – Directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants en Ontario	44
Annexe B – Définitions des thèmes des examens de cas du CEDE (SAE)	46

Message du président



J'ai le plaisir de présenter le rapport annuel de 2014 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 (BCC) de l'Ontario – le fruit du travail de deux comités très dévoués qui partagent un but commun : contribuer à la prévention des décès d'enfants par la discussion et l'examen consciencieux et méthodiques de ces décès.

Après avoir été nommé coroner en chef par intérim en juillet 2013, je suis devenu coroner en chef de l'Ontario en mars. Le

Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, et moi entamons la mise en œuvre d'un plan stratégique de la Division pour guider notre travail des cinq prochaines années. Ce processus comprend l'évaluation de l'approche à l'égard des comités d'examen des décès d'enfants. À la suite de cette évaluation, des changements pourraient être apportés au processus d'examen des décès d'enfants en 2015.

Une des grandes priorités du BCC et du Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO) est l'engagement envers la sécurité publique fondée sur les données. Le système d'enquête sur les décès fournit des données de grande qualité pour donner de l'information tant sur les particuliers (enquêteurs et familles) que sur la situation globale, ce qui nous permet de voir comment nos données se comparent à des ensembles plus vastes – autres cas, données sur une période de temps ou données d'autres territoires. Les membres de la famille devraient pouvoir obtenir les meilleures réponses possibles pour bien comprendre leur perte. En nous assurant que chaque enquête est complète et de grande qualité, nous pourrions non seulement bien renseigner la famille, mais aussi mieux comprendre les décès grâce aux données. Nous profitons de chaque occasion de collaboration pour améliorer et normaliser la collecte de données, afin qu'elle soit utile aux experts en ce qui concerne l'analyse de la santé publique, l'élaboration de politiques, la recherche et les stratégies de prévention.

Nos efforts pour adopter des approches novatrices seront guidés par les leçons apprises par la pratique dans d'autres territoires et l'expérience acquise au fil du temps par le BCC au cours d'examen des décès d'enfants.

Le présent rapport est le deuxième que je présente en tant que président du Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A). Nous avons déjà apporté quelques changements à notre approche : d'après moi, nous devons toujours nous

efforcer de grandir, de nous améliorer et de trouver des façons de mieux travailler. Dans le rapport annuel de l'an dernier, nous avons présenté la nouvelle approche du CEDESA pour la classification des décès de nourrissons et remplacé le protocole d'enquête sur les décès d'enfants de moins de cinq ans par le nouveau questionnaire d'enquête sur les morts subites et inattendues de nourrissons [Investigative Questionnaire for Sudden and Unexpected Deaths of Infants]. Le rapport annuel de cette année élargit l'analyse du bien-être de l'enfance du CEDE pour fournir plus que les renseignements sur les cas examinés par le comité au cours de l'année précédente. Nous y incluons maintenant les données et les renseignements sur tous les cas rapportés par les sociétés d'aide à l'enfance (SAE) pendant l'année. En prenant ces données supplémentaires en considération, nous pouvons acquérir des connaissances précieuses sur les décès d'enfants bénéficiant des services d'une SAE et, dans certains cas, voir comment ces décès se comparent ou contrastent avec l'information disponible sur les décès d'enfants qui n'ont pas bénéficié de ces services. Conformément à notre mandat global, nous espérons que ces renseignements supplémentaires aideront les intervenantes et intervenants à élaborer des stratégies et des politiques visant la prévention de décès dans des circonstances similaires.

Cette année, notre rapport est publié plus tard qu'à l'habitude. Nous avons dû apporter un certain nombre de changements au BCC, y compris des changements majeurs dans la gestion des comités. Après huit ans au BCC, la spécialiste du bien-être de l'enfance Karen Bridgman-Acker a décidé de passer à autre chose. Je suis très reconnaissant du rôle joué par Mme Bridgman-Acker dans le renforcement du partage de renseignements entre le secteur du bien-être de l'enfance et les services d'enquête sur les décès de l'Ontario. Elle a très bien démontré et appliqué son expertise dans l'évaluation des questions de protection de l'enfance en faisant des contributions positives qui ont amélioré et appuyé les enquêtes sur les décès d'enfants au BCC. Je la remercie pour son travail.

Deux nouvelles arrivantes au BCC ont fortement contribué à l'édition de cette année du rapport annuel : Tara McCord, directrice des comités d'examen des décès du BCC, dont le CEDESA, et Jessica Diamond, spécialement affectée par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse afin de contribuer à la portion sur le bien-être de l'enfance du CEDE et à l'évaluation du processus d'examen des décès d'enfants. Grâce à l'excellent et minutieux travail des membres du CEDE et du CEDESA, des efforts considérables ont été faits pour veiller à ce que les décès prématurés d'enfants soient examinés de façon respectueuse et avec soin. J'ai la chance d'être appuyé par une équipe de professionnels très dévouée.

Je suis enthousiaste à l'idée d'entreprendre les prochaines étapes du BCC dans le domaine des enquêtes et des examens des décès d'enfants et je crois que ce rapport annuel reflète une perspective plus générale des examens des décès d'enfants en Ontario.

Dirk Huyer, M.D.
Bureau du coroner en chef
Président, Comité d'examen des décès d'enfants et
Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

Le Bureau du coroner en chef et le contexte des décès d'enfants en Ontario

En Ontario, les services d'enquête sur les décès sont assurés par le Bureau du coroner en chef (BCC) et le Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO), qui forment ensemble une division du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Le BCC collabore étroitement avec le SMLO pour garantir le recours à une approche de collaboration coordonnée pour conduire des enquêtes sur les décès de la plus grande qualité dans l'intérêt du public. Parmi les autres partenaires importants du BCC, mentionnons notamment les services de police, le Centre des sciences judiciaires et d'autres organismes d'enquête, lesquels comprennent entre autres les sociétés d'aide à l'enfance, le ministère du Travail et le Bureau du commissaire des incendies. Le territoire couvert par les services médico-légaux du Bureau du coroner en chef de l'Ontario est le plus vaste en Amérique du Nord.

En Ontario, les coroners sont des médecins ayant suivi une formation spécialisée sur les principes d'enquête sur les décès. Chaque année, ils procèdent à environ 15 000 enquêtes sur des décès, aux termes des dispositions de l'article 10 de la Loi sur les coroners. Ils enquêtent sur toutes les morts non naturelles, comme celles qui impliquent de la violence, un acte criminel, un suicide ou une blessure accidentelle. Des enquêtes sont réalisées pour les morts naturelles subites et inattendues, puisque le mode de décès est au départ incertain. Ils examinent également d'autres cas de mort naturelle, selon le type de décès ou selon la présence de doutes sur les soins reçus par la personne avant son décès. Le BCC procède à une enquête pour environ 20 % de tous les décès qui surviennent dans la province chaque année. Dans le cas des décès d'enfants (soit de la naissance vivante au 19^e anniversaire), environ 35 % des décès ont été examinés au cours des cinq dernières années.

Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) sont deux des sept comités spécialisés du coroner en chef de l'Ontario chargés d'examiner les décès. À des fins administratives, le CEDE comprend deux volets fondés sur la nature et les circonstances du décès : le CEDE (SAE) examine les décès d'enfants suivis par les services d'aide à l'enfance (sociétés d'aide à l'enfance), tandis que le CEDE (cas médicaux) se penche sur les décès d'enfants pour lesquels des problèmes ou des inquiétudes ont été soulevés au sujet du diagnostic médical ou de la prestation des soins.

Le BCC a élaboré, pour les enquêtes, des procédures qui encadrent les circonstances dans lesquelles le cas doit être soumis à un comité spécialisé. Le CEDE5A examine tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans examinés par un coroner. Le CEDE (SAE) examine tous les cas de décès d'enfants ou de jeunes où l'enfant, le jeune ou des membres de la famille recevaient des services d'une société d'aide à l'enfance au moment du décès ou en avaient reçu dans les 12 mois précédents. Les autres examens menés par le CEDE, principalement ceux qui portent sur des décès comprenant des implications médicales, sont déterminés de façon discrétionnaire, et le coroner régional principal pertinent transmet les cas au CEDE (cas médicaux).

Décès d'enfants et de jeunes en Ontario et au Canada : tendances au fil des ans

Les décès d'enfants et de jeunes ne représentent qu'un faible pourcentage des décès sur lesquels enquête le BCC, mais chacun de ces cas est difficile, autant sur le plan émotif que dans une perspective d'enquête. Il est important de situer les résultats publiés dans le présent rapport annuel dans le contexte global des décès d'enfants au Canada.

Selon le BCC, le groupe d'âge « enfants » comprend les enfants et les jeunes de la naissance vivante jusqu'au 19e anniversaire, mais les données fournies par Statistique Canada sur les adolescents comprennent aussi l'année des 19 ans (c.-à-d. jusqu'au 20e anniversaire). Ainsi, dans les comparaisons présentées aux figures 1 à 4, les données du BCC comprennent les enquêtes sur les décès d'adolescents jusqu'à leur vingtième anniversaire. En moyenne, le BCC examine 63 décès de jeunes âgés de 19 ans par année. Pour les figures 1 à 4, notez que 2011 était la dernière année pour laquelle des données complètes étaient disponibles.

La **figure 1** illustre le nombre de décès d'enfants et de jeunes par année ainsi que la comparaison entre le nombre de cas examinés par le BCC et les données provinciales et nationales. De 2005 à 2011, le nombre total de décès survenus en Ontario et au Canada est demeuré relativement stable d'année en année, comme le montre la **figure 2**.

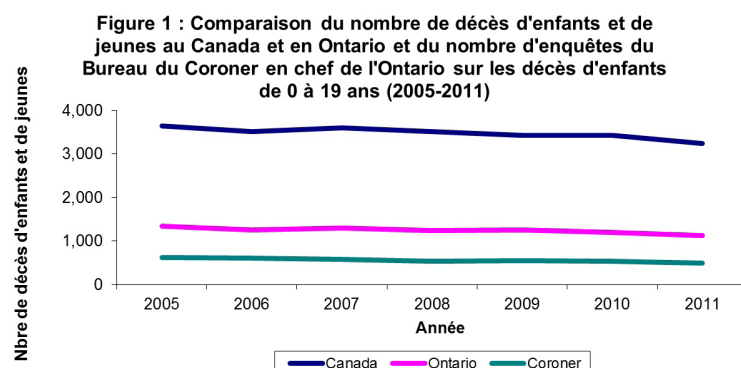
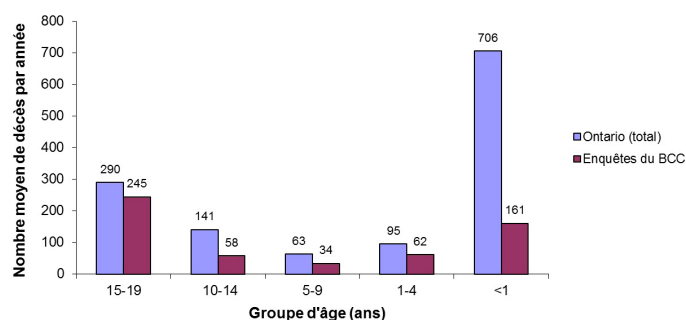


Figure 2 : Comparaison des décès d'enfants en Ontario et au Canada

	Canada (total)	Ontario (total)	Pourcentage des décès d'enfants survenus en Ontario par rapport à ceux survenus au Canada
2005	3 640	1 335	37 %
2006	3 513	1 249	36 %
2007	3 591	1 297	36 %
2008	3 517	1 237	35 %
2009	3 423	1 247	36 %
2010	3 424	1 201	35 %
2011	3 245	1 122	35 %
Moyenne	3 479	1 241	36 %

Figure 3 : Nombre moyen de décès d'enfants et de jeunes survenus en Ontario (2005-2011) – répartition par groupe d'âge



Décès d'enfants et de jeunes en Ontario : répartition par groupe d'âge

La **figure 3** illustre la distribution par groupe d'âge du nombre annuel moyen de décès examinés par le BCC en comparaison avec le nombre annuel moyen de décès survenus en Ontario pour les six années. Toutes proportions gardées, les nourrissons sont le sous-groupe le plus représenté, suivis des adolescents.

La **figure 4** montre qu'au cours des six années à l'étude, le BCC a examiné environ 23 % des décès d'enfants de moins d'un an, 65 % des décès d'enfants de un à quatre ans, 54 % des décès d'enfants de cinq à neuf ans, 41 % des décès de jeunes de dix à quatorze ans et 84 % des décès d'adolescents de quinze à dix-neuf ans.

Comme le montre la **figure 5**, la distribution des modes de décès établis par un coroner de l'Ontario évolue en fonction de l'âge (de la petite enfance à l'adolescence). On remarque un net contraste entre les modes de décès des nourrissons (moins d'un an) et ceux des adolescents (de 14 à 18 ans). Les modes de décès « naturel » et « indéterminé » expliquent une importante part des décès d'enfants de moins d'un an, puis ils cèdent graduellement la place à des modes de décès non naturels (« mort accidentelle », « homicide » et « suicide »), qui sont beaucoup plus fréquents chez les adolescents.

Figure 4 : Pourcentage de décès ayant fait l'objet d'une enquête du BCC par rapport aux décès survenus en Ontario, par groupe d'âge – moyenne de 2005-2011

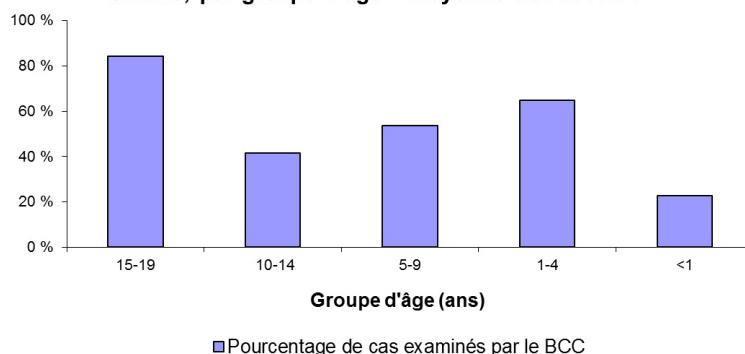
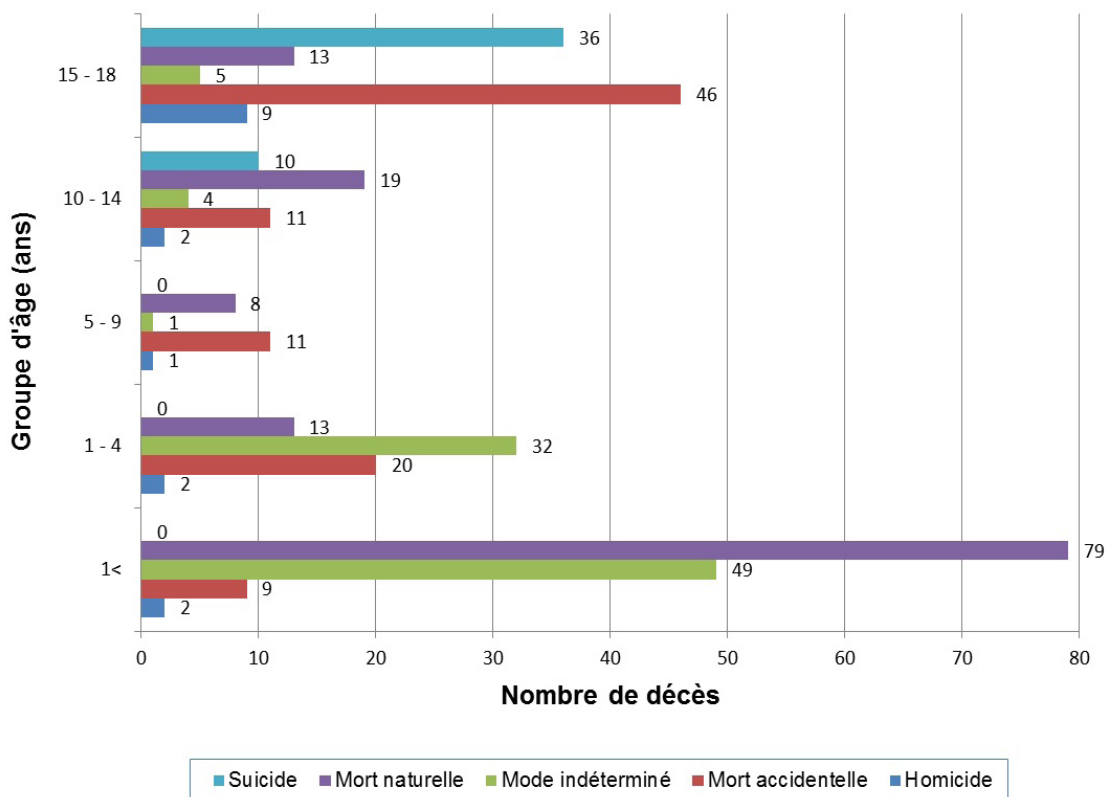


Figure 5 : Modes de décès dans les enquêtes du BCC (2013) – répartition par groupes d'âge



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

Introduction

Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) du Bureau du coroner en chef (BCC) se réunit au moins six fois par année pour étudier exhaustivement tous les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans examinés par un coroner en Ontario. Il s'agit d'un comité multidisciplinaire composé de médecins légistes, de coroners, de détectives, d'experts sur la maltraitance des enfants et sur les services de bien-être à l'enfance, de procureurs de la Couronne, d'un spécialiste de la sécurité des produits chez Santé Canada et de cadres supérieurs du BCC. Il arrive fréquemment que d'autres personnes soient présentes pour approfondir leurs connaissances : il s'agit entre autres d'apprenants des différents niveaux de formation médicale et de détectives des services de police qui ne sont pas des membres actifs du comité. La composition du Comité est équilibrée de façon à représenter les diverses régions de l'Ontario. Il comprend aussi des membres de dix services de police qui apportent une diversité sur le plan de la zone géographique, de la taille du service de police et des compétences des enquêteurs.

Portée et mandat

Le CEDE5A examine tous les décès d'enfants de moins de cinq ans qui ont fait l'objet d'une enquête par un coroner, y compris les décès néonataux potentiellement liés au comportement parental (p. ex. environnement de sommeil non sécuritaire, toxicomanie de la mère, négligence, violence familiale, etc.) ou les cas où il avait eu intervention d'une société d'aide à l'enfance (SAE) au moment du décès. Le comité n'examine pas les décès néonataux qui surviennent avant le congé de l'hôpital lorsqu'aucune source d'inquiétude majeure n'a été notée.

Le mandat du CEDE5A est de déterminer la cause et le mode de décès de tous les cas remplissant ces critères. L'examen peut d'ailleurs donner lieu à des recommandations propres au cas visant la tenue d'une enquête approfondie, la réalisation de tests de laboratoire ou d'études pathologiques supplémentaires, le dépistage des proches, ou encore des améliorations systémiques.

Processus d'examen du CEDE5A

Les cas sont soumis au CEDE5A par les coroners régionaux principaux. Les examens de cas ne portent pas que sur les décès survenus durant l'année civile sur laquelle porte le rapport annuel. En raison de leur complexité, il arrive que les enquêtes sur les décès d'enfants se prolongent, ce qui retarde l'examen de cas par le CEDE5A.

L'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans se fait selon un processus de « triage » en deux étapes, soit l'examen par l'équipe de gestion et l'examen par l'ensemble du CEDE5A.

Équipe de gestion

L'équipe de gestion examine les décès d'enfants de moins de cinq ans correspondant aux cas suivants :

- Mort naturelle découlant d'une maladie déterminée, ne soulevant aucune question (décès « entièrement naturel »; aucune préoccupation de la part des services de police ou d'aide à l'enfance);
- Mort accidentelle bien décrite, ne soulevant aucune question (p. ex. collision de véhicules motorisés, noyade);
- Homicide ou mort suspecte faisant toujours l'objet d'une enquête de police ou de procédures judiciaires au moment de l'examen.

Les cas sont reçus par l'équipe de gestion, qui en assure le suivi et le triage. L'équipe comprend le président du CEDE5A, la directrice générale ainsi que d'autres personnes, au besoin.

Ensemble du CEDE5A

L'ensemble du CEDE5A comprend des représentants des nombreuses professions énumérées ci-dessus. Il examine les décès d'enfants de moins de cinq ans correspondant aux cas suivants :

- Tout décès dont la cause demeure indéterminée après une enquête complète;
- Décès auquel un environnement de sommeil non sécuritaire peut avoir contribué;
- Possible cas de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN);
- Mort naturelle accompagnée de signes médicaux

complexes qui soulèvent de potentielles questions pathologiques ou questions pertinentes pour l'enquête pouvant influencer la détermination de la cause ou du mode de décès;

- Mort accidentelle dans des circonstances inhabituelles;
- Décès découlant d'un traumatisme crânien, mais ne constituant pas une mort accidentelle bien décrite (collision de véhicules motorisés);
- Homicide (après la fin de l'enquête et des procédures judiciaires);
 - La plupart des homicides sont examinés par l'équipe de gestion et présentés au comité avant la fin du processus judiciaire en attendant le règlement du cas dans le système de justice pénale.

Le CEDE5A procède à un examen exhaustif et détaillé des documents d'enquête des cas qui lui sont transmis, notamment :

- Résultats d'autopsie et d'analyse toxicologique et autres éléments d'enquête;
- Photos (scène et autopsie);
- Rapport d'enquête du coroner;
- Rapports de police et autres rapports d'enquête (p. ex. commissaire des incendies, SAE).

La **figure 6** montre qu'au cours des cinq dernières années, le CEDE5A a examiné de 92 à 108 cas par année, sauf en 2013, où 55 cas ont été examinés par l'ensemble du comité (une justification de ce petit nombre a été fournie dans le résumé de 2013). Le mode de décès de la majorité des cas pour chacune des cinq années était « indéterminé ».

Figure 6 : Examens de l'ensemble du CEDE5A, selon le mode de décès – 2009-2013

Année	Morts naturelles	Morts accidentelles	Homicides	Mode indéterminé	Total
2009	16	14	2	60	92
2010	17	14	4	73	108
2011	3	13	3	79	98
2012	6	2	9	75	92
2013	3	3	0	49	55

Cas évalués par le CEDE5A en 2013

Résumé des examens de l'ensemble du CEDE5A de 2013 :

- En 2013, l'ensemble du CEDE5A a examiné 55 cas.
- Parmi ces cas, 52 % (29) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 48 % (26) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 82 % (45) étaient des décès d'enfants de moins d'un an.
- Parmi ces cas, 91 % (41) étaient des décès de mode indéterminé, 2 % (1) des morts naturelles et 7 % (3) des morts accidentelles.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 18 % (10) étaient des décès d'enfants de un à cinq ans.
- Parmi ces cas, 20 % (2) étaient des morts naturelles et 80 % (8) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 89 % étaient des décès de mode indéterminé, 5,5 % (3) étaient des morts naturelles et 5,5 % (3) des morts accidentelles.
- Les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A étaient survenus en 2009 (1), en 2010 (1), en 2011 (7), en 2012 (37) et en 2013 (9).

Résumé des examens de l'équipe de gestion de 2013 :

- En 2013, l'équipe de gestion a examiné 57 cas.
- Parmi ces cas, 51 % (29) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 49 % (28) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 44 % (25) étaient des décès d'enfants de moins d'un an.
- Parmi ces cas, 95 % (23) étaient des morts naturelles et 5 % (2) des morts accidentelles.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 56 % (32) étaient des décès d'enfants de un à cinq ans.
- Parmi ces cas, 66 % (21) étaient des morts naturelles, 28 % (9) des morts accidentelles et 6 % (2) des homicides.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 77 % (44) étaient des morts naturelles, 19 % (11) des morts accidentelles et 4 % (2) des homicides.
- Les cas examinés par l'équipe de gestion étaient survenus en 2011 (3), en 2012 (35) et en 2013 (19).

Ensemble des cas examinés par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du Comité) en 2013

- En 2013, l'équipe de gestion a examiné 57 cas et l'ensemble du CEDE5A, 55, pour un total de 112 cas.
- De ce total, 52 % (58) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 48 % (54) de sexe féminin.
- Les modes de décès de tous les cas examinés étaient distribués comme suit : 42 % (47) étaient des morts naturelles, 13 % (14) des morts accidentelles, 1 % (2) des homicides et 44 % (49) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A, 89 % (100) sont survenus en 2012 et en 2013.

Cases Reviewed by the DU5C 2012 compared with 2013

- En 2013, 112 décès ont été examinés par le comité – 49 % de moins que les 220 décès examinés en 2012.
- La comparaison des données d'une année à l'autre est difficile, car le CEDE5A examine les décès survenus sur plus d'une année civile.
- Parmi les raisons potentielles pour le petit nombre de cas examinés en 2013, notons :
 - un taux d'aiguillage et d'examen élevé dans les années précédentes avec la fermeture de cas complexes (par exemple, en 2012, le nombre de cas d'homicides était sensiblement différent);
 - un taux d'aiguillage faible en 2013 causé par la complexité des cas actuels ou des priorités concurrentes en matière d'enquête.

Analyse des résultats :

- La **figure 7** illustre la différence entre les cas examinés par l'équipe de gestion et les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A en ce qui a trait au mode de décès.
- La majorité des examens de l'équipe de gestion portaient sur des morts naturelles.
- La majorité des examens de l'ensemble du CEDE5A portaient sur des décès de mode indéterminé.
- La figure 8 présente le mode de décès par tranche d'âge des cas examinés par l'équipe de gestion et par l'ensemble du CEDE5A.
- La majorité des morts naturelles examinées par l'équipe de gestion sont survenues chez des enfants de moins d'un an.

Figure 7 : Mode de décès – examens de l'équipe de gestion et de l'ensemble du CEDE5A (2013)

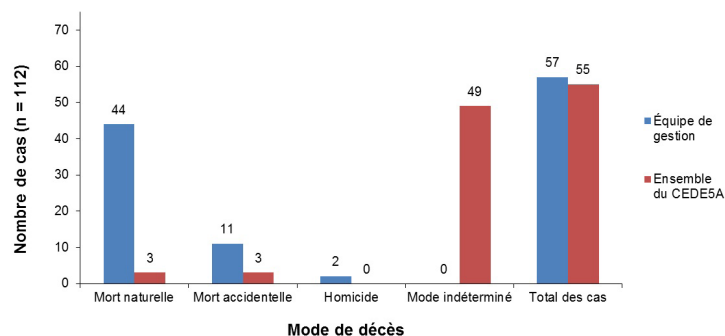


Figure 8 : Mode de décès par groupe d'âge (< 1 an contre 1 à 5 ans) et niveau d'examen (Équipe de gestion contre l'ensemble du CEDE5A) – 2013

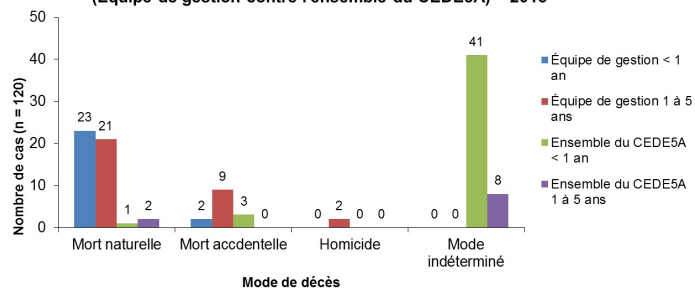
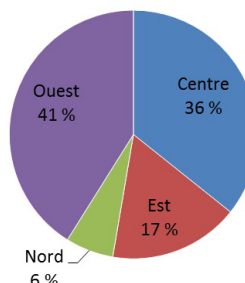


Figure 9 : Pourcentage d'examen du CEDE5A par région (2013)

- La majorité des décès de mode indéterminé examinés par l'ensemble du CEDE5A sont survenus chez des enfants de moins d'un an.
- La **figure 9** montre que 41 % des cas transmis au CEDE5A en 2013 provenaient de la région de l'Ouest, tandis que 36 % provenaient de la région du Centre.



Détermination de la cause et du mode de décès

Une des principales difficultés de l'examen par le CEDE5A consiste à déterminer correctement la cause et le mode de décès. Les cas les plus difficiles sont ceux où l'enfant a moins d'un an et où l'autopsie n'a révélé aucune cause de décès évidente. Malgré le travail de médecins légistes des plus qualifiés et expérimentés, il n'est pas rare que la cause du décès reste indéterminée.

Au cours des quatre dernières années, la classification des décès de nourrissons a alimenté les discussions des coroners en chef et des médecins examinateurs du Canada. Différentes approches de classification des décès de nourrissons sont utilisées par les administrations provinciales et territoriales. Les coroners en chef et les médecins examinateurs n'ont pas encore établi de norme nationale; ils ont toutefois réalisé d'immenses progrès vers l'accomplissement de leur mandat de normaliser la certification et la classification des décès de nourrissons nécessitant une enquête par des coroners ou des médecins examinateurs à l'échelle du pays.

Un des changements majeurs applicables à la classification de ces décès (voir la **figure 10** ci-dessous) consiste à classer dans la catégorie des décès de cause indéterminée les cas où une enquête complète n'a donné lieu à aucune conclusion définitive. Auparavant, de nombreuses administrations chargées d'enquêter sur les décès s'étaient fiées à un document publié en 2005 par la National Association of Medical Examiners et avaient commencé à employer le terme souvent ambigu « mort subite inattendue ou inexpliquée du nourrisson » [Sudden Unexpected/Unexplained Death] sur le certificat de décès. Le CEDE5A n'utilise plus ce terme.

Figure 10 – Classification des décès de nourrissons

	Résultats de l'autopsie	Résultats de l'enquête	Cause du décès inscrite sur le certificat de décès	Mode de décès
1	L'autopsie révèle une cause de décès évidente (p. ex. pneumonie ou blessure à la tête)	Les constatations sont variables et peuvent révéler la cause ou le mode de décès.	La cause reflète les conclusions de l'autopsie.	Le décès est classé selon les conclusions de l'autopsie et les circonstances.
2*	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Aucune question préoccupante n'a été soulevée pendant l'enquête complète. - Le nourrisson a été découvert en décubitus dorsal ou ventral. - Il n'y a aucune preuve évidente de facteurs de risque liés au sommeil**. - Le nourrisson a pu être exposé à la fumée secondaire ambiante ou dans l'utérus.	Ia – Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	Mort naturelle
3A	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Des facteurs de risque liés au sommeil sont présents**. Il peut y avoir ou non des facteurs de risque sociaux***.	Ia – Décès de mode indéterminé Ib – Environnement de sommeil non sécuritaire (description entre parenthèses) ---OR---	Décès de mode indéterminé
3B	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Le décès ne correspond pas à la définition du syndrome de mort subite du nourrisson. Il n'y a aucun facteur de risque lié au sommeil**. Des facteurs de risque sociaux peuvent être présents***.	Ia – Décès de mode indéterminé Ib –	Décès de mode indéterminé
4t	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Résultats d'enquête : - Le diagnostic différentiel révèle la possibilité d'une blessure non accidentelle (p. ex. fracture en voie de guérison ou ecchymoses). - Un autre enfant de la famille est décédé dans des circonstances douteuses. - On a fait des découvertes toxicologiques importantes pour lesquelles il n'existe aucune explication adéquate.	Ia – Décès de mode indéterminé Ib – II –	Décès de mode indéterminé

References: figure 10

** Voici quelques exemples de facteurs de risque liés au sommeil :

- Partager un lit avec une autre personne ou un animal (adulte, enfant, tout-petit, chat, chien, etc.);
- Dormir sur une surface de sommeil inadéquate pour un nourrisson (parc d'enfant ou lit de bébé non approuvé, lit d'adulte, lit d'eau, divan, porte-bébé ou siège d'auto);
- Dormir dans un environnement encombré (p. ex. couvertures, jouets ou tout objet pouvant causer l'asphyxie).

*** Voici quelques exemples de facteurs de risque sociaux :

- Intervention précédente d'une société d'aide à l'enfance; historique abondant de problèmes de santé mentale chez les tuteurs; violence familiale; consommation d'alcool ou de drogues chez les tuteurs; résultats d'enquête inquiétants, mais non concluants (p. ex. récits contradictoires par rapport aux circonstances entourant le décès).
- Ces facteurs de risque ne seront pas inscrits sur le certificat de décès.

* La catégorie 2 regroupe les décès qui correspondent à la définition du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN):

- Définition : Le syndrome de mort subite du nourrisson désigne le décès subit d'un bébé de moins d'un an qui demeure inexpliqué après une enquête approfondie, laquelle doit comprendre :
 - une autopsie complète (y compris des examens toxicologiques et du squelette complets);
 - un examen des circonstances du décès :
 - Review of the circumstances of death
 - Examination of the death scene
 - Police investigation
 - Review of the clinical history

Le décès ne sera pas classé dans la catégorie 2 si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents :

- ne correspond pas à la définition de SMSN;
- présence de facteurs de risque liés au sommeil (voir description ci-dessus);
- présence de facteurs de risque sociaux (voir description ci-dessus);
- découvertes anatomiques ou toxicologiques qui n'expliquent pas la cause du décès, mais qui pourraient être le résultat de mauvais traitements, selon un diagnostic différentiel, et pour lesquelles le tuteur de l'enfant ne peut fournir d'explications ou fournit des explications non soutenues par un témoin ou non prouvées.

Le décès est classé dans la catégorie 4 dans le cas suivant :

- Le médecin légiste a fait des découvertes anatomiques ou toxicologiques qui n'expliquent pas la cause du décès, mais qui pourraient être le résultat de mauvais traitements, selon un diagnostic différentiel, et pour lesquelles le tuteur ne peut fournir d'explications ou fournit des explications non soutenues par un témoin ou non prouvées.

Classification des décès de nourrissons du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans

En 2013, 63 % (70 sur 112) des cas de décès examinés par le CEDE5A correspondaient à des nourrissons de moins d'un an. La **figure 11** présente la classification des décès de nourrissons examinés par le CEDE5A en 2013. Il y a eu 46 % moins de décès de nourrissons examinés par le CEDE5A qu'en 2012 (70 cas examinés en 2013 contre 131 en 2012). Comme il a été mentionné plus tôt dans le rapport, la signification de cette différence est inconnue.

Figure 11 : Classification des décès de nourrissons examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) en 2013

	Résultats de l'autopsie	Résultats de l'enquête	Résultats de l'enquête Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés par le CEDE5A en 2013	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)	Notes
1	L'autopsie révèle une cause de décès évidente (p. ex. pneumonie ou blessure à la tête).	Les résultats sont variables et peuvent révéler la cause ou le mode de décès.	30	42%	25 morts naturelles 5 morts accidentelles (dont 2 liées à l'environnement de sommeil)
2	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Aucune question préoccupante n'a été soulevée pendant l'enquête complète. - Le nourrisson a été découvert en décubitus dorsal ou ventral. - Il n'y a aucune preuve évidente de facteurs de risque liés au sommeil**. - Le nourrisson a pu être exposé à la fumée secondaire ambiante ou dans l'utérus.	0	0%	
3A	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Des facteurs de risque liés au sommeil sont présents**. Il peut y avoir ou non des facteurs de risque sociaux***.	36	51%	18 environnements de sommeil non sécuritaires 18 lits partagés
3B	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Le décès ne correspond pas à la définition du syndrome de mort subite du nourrisson. Il n'y a aucun facteur de risque lié au sommeil**. Des facteurs de risque sociaux peuvent être présents***.	2	3%	1 absence de facteurs de risque liés au sommeil, mais présence de facteurs de risque sociaux 1 absence de facteurs de risque liés au sommeil et de facteurs de risque social, mais ne correspondant pas à la définition de la catégorie 2
4	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Résultats d'enquête : - Le diagnostic différentiel révèle la possibilité d'une blessure non accidentelle (p. ex. fracture en voie de guérison ou ecchymoses). - Un autre enfant de la famille est décédé dans des circonstances douteuses. - On a fait des découvertes toxicologiques importantes pour lesquelles il n'existe aucune explication adéquate.	2	3%	
		Total:	70		

L'importance de l'uniformité des définitions

La bonne compréhension et la classification efficace des morts subites et inattendues de nourrissons peuvent être entravées par un manque d'uniformité des définitions et de la terminologie. Les publications scientifiques et médicales utilisent une terminologie variable en ce qui concerne les morts inattendues de nourrissons. Les organismes d'enquête sur les décès ont souvent des approches personnalisées pour classer ces décès.

Pour une étude juste des morts inattendues d'enfants, les données doivent être recueillies dans des documents et des rapports aux définitions uniformes. La cueillette d'ensembles de données uniformément définies dans de nombreux systèmes d'enquête sur les décès permettrait une véritable analyse des principaux facteurs qui contribuent à ces décès – si les définitions ne sont pas les mêmes, il est difficile de comparer les données. Plus nous rassemblons de données sur ces morts tragiques, mieux nos partenaires de sécurité communautaire pourront élaborer des stratégies pour prévenir d'autres décès semblables.

Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)

Le système ontarien d'enquête sur les décès continue d'utiliser le terme « syndrome de mort subite du nourrisson » (SMSN) en tant que catégorie unique de mort naturelle de nourrissons, alors qu'il est possible qu'à l'avenir, une cause naturelle sous-jacente soit découverte, comme un problème cardiaque, neurologique ou métabolique. Il serait bénéfique que ces cas fassent l'objet de recherches plus poussées par la communauté scientifique pour trouver des causes sous-jacentes communes à ces décès. La valeur de la catégorisation de ces morts en tant que SMSN (c.-à-d. que le SMSN soit reconnu comme une « entité ») a été clairement démontrée par des projets de recherche ciblés. Le programme « Dodo sur le dos! », par exemple, a été très positif pour la santé publique, contribuant à une réduction des décès de 53 % (<https://www.nichd.nih.gov/SIDS/Pages/sids.aspx>). Plusieurs autres organismes font aussi des recherches dans ce domaine.

En Ontario, le SMSN ne peut être indiqué comme cause du décès que lorsqu'on a procédé à l'examen approfondi de toutes les composantes de l'enquête (notamment l'autopsie), des lieux du décès, des antécédents cliniques et des résultats de l'enquête de police. Le décès est alors examiné par le CEDE5A, qui ne l'attribue au SMSN que si un consensus a été obtenu et que le cas correspond précisément à la définition. Le CEDE5A applique rigoureusement la définition du SMSN et exclut les cas

qui présentent des divergences, aussi mineures soient-elles. Le SMSN ne peut être considéré comme la cause d'un décès que si toutes les autres possibilités ont été éliminées. Si l'enquête révèle un élément préoccupant, la cause du décès ne sera pas le SMSN. C'est une classification d'exclusion, ce qui explique pourquoi si peu de cas de SMSN ont été enregistrés en 2013.

Détermination du mode de décès

Le mode de décès de près de 60 % des cas examinés en 2013 par le CEDE5A (40 sur 70 – voir figure 11, lignes 3A, 3B et 4) était « indéterminé ».

Lorsqu'il détermine le mode de décès, le Bureau du coroner en chef utilise les définitions suivantes :

Mort naturelle : Une mort naturelle est causée soit par une maladie naturelle, soit par une complication connue de la maladie, ou encore une complication connue du diagnostic ou du traitement de celle-ci.

Mort accidentelle : Une mort accidentelle est attribuable à un incident ou à un événement fortuit.

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

Décès de mode indéterminé : Le mode de décès est indéterminé si une enquête complète n'a donné aucune indication précise quant au mode de décès ou si les indications sont aussi convaincantes pour un mode de décès que pour un autre.

Le mode de décès est déterminé grâce aux résultats de l'autopsie et d'autres enquêtes. Il arrive que les examens externe et interne menés au cours de l'autopsie ne révèlent pas de cause anatomique pouvant expliquer le décès. Cela est plus fréquent chez les nourrissons que chez les jeunes et les adultes.

Il s'agit alors d'une « autopsie négative », que l'on constate notamment dans les situations suivantes :

- Décès toxicologique;
- Trouble métabolique;
- Mort par asphyxie (obstruction des voies respiratoires);
- Maladie infectieuse;
- Cardiopathie (trouble de la conduction);
- Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Des tests complémentaires (additionnels) sont alors réalisés pour évaluer les causes potentielles de décès : examen histologique; biochimie du vitré; analyse toxicologique; examen métabolique ou analyse microbiologique visant à détecter les agents infectieux. Ces tests peuvent mettre en évidence la cause du décès et le mode de décès précis.

Il est important de vérifier les liens entre les renseignements disponibles lors d'une enquête sur un décès. Par exemple, des renseignements sur l'incident qui a mené à la mort peuvent être utiles pour évaluer les résultats de l'autopsie dans les cas de noyade. Les données d'enquête peuvent aussi aider à déterminer la cause et le mode de décès. Par exemple, une autopsie négative après un arrêt cardiaque subit observé des données d'un défibrillateur indiquant une arythmie définitive peut indiquer une mort cardiaque subite, qui est une mort naturelle. Dans les cas criminels, une enquête de police peut fournir une preuve manifeste d'obstruction des voies respiratoires, alors que l'autopsie n'a donné aucun résultat pathologique (la cause du décès étant indéterminée), ce qui signifie que le mode de décès est l'homicide.

L'établissement de la cause et du mode de décès comme indéterminés est difficile à recevoir pour les enquêteurs et les membres de la famille, étant donné qu'il ne représente pas une réelle conclusion et que d'autres causes potentielles demeurent. C'est tout particulièrement le cas dans le contexte de la réaction émotive provoquée par la mort, particulièrement celle d'un nourrisson. La constatation d'un mode de décès indéterminé découle de l'étude attentive de toutes les données disponibles et reflète de façon honnête et véritable les résultats d'une enquête approfondie. Elle ne devrait pas être considérée comme une incapacité de parvenir à une conclusion. La classification « mode indéterminé » permet un examen ultérieur qui pourrait améliorer notre compréhension et notre connaissance des décès de nourrissons.

Détermination du rôle d'un environnement de sommeil non sécuritaire

L'autopsie ne révèle habituellement rien de précis en cas d'obstruction des voies respiratoires de nourrissons, que celle-ci soit intentionnelle ou accidentelle (liée au partage du lit), ou qu'elle découle d'un environnement de sommeil non sécuritaire.

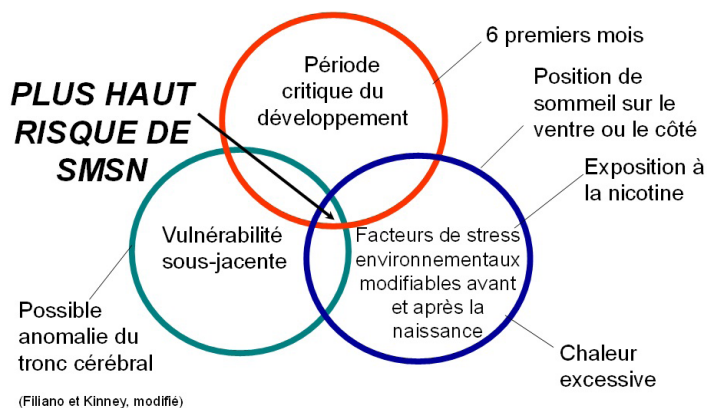
Les environnements de sommeil non sécuritaires potentiels

s'inscrivent dans un continuum qui s'étend de l'environnement sécuritaire défini, dans lequel l'enfant dort sur le dos dans un berceau bien dégagé et conforme aux règlements, aux situations de toute évidence dangereuses qui contribuent vraisemblablement de façon directe au décès. Il est difficile de déterminer de façon précise la fréquence à laquelle un environnement de sommeil non sécuritaire cause des décès de nourrissons en raison du manque de résultats pathologiques liés à l'obstruction des voies respiratoires et de la présence d'autres causes de décès potentielles. Ces contraintes rendent nécessaire l'attribution d'un mode de décès indéterminé. Cependant, l'expérience ontarienne ainsi que les données épidémiologiques indiquent que l'environnement de sommeil semble un facteur contributif dans de nombreux cas.

Prise en compte des facteurs possiblement liés au décès

Un facteur de risque est un élément associé à une mauvaise santé, une maladie ou un décès qui peut prédisposer des personnes à contracter une certaine maladie. Le SMSN a été représenté sous la forme du « modèle de triple risque », où un enfant (1) vulnérable (2) dans une période critique du développement est (3) exposé à un facteur externe qui entraîne la mort. (Kinney, H. C., et B. T. Thach. « The sudden infant death syndrome », New England Journal of Medicine, vol. 361, no 8, 2009, p. 795-805.)

Modèle de triple risque pour expliquer le SMSN



Dans la plupart des publications, les facteurs de risque acceptés associés au SMSN sont le positionnement sur le ventre, le

tabagisme durant la grossesse (et dans la période suivant l'accouchement) et la chaleur excessive. Ces facteurs externes ont été définis comme des facteurs de risque modifiables qui prédisposent le nourrisson à être directement touché par une anomalie naturelle sous-jacente.

Il n'est pas clair à quel endroit sur le continuum de sommeil sécuritaire les facteurs externes précis trouvés dans chaque enquête sur un décès passent de facteurs qui prédisposent à une mort naturelle (p. ex. SMSN) à facteurs qui contribuent directement à une mort accidentelle, c'est-à-dire une obstruction des voies respiratoires liée au partage du lit ou une suffocation sur une surface de sommeil molle. Autrement dit, nous ne connaissons pas le point exact du continuum où on passe de la mort naturelle et à la mort accidentelle.

Le CEDE5A tient compte de la contribution potentielle de l'environnement de sommeil dans le contexte de la stratification du risque (fondée sur les publications et l'expérience). Pendant l'examen de cas du CEDE5A, un environnement de sommeil non sécuritaire constaté à l'endroit du décès empêche le décès d'être classifié comme un SMSN. Tout élément trouvé sur les lieux du décès qui est susceptible de nuire à la respiration du nourrisson ou de l'amener à rester pris, à être recouvert ou à suffoquer sera considéré. On compte parmi ces éléments : les pratiques de partage du lit; les surfaces de sommeil non sécuritaires pour un nourrisson (non prévues à cet effet), notamment les matelas d'adulte, les lits d'eau, les canapés et les sièges d'auto; les jouets, couvertures ou oreillers qui encombrant un lieu de sommeil sécuritaire; ou encore un parc ou un lit de bébé non approuvé. Cela va à l'encontre des publications antérieures et des pratiques dans certains territoires et provinces, où ces décès sont classifiés comme des SMSN.

Le lien entre un environnement de sommeil non sécuritaire et la mort subite inattendue du nourrisson est connu des enquêteurs sur les décès depuis de nombreuses années. Les publications sur ce sujet, dont plusieurs parues dans la dernière année, font croître le champ de connaissances sur les décès de nourrissons. Voici deux récents articles intéressants : « Sleep Environment Risks for Younger and Older Infants » (Colvin, J. D., V. Collie-Akers, C. Schunn et coll. *Pediatrics*, vol. 134, 2014, p. e406-e412) et « Working with Families to Promote Safe Sleep for Infants 0-12 Months of Age », de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario <http://rnao.ca/bpg/guidelines/safe-sleep-practices-infants>.

Des recherches et de la documentation supplémentaires sur les environnements de sommeil au moment du décès seront nécessaires pour comprendre les causes et les effets et trouver des stratégies de prévention potentielles. Lorsqu'on estime que l'environnement de sommeil pourrait avoir contribué à la mort, il est inscrit comme facteur contributif sur le certificat médical de décès. Ces données seront saisies afin de les utiliser pour contribuer à l'élaboration de politiques de santé publique et à des recherches plus approfondies sur les environnements de sommeil non sécuritaires contribuant au décès de nourrissons, qui sont classés dans la catégorie 3A des figures 10 et 11.

Si le CEDE5A reconnaît la convention de ne pas inscrire de facteurs contributifs lorsque la cause du décès est indéterminée, il croit aussi que ces cas forment un groupe spécial qui mérite une approche unique. Le comité maintient que l'inscription de facteurs contributifs potentiels sur le certificat médical de décès est une pratique moins discriminatoire et que cette pratique tient compte de la portée de l'enquête sur le décès. Tout comme ce fut le cas avec la création d'un groupe spécial pour le SMSN, cela pourrait faciliter le repérage des décès devant faire l'objet d'études de cas supplémentaires, lesquelles enrichiront la recherche et pourraient servir à l'élaboration d'une approche de sécurité publique.

Données sur les environnements de sommeil non sécuritaires

La figure 11 montre que, dans 40 cas examinés par le CEDE5A en 2013, le mode de décès était indéterminé (catégories 3A, 3B et 4). Trente-six décès de nourrissons ont été classés dans la catégorie 3A (environnement de sommeil non sécuritaire), de sorte qu'il se pourrait qu'un environnement de sommeil non sécuritaire ait joué un rôle.

Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)

Le CEDE (cas médicaux) est un comité multidisciplinaire composé de pédiatres spécialisés en pathologie, en soins intensifs, en soins communautaires, en médecine d'urgence pédiatrique, en médecine néonatale et en cardiologie. La composition du Comité est équilibrée de façon à représenter les diverses régions de l'Ontario et comprend tous les niveaux d'établissements qui offrent des soins pédiatriques et les centres d'enseignement, dans la mesure du possible.

L'examen des cas médicaux sert à analyser et à étudier les problèmes d'ordre médical qui surviennent pendant la période précédant le décès d'un enfant, afin de bien comprendre les circonstances du décès. Les cas transmis au CEDE comprennent les décès complexes sur le plan médical qui soulèvent des questions quant aux soins médicaux et ceux dont le diagnostic, la cause ou le mode laissent planer un doute.

Processus d'examen

Pour assigner les cas, on apparie les champs de pratique et d'expertise des membres du comité aux circonstances du décès. Par exemple, un décès lié au milieu communautaire sera examiné par un pédiatre communautaire. De même, l'examen du décès d'un nouveau-né sera le plus souvent confié à un néonatalogiste. Le processus d'examen comprend l'analyse du dossier du défunt, laquelle porte habituellement sur les rapports médicaux, le rapport d'enquête du coroner, le rapport d'autopsie, le rapport de toxicologie, le rapport de police et d'autres documents pertinents, le cas échéant.

À la réunion du comité, le principal examinateur présente ses conclusions aux membres à des fins de discussion. Cela donne l'occasion de discuter des problèmes qui ont pu être soulevés durant l'examen. Le comité peut aussi élaborer des recommandations selon les résultats de l'examen. Le principal examinateur rédige par la suite un rapport final qui reflète le consensus du Comité. Le rapport, qui comprend la cause et le mode du décès, ainsi que les recommandations du comité, est remis au coroner régional principal qui a soumis le cas. Si les recommandations sont de nature systémique, le président du Comité en informe le ministère, l'organisation, l'organisme ou les personnes concernés. Enfin, on demande aux destinataires de préparer une réponse concernant l'état de la mise en œuvre

des recommandations qui leur ont été adressées dans l'année suivant leur réception.

Lorsqu'un cas présente un conflit d'intérêts potentiel ou réel pour un membre du Comité, ce membre ne participe pas à l'examen du cas en question. Par ailleurs, lorsque l'examen d'un cas requiert une expertise touchant une autre discipline, un spécialiste externe examine le cas et participe à la réunion du CEDE ainsi qu'aux discussions et à la formulation des recommandations.

Contraintes

Le CEDE est un comité consultatif qui formule des recommandations au coroner en chef par l'intermédiaire de son président. Les rapports de cas du CEDE sont rédigés pour le BCC et sont régis par la Loi sur les coroners, la Loi sur les statistiques de l'état civil, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé.

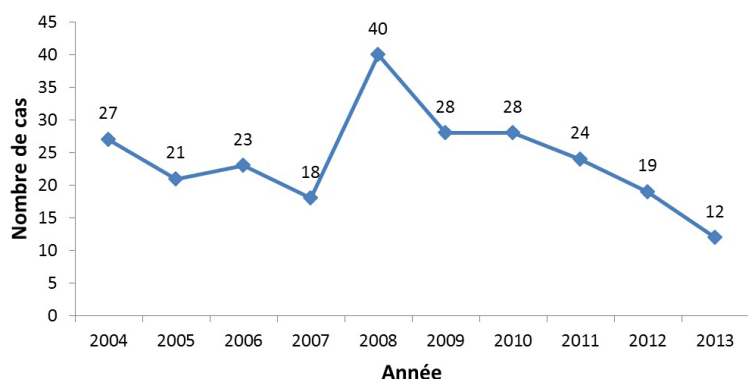
Le contenu du rapport consensuel du Comité se limite aux données dont ce dernier dispose. Des efforts sont faits pour obtenir toutes les données pertinentes, mais il est important de reconnaître que ces rapports sont produits à partir de l'examen des dossiers. Le coroner et le coroner régional principal chargés de l'enquête pourraient parfois avoir reçu des renseignements complémentaires non compris dans les rapports qui rendraient une ou plusieurs conclusions du Comité non valides.

Les recommandations sont formulées à la lumière d'un examen approfondi des circonstances de chaque décès. Il ne s'agit pas de directives d'orientation des politiques.

Analyse statistique pour le Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)

Le nombre de décès examinés par le CEDE (cas médicaux) varie d'une année à l'autre et se situe habituellement autour de 24 cas par année. La **figure 12** rend compte des examens de cas menés par le CEDE (cas médicaux) de 2004 à 2013 :

**Figure 12 : CEDE (cas médicaux)
Nombre total de cas examinés
2004-2013**



Analyse des examens de cas de 2013 du CEDE (cas médicaux)

En 2013, le CEDE (cas médicaux) a examiné 12 cas, soit 10 qui ont suscité des préoccupations relatives aux soins et 2 qui ont nécessité un examen clinique visant à établir un diagnostic et à déterminer la cause et le mode de décès. Un cas appartenait à ces deux groupes.

Parmi les 12 cas examinés, 7 concernaient des enfants de moins d'un an, 4 des enfants âgés de un à cinq ans et 1 un enfant ou un jeune âgé de 6 à 18 ans. De plus, 83 % (10) de ces enfants étaient de sexe masculin et 17 % (2) de sexe féminin.

L'un des examens n'a donné lieu à aucune nouvelle recommandation.

** Le type de processus d'examen n'est pas défini par le Comité, ce qui permet à l'établissement de soins de santé de déterminer la formule qui lui convient le mieux

Recommandations

Un des principaux avantages de l'examen par le CEDE (cas médicaux) est qu'il permet d'améliorer les systèmes médicaux par l'intermédiaire de recommandations non accusatrices visant la prévention des décès au moyen :

- de changements systémiques;
- de modification des pratiques professionnelles;
- d'une intervention en réponse aux nouvelles tendances.

Vu les critères d'aiguillage du CEDE (cas médicaux), il arrive souvent que le comité transmette des recommandations aux établissements de soins de santé. L'expertise collective du comité permet de fournir des rapports très complets qui peuvent aider les établissements à mettre en place un processus d'examen de la qualité des soins. Les constatations et les recommandations dans les rapports donnent la possibilité aux établissements de voir les possibilités d'amélioration des processus et des politiques internes afin d'éviter de tels dénouements à l'avenir. En 2013, les examens ont donné lieu à 19 recommandations.

Résumé des recommandations de 2013 du CEDE (cas médicaux)

Les 19 recommandations issues des 12 examens menés par le CEDE (cas médicaux) portaient sur les thèmes suivants et étaient destinées aux organismes nommés ci-dessous :

Organismes auxquels on a demandé de répondre aux recommandations	Thème visé par la recommandation	Nombre d'examen ayant mis le thème en évidence
Établissements de soins de santé	• Examen du décès par un processus d'examen de la qualité des soins	7**
Professionnels de la santé	• Examen de cas des leçons apprises	1
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	• Appui à l'amélioration à l'échelle du système du transport des enfants	1
Association des hôpitaux de l'Ontario		1
Organismes de réglementation des professionnels de la santé	• Problèmes liés à la pratique professionnelle	1
	• Publication d'examen de cas à des fins pédagogiques	
Membres de la famille de l'enfant	• Conduite de tests de dépistage des maladies héréditaires chez les membres de la famille	2
	• Approvisionnement en ressources pour aider la compréhension de la cause médicale du décès	2
Système d'enquête sur les décès	• Tests diagnostiques supplémentaires	1
Associations professionnelles	• Création et développement d'approches d'évaluation clinique	2

Thèmes cernés pendant les examens des cas médicaux

Des thèmes sont souvent mis en évidence dans les examens de cas individuels, mais des tendances émergent parfois lorsque des situations semblables sont observées dans d'autres examens. Au fil du temps, le CEDE (cas médicaux) a repéré et compilé un certain nombre de thèmes récurrents dans l'examen des décès d'enfants. L'avantage de l'approche thématique est que les thèmes récurrents peuvent devenir des agents de changement systémique. En effet, au cours des dernières années, de nombreuses initiatives issues des recommandations du CEDE (cas médicaux) ont permis l'amélioration des soins pédiatriques en Ontario.

Principaux thèmes associés aux examens de cas de 2013

Neuf des douze cas examinés par le CEDE (cas médicaux) en 2013 ont été associés à cinq grands thèmes; certains de ces cas touchaient plus d'un thème.

Ces thèmes concordent avec les constatations antérieures, et l'évaluation des tendances émergentes a permis de définir des cibles précises de recommandations de nature systémique plutôt que de simplement considérer les cas individuels. Voici les cinq thèmes récurrents ainsi que les problèmes connexes :

1. Traitement – Qualité des soins

Le thème du traitement et de la qualité des soins est ressorti de huit examens de cas. Les problèmes suivants ont été mis en évidence :

- Omission de prendre ou de consigner les signes vitaux;
- Non-compréhension des signes vitaux anormaux;
- Omission de mesurer les paramètres de croissance (poids, taille, circonférence de la tête) ou de les reporter sur une courbe de croissance;
- Omission d'évaluer ou de consigner l'équilibre liquidien;
- Diagnostic incorrect et interventions subséquentes inadéquates;
- Non-observance des protocoles établis;
- Non-compréhension des complications issues d'une intervention;
- Nécessité d'avoir recours à des experts en pédiatrie.

2. Diagnostic différentiel

Le thème du diagnostic différentiel est ressorti de quatre examens de cas. Les problèmes suivants ont été mis en évidence :

- Omission d'envisager d'autres diagnostics;
- Possibilité que le diagnostic d'admission n'ait pas été réévalué en raison d'un biais de confirmation d'hypothèse;
- Incapacité de reconnaître ou d'interpréter :
 - Les symptômes;
 - Les résultats des tests de laboratoire;
 - L'imagerie diagnostique;
 - La réaction du patient au traitement;
- Mauvaise évaluation des préoccupations récurrentes des parents :
 - Principalement dans le cas d'enfants qui retournent à l'établissement de santé après n'avoir pas réagi à la prise en charge initiale.

3. Documentation

Le thème de la documentation est ressorti de quatre examens de cas. Les problèmes suivants ont été mis en évidence :

- Manque de rapidité;
- Limites qualitatives et quantitatives;
- Écriture plus ou moins illisible;
- Omission de consigner la date et l'heure d'admission;
- Omission de consigner la réflexion ou le raisonnement derrière l'approche clinique.

4. Communication

Le thème de la communication est ressorti de quatre examens de cas. Les problèmes suivants ont été mis en évidence :

- Manque de communication au sujet des renseignements essentiels sur les patients :
 - Entre les membres du personnel médical au moment du transfert au sein d'un établissement de santé;
 - Entre les médecins au moment du transfert de soins;
 - Entre les informateurs clés au moment du transfert d'un établissement à un autre;
- Attention et considération insuffisantes accordées aux préoccupations exprimées par les patients ou les parents;
- Mauvaise communication des conseils ou des instructions à la sortie (transfert ou congé);

- Mauvaise évaluation des renseignements cliniques par les parents découlant d'une compréhension insuffisante ou d'un transfert d'information inefficace.

5. Transport médical

Le thème du transport médical est ressorti de deux examens de cas. Les problèmes suivants ont été mis en évidence :

- Mauvaise approche de transfert de patients gravement malades;
- Problèmes liés aux ressources pédiatriques;
- Inefficacité du transfert de dossiers;
- Problèmes de communication entre les établissements de santé au moment du transfert.

Exemple de cas médical examiné par le CEDE

Le cas présenté a été examiné par le CEDE (cas médicaux) et illustre les difficultés qui peuvent survenir dans les cas pédiatriques, ainsi que les défis que doivent relever les professionnels de la santé pour traiter ces patients.

Antécédents médicaux

L'enfant de cinq ans était actif et en santé. Le 14 août 2012, soit six jours avant d'aller à l'hôpital, il a développé une faible fièvre. Deux jours plus tard, l'enfant a commencé à tousser et à vomir, mais ces symptômes se sont atténués.

Le matin du 18 août 2012, au réveil, l'enfant s'est plaint de douleurs thoraciques et a vomi une fois. Il a été amené chez le pédiatre pour une évaluation. Celui-ci l'a examiné, a noté un pouls de 72 bpm et a prescrit de l'ibuprofène.

Le 19 août 2012, l'enfant se plaignait de douleurs thoraciques et ne se sentait pas bien, et il a été amené à l'urgence. Les premiers signes vitaux notés à 17 h étaient les suivants : pouls de 160, tension artérielle de 68/50 et fréquence respiratoire de 20. L'enfant semblait légèrement pâle, mais pas en détresse. L'examen a révélé une douleur abdominale à la pression dans le quadrant supérieur droit, sans jaunisse. Les résultats de l'examen du cœur étaient normaux. Il n'y avait pas de raideur de la nuque. Les tests de laboratoire ont donné les résultats suivants : leucocytémie de 8,4, taux d'hémoglobine de 119, numération plaquettaire de 365, pCO₂ de 17, taux de sodium de 139, taux de potassium de 5,5, taux d'azote uréique du sang de 13,8, taux de créatinine de 154, taux d'AST (aspartate aminotransférase) de 238, taux d'ALT (alanine aminotransférase) de 43. Les radiographies de l'abdomen et de la poitrine n'ont rien montré de particulier. L'enfant a été vu vers 22 h 30 par un pédiatre qui pensait qu'il avait probablement une maladie gastro intestinale accompagnée

d'un début d'hépatite.

L'enfant a été hospitalisé et a reçu des antibiotiques et des solutés par voie intraveineuse. Il a reçu deux bolus de soluté physiologique de 10 ml/kg. À 19 h 50, on a noté les signes vitaux suivants : tension artérielle de 79/51 et pouls de 86. À 23 h, sa tension artérielle était de 60/38, et il avait un pouls de 133. Vers minuit, on a noté dans l'évaluation du personnel infirmier une diminution de la production d'urine. Le pédiatre a prescrit par téléphone un autre bolus de soluté physiologique. Le relevé des signes vitaux durant la nuit ne se trouvait pas dans les renseignements fournis pour l'examen, mais il a été noté que l'enfant est demeuré en tachycardie toute la nuit. La saturation en oxygène était de plus de 94 % à l'air ambiant. À 4 h 12, la tension artérielle était de 61/33.

Événements terminaux

Vers 7 h 30 le 20 août 2012, l'état de santé de l'enfant s'est détérioré avec une tachypnée et des signes de mauvaise perfusion. Son pouls était de 170, et sa tension artérielle était faible. On lui a administré de l'oxygène à 10 l/min. Un ECG a montré une tachycardie réciproque à complexes QRS larges. CritiCall a mis le pédiatre consultant en communication avec l'hôpital de soins tertiaires à 8 h 37. Une discussion sur la prise en charge de la tachycardie à complexes larges a eu lieu. Le médecin de soins tertiaires a demandé à voir les résultats de l'ECG pour orienter la prise en charge. Les options envisagées étaient les suivantes : a) traitement de l'arythmie à l'amiodarone; b) cardioversion électrique du rythme anormal; et c) transfert de l'enfant à l'hôpital de soins tertiaires pour y recevoir d'autres soins. L'intensiviste des soins tertiaires craignait une myocardite et a fait valoir les avantages de la possibilité d'oxygénation par membrane extracorporelle si des difficultés survenaient durant le traitement de l'arythmie. Le plan initial était d'envoyer des ambulanciers paramédicaux pour faciliter le transfert vers l'établissement de soins tertiaires.

Le cardiologue des soins tertiaires a examiné la télécopie de l'ECG et a convenu que le rythme correspondait à une tachycardie à complexes larges. À 9 h 13, une nouvelle conférence téléphonique a commencé par un avis que l'état de santé de l'enfant s'était détérioré. Comme le pédiatre de l'hôpital traitant était en train d'insérer une voie de perfusion intraosseuse, il a répondu au téléphone dix minutes plus tard. Les analyses sanguines ont révélé un pH de 7,23, une pCO₂ de 22 et un taux de HCO₃ de 9. Les participants de l'hôpital de soins tertiaires à la conférence téléphonique étaient un intensiviste en cardiologie et des fellows en cardiologie et en soins aux malades en phase critique. Chaque approche de prise en charge possible a été discutée. Étant donné la détérioration de l'état de santé de l'enfant, ils ont pris la décision de l'amener en salle d'opération pour lui administrer de l'amiodarone par voie intraveineuse, en plus d'une intubation optionnelle et d'une cardioversion électrique, puis de le transférer à l'hôpital de soins tertiaires. L'équipe de soins tertiaires a mis fin à l'appel avec l'intention de rappeler 15 minutes plus tard.

L'enfant est entré en salle d'opération vers 9 h 55. Il a été intubé, puis a reçu du fentanyl et du rocuronium, ainsi qu'un bolus d'amiodarone, avant de subir une cardioversion à 1 J/kg. Son rythme cardiaque s'est détérioré jusqu'à ce qu'une activité électrique sans pouls soit constatée et un code a été lancé vers 10 h 05. Des tentatives de réanimation complète ont été faites pendant environ 60 minutes sans que la circulation redevienne spontanée. Le décès a été constaté après discussion avec l'équipe médicale de soins tertiaires, qui est demeurée en ligne durant tout le processus de réanimation.

Conclusions rétrospectives

La taille et le poids de l'enfant étaient tous deux au-dessus du 90^e percentile. Le cœur avait une masse de 128 grammes (masse normale de 85 grammes à cet âge) et présentait une cardiomégalie. L'anatomie du cœur et des vaisseaux coronaires était normale. Un examen du cœur au microscope a révélé une myocardite fulminante polymorphe accompagnée d'un infiltrat à prédominance lymphohistiocytaire et de neutrophiles et de plasmocytes isolés. Aucune cellule géante présentant un effet cytopathogène viral n'a été détectée. Une myonécrose étendue a été constatée, avec un œdème interstitiel et des foyers d'érythrocytes extravasés par endroits. Le médecin légiste a conclu que le décès était dû à une myocardite fulminante avec

arythmie réfractaire. La myocardite a probablement été causée par un virus. Rien ne suggérait un processus rhumatologique ou auto-immun sous-jacent.

Cause du décès : Myocardite virale

Mode de décès : Naturel

Commentaires et questions soulevées

1. Diagnostic

Cet enfant de cinq ans en santé a développé une myocardite fulminante. La mortalité associée à cette maladie est élevée, même avec une intervention rapide. Dans le cas présent, l'enfant a eu un prodrome viral, a développé une myocardite dont les symptômes sont apparus soudainement et une tachycardie à complexes larges et est décédé pendant la cardioversion. L'enfant s'était présenté à l'hôpital pour des vomissements sans diarrhée. Malgré l'absence de diarrhée, il n'est pas rare que ce tableau clinique soit attribué à une gastroentérite, une situation qui a fait l'objet d'un article dans le rapport annuel de 2012 du Comité d'examen des décès d'enfants.

2. Prise en charge par le pédiatre en consultation externe

Lorsque l'enfant s'est présenté pour la première fois chez le pédiatre pour des douleurs thoraciques, la fréquence cardiaque a été mesurée. Les autres signes vitaux n'ont pas été consignés dans le contexte de plainte de douleurs thoraciques. Par ailleurs, la myocardite n'est généralement pas le diagnostic primaire fait par un pédiatre qui voit un enfant se présentant avec des vomissements et des douleurs thoraciques. Les documents du pédiatre étaient difficiles à déchiffrer. Il n'y a pas eu de plan de suivi clairement énoncé.

3. Prise en charge médicale à l'hôpital

a. Salle d'urgence et première nuit d'hospitalisation

À l'urgence, on a noté que l'enfant présentait une tachycardie et une tension artérielle basse. Il y a eu une amélioration passagère en réponse aux bolus de soluté, mais sans décompensation supplémentaire de la tension

artérielle et de la fréquence cardiaque, ce qui semble avoir été attribué en grande partie à la déshydratation; en rétrospective, ces symptômes reflétaient probablement une mauvaise fonction myocardique. La tachycardie a persisté pendant la nuit et, vers 4 h, la tension artérielle était de 61/35 et le pouls, de 98. Dans les dossiers médicaux disponibles pour l'examen (les documents informatisés peuvent avoir été manquants), il y avait peu d'entrées sur les signes vitaux. Par conséquent, il est difficile d'établir si la détérioration définitive de l'état de l'enfant est survenue soudainement le matin, ou si elle a eu lieu graduellement pendant la nuit.

b. Prise en charge de la tachycardie à complexes larges

La prise en charge d'une tachycardie à complexes larges chez un enfant autrement en bonne santé est difficile, et elle est guidée par le diagnostic sous-jacent. Les enregistrements des conférences téléphoniques montrent que l'intensiviste et le cardiologue de l'hôpital de soins tertiaires ont soulevé la possibilité qu'une myocardite soit la cause sous-jacente de la tachycardie à complexes larges. Le traitement de premier recours est habituellement la cardioversion électrique pour les patients à l'état hémodynamique instable, tandis que l'amiodarone est administrée aux patients dont l'état hémodynamique est stable. Les arythmies causées par une myocardite sont difficiles à traiter, et le patient risque de décéder durant le traitement.

Il a été envisagé de transférer le patient à l'hôpital de soins tertiaires avant la cardioversion de la tachycardie à complexes larges, mais sa détérioration rapide a forcé un changement de l'approche de prise en charge. L'enregistrement montre que l'équipe de soins tertiaires a d'abord perçu l'état de santé de l'enfant comme étant meilleur que ce que l'examen du dossier médical permettait de conclure. L'état hémodynamique du patient a été décrit comme stable, en contraste avec l'état clinique inscrit dans les documents examinés. Cela a probablement influencé l'approche initialement planifiée. Si les médecins consultants avaient été pleinement conscients du tableau clinique, le transfert à la salle d'opération aurait pu avoir lieu plus tôt, mais il n'y avait pas de constatations indiquant que cela a influencé le résultat.

Recommandations

1. 1L'hôpital devrait entreprendre un examen pour évaluer la qualité des soins prodigués à cet enfant ainsi que sa prise en charge durant les visites à l'urgence et l'hospitalisation en août 2012 (selon la formule qu'il préfère).
 - a. L'examen devrait porter sur les médecins et le personnel infirmier des services de pédiatrie et de médecine d'urgence (au minimum) et sur le pédiatre communautaire (qui est intervenu dans les jours précédant le décès).
 - b. L'examen pourrait aussi porter sur les aspects suivants :
 - i. Approche de prise en charge d'un enfant qui vomit afin de considérer les occasions d'apprentissage potentielles pour aider à différencier une gastroentérite virale des autres causes de vomissements moins fréquentes;
 - ii. Approche de prise et de consignation des signes vitaux pour un enfant dont l'état clinique est mauvais;
 - iii. Approche de prise en charge d'un enfant dont les signes vitaux demeurent considérablement anormaux, ce qui comprend :
 1. l'approche en matière d'évaluation pédiatrique directe;
 2. le seuil à partir duquel le personnel infirmier doit communiquer avec le pédiatre.

Comité d'examen des décès d'enfants (Sociétés d'aide à l'enfance)

En Ontario, les services de bien-être de l'enfance sont offerts par 46 sociétés d'aide à l'enfance (SAE), dont 7 sont des organismes autochtones désignés. Chaque SAE est un organisme indépendant sans but lucratif dirigé par un conseil d'administration et financé par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ).

Conformément aux politiques du BCC, les coroners de l'Ontario font enquête sur tous les décès d'enfants où l'enfant, le jeune ou la famille ont reçu des services d'une SAE dans les 12 mois précédant le décès. En 2006, le BCC et le MSEJ ont signé une directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants en Ontario, laquelle décrit le processus à suivre par les SAE en cas de décès d'enfant où l'enfant, le jeune ou la famille avaient reçu des services dans les 12 mois précédents (pour en savoir plus, consulter l'annexe A).

Le processus décrit dans la directive génère trois ensembles de renseignements pouvant être utiles aux SAE, au gouvernement et au public. Ces données sont issues de :

- l'enquête du coroner;
- les rapports de la SAE en lien avec les décès;
- les examens du CEDE (SAE) réalisés dans certaines circonstances

Le présent rapport annuel propose une analyse de ces renseignements visant à appuyer la sécurité publique fondée sur les données par les méthodes suivantes :

- comparaison des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE avec les autres décès d'enfants;
- réalisation d'une analyse des données sur les décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE;
- formulation de recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Par le passé, la section du CEDE (SAE) du rapport annuel était centrée sur une analyse des examens de cas du CEDE. Il y aurait toutefois plus à apprendre de l'ensemble des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE à l'aide des données fournies par les SAE en lien avec ces décès

Le CEDE (SAE) et le BCC croient que ces données aideront à mieux comprendre les décès d'enfants où il y a eu intervention

d'une SAE en Ontario. Il est à espérer que cette analyse supplémentaire aidera les SAE, les responsables des politiques, les chercheurs et le public à mettre en évidence des domaines pertinents et à élaborer des stratégies et des politiques visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Quelques mots sur les données...

Il existe plusieurs facteurs à prendre en considération relativement aux données disponibles pour l'analyse du CEDE, notamment les suivants :

- Les données sont en majeure partie recueillies par les coroners de la province. Il se peut que des limites relatives à l'uniformité et à la confirmation de certaines données nuisent à l'analyse.
- Les données fournies par les diverses SAE au CEDE ont été présentées sous différentes formes. L'établissement d'un ensemble de définitions normalisées ainsi que d'un format unique favoriserait la collecte des données et leur uniformité.
- Il n'existe pas de données de comparaison d'autres sources. Les données des autres sources sont recueillies en fonction de différents paramètres selon les besoins de l'organisation. Certaines des données nécessaires à une comparaison efficace ne sont pas disponibles, tandis que d'autres ensembles de données sont incomplets, ou ont été produits d'une manière incompatible avec les données recueillies par le BCC et le CEDE.
- Les enquêtes sur les décès d'enfants sont des processus complexes qui peuvent prendre beaucoup de temps. Certains des cas survenus en 2013 étaient toujours à l'étude au moment de la rédaction du présent rapport, de sorte que quelques ensembles de données sont incomplets.
- Les pratiques de déclaration manquent d'uniformité d'une SAE à l'autre en raison de différences d'interprétation de la directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants. Par exemple, certaines SAE déclarent les décès de jeunes de plus de 18 ans s'ils reçoivent des prestations du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés).

Le BCC collabore actuellement avec le secteur du bien-être de l'enfance et le MSEJ en vue de résoudre plusieurs de ces difficultés.

Quelques mots sur l'analyse statistique...

Le test du chi carré a été utilisé pour déterminer la validité de l'ajustement, soit la « proximité » entre les taux de décès d'enfants observés et les taux attendus chez l'une ou l'autre de deux populations normalisées – les enquêtes sur les décès d'enfants des coroners et l'ensemble des décès d'enfants en Ontario. Dans d'autres cas, un test exact de Fisher a été utilisé pour analyser le lien entre deux variables.

Dans certains cas, aucune analyse statistique n'a pu être réalisée en raison de limites associées à la nature des données, à la taille des populations ou encore à des problèmes touchant les données, comme il a été mentionné précédemment.

Le BCC commence tout juste la transition vers la sécurité publique fondée sur les données. Dans la présente section du rapport annuel, des analyses statistiques de base ont été utilisées pour appuyer la présentation des données disponibles. D'autres analyses seront réalisées plus tard.

Comparaison entre les décès d'enfants avec intervention d'une SAE et les autres décès d'enfants survenus en Ontario

En 2013, 1 083 enfants (de 0 à 18 ans) sont décédés en Ontario. Parmi ces décès, 35 % (382 décès) remplissaient les critères pour justifier une enquête du coroner, tandis que la majorité d'entre eux (65 %, soit 701 décès) ne les remplissaient pas.

Des 382 décès examinés par les coroners, 96, soit 25 %, avaient été déclarés par une SAE au CEDE (SAE)¹.

Ces données concordent avec celles des années précédentes.

Le MSEJ ne surveille pas le nombre de personnes qui reçoivent des services d'une SAE, mais plutôt le nombre de familles. Il est donc impossible de déterminer si le taux de décès d'enfants en Ontario est identique ou non au taux de décès d'enfants dans la population des enfants et des jeunes recevant des services d'une SAE.

Quelques mots sur les morts naturelles...

Conformément aux politiques du BCC, les coroners de l'Ontario enquêtent sur tous les décès d'enfants où l'enfant, le jeune ou la famille ont reçu des services d'une SAE dans les 12 mois précédents. Ainsi, certains cas qui n'auraient d'ordinaire pas répondu aux critères justifiant une enquête d'un coroner sont examinés uniquement en raison de l'intervention d'une SAE, par exemple les morts naturelles survenues en milieu hospitalier dans des circonstances normales. En 2013, 20 enquêtes de coroners appartenaient à cette catégorie. Ces décès ont été exclus de certaines des analyses du présent rapport pour permettre une meilleure comparaison avec la population générale des enquêtes de coroners sur des décès d'enfants (qui ne comprennent pas les morts naturelles survenues en milieu hospitalier en l'absence d'autres préoccupations). Dans certains cas, le nombre total d'enquêtes de coroners sur des décès d'enfants présenté est donc de 362, et le nombre de décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE, de 76.

1. Nous n'avons pas encore reçu de fiche de signalement et sommaire du cas pour trois des décès survenus en 2013; ils sont comptés dans les cas en attente, mais certains calculs s'appuient sur un nombre total de 93 cas plutôt que de 96.

Comparaison entre les décès examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une SAE et les autres décès examinés par un coroner – Âge et sexe

L'association entre le sexe masculin ou féminin des enfants dont le décès a été examiné par un coroner et l'intervention ou non d'une SAE n'était pas statistiquement significative². Autrement dit, il n'y avait aucune relation significative entre le sexe et l'intervention antérieure d'une SAE pour les décès ayant fait l'objet d'une enquête d'un coroner.

La **figure 13** illustre la distribution par groupe d'âge des décès d'enfants survenus en Ontario comparativement aux décès examinés par un coroner, avec et sans intervention d'une SAE.

Le nombre de décès où il y a eu intervention d'une SAE a été comparé au nombre d'enquêtes de coroners sans intervention, par groupe d'âge³. La distribution des décès où il y a eu intervention d'une SAE divergeait de ce à quoi on s'attendrait si les deux populations – soit les décès examinés par un coroner, avec et sans intervention d'une SAE – étaient identiques.

L'analyse des données de 2013, dans le contexte des limites mentionnées précédemment, a montré que les enfants décédés de 5 à 9 ans étaient plus susceptibles et les jeunes décédés de 15 à 18 ans, moins susceptibles, d'avoir reçu des services d'une SAE avant leur décès par rapport aux autres groupes d'âge. On ignore toutefois la signification de ce résultat, étant donné que de nombreuses variables pourraient y avoir contribué. Des recherches supplémentaires devront donc être effectuées.

La **figure 14** montre que la distribution régionale des décès d'enfants et de jeunes en Ontario est pratiquement identique à la distribution des enfants et des jeunes. L'analyse des données disponibles révèle toutefois qu'il existe une différence significative entre le nombre de décès où il y a eu intervention d'une SAE et le nombre total de décès d'enfants et de jeunes dans chaque région⁴.

Figure 13 : Distribution par groupe d'âge des décès en 2013

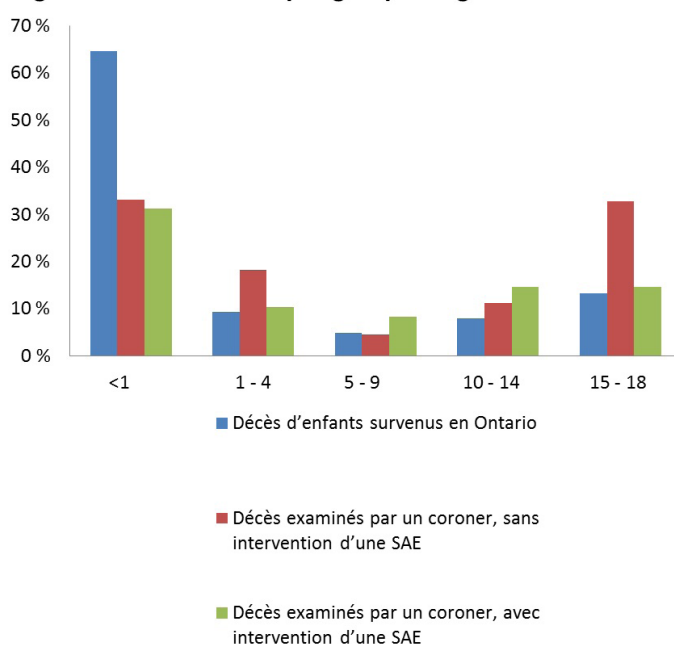
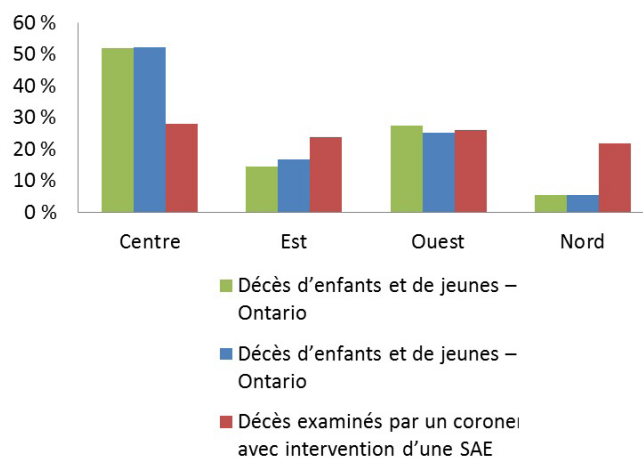


Figure 14 : Distribution régionale des décès d'enfants en Ontario en 2013



* La région du Centre du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels comprend Toronto.

2. Un test exact de Fisher a été effectué : $p = 0,15$.

3. Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(4, N = 362) = 19,12, p < 0,001$.

4. Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(3, N = 1179) = 59,86, p < 0,001$.

Il semble survenir un plus grand nombre de décès où il y a eu intervention d'une SAE dans le Nord comparativement au nombre total de décès d'enfants. En effet, 5 % des décès d'enfants et de jeunes survenus en Ontario se sont produits dans le Nord, comparativement à 22 % des décès où il y a eu intervention d'une SAE.

Cette apparente surreprésentation des décès d'enfants et de jeunes dans le Nord pourrait être attribuable à différents facteurs, par exemple une moins bonne santé, des obstacles à l'accès aux soins de santé et les taux de mortalité plus élevés associés aux régions éloignées. D'après les données disponibles, 71 % des décès où il y a eu intervention d'une SAE survenus dans le Nord étaient des enfants et des jeunes autochtones. Sans données de comparaison sur le nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent les services d'une SAE dans les diverses régions, il est impossible de déterminer si ces données reflètent un taux d'intervention plus élevé dans le Nord ou une combinaison d'autres variables.

Soulignons que 13 % des enquêtes de coroners sur des décès d'enfants ont eu lieu dans le Nord, soit plus que le pourcentage de décès d'enfants (5 %), mais moins que le pourcentage de décès où il y a eu intervention d'une SAE (22 %) dans cette région. Ce résultat pourrait signifier que le pourcentage supérieur de décès où il y a eu intervention d'une SAE enregistré dans le Nord découle d'une combinaison de facteurs.

Comparaison entre les cas examinés par un coroner avec intervention d'une SAE et les autres cas examinés par un coroner – Mode de décès

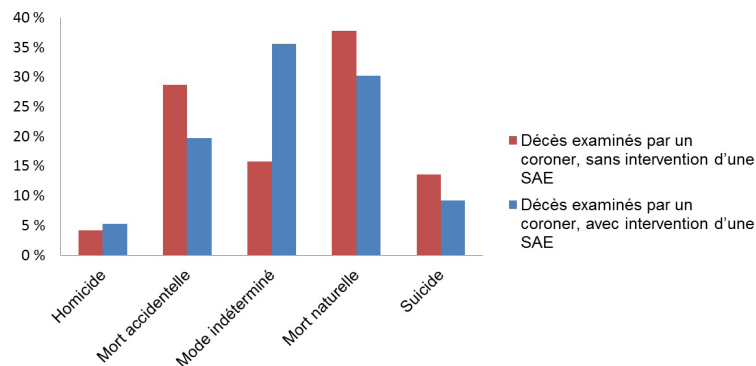
Le mode de décès indique de quelle façon les enfants et les jeunes décèdent en Ontario. Si le bien-être des enfants et des jeunes, avec ou sans intervention d'une SAE, était égal partout en Ontario, on s'attendrait à ce que le nombre de décès d'enfants de chacun des modes soit le même dans chaque catégorie.

Il est admis que ce sont les enfants et les jeunes vulnérables qui reçoivent les services des SAE. Le mode de décès peut offrir

des renseignements précieux sur l'impact des services offerts, mais il ne peut pas servir d'indicateur unique de l'efficacité des services à l'exclusion des nombreux autres indicateurs, étant donné que les SAE œuvrent dans un contexte global comprenant un certain nombre de variables, et qu'elles ne sont habituellement pas le seul fournisseur de services qui travaille auprès de ces enfants et ces jeunes.

Une différence significative a été observée entre le nombre de décès où il y a eu intervention d'une SAE et le nombre de décès examinés par un coroner sans intervention d'une SAE, par mode de décès⁶. La figure 15 montre que les morts naturelles, les homicides, les suicides et les morts accidentelles n'étaient ni plus, ni moins probables lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avait reçu des services d'une SAE. Toutefois, les décès de mode indéterminé semblaient plus prévalents dans ce groupe.

Figure 15 : Mode de décès déterminé par les enquêtes de coroners en 2013, avec ou sans intervention d'une SAE

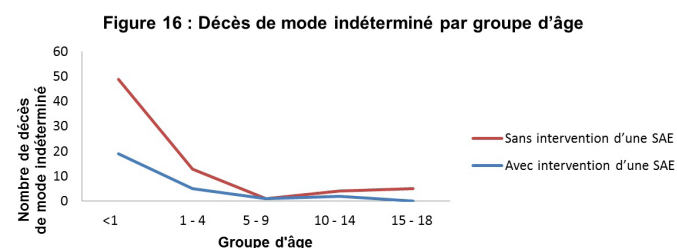


5. Comité d'étude des services de santé dans les collectivités rurales et du Nord. Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord : Résumé, 30 mars 2011. Sur Internet : http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/exec_summary_rural_northern_EN.pdf

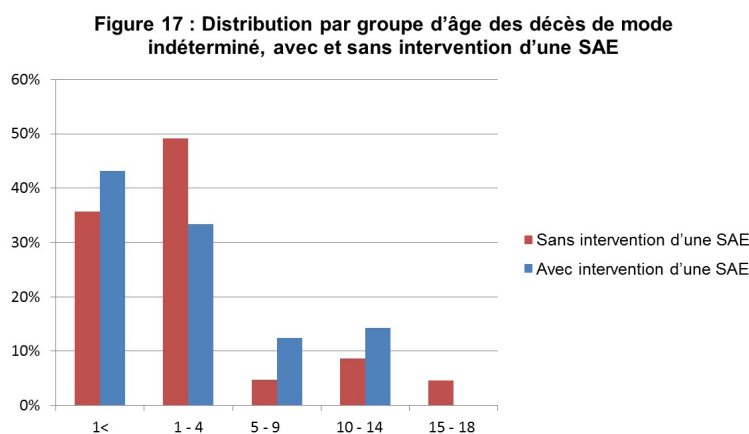
6. Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(4, N = 362) = 23,47, p < 0,001$.

Que savons-nous des décès de mode indéterminé?

Après une enquête complète, comprenant une autopsie, un examen des antécédents médicaux et une évaluation du lieu de décès, s'il n'est toujours pas possible de déterminer la cause précise du décès, ou s'il y a au moins deux causes possibles, le décès est dit de mode indéterminé. La plupart des décès d'enfants de cette catégorie surviennent avant l'âge de un an, avec une proportion plus faible d'enfants de moins de cinq ans et un nombre encore plus restreint d'enfants plus âgés (voir figure 16).



La figure 17 montre les pourcentages de décès de mode indéterminé par groupe d'âge, avec et sans intervention d'une SAE. Aucune différence significative associée à l'intervention d'une SAE pour la distribution des décès de mode indéterminé par groupe d'âge n'a été observée⁷.



Présence de facteurs de risque liés au sommeil pouvant avoir contribué aux décès de mode indéterminé

En 2013, des facteurs de risque liés au sommeil ont été mis en évidence dans 51 % (37) des 72 décès de mode indéterminé. Dans 38 % (14) de ces cas, une SAE était intervenue auprès de l'enfant, du jeune ou de sa famille au cours des 12 mois précédents, alors qu'il n'y avait eu aucune intervention dans 62 % (23) des cas.

Il n'y avait aucune différence significative entre les populations auprès desquelles une SAE était intervenue et les autres quant à la mise en évidence de facteurs de risque liés au sommeil⁸.

Ce résultat est particulièrement important : au fil des ans, le CEDE (SAE) a émis plusieurs recommandations aux SAE concernant la formation du personnel et des familles en matière de pratiques de sommeil sécuritaire; en réponse, les SAE ont amélioré leur offre de formation et fourni des ressources et des outils supplémentaires aux familles dans le but de prévenir les décès dans des environnements de sommeil non sécuritaires.

Un grand nombre de variables doivent être prises en compte dans l'interprétation de ce résultat. Par exemple, les SAE ne sont pas les seules organisations à faire la promotion des environnements de sommeil sécuritaires auprès des communautés. On ignore l'effet propre aux pratiques des SAE sur le nombre de décès d'enfants dans des environnements de sommeil non sécuritaires; toutefois, l'absence d'une différence significative entre les décès avec et sans intervention d'une SAE laisse croire que les pratiques des SAE pourraient avoir contribué à la prévention globale des décès auxquels des facteurs liés à un environnement de sommeil non sécuritaire pourraient avoir contribué.

7. Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables n'était pas significative, $\chi^2(4, N = 118) = 7,21, p = 0,13$.

8. Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables n'était pas significative, $p = 1,00$.

Décès avec intervention d'une SAE en 2013 – Situation des enfants et des jeunes

Dans environ 85 % des cas de 2013 où l'enfant, le jeune ou la famille avaient reçu des services d'une SAE, l'enfant ou le jeune décédé n'avait pas été pris en charge par une SAE.

- Dans 77 % (72) des cas, l'enfant habitait à la maison, avec un parent ou un tuteur (aucun placement par une SAE).
- Dans 1 % (1) des cas, l'enfant avait été placé en établissement en vertu d'une ordonnance de surveillance.
- Dans 15 % (14) des cas, l'enfant ou le jeune avait été pris en charge par une SAE – 11 étaient des pupilles de la Couronne et 1 une pupille d'une société, 2 faisaient l'objet d'ententes relatives à des soins temporaires. Sur les 14, 4 avaient été placés en établissement.
- Dans 2 % (2) des cas, les jeunes de 18 ans et moins vivaient de façon autonome avec le soutien du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (Programme SSCJ, anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés).

Les renseignements fournis par les SAE dans les fiches de signalement et sommaires du cas aident à mieux comprendre les circonstances entourant les décès d'enfants et de jeunes.

Que disent les données disponibles?

- Environ 70 % des enfants et des jeunes décédés ayant reçu des services d'une SAE avaient un dossier ouvert au moment de leur décès (voir **figure 18**).
- Plus de 30 % des enfants et des jeunes étaient à risque élevé au moment de leur décès (voir **figure 19**). Les Normes de la protection de l'enfance en Ontario publiées en février 2007 prévoient ce qui suit : « Les cas qui ont reçu une évaluation de risque élevé ou très élevé ou dans lesquels le plan de sécurité est géré et l'enfant continue d'habiter au domicile devraient bénéficier de visites plus fréquentes (fréquence des visites). » (norme no 10, p. 73). Selon les exigences des normes, dans ces cas, la SAE serait probablement intervenue assez souvent auprès de la famille avant le décès.

Figure 18 : État du dossier au moment du décès – Cas avec intervention d'une SAE en 2013

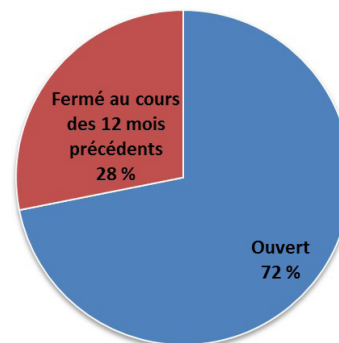
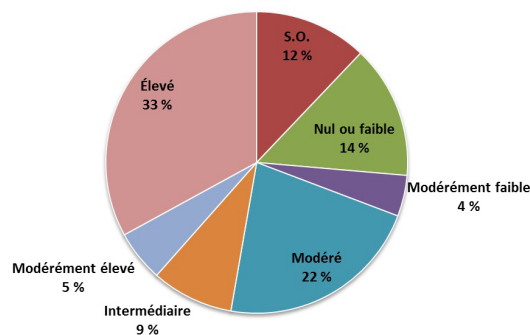


Figure 19 : Niveau de risque global au moment du décès ou de la fermeture du dossier – Cas avec intervention d'une SAE – 2013

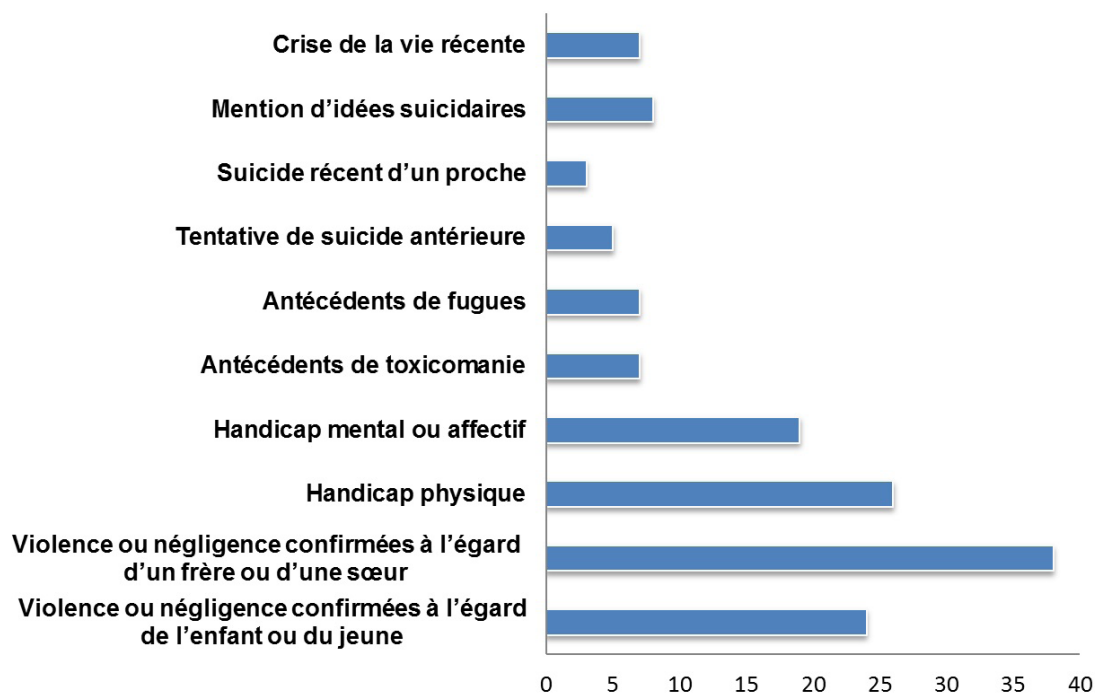


- Le facteur de vulnérabilité le plus souvent signalé était la violence ou la négligence confirmée à l'égard de l'enfant ou du jeune ou d'un frère ou d'une sœur (voir **figure 20**). Parmi les rapports des SAE sur les décès d'enfants ou de jeunes en 2013, 26 % faisaient état de violence ou de négligence confirmées à l'égard de l'enfant ou du jeune décédé, tandis que 41 % faisaient état de violence ou de négligence confirmées à l'égard d'un frère ou d'une sœur. Dans 17 % des cas, ces deux facteurs de vulnérabilité étaient présents.
- Les handicaps arrivaient au second rang des facteurs de vulnérabilité les plus courants (voir figure 20). Parmi les enfants et les jeunes décédés, 27 % étaient atteints d'un handicap physique, et 20 % d'un handicap mental ou affectif. Dans 13 % des cas, ces deux facteurs de vulnérabilité étaient présents.
- Il a été déterminé que le suicide avait été le mode de décès de sept enfants et jeunes recevant des services d'une SAE, dont cinq Autochtones. Les fiches de signalement et

sommaires du cas des SAE faisaient état de trois facteurs de vulnérabilité soupçonnés ou avérés en lien avec le suicide – tentative antérieure, suicide récent d'un proche et mention d'idées suicidaires. Pour trois des sept jeunes, plus d'un de ces facteurs était présent. Deux avaient déjà fait des tentatives de suicide, deux avaient récemment perdu un proche qui s'était suicidé, et deux avaient mentionné avoir des idées suicidaires.

Bien que les renseignements fournis par les SAE au décès d'un enfant ou d'un jeune soient précieux, étant donné qu'ils mettent souvent en évidence des facteurs de vulnérabilité précis, il pourrait y avoir d'autres facteurs de risque dont la directive conjointe ne tient pas compte. Ces données ne sont donc pas recueillies de façon normalisée, bien que ces éléments soient considérés comme étant des facteurs de risque potentiels pour les enfants et les jeunes en Ontario.

Figure 20 : Facteurs de vulnérabilité avérés – Cas avec intervention d'une SAE – 2013



Décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une SAE examinés par le BCC en 2013

La quantité limitée de données accessibles au BCC sur les enfants et les jeunes autochtones recevant des services d'une SAE nuit à la capacité du BCC d'entreprendre une analyse significative des décès de ces jeunes. Il se peut qu'un coroner, qui se base principalement sur les renseignements trouvés dans le cadre de son enquête (provenant notamment de membres de la famille, de fournisseurs de services communautaires et de services policiers), ne sache pas qu'un enfant ou un jeune est autochtone. Il est donc difficile de déterminer le nombre réel d'enfants et de jeunes autochtones dont le décès a fait l'objet d'une enquête du BCC en 2013. En outre, le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des soins d'une SAE est peu élevé, ce qui empêche toute analyse statistique utile. Les données provenant d'autres sources ont également leurs limites (p. ex. les SAE n'indiquent pas l'ethnicité).

Les données disponibles ont été fournies; toutefois, vu les limites susmentionnées, il est impossible d'en tirer des conclusions instructives. À l'avenir, le BCC et le CEDE (SAE) espèrent que la qualité et l'accessibilité des données sur les enfants et les jeunes autochtones seront améliorées en vue de permettre des analyses qui pourront orienter l'élaboration de stratégies de prévention ciblant les enfants et les jeunes autochtones.

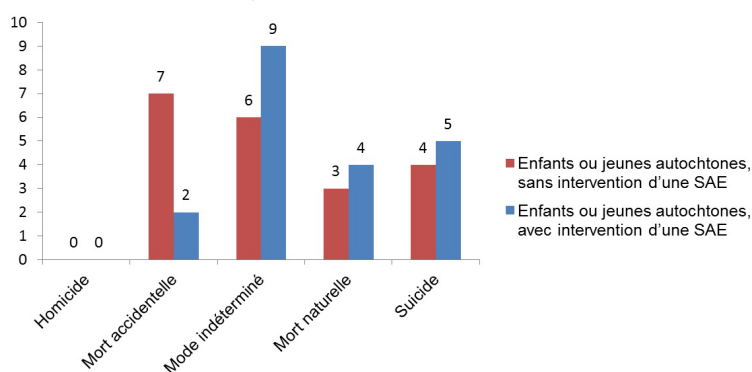
Que disent les données disponibles?

- Des 37 enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants et de jeunes autochtones, 17 (46 %) visaient des personnes ayant reçu des services d'une SAE dans les 12 mois précédents.
- Des 21 personnes décédées dans la région du Nord où une SAE était intervenue auprès de l'enfant, du jeune ou de la famille dans les 12 mois précédents, 15 (71 %) étaient des enfants ou des jeunes autochtones.
- Des 17 enfants et jeunes autochtones ayant reçu des services d'une SAE, 10 avaient fait affaire avec un organisme autochtone désigné, tandis que les 7 autres avaient reçu des services d'une SAE non autochtone.
- Du nombre total (16) d'enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants et de jeunes pris en charge par une SAE ou recevant des prestations du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés), 3 visaient

des enfants ou des jeunes autochtones. Aucune des pupilles de la Couronne (11) décédées en 2013 n'était autochtone.

- Le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une SAE (37) est trop faible pour permettre l'analyse par mode de décès. La **figure 21** illustre les renseignements disponibles à ce sujet.

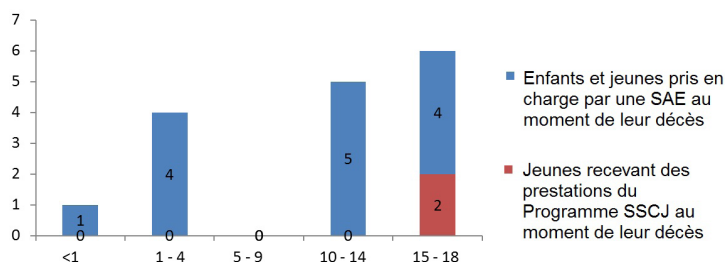
Figure 21 : Modes de décès des enfants et des jeunes autochtones en 2013, avec et sans intervention d'une SAE



Enfants ou jeunes pris en charge par une SAE ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès

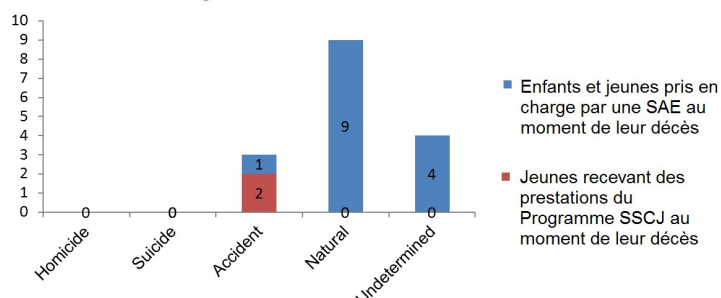
La **figure 22** illustre la distribution par groupe d'âge des 14 enfants et jeunes pris en charge par une SAE et des 2 jeunes recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès. Les enfants et les jeunes décédés étaient âgés de 2 mois à 18 ans.

Figure 22 : Distribution par groupe d'âge des enfants et des jeunes décédés pris en charge par une SAE ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès en 2013



La **figure 23** montre les modes de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une SAE ou recevant des prestations du Programme SSCJ.

Figure 23 : Mode de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une SAE ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès



Examens du CEDE (SAE) portant sur des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE en 2013

Tous les décès d'enfants sont tragiques, et ils sont habituellement le résultat de différents facteurs contributifs; à l'occasion, l'action ou l'inaction des fournisseurs de soins (p. ex. un membre de la famille ou le système de bien-être de l'enfance)

peuvent avoir joué un rôle dans les circonstances qui conduisent au décès. Le CEDE (SAE) examine ces circonstances et émet des recommandations, au besoin, à l'intention du secteur des soins de santé, des systèmes de bien-être de l'enfance ou d'autres intervenants, dans le but de prévenir des décès d'enfants ou d'améliorer les services et les soins offerts aux familles. En examinant ces cas sans chercher de coupable, nous croyons pouvoir apprendre de ces décès et améliorer la vie des enfants de demain.

Signalements reçus par le CEDE (SAE) en 2013

Les cas signalés au CEDE (SAE) ne sont habituellement pas examinés la même année civile; les décès examinés sont donc survenus sur plusieurs années. Ce délai est attribuable à différents facteurs, notamment la complexité de l'enquête, le temps consacré à d'autres examens (p. ex. CEDE5A), le nombre de cas et la conduite simultanée d'autres enquêtes ou procédures parallèles, y compris dans le système de justice pénale.

En 2013, conformément à la directive conjointe, les SAE ont signalé au CEDE 96 décès d'enfants ou de jeunes de 0 à 18 ans où l'enfant, le jeune ou la famille avaient reçu des services d'une SAE dans les 12 mois précédant le décès. Ces cas en sont à différentes étapes du processus d'examen du CEDE.

Figure 24 : État du dossier d'examen du CEDE sur les décès survenus en 2013 où il y a eu intervention d'une SAE

État	Nombre de cas
Clos L'équipe de gestion du CEDE a examiné le dossier, et aucun examen complet du CEDE n'est prévu. Les circonstances entourant le décès n'ont aucun lien avec les raisons des services ou de l'intervention de la SAE.	63 (66 %)
En attente de décision Un cas peut être en attente d'une décision concernant l'examen du CEDE s'il manque des renseignements ou si d'autres enquêtes ou des procédures criminelles sont en cours.	9 (9 %)
Examen complet du CEDE à effectuer Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE effectuera un examen complet du cas.	18 (19 %)
Examen complet du CEDE effectué Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE	6 (6 %)

Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2013

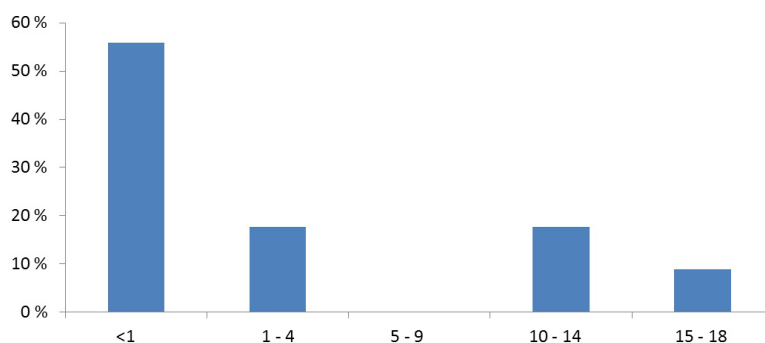
En 2013, suivant le processus décrit dans l'organigramme de l'annexe A, le CEDE (SAE) s'est penché sur le décès de 34 enfants et jeunes qui avaient reçu des services d'une SAE au cours des douze mois précédents. Aucun de ces décès n'était survenu en 2013. La **figure 25** précise l'année de décès pour les 34 cas examinés.

Figure 25 : Année de décès pour les cas examinés par le CEDE en 2013

Année de décès	Cas examinés par le CEDE
2008	2
2009	0
2010	4
2011	9
2012	19
TOTAL	34

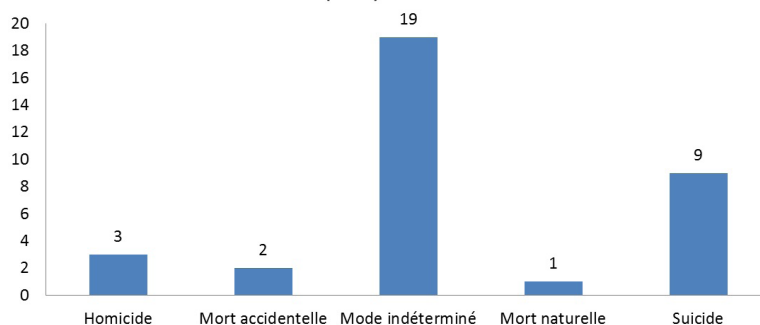
Dix-huit des enfants et des jeunes étaient de sexe masculin (53 %), et 16 de sexe féminin (47 %). Les enfants et les jeunes étaient âgés d'un mois à 17 ans. Par le passé, une proportion supérieure des examens du CEDE (SAE) portait sur des décès d'enfants de moins d'un an et d'adolescents. La **figure 26**, qui illustre la distribution par groupe d'âge des cas examinés, montre que le CEDE (SAE) a continué de se concentrer sur les décès d'enfants de moins d'un an et d'adolescents en 2013.

Figure 26 : Distribution par groupe d'âge des cas examinés en 2013 par le CEDE (SAE)



La **figure 27** résume le mode de décès des enfants et des jeunes dont le cas a été examiné par le CEDE (SAE) en 2013.

Figure 27 : Mode de décès des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2013



La distribution des modes de décès des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2013 était différente de celle des cas avec intervention d'une SAE examinés par un coroner (voir **figure 28**). Cette observation concorde avec l'approche d'examen antérieure du CEDE (SAE), qui consiste à se concentrer sur les décès de mode indéterminé, les homicides et les suicides.

Parmi les 19 décès de mode indéterminé examinés par le CEDE (SAE) en 2013, 11 (58 %) présentaient un facteur contributif potentiel lié à l'environnement de sommeil. Ce résultat concorde avec la proportion correspondante dans l'ensemble des décès de nourrissons examinés par un coroner.

La majorité des 34 enfants et jeunes dont le décès a été examiné par le CEDE (SAE) avaient un dossier ouvert auprès d'une SAE au moment du décès (voir **figure 29**).

Parmi les dossiers ouverts, un était à l'étape de l'évaluation initiale, et cinq faisaient l'objet d'une ordonnance de surveillance. Un dossier avait été ouvert dans le but d'offrir des services non liés à la protection. Quatre enfants et jeunes étaient pris en charge par une SAE au moment de leur décès – deux faisaient l'objet d'une entente relative à des soins temporaires, un était pupille de la Couronne avec droit de visite, et un recevait des prestations du Programme de soins et d'entretien prolongés (maintenant le Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes).

Les modes de décès de ces quatre cas étaient le suicide (trois) et la mort naturelle (un).

Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2013 – Analyse des facteurs mis en évidence

Dans le cadre de ses examens de cas, le CEDE (SAE) recueille des renseignements qui, au fil du temps, peuvent révéler des tendances émergentes. Ces connaissances peuvent aider à comprendre comment améliorer les services pour mieux assurer la sécurité des enfants qui entrent en contact avec le système de bien-être de l'enfance. Vous trouverez à l'annexe B les définitions et critères des facteurs dégagés.

En plus des facteurs mis en évidence par le CEDE (SAE) dans le cadre de son processus d'examen de cas, les SAE rendent compte des facteurs de vulnérabilité associés à l'enfant, au jeune ou à la famille dans la fiche de signalement et le sommaire du cas. Ces facteurs de vulnérabilité présentent des similitudes avec les facteurs que surveille le CEDE (SAE). Ni les facteurs de vulnérabilité, ni les facteurs surveillés dans

Figure 28 : Distribution par mode de décès des examens du CEDE (SAE) comparativement aux examens de coroners avec intervention d'une SAE en 2013

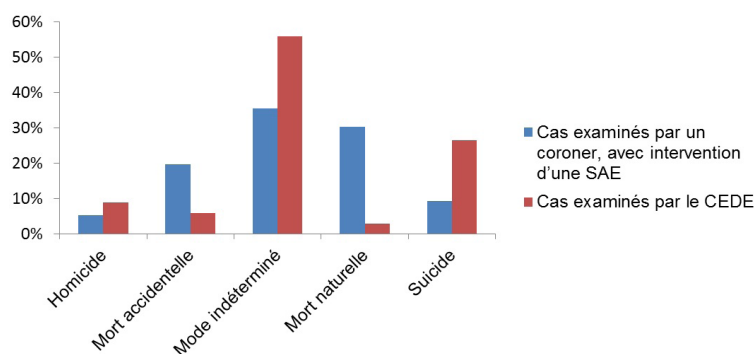
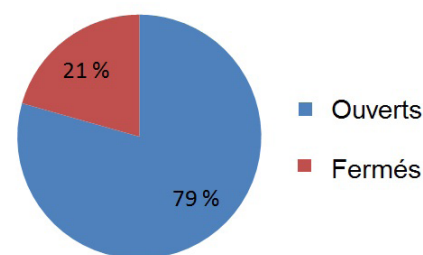


Figure 29 : Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2013 – Dossiers ouverts et fermés



l'examen du CEDE ne permettent de prédire avec certitude les décès; ces deux ensembles de données aident toutefois à évaluer les tendances au fil du temps.

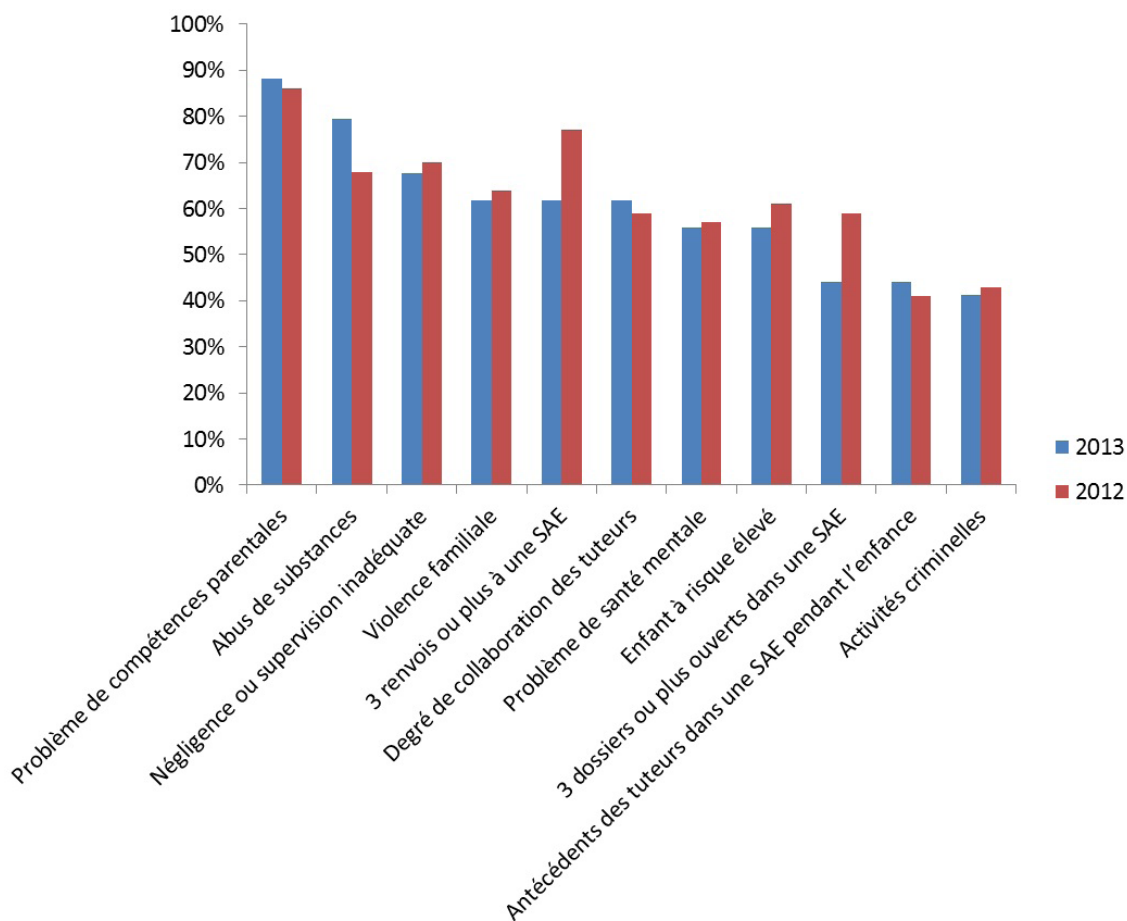
À l'avenir, le BCC espère harmoniser son approche afin de suivre les deux ensembles de renseignements. Les facteurs le plus souvent mis en évidence des examens de cas du CEDE (SAE) en 2013 concordaient avec ceux des années antérieures. La **figure 30** montre en ordre décroissant les facteurs les plus courants cités en 2013, comparativement aux données de 2012.

Les résultats liés à la présence de facteurs de risque multiples revêtent un intérêt particulier :

- 74 % (25) des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2013 présentaient au moins cinq des dix facteurs les plus souvent cités.
- 35 % (12) des cas présentaient les cinq facteurs les plus courants (problème de compétences parentales, abus de substances, négligence ou supervision inadéquate, violence familiale et trois renvois ou plus à une SAE).
- Une personne (3 % des cas) présentait les dix facteurs les plus courants, 15 % des cas (5) présentaient neuf des dix facteurs et 30 % des cas (10), huit facteurs.

Il pourrait être nécessaire d'étudier davantage la prévalence de ces facteurs dans les cas examinés par le CEDE (SAE) afin de déterminer s'ils entraînent un risque accru de décès ou non.

Figure 30 : Les 10 facteurs les plus souvent cités dans les examens de cas du CEDE (SAE)



Recommandations du CEDE (SAE)

Le CEDE (SAE) formule des recommandations à l'intention des SAE à la lumière de son examen des documents liés aux cas. Ces recommandations, qui visent la prévention d'autres décès dans des circonstances semblables, comprennent des suggestions d'améliorations ou de modifications aux pratiques ou aux procédures visant à améliorer l'offre de services et possiblement la sécurité des enfants.

En 2013, le CEDE (SAE) a examiné 34 cas et formulé 53 recommandations, qui viennent s'ajouter aux changements recommandés par les SAE lors de leur examen interne. Les recommandations s'adressaient à 17 SAE, au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), à l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE), à

l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à un département de santé publique ainsi qu'à quatre coroners régionaux principaux du Bureau du coroner en chef.

Un certain nombre de recommandations semblables ont été émises pour divers cas. Quatre rapports n'ont fait l'objet d'aucune recommandation, tandis qu'un cas en a reçu cinq.

Recommandations émises à l'intention des SAE en 2013 et réponses du MSEJ

La section ci-dessous expose les catégories de recommandations les plus souvent émises par le CEDE (SAE) à l'intention des SAE en 2013. Le MSEJ, qui est responsable de la supervision des SAE, a répondu à chaque groupe de recommandations.

1. Améliorer la formation et les pratiques liées aux environnements de sommeil sécuritaires pour les nourrissons.

Au cours des cinq dernières années, la catégorie la plus importante de décès examinés par le CEDE a été celle des nourrissons dans des environnements de sommeil non sécuritaire. De toutes les recommandations formulées par le CEDE (SAE) en 2013, plus de 10 % visaient les politiques et la formation du personnel sur les risques associés aux environnements de sommeil non sécuritaires, notamment le partage d'un lit, et avaient pour objectif de renforcer les stratégies de formation et de suivi des personnes qui prennent soin de nourrissons en ce qui a trait aux environnements de sommeil sécuritaire.

Réponse du MSEJ

Conformément à l'évaluation de la sécurité décrite dans le Manuel des outils de la protection de l'enfance de l'Ontario (2007), le personnel chargé de la protection doit tenir compte des conditions de vie, y compris de l'environnement de sommeil (descripteur des menaces en matière de sécurité no 13 : p. ex. adulte partageant un lit avec un nourrisson ou berceau non sécuritaire) lorsqu'il effectue une évaluation de la sécurité d'un enfant.

Le Ministère finance le programme d'éducation et de formation de l'AOSAE, qui comprend un module sur le travail avec les nourrissons à risque et leur famille. Ce module comprend une formation sur les dangers de la pratique du partage du lit et la nécessité de créer un environnement de sommeil approprié pour les nourrissons.

En 2013-2014, l'AOSAE a également publié un avis de pratique visant à aider les professionnels du bien-être de l'enfance à offrir de l'information aux familles, à leurs collègues et aux autres professionnels communautaires sur les environnements de sommeil plus sécuritaires pour les nourrissons.

2. Obtenir tous les renseignements pertinents et en tenir compte dans l'évaluation des risques et la gestion de cas.

Parmi les cas examinés en 2013 par le CEDE (SAE), 62 % comprenaient des antécédents de trois renvois ou plus à une SAE et 44 %, trois ouvertures de dossiers ou plus. De plus, 44 % des tuteurs avaient des antécédents connus de relation avec une SAE pendant l'enfance. Ces enfants, jeunes et familles ont fait l'objet de plusieurs interventions de services de protection de l'enfance, parfois sur de nombreuses années et dans diverses régions. Les examens du CEDE (SAE) ont également révélé que dans certains cas,

aucune vérification des antécédents n'a été effectuée au sujet de nouveaux membres d'une unité familiale. La vérification des dossiers et un examen complet de l'historique des services de protection de l'enfance peuvent être utiles à l'évaluation exhaustive des tendances comportementales et des risques pour les enfants, de même qu'à la planification.

Dans certains cas, les examens du CEDE (SAE) laissent croire qu'une meilleure application des Normes de la protection de l'enfance en Ontario pourrait améliorer l'évaluation des risques potentiels des enfants et des jeunes.

Plus de 10 % des recommandations du CEDE (SAE) de 2013 visaient l'amélioration de l'évaluation des risques et de la gestion des cas.

Réponse du MSEJ

Normes de la protection de l'enfance en Ontario

La raison d'être des Normes de la protection de l'enfance en Ontario (février 2007) est de promouvoir l'excellence et la constance des services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles par les SAE de l'Ontario.

La norme no 1 exige que les SAE effectuent pour chaque signalement une vérification des dossiers internes et provinciaux. Si l'auteur du signalement a allégué que l'enfant peut avoir souffert ou souffre de mauvais traitements, les SAE doivent également consulter le Registre des mauvais traitements infligés aux enfants de l'Ontario.

Si, en consultant la base de données provinciale, la SAE découvre que l'enfant, un membre de sa famille ou l'auteur présumé des mauvais traitements a déjà fait l'objet d'une intervention qui pourrait être pertinente à l'enquête, les renseignements concernant l'intervention doivent être indiqués au dossier. De même, si la SAE découvre un dossier pertinent en consultant le Registre des mauvais traitements infligés aux enfants de l'Ontario, les résultats de la recherche doivent être inscrits au dossier dans les trois jours.

De plus, conformément à la norme no 3, les SAE sont tenues d'élaborer un plan d'enquête après avoir procédé à une analyse complète de tous les renseignements actuels ou passés connus sur la famille en question.

Le Ministère entreprend actuellement un examen des Normes de la protection de l'enfance en Ontario (février 2007). Il étudie des façons d'insister davantage sur l'importance de tenir compte des antécédents pertinents dans la prise de décisions liées au bien-être de l'enfance.

Réseau d'information pour la protection de l'enfance

En novembre 2010, le Ministère a annoncé la création d'un plan de modernisation des systèmes d'information des SAE et du Ministère, qui prévoyait l'implantation d'un système centralisé appelé Réseau d'information pour la protection de l'enfance (RIPE). Ce nouveau système offre une gamme complète de fonctionnalités intégrées, notamment en ce qui a trait à la gestion des cas, des finances, des documents et des dossiers ainsi qu'à la production de rapports.

L'élaboration du RIPE est maintenant terminée, et le système a été déployé dans trois SAE. Le RIPE répond aux exigences opérationnelles établies, et il a été bien accepté et reçu dans le secteur du bien-être de l'enfance. Dans les trois SAE, le RIPE fonctionne remarquablement bien et répond aux attentes. Un système de soutien et de maintenance complet a été mis en place pour aider le personnel et veiller à ce que le RIPE réponde aux besoins des prochaines SAE où il sera déployé.

De même, d'importantes initiatives de nettoyage des données, de formation et de gestion du changement tirent à leur fin dans deux autres SAE (la Société d'aide à l'enfance de Toronto et la Société catholique de l'aide à l'enfance ville de Toronto).

Le Ministère a élaboré un plan de durabilité du RIPE ainsi qu'un plan visant à déployer le système dans l'ensemble de la province d'ici l'exercice 2019-2020. Il a en outre l'intention d'étudier en profondeur la viabilité d'un déploiement accéléré.

3. Faciliter les discussions avec les autres services communautaires concernés après l'examen du décès d'un enfant ou d'un jeune.

Bien que les décès d'enfants ou de jeunes soient des événements tragiques, leur examen offre aux SAE et aux autres fournisseurs de services communautaires concernés des occasions d'apprentissage uniques. Environ 10 % des recommandations émises par le CEDE (SAE) en 2013 s'adressaient à des SAE et leur conseillaient de faciliter la tenue de discussions collaboratives avec d'autres fournisseurs de services, y compris des écoles, d'autres SAE et divers intervenants, en vue de tirer des leçons et d'améliorer les services.

Réponse du MSEJ

Le Ministère encourage les SAE à tisser des liens solides avec des partenaires communautaires afin de favoriser des approches collaboratives.

Les Normes de la protection de l'enfance en Ontario (février 2007) mettent l'accent sur le rôle des SAE dans la communication entre les différents fournisseurs de services.

4. Élaborer et offrir de la formation sur les stratégies de prévention du suicide chez les enfants et les jeunes, améliorer cette formation et collaborer avec le secteur de la santé mentale.

Le mode de décès de près de 10 % des cas examinés par le CEDE (SAE) était le suicide. Environ 10 % des recommandations du CEDE (SAE) avaient trait aux stratégies de prévention du suicide et à la collaboration avec le secteur de la santé mentale. Les domaines prioritaires de cette catégorie comprenaient l'importance de la planification des congés et de la sécurité des jeunes jugés à risque de suicide à leur sortie de l'hôpital, ainsi que le besoin de lignes directrices pour le personnel des SAE et les parents de familles d'accueil à l'égard de l'utilisation des médias sociaux et de l'intimidation en ligne.

Réponse du MSEJ

Stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances

En juin 2011, le gouvernement a présenté Esprit ouvert, esprit sain, une stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui, pendant les trois premières années, a mis l'accent sur les enfants et les jeunes. Les investissements, qui ont débuté en 2011, ont atteint en 2013-2014 93 millions de dollars, ce qui constituera la subvention annuelle de base.

Les services et autres formes de soutien ciblent trois objectifs clés :

- Offrir un accès rapide à des services de qualité;
- Assurer l'identification précoce et l'offre de soutien rapide;
- Aider les enfants vulnérables aux besoins particuliers.

La stratégie reconnaît que les enfants et les jeunes métis, inuits et des Premières Nations ont des besoins uniques qui demandent un soutien adapté culturellement. Des ressources additionnelles ont été allouées dans le cadre de la stratégie pour répondre aux besoins en santé mentale de ces enfants et de ces jeunes ainsi que de leur famille et de leur communauté.

Ces ressources comprennent l'allocation de fonds pour embaucher plus de 80 travailleurs pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances dans les communautés autochtones où les besoins sont criants ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de soutien à la formation destinées à ces personnes en vue d'accroître le bassin de travailleurs formés dans ces communautés.

Ces travailleurs offrent chaque année des services à plus de 4 000 enfants et jeunes métis, inuits et des Premières Nations. Le plan Pour l'avancement de la santé mentale vise à améliorer l'expérience des enfants et des jeunes atteints de problèmes de santé mentale ainsi que de leurs familles. Il explique comment faire appel aux services de santé mentale dans les différentes régions.

En août 2014, le MSEJ a annoncé les 14 premiers organismes responsables des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes. À compter de l'automne 2014, ces organismes commenceront à entrer en contact avec des partenaires du secteur élargi, par exemple des hôpitaux, en vue d'élaborer des chemins d'accès plus clairs. Les organismes responsables restants seront annoncés en 2015.

Plan de prévention du suicide chez les jeunes

Le Plan de prévention du suicide chez les jeunes de l'Ontario vient appuyer la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ce plan triennal, lancé en 2013-2014, vise à appuyer les communautés en vue d'améliorer leurs efforts de prévention du suicide pour mieux répondre aux jeunes en situation de crise. Il comprend les éléments suivants :

1. Mobilisation à l'échelle locale, facilitée par :

- le financement de 34 communautés de l'ensemble de la province visant la sensibilisation de la population, l'amélioration de la capacité et le renforcement des initiatives locales de prévention du suicide chez les jeunes (1 million de dollars en 2014-2015);
- l'offre d'un soutien spécialisé aux communautés métisses, inuites et des Premières Nations ainsi qu'aux Autochtones en milieu urbain, visant l'élaboration d'approches de prévention du suicide adaptées culturellement dirigées par la communauté (750 000 \$ en 2014-2015).

2. Offre par le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents d'encadrement visant à appuyer les groupes locaux de mobilisation communautaire dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des efforts de prévention du suicide chez les jeunes réunissant divers organismes et secteurs.

3. Forums provinciaux annuels de mobilisation (y compris un forum axé sur les Autochtones) réunissant des adultes vers lesquels les jeunes se tournent naturellement pour se confier et demander de l'aide.

Toujours dans le cadre du plan, en 2013-2014, le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents a lancé un site Web offrant un guide et une trousse d'outils appuyant les efforts de mobilisation. Le site Vivons, ensemble/Together to Live (www.vivonsensemble.ca), est maintenant en ligne. Il s'agit d'un recueil en expansion d'histoires ainsi que de pratiques et de ressources fondées sur des données probantes visant à aider les communautés à élaborer une approche de prévention du suicide et de gestion du risque de même qu'à appuyer les personnes touchées par le suicide d'un jeune.

5. Améliorer les pratiques relatives à la fermeture des dossiers de protection de l'enfance lorsqu'un suivi est prévu ou que des facteurs de risque sont susceptibles de réapparaître.

Plusieurs des recommandations émises en 2013 par le CEDE (SAE) visaient la refonte de l'approche des SAE à l'égard de la fermeture des dossiers, surtout pour les cas à risque élevé. Plus précisément, le CEDE (SAE) a recommandé que les SAE :

- revoient leur approche pour y intégrer l'attribution de niveaux de risque dans le cadre de l'étude de fermeture des dossiers et envisagent d'autres mesures potentiellement bénéfiques avant la fermeture, par exemple une consultation avec des services juridiques et une prise de contact avec d'autres intervenants, comme le médecin traitant, l'école, etc.;
- revoient leur approche de fermeture des dossiers à risque (p. ex. nouveaux-nés jumeaux prématurés avec des besoins médicaux dans une famille présentant de nombreux agents stressants).

Réponse du MSEJ

Les Normes de la protection de l'enfance en Ontario (février 2007) prévoient l'utilisation de l'outil d'évaluation des risques du milieu familial de l'Ontario dans le cadre de toutes les enquêtes de protection de l'enfance sur le milieu familial.

Si, à la suite de l'enquête, une SAE offre des services continus à une famille et que l'enfant reste à la maison, une réévaluation doit être effectuée dans des circonstances précises, au moins tous les six mois ainsi qu'au moment de l'étude de la fermeture du dossier.

L'outil d'évaluation des risques du milieu familial de l'Ontario et les réévaluations sont des instruments actuariels (fondés sur les statistiques) qui servent à repérer les familles dont les caractéristiques indiquent une plus grande probabilité de maltraitance que d'autres familles.

La norme no 11 des Normes de la protection de l'enfance en Ontario (février 2007), Fermeture du dossier, définit les critères minimums qu'une SAE doit remplir lorsqu'elle décide de fermer un dossier, parmi lesquels « une récente évaluation des risques confirme que les facteurs qui avaient été constatés comme contribuant au risque lors d'une évaluation antérieure n'existent plus ou ont été réduits suffisamment pour ne plus présenter d'inquiétudes à la sécurité et/ou au bien-être de l'enfant ». Cette norme souligne également la nécessité que le préposé à la protection de l'enfance informe les agences connexes de la fermeture prévue du dossier et de la date de la fermeture.

6. Améliorer les pratiques de planification du congé de l'hôpital des enfants et des jeunes à risque de suicide et vulnérables sur le plan médical.

L'élaboration de protocoles clairs définissant les rôles et les responsabilités en matière de communication aiderait le personnel des hôpitaux et des SAE à assurer la transition sécuritaire des enfants et des jeunes à leur sortie de l'hôpital.

En ce qui concerne les nourrissons à risque élevé, le CEDE (SAE) a émis une recommandation visant l'établissement d'exigences minimales qui comprendraient :

- un processus clair guidant les contacts entre le personnel des hôpitaux et celui des SAE pour discuter de la planification du congé pour les nourrissons à risque élevé, y compris un plan complet de soins médicaux après la sortie de l'hôpital;
- l'offre de formations sur les pratiques de sommeil sécuritaire à l'intention des tuteurs;
- une description claire des besoins médicaux et des questions médicales non réglées, y compris quelle organisation communautaire prend les devants du dossier;
- la confirmation que les ressources communautaires sont en place et qu'elles ont établi une relation de travail avec la famille.

Réponse du MSEJ

Les SAE peuvent prendre part à la planification du congé de l'hôpital des jeunes à risque de suicide et vulnérables sur le plan médical ainsi qu'à l'élaboration de protocoles locaux.

Les Normes de la protection de l'enfance en Ontario (février 2007) mettent l'accent sur le rôle des SAE dans la communication entre les différents fournisseurs de services.

La norme no 4 des Normes de la protection de l'enfance en Ontario (2007), Mener une enquête de protection de l'enfance, prévoit qu'une des étapes d'une enquête sur le milieu familial consiste à recueillir des preuves des autres professionnels traitant l'enfant ou la famille (p. ex. professionnels de la médecine, de la police, du droit et de l'éducation).

Les normes nos 9, Début du service de protection continue, et 10, Gestion des cas, précisent les critères pour avoir recours à d'autres fournisseurs de services dans le cadre de l'élaboration du plan de service et de l'ensemble du processus de gestion des cas, lorsque c'est possible.

7. Approfondir la connaissance des répercussions de la consommation chronique sur les compétences parentales et améliorer l'intervention à cet égard en misant sur le dépistage aléatoire des drogues chez les parents dont la consommation suscite des préoccupations.

Parmi les cas examinés en 2013 par le CEDE (SAE), environ 80 % comprenaient un facteur lié à la consommation d'un tuteur. Le CEDE (SAE) a émis des recommandations à l'intention des SAE pour veiller à la planification de la sécurité des enfants et des jeunes dont un tuteur a des problèmes connus de consommation. Le comité a également émis des recommandations appuyant le recours au dépistage aléatoire de drogues pour orienter la gestion de cas lorsqu'un tuteur a des antécédents de consommation.

Réponse du MSEJ

Le Ministère finance le programme d'éducation et de formation de l'AOSAE à l'intention des professionnels du bien-être de l'enfance, qui comprend un cours sur le soutien aux familles touchées par la toxicomanie élaboré par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Les autres cours portent notamment sur le dépistage et l'évaluation ainsi que sur l'élaboration de plans de sécurité pour les enfants dont le tuteur pourrait avoir des problèmes de toxicomanie.

État de la mise en œuvre des recommandations émises en 2012 par le CEDE (SAE)

Le MSEJ assure le suivi de la mise en œuvre des recommandations du CEDE (SAE) et des mesures prises par les SAE en réponse aux recommandations à leur intention. Il indique que les SAE ont répondu ou sont en voie de répondre à 92 % des recommandations du CEDE (SAE) qui leur ont été adressées en 2012.

Recommandations faites au MSEJ en 2013 et réponses du MSEJ

1. Le MSEJ devrait poursuivre ses efforts en vue d'élaborer un plan stratégique pour le bien-être de l'enfance en milieu autochtone.

Il est évident dans certains des cas examinés qu'il peut y avoir une tension entre les SAE et les communautés autochtones dans la prestation de services de protection de l'enfance. Sachant cela, et sachant que le Ministère a des plans en matière d'initiatives de services, le CEDE (SAE) a formulé cette recommandation afin de soutenir un plan stratégique visant à remédier à ces problèmes.

Réponse du MSEJ

Soutien des pratiques adaptées à la culture autochtone

En 2013-2014, le MSEJ a :

- publié un guide pratique et offert de la formation aux SAE et aux membres des Premières Nations dans l'ensemble de la province en vue d'améliorer la compréhension et l'utilisation des soins structurés conformes aux traditions comme option de placement adaptée à la culture pour les enfants et les jeunes autochtones;
- accordé du financement à l'Association of Native Child and Family Services of Ontario pour l'élaboration d'un module de formation sur la sensibilisation à la culture à l'intention des employés des SAE ainsi que d'un outil d'évaluation du milieu familial adapté culturellement visant le placement sécuritaire des enfants et des jeunes autochtones.

Désignation d'organismes autochtones

À l'heure actuelle, le Ministère travaille auprès de six organismes autochtones qui cherchent à devenir des SAE. Le Ministère se fera une priorité de veiller à ce que les SAE existantes appuient suffisamment ces six organismes.

Stratégie pour les enfants et les jeunes autochtones

Depuis janvier 2013, le Ministère travaille auprès de partenaires métis, inuits, des Premières Nations et des Autochtones en milieu urbain en vue d'élaborer une stratégie pour les enfants et les jeunes autochtones qui examinera le système des services, y compris de bien-être de l'enfance, offerts aux enfants et aux jeunes autochtones de la province en vue d'améliorer les résultats. La stratégie, qui s'appuie sur les travaux de la Commission de promotion de la viabilité des services de bien-être de l'enfance et le rapport La priorité aux enfants de l'ancien conseiller en affaires autochtones, John Beaucage, vise à appuyer la mise en place de mesures de soutien intégrées adaptées à la culture et dirigées par la communauté pour les enfants et les jeunes autochtones de sorte que les services répondent mieux à leurs besoins.

2. Le MESJ devrait envisager d'exiger l'élaboration de protocoles de sécurité incendie entre les SAE et le service d'incendie de leur secteur.

Au cours des cinq dernières années, le CEDE (SAE) a examiné 26 décès d'enfants recevant des services d'une SAE qui étaient liés à un incendie. Dans tous les cas, les enquêteurs d'incendie ont noté que les avertisseurs de fumée ne fonctionnaient pas, une fréquence largement supérieure aux derniers résultats de recherche, selon lesquels un peu plus de 50 % des incendies résidentiels mortels se produisent en l'absence d'un avertisseur de fumée fonctionnel.

Le Ministère finance le programme d'éducation et de formation de l'AOSAE. Ce financement, en 2010-2011, devait notamment servir à l'élaboration d'un guide de ressources sur la sécurité-incendie à l'intention des professionnels du bien-être de l'enfance. L'AOSAE a atteint cet objectif en collaboration avec d'autres intervenants, dont le Ministère, le Bureau du commissaire des incendies, le Bureau du coroner en chef et des représentants des SAE. Le guide a été conçu dans les buts suivants :

- Informer les professionnels de la protection de l'enfance des facteurs de risque associés aux incendies résidentiels et les sensibiliser à ceux-ci.
- Déterminer les stratégies de prévention et de sécurité-incendie que peuvent adopter les familles.
- Fournir une liste de ressources aux professionnels du bien-être de l'enfance, ainsi qu'aux familles auxquelles ils offrent des services.

L'AOSAE continue d'offrir ce guide en version papier ainsi que sur son site Web.

Bien que la majorité des recommandations formulées par le CEDE (SAE) soient destinées à des SAE ou au MSEJ, il arrive que le comité fasse des recommandations à l'intention d'autres organismes. La figure 33 résume les autres recommandations formulées en 201

Figure 31 : Recommandations émises en 2013 par le CEDE (SAE) à l'intention d'autres organismes

Organisation	Recommandation
Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance	L'AOSAE devrait envisager l'élaboration de directives sur les pratiques exemplaires pour orienter l'approche des SAE à l'égard des fermetures de dossiers de familles dont la mère est de nouveau enceinte. Cette question de pratique a été dégagée d'un certain nombre d'examen du CEDE (SAE). Bien que des recommandations aient été adressées à des SAE concernant l'élaboration de plans ou de pratiques pour guider le personnel lors de la fermeture de dossiers lorsque la mère est enceinte, la question mériterait d'être abordée à l'échelle du système de bien-être de l'enfance. La mise en place de directives provinciales sur la pratique favoriserait une approche uniforme.
Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance	L'AOSAE devrait examiner le contenu de sa formation de base sur la protection de l'enfance et soit améliorer, soit créer, selon le cas, un module sur le travail auprès de clients difficiles à servir ou récalcitrants. Les difficultés propres à l'offre de services à des clients récalcitrants dans le contexte de l'établissement de relations de travail positives, juxtaposées au mandat légal des SAE, ont été mises en évidence en tant que thème du domaine du bien-être de l'enfance dans le cadre de l'examen des cas du CEDE. Ainsi, si le travail auprès de clients difficiles à servir ou récalcitrants ne fait pas déjà partie de la formation de base de l'AOSAE, le CEDE recommande de l'ajouter en vue d'aider et de soutenir le personnel pour qu'il prenne ces clients en charge de façon plus efficace.
Association des hôpitaux de l'Ontario	Les hôpitaux devraient collaborer avec les SAE, les services de santé mentale en consultation externe destinés aux enfants ainsi que d'autres professionnels communautaires pertinents en vue de veiller au partage de l'information, y compris la planification de la sécurité, lors d'une conférence de cas ou d'une réunion de planification de la sortie de l'hôpital avant d'accorder leur congé aux enfants ou aux jeunes à risque de suicide. Cette recommandation concorde avec un des thèmes mis en évidence dans le rapport annuel de 2012 du CEDE et du CEDESA sur l'importance de l'échange de renseignements entre les professionnels de la santé et les SAE pour favoriser la planification de la sécurité des enfants et des jeunes à risque de suicide.

Organisation	Recommandation
Département de santé publique (Aucun département précis n'a été nommé pour protéger la confidentialité de la personne concernée par l'examen.)	Les professionnels du milieu communautaire en santé publique et dans d'autres domaines devraient, au besoin, se servir de ce cas pour animer une réunion sur les leçons apprises afin d'aborder les exigences en matière de sommeil sécuritaire et les messages à transmettre aux parents dans la communauté. Une réunion centrée sur les leçons apprises pourrait faciliter une discussion sur les recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada en matière de sommeil sécuritaire. Le tout pourrait aider à orienter l'adoption d'une position commune parmi les fournisseurs de services, ce qui favoriserait la diffusion d'un message plus uniforme à ce sujet. Il pourrait être utile d'inviter un agent de la sécurité des produits de Santé Canada à participer à la discussion.
Coroners régionaux principaux, Bureau du coroner en chef	Les coroners régionaux principaux devraient revoir les processus et approches d'enquête sur les décès d'enfants avec les coroners enquêteurs pour assurer l'uniformité ainsi que le suivi des pratiques exemplaires. Il est important que les coroners régionaux principaux suivent les procédures prescrites pour les enquêtes sur les décès d'enfants, plus précisément : • Initier la vérification des dossiers et la transmission d'un avis de décès à la SAE, étant donné que lorsque la SAE est avisée tôt du décès d'un enfant auquel elle offre des services, elle peut prendre part à l'enquête plus rapidement et offrir du soutien à la famille. • Informer les SAE de la cause et du mode de décès. Ces renseignements peuvent influencer la prise de décisions de bien-être de l'enfance ainsi que l'évaluation des circonstances entourant le décès et des risques potentiels pour les frères et sœurs survivants. Rappelons toutefois que bien que les coroners enquêteurs puissent tirer des conclusions préliminaires de leur enquête, notamment l'autopsie, le dossier n'est clos qu'après l'examen par le CEDESA.
Coroners régionaux principaux, Bureau du coroner en chef	En cas de décès d'un enfant ou d'un jeune, les coroners régionaux principaux doivent envisager la convocation d'une conférence de cas réunissant, entre autres, les SAE touchées, le MSEJ ainsi que d'autres partenaires communautaires. Selon les circonstances, si les services offerts à l'enfant, au jeune ou à la famille ont été complexes ou ont demandé l'intervention de divers partenaires, il peut être utile de réunir tous les fournisseurs de services pour discuter du cas afin de dégager les leçons apprises, d'orienter les pratiques provinciales et éventuellement de réduire la probabilité que d'autres enfants ou jeunes décèdent dans des circonstances similaires
Coroners régionaux principaux, Bureau du coroner en chef	Les coroners régionaux principaux devraient porter ce cas à l'attention des services d'urgence concernés en tant qu'occasion d'apprentissage réfléchi visant à orienter l'offre de services future. Les coroners régionaux principaux devraient favoriser l'apprentissage et l'échange de renseignements avec des partenaires communautaires, le cas échéant, ce qui améliorerait les pratiques futures et, du coup, la sécurité des enfants et des jeunes.

Composition des Comités

Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE)

Dr Dirk Huyer, président
Coroner régional principal
Région du Centre, Bureau de Guelph

Mme Kathy Kerr
Coordonnatrice (cas médicaux)
Directrice de la gestion des comités
Bureau du coroner en chef

Mme Karen Bridgman-Acker
Coordonnatrice (SAE)
Spécialiste du bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

Dr Desmond Bohn
Directeur médical provincial, CritiCall Ontario

Mme Susan Abell
M. Brad Bain
Mme Zel Fellegi
Mme Donna Zan
Conseillers en bien-être de l'enfance

Dr Alan Hudak
Pédiatre, Orillia

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

Dr Ram Singh
Directeur, unité de soins aux enfants en phase critique,
Children's Hospital
London Health Sciences Centre

Détective Avi Fagu
Détective Mike McKenzie
Enquêteurs pour les coroners

Dr Gino Somers
Pathologiste, The Hospital for Sick Children, Toronto
Sergent-détective John Braybrook
Police régionale de York

Dr John Watts
Professeur émérite, département de pédiatrie
McMaster University Medical Centre, Hamilton

Détective Mary Vruna
Escouade des homicides, Service de police de Toronto

Dr Ian Wilson
Pédiatre, Kitchener

Sergent-détective Leon Lynch
Unité des homicides, Service de police régional de Durham

Dr Burke Baird
Pédiatre, centre médical de l'Université McMaster

Sergent-détective Larry Wilson
Escouade des homicides, Police régionale de York

Dr Alejandro Floh
Soins intensifs, The Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-détective Deb Gillis
Unité des crimes majeurs, Services d'enquête
Service de police de Peterborough Lakefield

Mme Lucy Costa
Mme Ramona Bhagwandin
Coordonnatrices administratives,
Bureau du coroner en chef

Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A)

Dr Dirk Huyer, président
Coroner régional principal
Région du Centre, Bureau de Guelph

Mme Kathy Kerr
Directrice de la gestion des comités
Bureau du coroner en chef

Inspecteur-détective Mark Pritchard
Police provinciale de l'Ontario

Mme Karen Bridgman-Acker
Coordonnatrice (SAE)
Spécialiste du bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

Détective Mary Vruna
Escouade des homicides, Service de police de Toronto

Dr David Chiasson
Directeur, Unité de médecine pédiatrique légale
The Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-détective Gary Giroux
Escouade des homicides, Service de police de Toronto

Dre Charis Kepron
Médecin légiste, Unité médico-légale régionale de l'Est de l'Ontario, Ottawa

Détective Avi Fagu
Détective Mike McKenzie
Enquêteur pour les coroners

Dr Chitra Rao
Unité régionale de médecine légale, Hamilton

Sergent-détective J. J. Allan
Unité des homicides, Service de police régional de Durham

Dr Mike Shkrum
Directeur, Unité médico-légale régionale légale du Sud-Ouest de l'Ontario, London

Sergent-détective Larry Wilson
Escouade des homicides, Police régionale de York

Dre Michelle Shouldice
Pédiatre et directrice
Suspected Child Abuse & Neglect Program
The Hospital for Sick Children, Toronto

Inspecteur-détective Paul McCrickard
Police provinciale de l'Ontario
Bureau des enquêtes criminelles

Dr Jayantha Herath
Médecin légiste
Unité provinciale de médecine légale, Toronto

Détective Marc-Andre Guy
Service de police d'Ottawa

Mme Lucy Costa
Coordonnatrice administrative,
Bureau du coroner en chef

Sergent d'état-major Todd LaMarre
Service de police de Windsor

Gendarme-détective Brian Welsh
Service de police de Guelph

Détective Peter Thom
Service de police de Hamilton

Sergent d'état-major Chris Downey
Service de police de Waterloo

Sergent-détective Peter Trimble
Escouade des homicides, Service de police de Toronto

Sergent-détective John Braybrook
Police régionale de York

Mme Brenda Marsillo
Agente de la sécurité des produits
Aliments et nutrition, Santé Canada

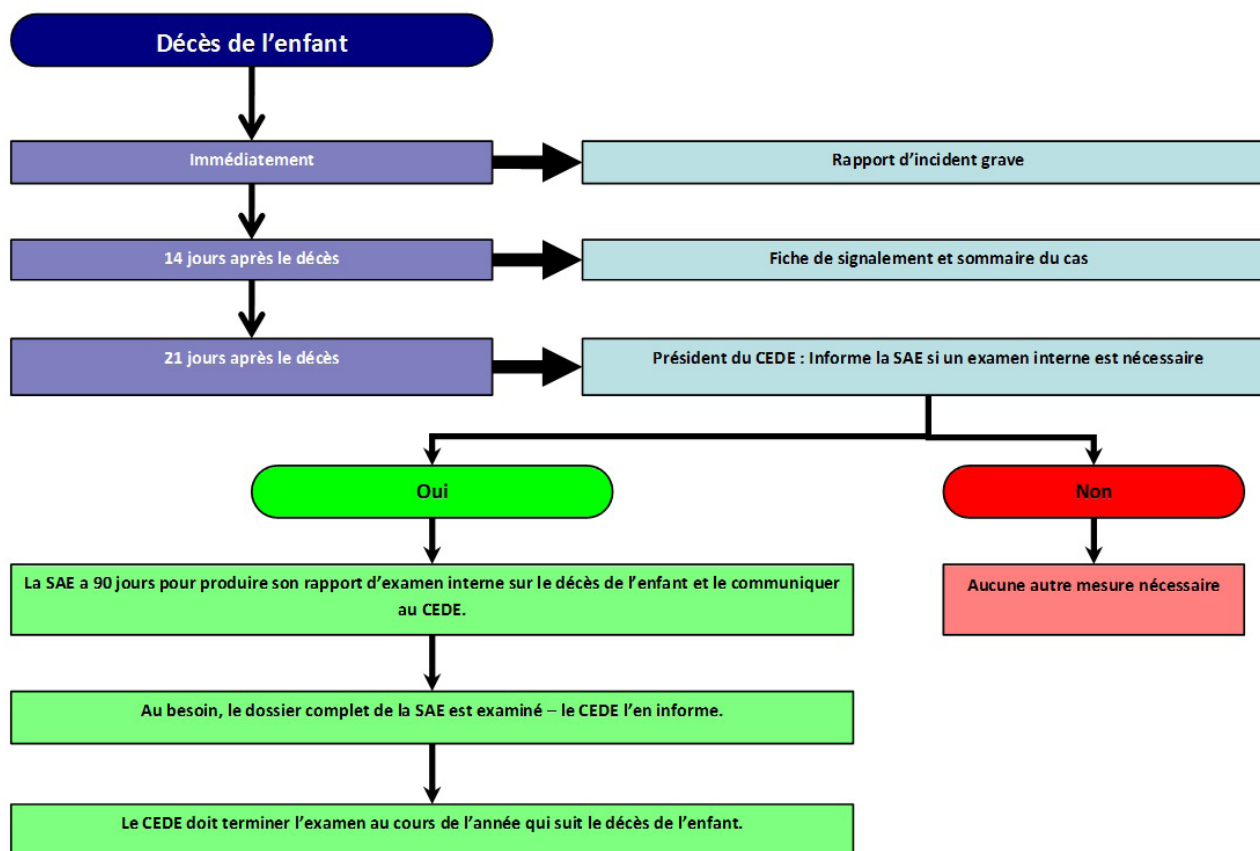
Mme Mary Ellen Hurman
Procureure de la Couronne
Ministère du Procureur général, Toronto

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

La figure 32 illustre le processus et les délais définis dans la directive conjointe du Bureau du coroner en chef (BCC) et du

ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants en Ontario.

Figure 32 : Organigramme pour la directive conjointe – BCC et sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario (SAE)



Examens internes des décès d'enfants par les SAE

Quand demande-t-on un examen interne?

Le président du CEDE examine la fiche de signalement et le sommaire du cas de la SAE ainsi que le rapport d'enquête du coroner, puis décide s'il demande à la SAE de mener un examen interne et de lui faire rapport en déterminant si le cas répond

aux critères énoncés ci-dessous :

- Le cas répond aux critères de la directive conjointe de 2006 (intervention d'une SAE dans les 12 mois précédents);
- Le décès s'est produit à la suite de circonstances douteuses;
- Les circonstances entourant le décès de l'enfant pourraient être liées d'une façon ou d'une autre aux raisons des services ou de l'intervention de la SAE.

Pourquoi demande-t-on aux SAE de procéder à un examen interne des décès d'enfants?

Le président du CEDE demande aux SAE de procéder à un examen interne aux fins d'analyse du contexte dans lequel le décès s'est produit. Ces examens sont l'occasion pour la SAE visée ainsi que pour le secteur du bien-être social en général d'apprendre des décès d'enfants afin de repérer les éléments à améliorer dans les politiques, pratiques et procédures des SAE.

Qui effectue l'examen interne?

Lorsque le président du CEDE demande qu'une SAE entreprenne un examen interne d'un décès d'enfant, la SAE doit mettre sur pied une équipe d'examen comprenant un vérificateur externe indépendant qui possède l'expertise clinique nécessaire.

Niveaux d'examen par le CEDE (SAE)

Il existe trois niveaux d'examen par le CEDE (SAE) :

Examen de l'équipe de gestion : Les cas pour lesquels, après examen de l'équipe de gestion du CEDE, on décide qu'il n'est pas nécessaire que la SAE ou le CEDE (SAE) effectuent un examen supplémentaire, puisque les circonstances entourant le décès n'ont aucun lien avec les raisons des services ou de l'intervention de la SAE. Citons à titre d'exemple les cas où la famille de l'enfant ne recevait pas les services de la SAE avant la blessure qui a causé le décès, ceux où l'enfant recevait des services, mais a connu une mort naturelle et non subite, ou encore ceux où l'enfant est décédé à la suite d'un événement qui n'est pas relié au motif d'intervention de la SAE auprès de la famille.

En attente des conclusions de l'examen du CEDE5A : À l'occasion, la décision de demander un examen interne à la SAE est remise à plus tard en attendant les conclusions de l'enquête du coroner ou de l'examen du CEDE5A, qui révéleront des renseignements supplémentaires et le contexte du décès de l'enfant.

Examen interne et examen du CEDE : Si le CEDE (SAE) demande un examen interne, la SAE a 90 jours pour présenter son rapport, et le CEDE (SAE), jusqu'à 12 mois pour examiner le cas et publier un rapport, lequel pourrait contenir d'autres recommandations. Tous les cas pour lesquels un examen interne a été réalisé sont examinés par au moins deux membres

du CEDE (SAE), soit un représentant des services de police et un représentant des services d'aide à l'enfance, qui se penchent sur les éléments suivants pour chaque décès d'enfant recevant des services d'une SAE : rapport d'incident grave, fiche de signalement et sommaire du cas, examen interne, rapport de police, rapport d'enquête du coroner, rapport d'autopsie, rapports de toxicologie (le cas échéant) et tout autre rapport d'enquête produit (p. ex. rapport du Bureau du commissaire des incendies). Après discussion lors d'une réunion du CEDE, un rapport de cas définitif est rédigé, lequel comprend un résumé des faits, une discussion et, s'il y a lieu, des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Le rapport est ensuite envoyé à la SAE concernée, au MSEJ et au coroner régional principal qui a soumis le cas et qui peut, au besoin, approfondir l'enquête.

Les recommandations sont également transmises par le président du Comité aux agences et organismes en mesure de les mettre en œuvre. Enfin, on demande aux destinataires de préparer une réponse concernant l'état de la mise en œuvre des recommandations qui leur ont été adressées dans l'année suivant leur réception.

Réponses des SAE aux recommandations de l'examen interne et de l'examen du CEDE (SAE)

Les SAE reçoivent et examinent les rapports du CEDE (SAE), puis mettent en œuvre les recommandations émises, le cas échéant. Elles envoient ensuite des rapports d'étape aux bureaux régionaux du MSEJ, dans lesquels elles présentent leur réponse à ces recommandations. Tous les trimestres, les bureaux régionaux doivent faire un suivi auprès de chaque SAE quant aux mesures prises pour appliquer les recommandations du Comité et de l'examen interne.

Par le passé, les résultats et les recommandations de ces examens ont servi à modifier les pratiques, à élaborer des formations, des politiques et des procédures ainsi qu'à concevoir de nouvelles approches et de nouveaux programmes.

Annexe B – Définitions des thèmes des examens de cas du CEDE (SAE)

Catégorie	Définition
Abus de substances	La SAE a déterminé qu'au moins un des tuteurs a des problèmes de consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues.
Problème de santé mentale	La SAE a déterminé qu'au moins un des tuteurs souffre de troubles de la santé mentale.
Violence familiale	La SAE a déterminé qu'au moins un des tuteurs a déjà été impliqué dans un cas de violence conjugale.
Activités criminelles	Les renseignements de la SAE ou du CEDE démontrent qu'au moins un des tuteurs a déjà participé à des activités criminelles.
Violence physique	La SAE a soupçonné ou confirmé au moins une fois que l'enfant ou les enfants de la famille avaient été victimes de violence physique.
Violence émotionnelle	La SAE a soupçonné ou confirmé au moins une fois que l'enfant ou les enfants de la famille avaient été victimes de violence émotionnelle.
Agression sexuelle	La SAE a noté des antécédents d'agression sexuelle dans la famille (dont les tuteurs ont été les victimes ou les agresseurs) ou a soupçonné ou confirmé au moins une fois que l'enfant ou les enfants de la famille avaient été les victimes ou les auteurs d'une agression sexuelle.
Négligence ou supervision inadéquate	La SAE a soupçonné ou confirmé au moins une fois que l'enfant ou les enfants de la famille avaient été victimes de négligence ou d'une supervision inadéquate.
Trois dossiers ou plus ouverts dans une SAE	Au moins trois dossiers différents concernant les tuteurs ont été ouverts dans une SAE.
Trois renvois ou plus à une SAE	La SAE a reçu au moins trois renvois différents concernant les tuteurs (pour un ou plusieurs dossiers ouverts, qu'il y ait eu enquête ou non).
Décès d'un autre enfant	Un autre enfant de la même famille est décédé.
Problème de compétences parentales	La SAE ou le CEDE a remis en question les compétences parentales d'au moins un des tuteurs, avant ou après le décès de l'enfant.
Antécédents des tuteurs dans une SAE pendant l'enfance	Au moins un des tuteurs a reçu des services d'une SAE quand il était enfant.
Jeunesse du tuteur principal	Le tuteur principal est âgé de 24 ans ou moins.
Enfant à risque élevé	L'enfant décédé était à « risque élevé », c'est-à-dire qu'il était âgé de moins d'un an ou avait des besoins particuliers.
Conditions de vie non sécuritaires ou dangereuses	L'environnement familial de l'enfant pourrait l'avoir mis en danger ou avoir contribué à son décès (endroit extrêmement désordonné, sale ou dangereux).
Problèmes liés au degré de collaboration ou de motivation des tuteurs à l'égard de l'intervention	Tendance aux comportements d'évitement, au non-respect des plans ou à l'agression, ou manque de motivation à coopérer.



Bureau du coroner en chef

Province de l'Ontario

Complexe des sciences judiciaires et du coroner
25, avenue Morton Shulman
Toronto (Ontario) M3M 0B1

Téléphone : 416 314-4000

Courriel : occ.inquiries@ontario.ca

Renseignements

Dr Dirk Huyer

Président

Coroner en chef de l'Ontario

Téléphone : 647 329-1814

Mme Jessica Diamond

Directrice, Bien-être de l'enfance

Coordonnatrice des examens de décès d'enfants (SAE)

Phone: 647-329-1835

Mme Tara McCord

Directrice, Gestion des comités

Coordinatrice du CEDESA

Coordonnatrice des examens de décès d'enfants (cas médicaux)

Téléphone : 647 329-1843

Les personnes intéressées à reproduire des données ou des renseignements tirés du présent rapport sont priées de communiquer avec le Bureau du coroner en chef pour en vérifier l'exactitude.