

Vous êtes ici > **Accueil** > ... > Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans 2015

Bureau du Coroner en chef

Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans 2015

Table des matières

Message du président

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

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

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

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

Cas évalués par le CEDE5A en 2014

Détermination de la cause et du mode de décès

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

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

Analyse des examens de cas de 2014 du CEDE (cas médicaux)

Recommandations

Exemple de cas médical examiné par le CEDE

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

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

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

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

Décès avec intervention d'une SAE en 2014 – Situation des enfants et des jeunes

Décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une SAE examinés par le BCC en 2014

Examens du CEDE (SAE) portant sur des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE en 2014

Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014 – Analyse des facteurs mis en évidence

Recommandations du CEDE (SAE)

Composition des Comités

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

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

Renseignements

Message du président

Pour les enquêteurs sur les décès, les cas concernant des enfants sont parmi les plus difficiles à examiner, puisque nous nous attendons normalement à ce que les enfants grandissent et deviennent des adultes. Lorsque cela ne se produit pas, toutes les personnes touchées partagent un sentiment de tristesse et d'injustice, en plus d'un désir d'améliorer les choses – tant pour les familles que pour les systèmes qui les servent.

Les enquêteurs sur les décès ont deux objectifs principaux : répondre aux nombreuses questions des parents, des tuteurs et parfois des secteurs du droit pénal et du bien-être de l'enfance, et aider à prévenir les décès futurs dans des circonstances semblables.

Par leur savoir-faire commun et leur collaboration, le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) nous aident à tirer des leçons de ces décès, afin que ces connaissances soient transmises aux intervenants responsables d'élaborer et de mettre en œuvre des changements qui pourraient prévenir d'autres décès semblables.

Le rapport annuel de cette année est le résultat des examens réfléchis et approfondis entrepris par les comités. Les forces et les points de vue diversifiés des membres des comités enrichissent les analyses et appuient des conclusions et des recommandations éclairées. Le travail des comités a une grande valeur et est apprécié par notre organisation et par les nombreuses autres organisations qui partagent notre engagement à prévenir les blessures et les décès chez les enfants.

Kathy Kerr a repris le rôle de directrice des comités d'examen des décès du Bureau du coroner en chef, et Jessica Diamond continue de nous faire profiter de son savoir-faire en contribuant à la portion sur le bien-être de l'enfance du CEDE et à l'évaluation du processus d'examen des décès d'enfants. Ensemble, elles ont rassemblé l'excellent travail des deux comités dans ce rapport annuel. Merci à Jessica, à Kathy et à tous les membres des comités pour votre excellent travail.

L'édition de cette année du rapport reprend le format et la méthodologie de celui de l'année dernière, qui était axé sur l'analyse large de données qui comprennent tous les décès d'enfants pour qui il y avait eu intervention d'une société d'aide à l'enfance au cours des 12 mois précédents. Cette approche nous a donné l'occasion de réfléchir aux nombreuses questions sans réponse au sujet des décès d'enfants et de jeunes et à l'aide que les données peuvent nous apporter pour mieux les comprendre et les prévenir. Cela dit, deux années de données et d'analyse ne suffisent pas – les données varient assez d'une année à l'autre pour nécessiter un examen continu avant de tirer des conclusions. À mesure que le temps passe et que la qualité, la fiabilité et la portée des données avec lesquelles nous travaillons continuent de s'améliorer, nous pourrions de mieux en mieux repérer les tendances ou tirer des conclusions à partir des données. J'aimerais remercier Zak Haque, un étudiant qui a travaillé dans notre bureau en 2015, pour sa contribution à cette partie de l'analyse des données.

L'an dernier, j'ai annoncé que nous entamions la mise en œuvre d'un plan stratégique de la Division pour guider notre travail des cinq années suivantes. Après de vastes consultations du personnel et des intervenants, le plan a été terminé au printemps et, avec le Dr Michael Pollanen, médecin légiste en chef de l'Ontario, nous avons lancé la stratégie de mise en œuvre en octobre. Plusieurs initiatives issues de la stratégie sont maintenant en place, y compris une évaluation de l'approche d'examen des décès d'enfants et des comités d'examen des décès. Notre bureau continue de travailler en collaboration avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes et d'autres organisations internes et externes du gouvernement qui apportent leur savoir-faire en matière de politiques, de santé, de recherche et d'évaluation, et dans d'autres domaines pour explorer les façons d'améliorer l'examen et l'analyse des décès d'enfants.

Je sais que beaucoup de gens sont surpris de me voir continuer à présider ces comités en plus de mon poste de coroner en chef de l'Ontario. La sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes me tiennent particulièrement à cœur et, alors que nous explorons diverses nouvelles possibilités résultant de notre évaluation du processus d'examen des décès d'enfants, je maintiens mon engagement dans le processus et dans la création d'un nouveau modèle d'examen des décès d'enfants qui appuiera les objectifs de prévention des décès et de sécurité et d'éducation publiques.

Dirk Huyer, MD

Coroner en chef de l'Ontario

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 Bureau du coroner en chef applique les définitions suivantes lorsqu'il doit déterminer la manière dont le décès s'est produit :

Mort naturelle : mort découlant d'une maladie naturelle ou d'une complication d'une maladie naturelle, ou d'une complication connue d'un diagnostic ou du traitement de la maladie;

Mort accidentelle : mort causée par un incident ou un événement qui s'est produit sans qu'il soit anticipé ou prévu.

Homicide : mort qui découle de l'action d'un être humain qui a tué un autre être humain.

Suicide : mort qui découle de l'acte intentionnel d'une personne qui connaissait les conséquences probables de son acte – c'est-à-dire sa propre mort.

Décès de cause indéterminée : une enquête complète n'a révélé aucune preuve permettant de classer le décès dans une catégorie précise ou il y a des preuves équivalentes ou concurrentes entre deux modes de décès ou plusieurs modes de 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 est séparé en deux volets selon 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 19^e anniversaire, mais les données fournies par Statistique Canada sur les adolescents comprennent aussi l'année des 19 ans (c.-à-d. jusqu'au 20^e 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 2012 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 2012, 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. La figure 2 indique aussi que la proportion de décès d'enfants et de jeunes en Ontario, par rapport au total national, est régulièrement légèrement plus basse que la proportion d'enfants et d'adolescents qui vivent en Ontario par rapport au total national.

Figure 1 : Comparaison du nombre de décès d'enfants et de jeunes au Canada et en Ontario avec le nombre de décès d'enfants de 0 à 19 ans examinés par le Bureau du Coroner en chef de l'Ontario (2005-2012)

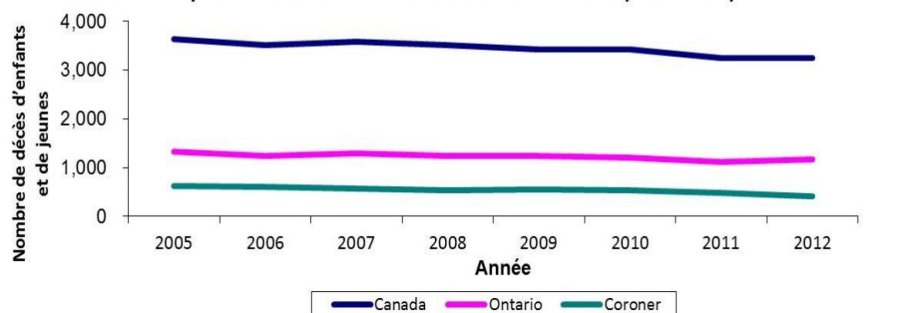


Figure 2 : Comparaison de la population pédiatrique c. les décès d'enfants en Ontario et au Canada*

* La figure 2 indique le nombre d'enfants et de jeunes au Canada et en Ontario, ainsi que le pourcentage de décès d'enfants et de jeunes en Ontario par rapport au total national, et le nombre de décès d'enfants et de jeunes par année et le pourcentage de ces décès survenus en Ontario par rapport à ceux survenus au Canada. De 2005 à 2012, le nombre total de décès est demeuré relativement stable d'année en année. La figure 2 indique aussi que la proportion de décès d'enfants et de jeunes en Ontario, par rapport au total national, est régulièrement légèrement plus basse que la proportion d'enfants et d'adolescents qui vivent en Ontario par rapport au total national.

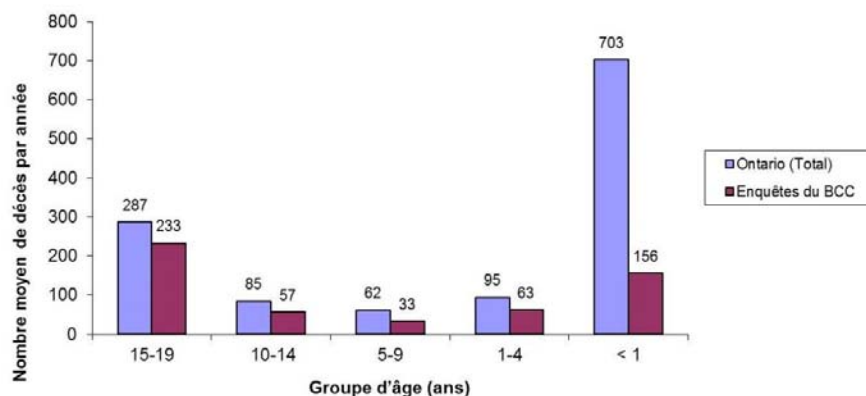
Paediatric population vs. paediatric deaths in Ontario compared with Canadian totals

Annee	Population pédiatrique – Canada (total)	Population pédiatrique – Ontario (total)	% de la population pédiatrique de l'Ontario c. Canada	Décès d'enfants – Canada (total)	Décès d'enfants – Ontario (total)	Pourcentage des décès d'enfants survenus en Ontario par rapport à ceux survenus au Canada
2005	7 874 686	3 129 130	40%	3 640	1 335	37%
2006	7 865 435	3 127 664	40%	3 513	1 249	36%
2007	7 859,930	3 116 390	40%	3 591	1 297	36%
2008	7 869 257	3 112 369	40%	3 517	1 237	35%
2009	7 867 349	3 101 042	39%	3 423	1 247	36%
2010	7 850 628	3 087 884	39%	3 424	1 201	35%
2011	7 833 278	3 074 838	39%	3 245	1 122	35%
2012	7 828 135	3 062 498	39%	3 247	1 166	36%
Moyenne	7 856 087	3 101 477	40%	3 450	1 232	36%

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

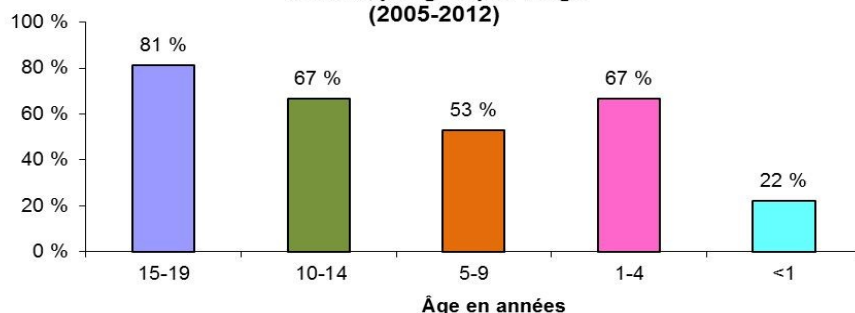
La figure 3 illustre la distribution par groupes d'âge du nombre annuel moyen de décès examinés par le BCC en comparaison avec le nombre annuel moyen de décès survenus en Ontario pour les huit années à l'étude. Toutes proportions gardées, les nourrissons sont le sous-groupe le plus représenté, suivi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

Figure 3 : Nombre moyen de décès d'enfants et de jeunes survenus en Ontario (2005-2012) – répartition par groupes d'âge



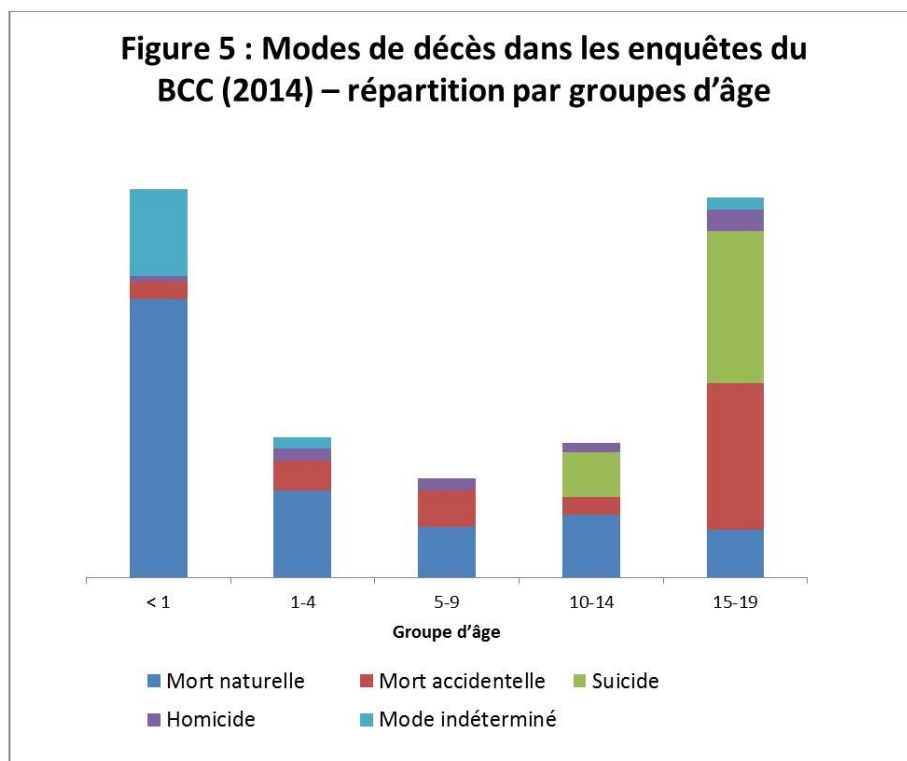
La figure 4 montre qu'au cours des huit années à l'étude, le BCC a examiné environ 22 % des décès d'enfants de moins d'un an, 67 % des décès d'enfants d'un à quatre ans, 53 % des décès d'enfants de cinq à neuf ans, 67 % des décès de jeunes de dix à quatorze ans et 81 % des décès d'adolescents de quinze à dix-neuf ans.

Figure 4 : Pourcentage moyen de décès ayant fait l'objet d'une enquête du BCC par rapport aux décès survenus en Ontario, par groupes d'âge (2005-2012)



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 15 à 19 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 5 : Modes de décès dans les enquêtes du BCC (2014) – répartition par groupes d'âge



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

Renseignements

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;
- Questionnaire d'enquête sur les morts subites et inattendues de nourrissons [Investigative Questionnaire for Sudden and Unexpected Deaths of Infants];

- 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 55 à 108 cas par année. 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 – 2010-2014

Année	Morts naturelles	Morts accidentelles	Homicides	Mode indéterminé	Total
2010	17	14	4	73	108
2011	3	13	3	79	98
2012	6	2	9	75	92
2013	3	3	0	49	55
2014	7	4	0	53	64

Cas évalués par le CEDE5A en 2014

Résumé des examens de l'ensemble du CEDE5A de 2014 :

- En 2014, l'ensemble du CEDE5A a examiné 64 cas.
- Parmi ces cas, 67 % (43) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 33 % (21) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 87 % (55) étaient des décès d'enfants de moins d'un an.
- Parmi ces cas, 87 % (48) étaient des décès de mode indéterminé, 9 % (5) des morts naturelles et 4 % (2) des morts accidentelles.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 13 % (9) étaient des décès d'enfants d'un à cinq ans.
- Parmi ces cas, 22 % (2) étaient des morts naturelles, 22 % (2) des morts accidentelles et 56 % (5) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 83 % (53) étaient des décès de mode indéterminé, 11 % (7) étaient des morts naturelles et 6 % (4) des morts accidentelles.
- Les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A étaient survenus en 2011 (2), en 2012 (12), en 2013 (42) et en 2014 (8).

Résumé des examens de l'équipe de gestion de 2014 :

- En 2014, l'équipe de gestion a examiné 82 cas.
- Parmi ces cas, 52 % (43) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 48 % (39) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 45 % (37) étaient des décès d'enfants de moins d'un an.
- Parmi ces cas, 89 % (33) étaient des morts naturelles, 5 % (2) des homicides, 3 % (1) des décès de mode indéterminé et 3 % (1) des morts accidentelles.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 55 % (45) étaient des décès d'enfants d'un à cinq ans.
- Parmi ces cas, 49 % (22) étaient des morts naturelles, 38 % (17) des morts accidentelles, 6 % (3) des décès de mode indéterminé et 6 % (3) des homicides.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 67 % (55) étaient des morts naturelles, 22 % (18) des morts accidentelles, 6 % (5) des homicides et 5 % (4) des décès de mode indéterminé.
- Les cas examinés par l'équipe de gestion étaient survenus en 2012 (11), en 2013 (46) et en 2014 (25).

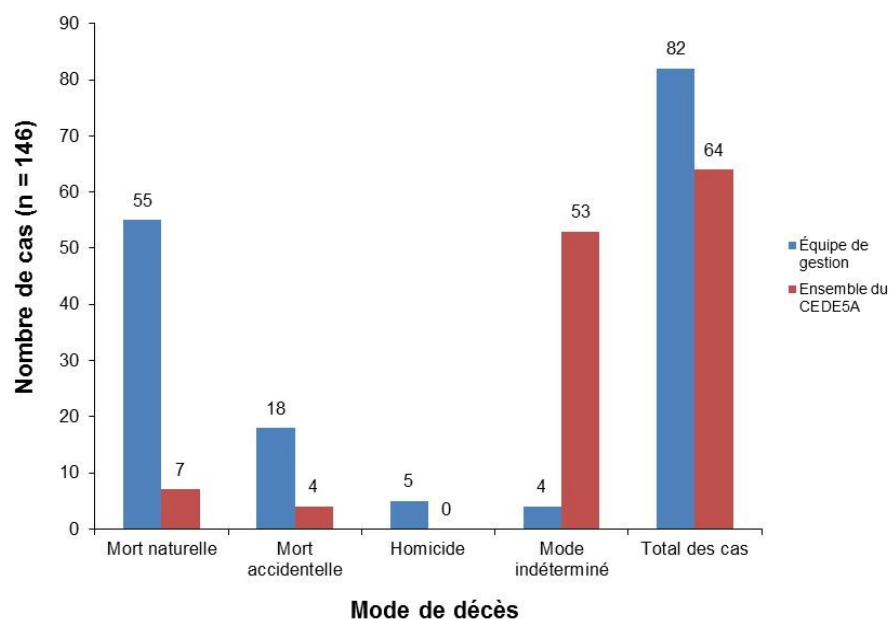
Ensemble des cas examinés par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du Comité) en 2014 :

- En 2014, l'équipe de gestion a examiné 82 cas et l'ensemble du CEDE5A, 64, pour un total de 146 cas.
- De ce total, 59 % (86) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 41 % (60) de sexe féminin.
- Les modes de décès de tous les cas examinés étaient distribués comme suit : 43 % (62) étaient des morts naturelles, 15 % (22) des morts accidentelles, 3 % (5) des homicides et 39 % (57) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A, 83 % (121) sont survenus en 2013 et en 2014.

Analyse des résultats :

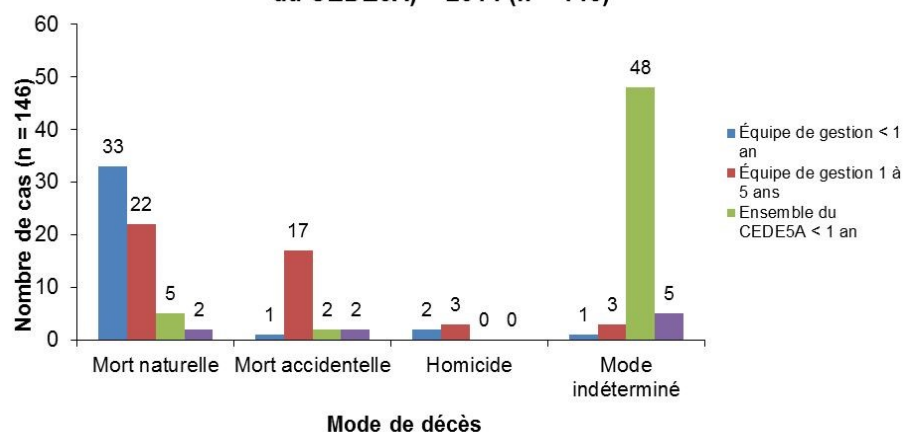
- La **figure 7** illustre la différence entre les cas examinés par l'équipe de gestion et les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A en ce qui a trait au mode de décès.
- La majorité des examens de l'équipe de gestion portaient sur des morts naturelles.

Figure 7 : Mode de décès – examens de l'équipe de gestion et de l'ensemble du CEDE5A (2014) (n = 146)



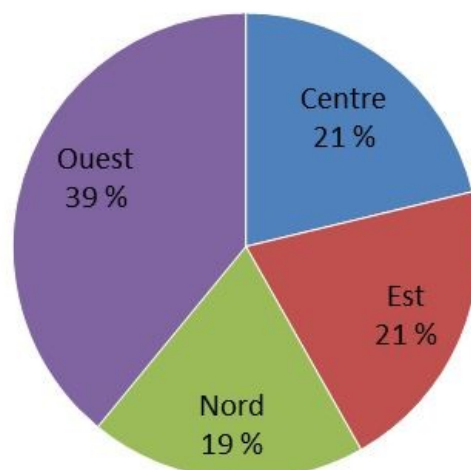
- La **figure 8** présente le mode de décès par tranche d'âge des cas examinés par l'équipe de gestion et par l'ensemble du CEDE5A.
- La majorité des morts naturelles examinées par l'équipe de gestion sont survenues chez des enfants de moins d'un an.
- La majorité des décès de mode indéterminé examinés par l'ensemble du CEDE5A sont survenus chez des enfants de moins d'un an.

Figure 8 : Mode de décès par groupes d'âge (< 1 an contre 1 à 5 ans) et niveau d'examen (Équipe de gestion contre l'ensemble du CEDE5A) – 2014 (n = 146)



- La **figure 9** montre que 39 % des cas transmis au CEDE5A en 2014 provenaient de la région de l'Ouest, tandis que 21 % provenaient de la région du Centre, et 21 % de la région de l'Est.

Figure 9 : Pourcentage d'examens du CEDE5A par région (2014)
(n = 146)



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.

En apprendre plus sur les morts subites et inattendues de nourrissons et promouvoir nos découvertes sont des priorités pour le système ontarien d'enquête sur les décès, tout comme les discussions régulières au sujet de l'approche d'enquête sur les décès et, particulièrement, d'autopsie lors de la mort subite et inattendue d'un nourrisson.

Le Service de médecine légale de l'Ontario (SMLO) se conforme à des lignes directrices s'appuyant sur des données scientifiques, que les médecins légistes suivent lorsqu'ils effectuent ces examens dans les unités régionales de médecine légale. Les tests complémentaires comprennent l'analyse histologique approfondie, l'évaluation microbiologique, l'analyse toxicologique et l'analyse métabolique détaillée. Des tests supplémentaires et une évaluation d'experts sont effectués au besoin, et des échantillons d'ADN sont régulièrement isolés et conservés.

Le système ontarien d'enquête sur les décès travaille en étroite collaboration avec des cardiologues pédiatriques et des généticiens qui possèdent un savoir-faire en évaluation des anomalies cardiaques héréditaires. La consultation de ces experts a orienté l'élaboration d'un protocole qui permet de demander l'analyse moléculaire des échantillons d'ADN conservés. On estime que les cliniciens sont les mieux placés, selon leur évaluation clinique des membres de la famille, pour déterminer les tests appropriés.

En Ontario, l'analyse moléculaire n'est pas effectuée dans tous les cas de mort subite et inattendue d'un nourrisson. Ce sujet fait régulièrement l'objet d'études et de discussions dans le système d'enquête sur les décès et entre collègues experts en pédiatrie. L'analyse moléculaire pourrait être envisagée pour toutes les morts subites et inattendues de nourrissons, mais il faudrait faire attention lors de la divulgation des résultats afin de ne pas engendrer d'inquiétudes inutiles concernant les membres survivants et futurs de la famille si l'analyse révèle des anomalies de portée inconnue par rapport au décès.

Le domaine de l'analyse moléculaire profite d'avancées importantes : une réforme des approches d'analyse est à prévoir.

La classification des décès de nourrissons continue d'être un sujet de discussion pour le secteur des enquêtes sur les décès. Les différents systèmes d'enquête sur les décès, dont ceux des provinces et des territoires canadiens, utilisent leurs propres approches de classification de ces décès. L'utilisation de termes et de définitions uniformes est importante pour garantir la bonne compréhension et la classification efficace des morts subites et inattendues de nourrissons.

Un des changements majeurs applicables à la classification de ces décès (voir la figure 10) 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 employaient le terme souvent ambigu « mort subite inattendue ou inexpliquée du nourrisson » [Sudden Unexpected/Unexplained Death] sur le certificat de décès. Le CEDESA n'utilise pas ce terme.

Cause du décès inscrite sur le certificat de décès

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) qui indique un mode de décès précis	Les résultats 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	1a – 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***.	1a – Décès de mode indéterminé 1b – 2 – Environnement de sommeil non sécuritaire (description entre parenthèses) ---OU--- 1a – Décès de mode indéterminé 1b – 2 –	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***	1a- Décès de mode indéterminé 1b- 2-Environnement de sommeil non sécuritaire (description entre parenthèses) ---OU--- 1a- Décès de mode indéterminé 1b- 2-	Mode indéterminé
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	1a- Décès de mode indéterminé 1b- 2-	Mode indéterminé

** 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 :
- examen du lieu du décès,
- enquête de police,
- examen des antécédents cliniques.

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

- absence de correspondance avec la définition du 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 2014, 63 % (92 sur 146) 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 2014.

Figure 11 : Classification des décès de nourrissons (moins d'un an) examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2014

Résultats de l'autopsie	Résultats de l'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés par le CEDE5A en 2014 (par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
1. L'autopsie révèle une cause de décès évidente (p. ex. pneumonie ou blessure à la tête) qui indique un mode de décès précis	Les résultats sont variables et peuvent révéler la cause ou le mode de décès	Mort naturelle Mort accidentelle (avec environnement de sommeil non sécuritaire) Mort accidentelle Homicide Total	37 1 2 2 42	46%

Résultats de l'autopsie	Résultats de l'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés par le CEDE5A en 2014 (par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
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	Mort naturelle – SMSN	1	1%
3A. Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Des facteurs de risque liés au sommeil sont présents et il peut y avoir ou non des facteurs de risque sociaux	Mode indéterminé (environnement de sommeil non sécuritaire) Environnement de sommeil non sécuritaire Partage du lit	42 (24 cases) (18 cases)	46%

Résultats de l'autopsie	Résultats de l'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés par le CEDE5A en 2014 (par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
3B. Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Le décès ne correspond pas à la définition du SMSN. Il n'y a aucun facteur de risque lié au sommeil. Des facteurs de risque sociaux peuvent être présents	Mode indéterminé	4	4%

Résultats de l'autopsie	Résultats de l'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés par le CEDE5A en 2014 (par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
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	Mode indéterminé – aucune explication	3	3%
			Total	92

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. Par ailleurs, 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, bien qu'il soit 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 % ([1] **NICHD Back to Sleep Campaign** (en anglais seulement)). 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 il n'y avait qu'un cas de SMSN en 2014.

Détermination du mode de décès

La présente section est une description du système de classification visant à faire en sorte que les lecteurs du présent rapport – familles, fournisseurs de soins de santé, universitaires, chercheurs, experts en prévention, défenseurs, médias et autres – comprennent l'approche de l'Ontario pour aider à comprendre les données présentées.

Le mode de décès de 53 % des cas examinés en 2014 par le CEDE5A (49 sur 92 – voir figure 11, lignes 3A, 3B et 4) était « indéterminé ». Ce mode est l'un des quatre modes de décès potentiels des nourrissons.

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 (p. ex. obstruction des voies respiratoires);
- Maladie infectieuse;
- Cardiopathie (p. ex. 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 accompagné 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 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.

La classification « mode indéterminé » est appliquée quand le système d'enquête sur les décès n'est pas en mesure de définir clairement la cause et le mode du décès. Ainsi, les décès classifiés comme étant de mode indéterminé peuvent comprendre des cas de SMSN.

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.

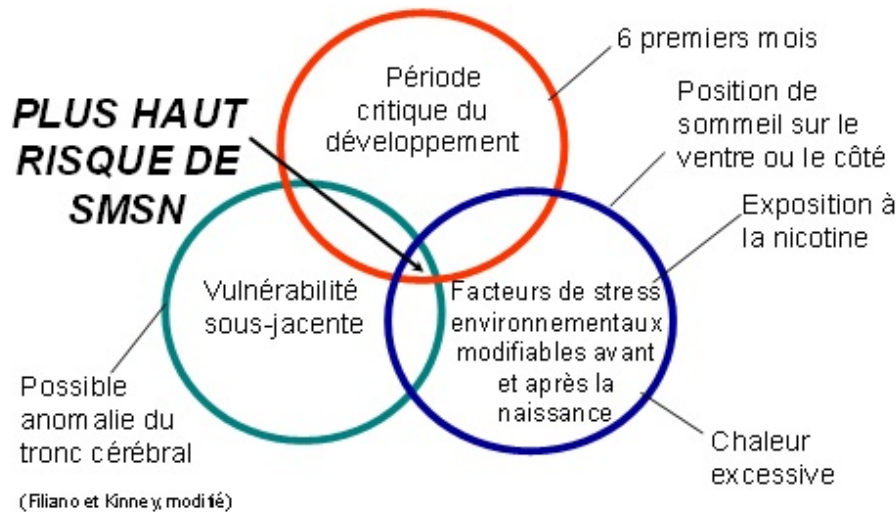
Les environnements de sommeil non sécuritaires potentiels s'inscrivent dans un continuum qui s'étend de l'environnement sécuritaire défini, dans lequel l'enfant dort sur le dos dans un berceau bien dégagé et conforme aux règlements, aux situations de toute évidence dangereuses qui contribuent vraisemblablement 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^[1].

[1]Kinney, H. C., et B. T. Thach. « The sudden infant death syndrome », *New England Journal of Medicine*, vol. 361, n° 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 affecté 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 des facteurs qui contribuent directement à une mort accidentelle (p. ex. obstruction des voies respiratoires liée au partage du lit ou 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 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). Dans le cadre de 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 encombrent 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 sont parues récemment, font croître le champ de connaissances sur les décès de nourrissons. Voici deux articles dignes d'intérêt : « Sleep Environment Risks for Younger and Older Infants » (J. D. Colvin, 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 (en anglais seulement) .

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. Une fois saisies, ces données seront utilisées pour contribuer à l'élaboration de politiques de santé publique et à des recherches plus approfondies sur les environnements de sommeil non sécuritaires et leur rôle potentiel dans les morts subites et inattendues de nourrissons. Ces cas 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 49 cas examinés par le CEDE5A en 2014, le mode de décès était indéterminé (catégories 3A, 3B et 4). Quarante-deux 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 divers 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 de révision

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. 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*.

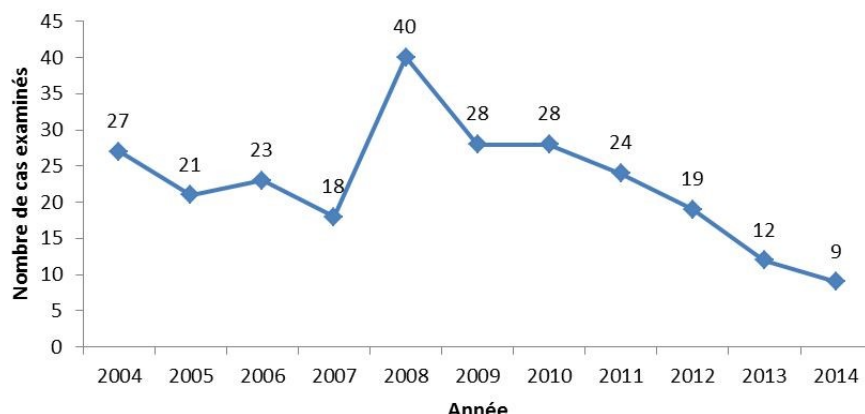
Le contenu du rapport consensuel du Comité se limite aux données dont ce dernier dispose. Des efforts sont faits pour obtenir toutes les données pertinentes, mais il est important de reconnaître que ces rapports sont produits à partir de l'examen des dossiers. Le coroner et le coroner régional principal 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. La figure 12 rend compte des examens de cas menés par le CEDE (cas médicaux) de 2004 à 2014 :

Figure 12 : CEDE (cas médicaux)
Nombre total de cas examinés
2004-2014



Analyse des examens de cas de 2014 du CEDE (cas médicaux)

En 2014, le CEDE (cas médicaux) a examiné neuf cas, soit sept qui ont suscité des préoccupations relatives aux soins et deux qui ont nécessité un examen clinique visant à établir un diagnostic et à déterminer la cause et le mode de décès.

Parmi les neuf cas examinés, quatre concernaient des enfants de moins d'un an, deux des enfants âgés d'un à quatre ans, deux des enfants âgés de cinq à neuf ans et un un enfant âgé de 10 à 14 ans. De plus, cinq de ces enfants étaient de sexe masculin et quatre de sexe féminin.

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 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 2014, les examens ont donné lieu à 13 recommandations.

Résumé des recommandations de 2014 du CEDE (cas médicaux)

Les 13 recommandations issues des neuf examens menés par le CEDE (cas médicaux) portaient sur les thèmes suivants et étaient destinées aux organismes nommés ci-dessous :

Résumé des recommandations de 2014 du CEDE (cas médicaux)

Organismes auxquels on a demandé de répondre aux recommandations	Thème visé par la recommandation	Nombre d'examens ayant mis le thème en évidence
Health care organizations Treating Health Care Professionals	• Examen du décès par un processus d'examen de la qualité des soins**	5
Coroner régional principal	• Consultation génétique pour la famille	3
Établissements de soins de santé Professionnels de la santé Comité de surveillance	• Diagnostic et évaluation	6
Établissements de soins de santé Société d'aide à l'enfance Service de police	• Examen de cas des leçons apprises • Examen et explication des résultats	5

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

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.

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 2014

Les cas examinés par le CEDE (cas médicaux) en 2014 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 de signes vitaux anormaux;
- Omission d'évaluer ou de consigner l'équilibre liquidien;
- Diagnostic incorrect et interventions subséquentes inadéquates;
- Non-observance des protocoles établis;
- Nécessité d'avoir recours à des experts en pédiatrie.

2. Diagnostic différentiel

Le thème du diagnostic différentiel est ressorti de six 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.

3. Documentation

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

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

4. Communication

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

- Manque de communication au sujet des renseignements essentiels sur les patients :
- Entre les médecins au moment du transfert de soins;
- 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. Importance d'une formation et de perfectionnement professionnel réguliers

L'importance d'offrir régulièrement de la formation aux services pour veiller à ce que les connaissances sur les procédures et les protocoles médicaux soient à jour est ressortie de trois examens de cas.

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.

Le 3 décembre 2013, un enfant de deux ans a été conduit à une clinique sans rendez-vous avec une toux et de la fièvre perdurant depuis deux jours. La température de l'enfant était de 38,2 °C. On lui a diagnostiqué une otite moyenne bilatérale et prescrit de l'amoxicilline pour une durée de sept jours.

Le 21 décembre 2013, l'enfant était de retour à la clinique sans rendez-vous avec une toux sans fièvre qui aurait persisté depuis la visite précédente. Sa température était de 36 °C. L'examen thoracique n'a rien révélé. Une radiographie pulmonaire a montré un léger épaississement périhilaire et péribronchique. Aucun signe de pneumonie n'était présent. Un traitement pour l'affection respiratoire réactionnelle (aérosols-doseurs de Ventolin et de Flovent) a été entamé. On a conseillé de ramener l'enfant à la clinique une semaine plus tard.

Quand l'enfant a été vu le 28 décembre 2013, sa toux s'était atténuée de 50 %. Cependant, il se plaignait de douleur à l'oreille gauche. Sa température était de 38,3 °C et il avait une otite moyenne aiguë du côté gauche. Le diagnostic inscrit était une otite moyenne aiguë du côté gauche et une affection respiratoire réactionnelle. Du Cefzil a été prescrit, et la poursuite du traitement aux aérosols-doseurs de Ventolin et de Flovent a été conseillée.

L'enfant a été conduit à une clinique pédiatrique le 4 janvier 2014. Les problèmes consignés étaient la toux et la fièvre. La note au dossier électronique décrivait une fièvre avec toux grasse perdurant depuis deux ou trois jours. Un diagnostic récent d'otite moyenne aiguë avec un traitement antibiotique en cours a été noté. Les antécédents d'affection respiratoire réactionnelle et d'utilisation d'aérosols-doseurs ont été mentionnés. De plus, les autres membres de la famille allaient bien. Les vaccins de l'enfant étaient à jour. Voici les conclusions de l'examen consignées : température de 39,7 °C, rythme cardiaque de < 100 et fréquence respiratoire de < 20. L'enfant semblait bien se porter, était alerte et ne présentait aucun signe de souffrance. Les membranes du tympan étaient claires. Les autres notes indiquaient que l'examen cardiaque était normal et que l'examen thoracique avait montré des poumons dégagés. Le diagnostic donné était une infection virale probable. Aucun changement de médicament n'a été suggéré.

Événements terminaux

Le 7 janvier 2014, l'enfant a de nouveau été conduit à la clinique sans rendez-vous avec de la fièvre et une toux perdurant depuis trois jours. Il a été noté que l'enfant présentait un geignement expiratoire le soir précédent. L'enfant était en détresse respiratoire et a reçu de l'oxygène. Sa température était de 38,5 °C. Le diagnostic différentiel était la grippe ou la pneumonie. Compte tenu de son état clinique, l'enfant a été transféré à l'hôpital en ambulance.

L'enfant est arrivé au service des urgences de l'hôpital à 13 h 47 et a été immédiatement pris en charge par le médecin de l'urgence. Le service de pédiatrie a rapidement été consulté par rapport à la détresse respiratoire. Les antécédents n'indiquaient aucun voyage, aucune exposition à la garderie et aucune intervention d'une société d'aide à l'enfance. L'enfant vivait à la maison avec ses parents et son frère de quatre ans. Ses signes vitaux étaient les suivants : température de 37,5 °C, rythme cardiaque de 164, fréquence respiratoire de 50, tension artérielle de 91/64 et saturation en oxygène et 89 % à l'air ambiant. L'enfant a été jugé dans un état critique, présentant une tachypnée, des secousses de la trachée, un tirage, de la léthargie et des geignements expiratoires. L'entrée d'air était réduite bilatéralement. Aucune respiration sifflante ni aucun râle crépitant n'ont été notés. Le temps de remplissage capillaire était de 2 à 3 secondes. Les résultats des premières analyses de laboratoires étaient les suivants :

- Leucocytémie de 1,0, nombre absolu de neutrophiles de 0,39, taux d'hémoglobine de 103, numération plaquettaire de 184;
- Rapport international normalisé (RIN) de 1,6;
- Gazométrie du sang veineux : pH de 7,22;
- La radiographie pulmonaire montrait des infiltrats bilatéraux et une perte de volume pulmonaire.

L'enfant a été intubé et branché à un respirateur à 14 h 27. Le traitement comprenait des antibiotiques par voie intraveineuse (ceftriaxone, Tazocin, gentamicine); un bolus de soluté physiologique (20 ml/kg) et une perfusion de dopamine. Des dispositions ont été prises pour transférer l'enfant dans un hôpital de soins tertiaires pour enfants avec l'envoi de l'équipe de transport. Pendant ce temps, l'enfant a développé une bradycardie, pour laquelle la réanimation cardiorespiratoire, une perfusion d'adrénaline et d'autres bolus de soluté physiologique ont d'abord bien fonctionné. Un cathéter veineux central a été inséré dans la veine fémorale interne droite. L'analyse de laboratoire de 14 h 40 a indiqué les résultats suivants :

- Sodium 131, Potassium 4.1, Chloride 97, Bicarbonate 5, urée 16, créatinine 115, Tests de fonction hépatique : aspartate aminotransférase (AST) : 77; alanine aminotransférase (ALT) : 16; glucose : 4,6; créatine kinase : 55; acide lactique : 5,1.
- Gazométrie du sang artériel : pH : 7,05; pCO₂ : 68; pO₂ : 239; bicarbonate : 19

L'équipe de l'hôpital de soins tertiaires pour enfants est arrivée, mais la bradycardie persistante a continué malgré les mesures de réanimation, et le décès a été déclaré à 18 h 12.

Conclusions rétrospectives

1. Condensation pulmonaire bilatérale importante.
2. Pleurésie fibrinopurulente avec épanchements pleuraux purulents, bilatéraux – quantité totale : 200 ml.
3. Cultures positives de pneumonie à streptocoque dans des foyers multiples : sang (avant et après le décès), poumons, nasopharynx, oreille moyenne; sensibilité aux antibiotiques seulement à la vancomycine.
4. Tissu pulmonaire positif pour les virus de la grippe A et de l'herpèsvirus humain 6 par réaction en chaîne de la polymérase.
5. Changements récents indicatifs d'une encéphalopathie hypoxique-ischémique.
6. Analyse par réaction en chaîne de la polymérase positive pour le sous-type H1N1 de la grippe A d'un écouvillonnage du nasopharynx prélevé avant le décès

Cause du décès

- Complication septique d'une bronchopneumonie aiguë due à une pneumonie à streptocoque
- Facteur contributif : infection au virus de la grippe A (H1N1)

Mode

- Mort naturelle

Commentaires et questions soulevées

La surinfection bactérienne du poumon est une complication bien décrite de l'infection au virus de la grippe A (H1N1). Elle est rapportée dans 4 à 29 % des cas d'hospitalisation ou de décès. Il convient de souligner qu'il y avait ici une association avec l'infection pneumococcique.

Aucune préoccupation n'a été soulevée quant aux soins et à la prise en charge au service des urgences.

À la clinique pédiatrique, les signes vitaux ont été notés comme étant dans une fourchette avec un seuil (< 100). Un rythme cardiaque inférieur à 100 chez un enfant avec une température de 39,7 °C est surprenant. L'enfant avait une maladie fébrile aiguë apparente avec des antécédents d'affection respiratoire réactionnelle. Le tableau clinique ne comprenait pas de signes ou de symptômes typiques d'une infection des voies respiratoires supérieures et la source de la

fièvre n'a pas été établie. La pneumonie à streptocoque est associée à la grippe A (H1N1) et se manifeste généralement sous forme de maladie aiguë biphasique. La prestation de soins cliniques fragmentée due à la participation de divers fournisseurs de soins médicaux peut avoir contribué à compliquer l'établissement d'autres diagnostics.

Ce cas montre que les mesures de prévention comme la vaccination annuelle contre la grippe demeurent importantes pour les enfants et le grand public. La Société canadienne de pédiatrie recommande de vacciner tous les enfants de moins de six ans contre la grippe.

Recommandations

1. La clinique pédiatrique devrait entreprendre un examen de cas des leçons apprises se concentrant sur :
 - a. l'approche d'interprétation des signes vitaux dans le contexte du tableau clinique;
 - b. l'approche de consignation des signes vitaux;
 - c. la prise en considération d'autres diagnostics

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 47 sociétés d'aide à l'enfance (SAE), dont 9 sont des organismes autochtones désignés. Chaque SAE est un organisme indépendant sans but lucratif dirigé par un conseil d'administration **[1]** 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 précédents. 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 :

1. l'enquête du coroner;
2. les rapports de la SAE en lien avec les décès;
3. 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.

Avant 2014, 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. Pour cette raison, le rapport annuel de cette année suit la même approche que celui de 2014.

Le CEDE (SAE) et le BCC continuent de croire que ces données aideront à mieux comprendre les décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE en Ontario. Après la publication du rapport annuel de l'an dernier, le BCC a reçu des commentaires de nombreuses parties au sujet de la valeur de l'approche et de la grande utilité des renseignements. Il est à espérer que cette analyse supplémentaire continuera d'aider 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.

[1] À l'exception des Akwesasne Child and Family Services, qui est régi par le Mohawk Council of Akwesasne.

Utilisation des données par le CEDE (SAE)

En 2014, le BCC a poursuivi ses efforts pour remédier aux problèmes liés aux données. Bon nombre des facteurs concernant les données disponibles pour l'analyse du CEDE qui devaient être pris en compte en 2013 sont encore des facteurs en 2014, notamment les suivants :

- Les données sont encore en majeure partie recueillies par tous 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. Le BCC met actuellement au point un nouveau système informatique de saisie des données qui devrait améliorer grandement la qualité et l'exhaustivité de ses données.

- Les données fournies par les diverses SAE au CEDE continuent d'être 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. Ce travail demeurera en attente jusqu'à ce que le nouveau modèle d'examen des décès d'enfants soit prêt, pour éviter le dédoublement des efforts.
- 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. Le BCC explore les possibilités de partage de données en collaboration avec divers intervenants à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement de l'Ontario.
- Il existe diverses interprétations de la directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants. Ce travail est suspendu en attendant l'élaboration du nouveau modèle d'examen des décès pédiatriques en vue d'éviter le double emploi.

Quand la comparaison entre les données de 2013 et de 2014 était possible, les résultats ont été inclus dans le rapport. Les deux années de données analysées à ce jour semblent indiquer que les données varient suffisamment d'une année à l'autre pour nécessiter un examen continu avant de tirer des conclusions. À mesure que le temps passe et que des ensembles de données plus grands sont créés, nous deviendrons de plus en plus efficaces pour repérer les tendances ou tirer des conclusions à partir des données. Pour le moment, la signification des données disponibles est inconnue.

Approche d'analyse statistique du CEDE (SAE)

Comme en 2013, 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.

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 2014, 1 028 enfants (de 0 à 18 ans) sont décédés en Ontario. Parmi ces décès, 38 % (387 décès) répondaient aux critères justifiant une enquête du coroner, tandis que la majorité d'entre eux (62 %, soit 641 décès) n'y répondaient pas.

Des 387 décès examinés par les coroners, 109, soit 28 %, avaient fait l'objet d'une intervention d'une SAE dans les 12 mois précédents et avaient été déclarés par une SAE au CEDE (SAE). Ces données concordent avec celles des années précédentes.

Le MSEJ ne recueille pas de données sur le nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent des services d'une SAE dans une collectivité, 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.

Analyse du CEDE (SAE) : Comprendre la prise en compte des morts naturelles où il y a eu intervention d'une SAE et des décès faisant encore l'objet d'une enquête

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 2014, 29 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 questionnements).

De plus, deux cas font toujours l'objet d'une enquête et ont donc été exclus de l'analyse. Dans l'un de ces deux cas, les services d'une SAE avaient été requis dans les 12 mois précédant le décès. Ainsi, dans certaines analyses, le nombre total de décès d'enfants examinés par un coroner est de 356 (387 - 29 [morts naturelles] - 2 [faisant l'objet d'une enquête] = 356), et le nombre total de décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE est de 79 (109 - 29 - 1 [faisant l'objet d'une enquête] = 79). Ces nombres correspondent à l'approche adoptée en 2014.

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

Comme c'était le cas les années précédentes, 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 significative¹¹. Autrement dit, aucune relation significative n'a été établie 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 groupes 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 groupes d'âge¹². 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.

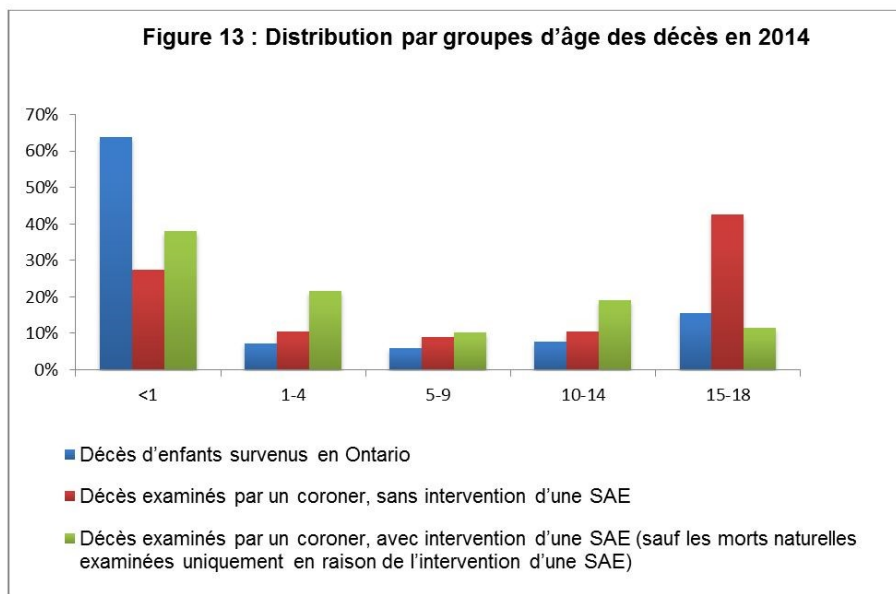
L'analyse des données de 2014, dans le contexte des limites mentionnées précédemment, a montré que les enfants de 1 à 4 ans étaient plus susceptibles d'avoir reçu des services d'une SAE avant leur décès par rapport aux autres groupes d'âge, et les jeunes de 15 à 18 ans, moins susceptibles. Aucune différence significative n'a été observée entre les autres groupes d'âge.

Les données de 2013 montrent que par rapport aux autres groupes d'âge, les enfants décédés de 5 à 9 ans étaient plus susceptibles d'avoir reçu des services d'une SAE avant leur décès, et les jeunes décédés de 15 à 18 ans, moins susceptibles d'en avoir reçu.

La proportion de décès dans chaque groupe d'âge était cohérente de 2013 à 2014.

[1] Un test exact de Fisher a été effectué : $p = 0,57$.

[2] Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(4, N = 356) = 35,99$, $p < 0,0001$.



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 région¹³.

Il semble survenir un plus petit nombre de décès où il y a eu intervention d'une SAE dans la région du Centre comparativement au nombre total de décès d'enfants.

Comme en 2013, il semble survenir en 2014 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, 6 % des décès d'enfants et de jeunes survenus en Ontario se sont produits dans le Nord, comparativement à 24 % des décès où il y a eu intervention d'une SAE.

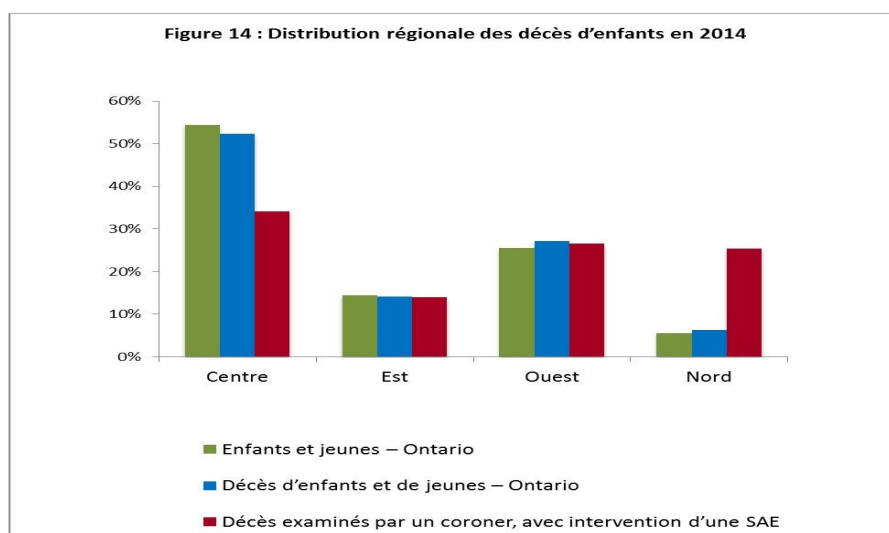
Comme nous l'avons mentionné dans le rapport annuel de 2014, cette apparente surreprésentation des décès d'enfants et de jeunes dans le Nord pourrait être attribuable à différents facteurs, par exemple une moins bonne santé, des obstacles à l'accès aux soins de santé et les taux de mortalité plus élevés associés aux régions éloignées⁽²⁾.

En 2014, d'après les données disponibles, 73 % des décès où il y a eu intervention d'une SAE qui sont survenus dans le Nord étaient des enfants et des jeunes autochtones. Cela correspond aux données de 2013. 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 14 % des enquêtes de coroners sur des décès d'enfants ont eu lieu dans le Nord, soit plus que le pourcentage de décès d'enfants (6 %) dans cette région, mais moins que le pourcentage de décès où il y a eu intervention d'une SAE (24 %). 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.

[1] Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(3, N = 1028) = 66,73$, $p < 0,0001$.

[2] 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.ontla.on.ca/library/repository/mon/24012/306717.pdf>.



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

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

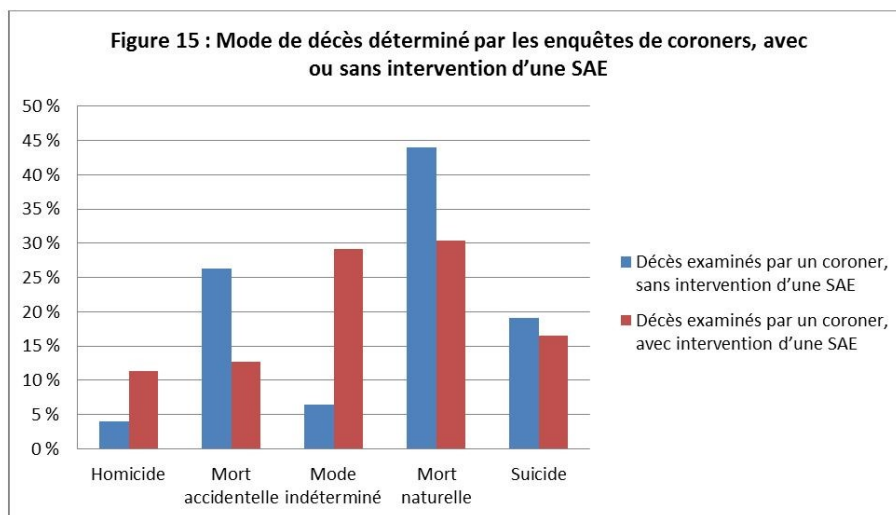
Le mode de décès indique de quelle façon les enfants et les jeunes décèdent en Ontario. Si le bien-être des enfants et des jeunes, avec ou sans intervention d'une SAE, était égal partout en Ontario, on s'attendrait à ce que le nombre de décès d'enfants correspondant à chacun des modes soit le même dans 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 fournir des renseignements utiles sur l'impact des services offerts, mais il ne peut pas servir d'indicateur unique de l'efficacité des services à l'exclusion de nombreux autres facteurs, étant donné que les SAE œuvrent dans un contexte global comprenant un certain nombre de variables, et qu'elles ne sont habituellement pas les seuls fournisseurs de services qui travaillent 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 modes de décès⁽³⁾. La figure 15 montre qu'en 2014, les homicides et les décès de mode indéterminé semblaient plus prévalents lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avait reçu des services d'une SAE avant le décès, alors que les morts accidentelles et naturelles semblaient moins

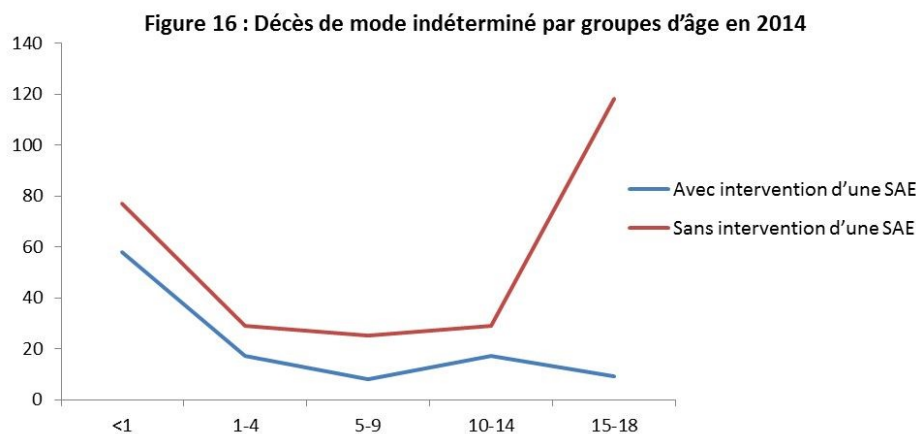
prévalentes. Les suicides n'étaient ni plus, ni moins probables dans ce groupe. Ces données diffèrent de celles de 2013, qui montraient que les morts naturelles, les homicides, les suicides et les morts accidentelles n'étaient ni plus, ni moins probables lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avait reçu des services d'une SAE, et que les décès de mode indéterminé semblaient plus prévalents dans ce groupe. Cet écart peut être représentatif de la variation d'une année à l'autre observée dans un ensemble de données relativement petit.

[1] Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(4, N = 356) = 74,991$, $p < 0,0001$.



Que savons-nous des décès de mode indéterminé?

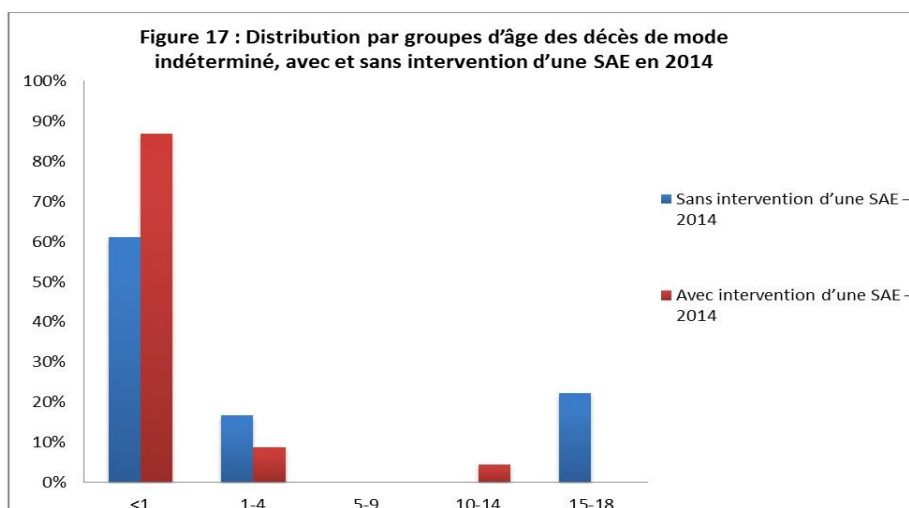
Après une enquête complète, comprenant une autopsie, un examen des antécédents médicaux et une évaluation du lieu de décès, s'il n'est toujours pas possible de déterminer la cause précise du décès, ou s'il y a au moins deux causes possibles, le décès est dit de mode indéterminé. La plupart des décès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



La figure 17 illustre les pourcentages de décès de mode indéterminé par groupes d'âge, avec et sans intervention d'une SAE. Parmi les cas dont le mode de décès est indéterminé, les données de 2014 montrent une différence statistiquement significative dans le nombre de décès d'enfants avec et sans intervention d'une SAE**[1]**. Cette différence est particulièrement importante dans le cas des décès d'enfants de moins d'un an. En 2013, les données ne montraient aucune différence significative associée à l'intervention d'une SAE au sein d'un groupe d'âge**[2]**.

[1] Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était extrêmement statistiquement significative : $\chi^2(1, N = 356) = 28,673$, $p < 0,0001$.

[2] Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables n'était pas statistiquement significative, $\chi^2(4, N = 382) = 3,703, p < 0,448$).



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

En 2014, des facteurs de risque liés au sommeil ont été mis en évidence dans 63 % (26) des 41 décès de mode indéterminé. Dans 62 % (16) 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 38 % (10) des cas.

Bien que les données démontrent une grande différence statistique dans le nombre de décès d'enfants, avec ou sans intervention d'une SAE, si le mode du décès était indéterminé, lorsqu'on ne tient compte que des cas où le sommeil a été un facteur ayant contribué au décès, aucune différence significative n'a été observée entre les populations auprès desquelles une SAE était intervenue et les autres¹¹. Cela correspond aux résultats de 2013.

Comme l'indiquait le rapport annuel de 2014, 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 continue 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.

[1] Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables n'était pas significative, $p = 0,5149$.

Décès avec intervention d'une SAE en 2014 – Situation des enfants et des jeunes

Dans 88 % (96) des cas de 2014 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 11 cas, l'enfant ou le jeune avait été pris en charge par une SAE – 6 étaient des pupilles de la Couronne et 1 une pupille d'une société, 2 faisaient l'objet d'ententes relatives à des soins temporaires et 2 faisaient l'objet d'ententes de soins conformes aux traditions. Un jeune de 18 ans ou moins recevait le soutien du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (Programme SSCJ, anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés).

Que disent les données disponibles?

* Les renseignements fournis par les SAE dans les fiches de signalement et sommaires des cas aident à mieux comprendre les circonstances entourant les décès d'enfants et de jeunes. Ces renseignements aident à mettre en évidence les vulnérabilités et les risques particuliers.

- En 2014, environ 80 % 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), comparativement à environ 70 % en 2013.
- Près de 40 % 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 n° 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.

- Le facteur de vulnérabilité le plus souvent signalé continue d'être 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 2014, 30 % faisaient état de violence ou de négligence confirmées à l'égard de l'enfant ou du jeune décédé, tandis que 39 % faisaient état de violence ou de négligence confirmées à l'égard d'un frère ou d'une sœur. Dans 19 % 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 21 % d'un handicap mental ou affectif. Dans 10 % des cas, ces deux facteurs de vulnérabilité étaient présents. La figure 20 compare les données de 2013 et de 2014 sur les facteurs de vulnérabilité rapportés par les SAE.
- Il a été déterminé que le suicide avait été le mode de décès de 13 enfants et jeunes recevant des services d'une SAE, dont quatre Autochtones. Les fiches de signalement et sommaires du cas des SAE font 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 5 des 13 jeunes, plus d'un de ces facteurs était présent. Quatre avaient déjà fait des tentatives de suicide, deux avaient récemment perdu un proche qui s'était suicidé, et sept avaient mentionné avoir des idées suicidaires.

Figure 18 : État du dossier au moment du décès – Cas avec intervention d'une SAE (2014)

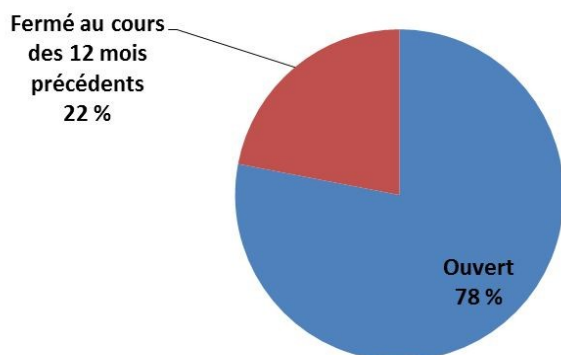
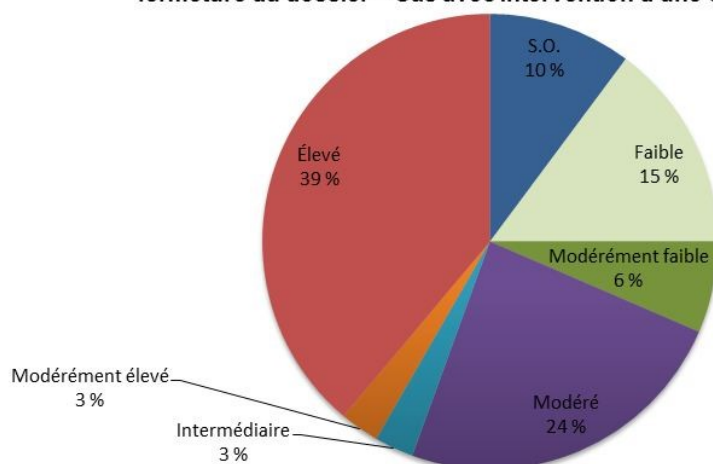
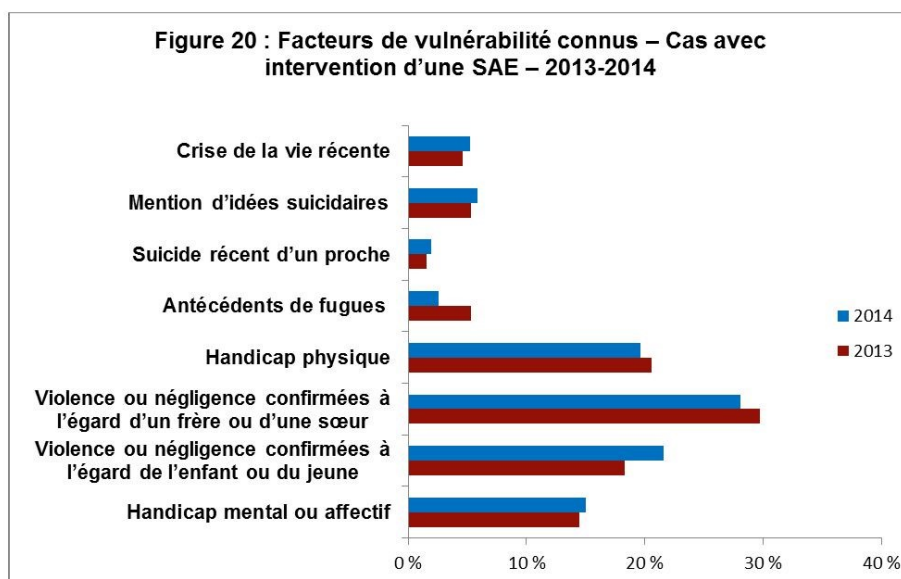


Figure 19 : Niveau de risque global au moment du décès ou de la fermeture du dossier – Cas avec intervention d'une SAE (2014)





Bien que les renseignements fournis par les SAE au décès d'un enfant ou d'un jeune soient précieux pour mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité précis, il pourrait y avoir d'autres facteurs de risque dont la directive conjointe ne tient pas compte. En effet, tous les facteurs de risque potentiels pour les enfants et les jeunes en Ontario ne sont pas recueillis de façon normalisée. De plus, les facteurs recueillis ne devraient pas être interprétés comme étant uniques aux enfants et aux jeunes décédés, ou aux enfants et aux jeunes ayant reçu les services d'une société d'aide à l'enfance. Nous ne savons pas si la prévalence des facteurs relevés diffère dans la population d'enfants et de jeunes décédés par rapport à la population d'enfants et de jeunes en Ontario, ou à la population qui reçoit des services d'une société d'aide à l'enfance.

Décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une SAE examinés par le BCC en 2014

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 2014. 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 leurs limites (p. ex. les SAE n'indiquent pas l'ethnicité).

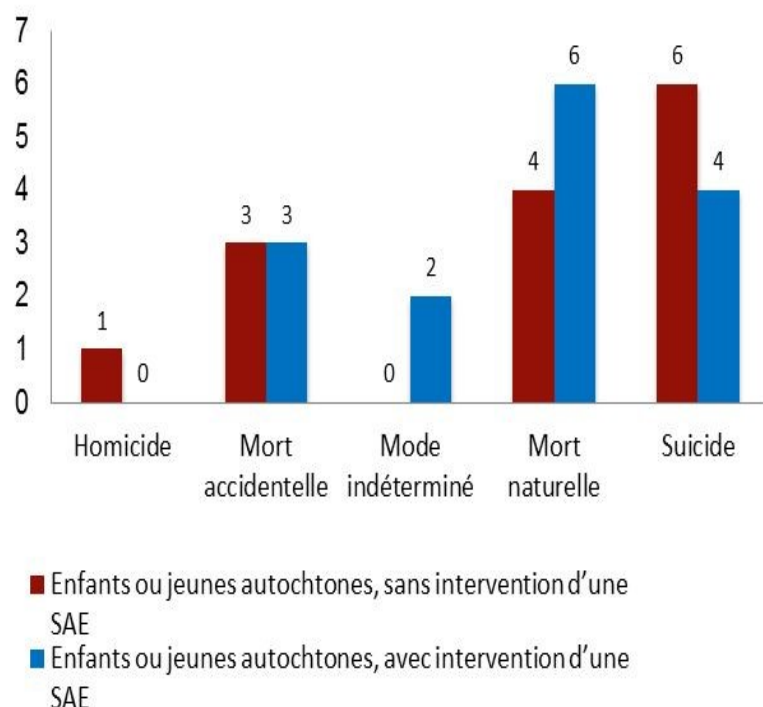
Les données disponibles ont été fournies; toutefois, vu les limites susmentionnées, il est impossible d'en tirer des conclusions instructives. À l'avenir, le BCC et le CEDE (SAE) espèrent que la qualité et l'accessibilité des données sur les enfants et les jeunes autochtones seront améliorées en vue 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 29 enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants et de jeunes autochtones, 15 (51 %) visaient des personnes ayant reçu des services d'une SAE dans les 12 mois précédents.
- Des 20 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, 14 (70 %) étaient des enfants ou des jeunes autochtones.
- Des 15 enfants et jeunes autochtones ayant reçu les services d'une SAE dans les 12 mois précédents, 13 avaient fait affaire avec un organisme autochtone désigné, tandis que les 2 autres avaient reçu des services d'une SAE non autochtone. Des enfants et des jeunes sont servis par une SAE autochtone désignée lorsqu'ils résident dans une région de l'Ontario où une SAE désignée a compétence.
- Des douze 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 continu pour les jeunes (anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés), deux visaient des enfants ou des jeunes autochtones. Ces deux jeunes faisaient l'objet d'ententes de soins conformes aux traditions. Aucune des pupilles de la Couronne (six) décédées en 2014 n'était autochtone.

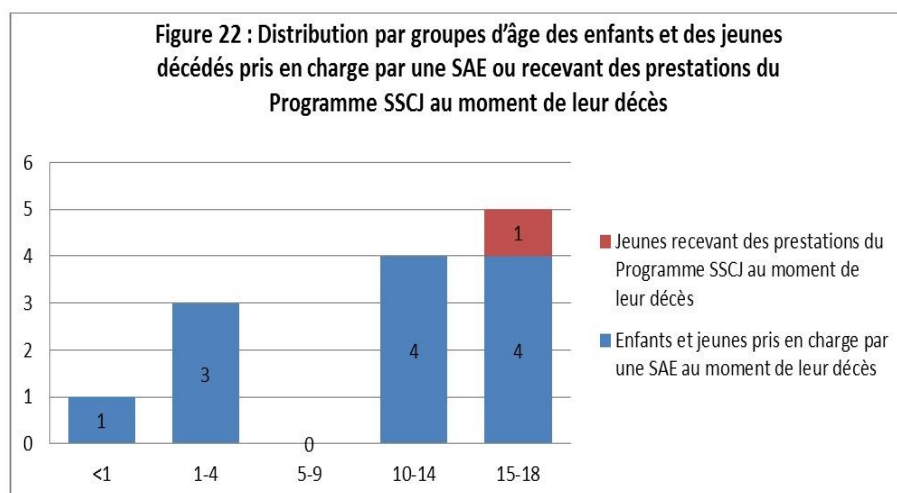
- Le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une SAE (29) est trop faible pour permettre l'analyse par modes de décès. La figure 21 illustre les renseignements disponibles à ce sujet. Par rapport aux données de 2013, il y a peu d'uniformité concernant la proportion de décès attribuables à tout autre mode de décès en 2014.

Figure 21 : Modes de décès des enfants et des jeunes autochtones en 2014, avec et sans intervention d'une SAE



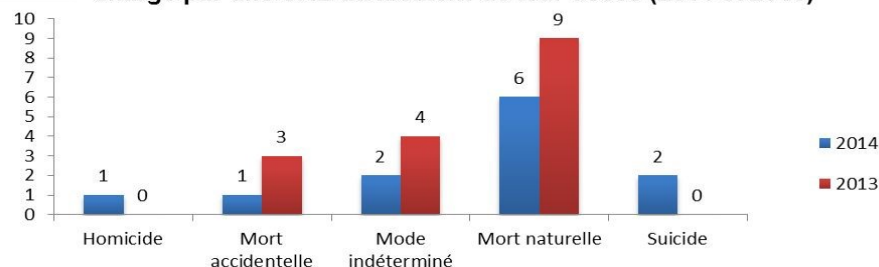
Enfants ou jeunes pris en charge par une SAE ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès

La figure 22 illustre la distribution par groupes d'âge des 11 enfants et jeunes décédés qui avaient été pris en charge par une SAE et du jeune qui recevait des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès. Les enfants et les jeunes décédés étaient âgés de 16 jours à 18 ans.



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 en 2013 et en 2014. Dans les deux cas, plus de 50 % des décès d'enfants et de jeunes pris en charge ont été qualifiés de morts naturelles.

Figure 23 : Mode de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une SAE au moment de leur décès (2014 et 2013)



Examens du CEDE (SAE) portant sur des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une SAE en 2014

Les décès d'enfants sont toujours 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 2014

Les cas signalés au CEDE (SAE) ne sont habituellement pas examinés durant l'année civile où a lieu le décès. Chaque année, les examens du comité comprennent des décès survenus pendant plusieurs années (voir figure 25). 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 d'autres enquêtes ou procédures parallèles, y compris dans le système de justice pénale.

En 2014, conformément à la directive conjointe, les SAE ont signalé au CEDE 109 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.

La figure 24 montre l'état du dossier des 109 cas rapportés au CEDE (SAE) en 2014. De ces cas, 69 % ne feront pas l'objet d'un examen complet du CEDE. Cela correspond aux données de 2013.

Figure 24 : État du dossier d'examen du CEDE sur les décès survenus en 2014 où il y a eu intervention d'une SAE

État	Nombre de cas
Fermé 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.	75 (69%)
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	5 (5%)
Examen complet du CEDE à effectuer Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE effectuera un examen complet du cas.	15 (14%)
Examen complet du CEDE effectué Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE a effectué un examen complet du cas.	14[11] (13%)

Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014

En 2014, suivant le processus décrit dans l'organigramme de l'annexe A, le CEDE (SAE) s'est penché sur le décès de 28 enfants et jeunes qui avaient reçu des services d'une SAE au cours des 12 mois précédents. La figure 25 précise l'année de décès pour les 28 cas examinés.

La figure 25 montre les années de décès des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014. Les années de décès des 28 cas allaient de 2010 à 2014. La majorité (15) des 28 cas examinés en 2014 concernaient des décès survenus en 2013.

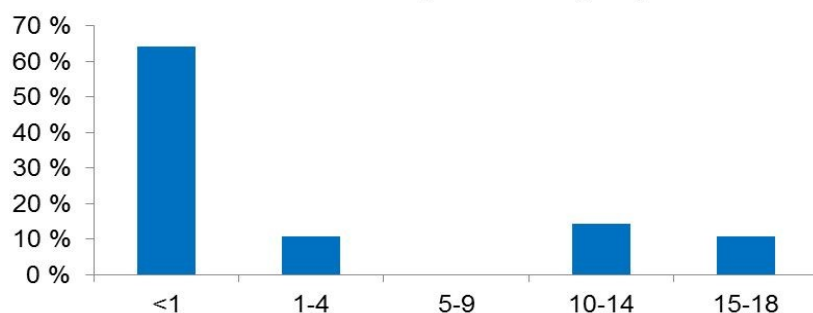
Figure 25 : Année de décès pour les cas examinés par le CEDE en 2014

Année de décès	Cas examinés par le CEDE
2010	1
2011	2
2012	5
2013	15
2014	5
TOTAL	28

Seize des enfants et des jeunes étaient de sexe masculin (57 %) et 12 de sexe féminin (43 %).

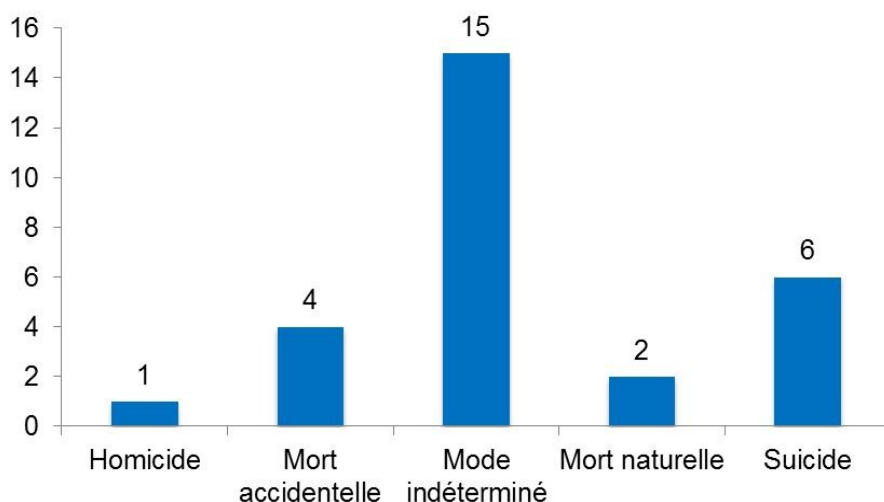
Les enfants et les jeunes étaient âgés de 18 jours à 16 ans. Par le passé, une proportion supérieure des examens du CEDE (SAE) portait sur des décès d'enfants de moins d'un an et d'adolescents. La figure 26, qui illustre la distribution par groupes d'âge des cas examinés, montre que le CEDE (SAE) a continué de se concentrer sur les décès d'enfants de moins d'un an, et d'enfants plus âgés et d'adolescents en 2014.

Figure 26 : Distribution par groupes d'âge des cas examinés en 2014 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 2014.

Figure 27 : Mode de décès des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014



Parmi les 15 décès de mode indéterminé examinés par le CEDE (SAE) en 2014, 12 (80 %) présentaient un facteur contributif potentiel lié à l'environnement de sommeil.

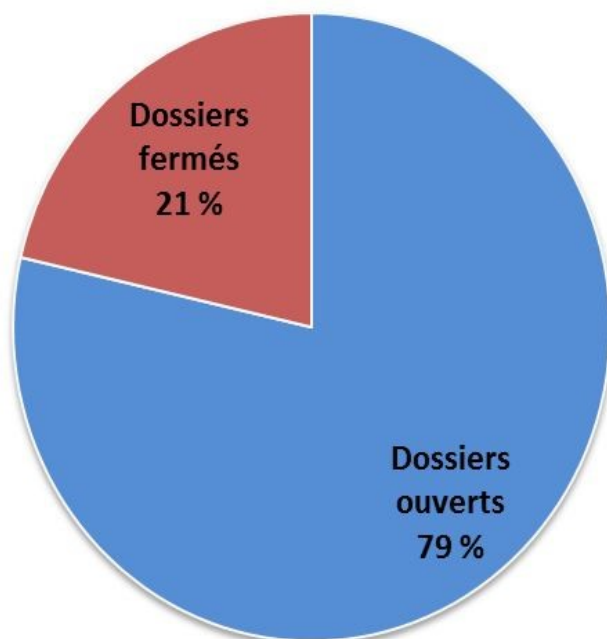
Des 28 enfants et jeunes dont le décès a été examiné par le CEDE (SAE) en 2014, 79 % (22) avaient un dossier ouvert

auprès d'une SAE au moment du décès (voir figure 28).

Parmi les 22 dossiers ouverts, trois étaient à l'étape de l'évaluation initiale, et un faisait l'objet d'une ordonnance de surveillance. Deux enfants et jeunes étaient pris en charge par une SAE au moment de leur décès – un faisait l'objet d'une entente relative à des soins temporaires et un était pupille de la Couronne.

Les modes de décès de ces deux cas étaient le suicide et le décès de mode indéterminé.

Figure 28 : Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014 – Dossiers ouverts et fermés



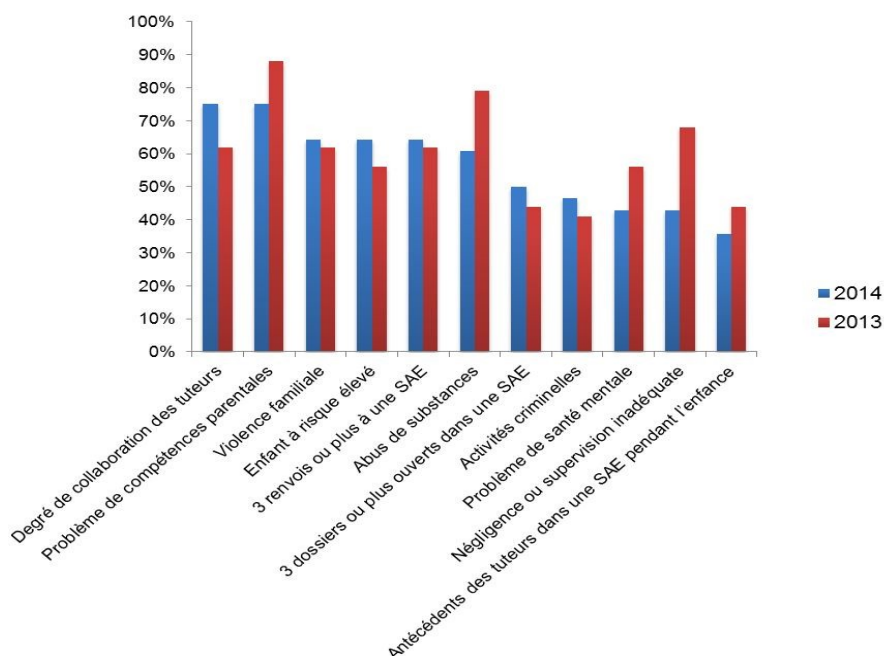
Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014 – Analyse des facteurs mis en évidence

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 l'examen du CEDE ne permettent de prédire avec certitude les décès; ces deux ensembles de données aident toutefois à analyser 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 2014 concordaient avec ceux des années antérieures. La figure 29 montre les facteurs les plus courants cités en 2013 et 2014. Les cinq principaux facteurs relevés dans les cas examinés par le CEDE (SAE) sont quelque peu différents de ceux de 2013.

Figure 29 : Les 10 facteurs les plus souvent cités dans les examens de cas du CEDE (SAE)



Les résultats continuent de mettre en évidence la prévalence des facteurs multiples dans les cas examinés par le CEDE :

- 86 % (24) des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2014 présentaient au moins cinq des dix facteurs le plus souvent cités.
- 29 % (8) des cas présentaient les cinq facteurs les plus courants (degré de collaboration des tuteurs, problème de compétences parentales, violence familiale, enfant à risque élevé et trois renvois ou plus à une SAE).
- 7 % (2) des cas présentaient les dix facteurs les plus courants.
- 14 % (4) des cas présentaient neuf des dix facteurs.
- 25 % (7) des cas présentaient 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.

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. Les recommandations visent la prévention d'autres décès dans des circonstances semblables et comprennent des suggestions d'amélioration ou de modification des pratiques ou des procédures qui pourraient orienter l'amélioration de l'offre de services et possiblement la sécurité des enfants.

En 2014, le CEDE (SAE) a examiné 28 cas et formulé 34 recommandations, qui viennent s'ajouter aux changements recommandés par les SAE lors de leur examen interne.

Les recommandations s'adressent à 15 SAE, au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, à un service de police et à deux coroners régionaux principaux du Bureau du coroner en chef.

Un certain nombre de recommandations semblables ont été émises pour divers cas. Neuf rapports n'ont fait l'objet d'aucune recommandation.

Recommandations émises à l'intention des SAE en 2014 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 2014. Le MSEJ, qui est responsable de la supervision des SAE, a répondu à chaque groupe de recommandations.

1. Envisager l'élaboration de directives sur les pratiques ou d'une formation pour le personnel de première ligne portant sur le travail avec les familles et les personnes difficiles à servir ou récalcitrantes, et envisager l'utilisation d'équipes d'examen des mauvais traitements à l'égard des enfants pour donner des conseils et une orientation concernant les options de service dans ces cas.

De tous les cas examinés par le CEDE en 2014, 75 % présentaient des antécédents de problèmes de collaboration des tuteurs avec la SAE, et plus de 20 % des recommandations du CEDE portaient sur le travail des SAE auprès de familles « difficiles à servir » ou « récalcitrantes ».

Les recommandations émises par le CEDE comprenaient le besoin d'élaborer des directives et de former le personnel au sujet du travail avec les familles et les personnes difficiles à servir ou récalcitrantes, et la possibilité de faire appel à une équipe d'examen des mauvais traitements à l'égard des enfants dans les cas où les familles semblent récalcitrantes à l'intervention. Plus précisément, le CEDE a reconnu l'importance d'intégrer le comportement récalcitrant des familles dans l'évaluation des risques.

Réponse du MSEJ

Comme indiqué dans les *Normes de la protection de l'enfance en Ontario* (ci-après les « Normes de 2007 »), l'approche qu'il convient d'adopter pour fournir des services de protection de l'enfance en Ontario se fonde sur le Modèle ontarien d'intervention adaptée (ci-après le « Modèle IA »), qui est utilisé en association avec l'outil Évaluation de la sécurité – Ontario décrit dans le *Manuel des outils de la protection de l'enfance de l'Ontario* (2007) (ci-après le « Manuel ») ainsi qu'avec les *Échelles d'admissibilité des services de bien-être de l'enfance de l'Ontario*. Le Modèle IA propose des stratégies adaptées en matière de prestation de services, notamment lorsque les particuliers et les familles sont difficiles à atteindre ou se montrent réticents, qui se fondent sur le type et la gravité des actes de violence envers les enfants et qui sont personnalisées pour offrir à chaque enfant et à chaque famille ce dont ils ont besoin. Le Modèle IA promeut une stratégie fondée sur les points forts en matière de prestation de services et favorise la participation de l'enfant, de la famille et du système de soutien dans la prise de décision et la planification des services. Le Modèle IA prévoit deux approches :

- l'approche « traditionnelle » pour les cas de présomption d'agression criminelle contre un enfant et/ou pour les cas très graves;
- l'approche « personnalisée », qui est davantage axée sur la collaboration, pour les cas moins graves.

L'approche personnalisée fournit aux préposés à la protection de l'enfance un éventail d'options plus souples qui leur permettront de répondre plus précisément aux besoins uniques des enfants et de leurs familles, tout en assurant la sécurité de l'enfant. Les sociétés d'aide à l'enfance (SAE) ont la possibilité de renvoyer le cas « d'un enfant qui peut subir ou avoir subi de mauvais traitements » à un groupe d'étude des cas de mauvais traitements infligés aux enfants, comme stipulé dans l'art. 73 de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

- L'approche « traditionnelle » est utilisée lorsque les tentatives d'intervention par le biais de l'approche « personnalisée » se sont avérées vaines et que la préposée ou le préposé n'est pas en mesure de faire participer la famille à un degré de coopération suffisant pour lui permettre de déterminer si la situation soulève ou non des préoccupations en matière de sécurité. L'approche « traditionnelle » est plus structurée et s'articule habituellement autour de protocoles établis par les SAE et les services de police, alors que l'approche « personnalisée » est axée sur une approche plus souple et plus personnalisée.

Le ministère a récemment procédé à un examen des Normes de 2007, en collaboration avec le secteur des services de bien-être de l'enfance. Le Modèle IA demeure l'approche préconisée dans la version révisée des normes, qui devrait être publiée au printemps 2016.

L'outil Évaluation de la sécurité – Ontario qui est décrit dans le Manuel, associé aux Normes de 2007, fournit un ensemble d'instruments requis et complémentaires conçus pour aider les préposés à la protection de l'enfance dans leur évaluation et leur dépistage des situations dans lesquelles on présume qu'un enfant a besoin de protection. Le descripteur des menaces en matière de sécurité n° 6 de l'outil Évaluation de la sécurité – Ontario s'applique lorsque la famille refuse de laisser rendre visite à l'enfant (p. ex. en donnant intentionnellement des directives à l'enfant ou en le contraignant à agir d'une certaine façon pour tenter d'entraver l'enquête, ou bien en isolant l'enfant pendant de longues périodes afin d'éviter une enquête).

Le ministère finance l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) pour qu'elle fournisse des programmes de services d'éducation, notamment une série de formations destinées aux professionnels du bien-être de l'enfance incluant un cours sur la mobilisation des familles. Les objectifs d'apprentissage de ce cours sont les suivants :

- accroître la capacité des participants de faire participer les parents à titre de collaborateurs pour définir les objectifs et trouver des solutions;

- comprendre les étapes décisionnelles tout au long du processus de traitement des cas, les risques de différends à chaque étape et en quoi la prescription d'un processus de règlement extrajudiciaire des différends peut permettre de résoudre un différend;
- permettre aux participants de mieux comprendre les *Normes de la protection de l'enfance en Ontario* qui guident la planification des cas.

En outre, l'AOSAE a élaboré un avis de pratique pour aider les préposés à la protection de l'enfance à obtenir tous les renseignements requis pour déterminer quel est le risque immédiat ou futur encouru par un enfant. L'avis de pratique fournit des renseignements sur le recours à des pratiques de mobilisation des familles dans le domaine clinique afin de mieux comprendre pourquoi les clients se montrent réticents et d'obtenir leur coopération.

2. 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. Comme en 2013, environ 10 % des recommandations formulées par le CEDE (SAE) en 2014 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

L'outil Évaluation de la sécurité – Ontario qui est décrit dans le *Manuel des outils de la protection de l'enfance de l'Ontario* (2007) impose aux membres du personnel des services de protection de prendre en considération les conditions de vie physiques de l'enfant, notamment pour dormir, durant une évaluation de la sécurité. Le descripteur des menaces en matière de sécurité n° 8 exige de prendre en considération le mode de vie/les conditions pour dormir mettant en danger la sécurité immédiate d'un nourrisson, par exemple lorsqu'une personne adulte partage un lit avec un nourrisson ou lorsqu'un berceau n'est pas sécuritaire.

Le ministère a récemment procédé à un examen des Normes de 2007, en collaboration avec le secteur des services de bien-être de l'enfance. En vertu des normes révisées, les préposés à la protection de l'enfance resteront tenus d'examiner les conditions de vie physiques de l'enfant, notamment pour dormir, durant une évaluation de la sécurité. La version révisée des normes devrait être publiée au printemps 2016.

Le ministère finance l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) pour qu'elle fournisse des programmes de services d'éducation destinés aux professionnels du bien-être de l'enfance, incluant un module de formation intitulé « Working with Infants at Risk and their Families » (travailler avec les nourrissons à risque et leurs familles). Ce module inclut une formation sur les dangers associés au partage du lit et sur la nécessité de créer des environnements de sommeil appropriés pour les nourrissons.

En 2013-2014, l'AOSAE a également élaboré un avis de pratique pour que les préposés à la protection de l'enfance contribuent à fournir des renseignements aux familles, aux collègues et aux autres professionnels communautaires sur la création d'environnements de sommeil plus sécuritaires pour les nourrissons. L'avis de pratique fournit des « Conseils de pratiques de sommeil sécuritaires » visant par exemple à informer les parents/personnes responsables du risque important de mort subite du nourrisson survenant dans des environnements de sommeil non sécuritaires et des risques pouvant être associés au partage du lit.

3. Tenir compte des besoins d'évaluation et de traitement des jeunes nécessitant ou recevant des services en santé mentale.

Le mode de décès de près de 20 % des cas examinés par le CEDE (SAE) était le suicide. Environ 10 % des recommandations du CEDE (SAE) avaient trait à la prestation de services aux jeunes souffrant de problèmes de santé mentale. Les domaines prioritaires de cette catégorie comprenaient l'importance de l'évaluation des jeunes ayant besoin d'intervention en santé mentale et de la prestation de services appropriés, et la prise en considération du besoin de coordination des cas et de planification des traitements, ainsi que des besoins de formation du personnel de première ligne.

Réponse du MSEJ

Le gouvernement de l'Ontario s'engage à créer un système de santé mentale qui fournit aux enfants et aux jeunes les services dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et aussi près que possible de leur domicile. C'est dans ce but que l'Ontario a lancé sa Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances (ci-après la « Stratégie de SMLD ») en

2011. Durant les trois premières années de cette stratégie, l'accent a été mis sur les enfants et les jeunes. La Stratégie de SMLD permet à plus de 50 000 enfants et jeunes supplémentaires, et à leur famille, de bénéficier de services de santé mentale aux enfants et aux jeunes et de soutiens connexes.

La Stratégie de SMLD a non seulement permis de créer plus de 770 postes de travailleuses et travailleurs en santé mentale dans les collectivités, les écoles et les tribunaux, mais aussi d'accroître les possibilités de collaboration pour les intervenants de première ligne en faisant ce qui suit :

- élargir le Service de télésanté mentale en vue de fournir des services à 2 800 enfants et jeunes supplémentaires, et à leur famille, dans les collectivités rurales, éloignées et insuffisamment desservies;
- fournir des ressources et des soutiens fondés sur des données probantes aux administratrices et administrateurs de conseils scolaires et aux éducatrices et éducateurs pour leur permettre de mieux comprendre et de soutenir efficacement les enfants et les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et des dépendances;
- offrir des services de traitement, nouveaux et élargis, aux personnes ayant des troubles de l'alimentation, notamment des programmes d'hospitalisation, de traitement de jour et de soins ambulatoires (pour enfants et adultes);
- établir des services axés sur la collaboration dans 18 collectivités, afin de réunir des fournisseurs de services des différents secteurs pour créer un système coordonné de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- créer une ligne d'assistance à l'échelle de la province, Allo J'écoute, pour fournir aux étudiantes et étudiants des établissements postsecondaires des services professionnels de consultation, d'information et d'orientation sur les questions relatives à la santé mentale, aux dépendances et au bien-être;
- créer un Fonds d'innovation en santé mentale permettant d'établir un partenariat entre les établissements postsecondaires, les étudiantes et étudiants et les fournisseurs de services de santé mentale.

Reposant sur le travail de base accompli durant les trois premières années de la Stratégie de SMLD, le Plan pour l'avancement de la santé mentale a été lancé en 2012. Ce plan permettra de simplifier et d'améliorer l'expérience des enfants et des jeunes ayant des problèmes de santé mentale et de leur famille, de sorte qu'ils sachent, quel que soit leur lieu de résidence en Ontario :

- quels services de santé mentale financés par le MSEJ sont disponibles dans leurs collectivités;
- comment accéder aux services et soutiens en matière de santé mentale financés par le MSEJ pour répondre à leurs besoins.

En date du mois de décembre 2015, le ministère a désigné un organisme responsable des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes dans 31 des 33 zones géographiques de services. Une fois le plan intégralement mis en œuvre, il incombera auxdits organismes de veiller à ce que des services communautaires essentiels de santé mentale aux enfants et aux jeunes soient disponibles dans chaque zone de services et à ce que les secteurs communautaires collaborent avec les fournisseurs de soins de santé, les écoles et les autres organisations pour faire en sorte que les jeunes reçoivent le soutien dont ils ont besoin.

Les services essentiels qui seront disponibles dans toutes les zones de services et les attentes minimales liées à leur prestation sont définis dans le document intitulé *Lignes directrices et exigences relatives aux programmes communautaires de santé mentale pour les enfants et les jeunes #01 : Services essentiels et principaux processus*. Voici la liste de ces services :

- prévention ciblée;
- services brefs;
- services de consultation et de thérapie;
- acquisition de compétences et soutien pour la famille;
- consultations et évaluations spécialisées;
- services de soutien en cas de crise;
- services de traitement intensif.

Les organismes responsables collaborent avec les autres fournisseurs de services de santé mentale aux enfants et aux jeunes ainsi qu'avec les partenaires du secteur parapublic, incluant les conseils scolaires, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les sociétés d'aide à l'enfance (SAE), en vue de planifier la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes et d'élaborer des chemins d'accès aux services plus cohérents pour les enfants et les jeunes, et ce, avant, pendant et après les soins.

Lancé en 2013-2014, le Plan de prévention du suicide chez les jeunes, qui s'appuie sur la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, vise à aider les collectivités à renforcer leurs initiatives locales en matière de prévention du suicide chez les jeunes afin qu'elles puissent mieux répondre aux besoins des jeunes qui

traversent une crise. En 2015-2016, le ministère octroie 1,9 million de dollars pour appuyer le Plan de prévention du suicide chez les jeunes.

Voici le bilan de la troisième année de ce plan (c.-à-d. 2015-2016) :

- trente-quatre (34) collectivités disposent de plans visant à accroître leur capacité de sensibiliser et de faire collaborer les intervenants des secteurs des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes, de l'éducation et de la santé, ainsi que d'appuyer la mise de œuvre de pratiques exemplaires en vue de prévenir les décès par suicide;
- des soutiens ciblés ont été fournis aux organismes qui œuvrent auprès des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones vivant en milieu urbain, afin de reconnaître les besoins uniques de ces communautés sur les plans culturel et organisationnel;
- le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (ci-après le « Centre ») a élaboré *Vivons, ensemble*, une boîte à outils Web permettant d'appuyer la mobilisation communautaire; le Centre offre des soutiens en encadrement pour aider les groupes communautaires locaux à planifier, à mettre en œuvre et à évaluer leurs efforts de prévention du suicide chez les jeunes; le Centre propose également des forums virtuels et a organisé un forum en personne à l'intention des Autochtones sur le thème de la promotion de la vie, intitulé « *A place in the circle: Youth life promotion and suicide prevention forum* », «une place dans le cercle : forum sur le thème de la promotion de la vie et la prévention du suicide chez les jeunes » qui s'est tenu le 2 février 2016.

4. Travailler avec les services de police locaux pour examiner et modifier au besoin le protocole d'enquête des décès d'enfants.

Le 22 avril 2013, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le Bureau du coroner en chef ont publié conjointement l'*Addendum: Children's Aid Society and Police Protocols – Investigations of Suspicious Child Deaths* [Addenda : Protocoles des sociétés d'aide à l'enfance et des services de police – Enquêtes sur les décès suspects d'enfants] en réponse à une recommandation émise dans le rapport Goudge en 2008. Dans certains cas, un manque de clarté ou de consensus apparent semble persister dans l'approche d'enquête sur les décès d'enfants entre les sociétés d'aide à l'enfance et les services de police.

Réponse du MSEJ

L'addenda sur les protocoles des sociétés d'aide à l'enfance et des services de police relatifs aux enquêtes sur les décès suspects d'enfants (ci-après l'« addenda »), intitulé « the Addendum: Children's Aid Society and Police Protocols – Investigations of Suspicious Child Deaths », « *Addenda : Protocoles des sociétés d'aide à l'enfance et des services de police – Enquêtes sur les décès suspects d'enfants* », a été élaboré en réponse à deux recommandations formulées dans le rapport de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario (la Commission d'enquête Goudge), qui a été publié le 1^{er} octobre 2008. Il convient d'intégrer les conclusions de l'addenda dans les protocoles existants des services de police/sociétés d'aide à l'enfance (SAE) à l'échelle locale.

Le ministère et le Bureau du coroner en chef (BCC) ont organisé une séance de formation en personne sur l'addenda en mai 2013, suivie d'un webinaire provincial en juin 2013. Le webinaire, qui était accessible à l'ensemble des membres du personnel des SAE et des représentants des services de police à l'échelle de l'Ontario, mettait l'accent sur l'échange de pratiques exemplaires et encourageait l'adoption d'approches collaboratives aux fins de mise en commun de l'information dans les cas de décès d'enfants. En outre, le ministère et le BCC ont distribué des copies DVD du webinaire de formation aux SAE et aux représentants des services de police afin de promouvoir la collaboration continue et d'appuyer la formation commune des SAE et des services de police à l'échelle locale.

La formation sur l'addenda est également accessible en ligne.

En vertu des *Normes de la protection de l'enfance en Ontario* de 2007 (ci-après les « Normes de 2007 »), chaque SAE doit établir « des protocoles avec les services de police locaux concernant les enquêtes sur des allégations de délit criminel contre un enfant ». Ces protocoles doivent inclure des dispositions concernant l'échange de renseignements entre les deux organismes. Le ministère a récemment procédé à un examen des Normes de 2007, en collaboration avec le secteur des services de bien-être de l'enfance. Les normes révisées renforcent les exigences existantes et imposent à chaque SAE d'établir un protocole avec le service de police local (Norme n° 2 : Planification et conduite d'une enquête sur la protection de l'enfance). La version révisée des normes devrait entrer en vigueur au printemps 2016.

5. Améliorer la prestation de services dans les cas complexes et en présence de contacts multiples avec la société d'aide à l'enfance ou d'autres services communautaires.

Parmi les cas examinés en 2014 par le CEDE (SAE), 64 % comprenaient des antécédents de trois renvois ou plus à une SAE et 50 %, trois ouvertures de dossiers ou plus. De plus, 36 % 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.

Environ 10 % des recommandations du CEDE (SAE) en 2014 visaient l'amélioration de la prestation de services dans les cas complexes et en présence de contacts multiples avec la société d'aide à l'enfance ou d'autres services communautaires.

Le CEDE a expressément souligné l'importance d'examiner les cas comportant des renvois multiples au fil du temps, et de chercher les possibilités d'offrir du soutien.

Réponse du MSEJ

Les *Normes de la protection de l'enfance en Ontario* de 2007 (ci-après les « Normes de 2007 ») imposent d'utiliser l'outil Évaluation des risques du milieu familial – Ontario durant toutes les enquêtes sur la protection de l'enfance en milieu familial, afin de repérer les familles dans lesquelles, compte tenu de leur situation particulière, la probabilité de futurs mauvais traitements infligés à un enfant est supérieure à celle établie dans les autres familles. En plus du recours à l'outil Évaluation des risques du milieu familial – Ontario, des renseignements sont recueillis pour choisir la meilleure intervention et pour définir des soutiens visant à promouvoir la sécurité de l'enfant. Le ministère a récemment procédé à un examen des Normes de 2007, en collaboration avec le secteur des services de bien-être de l'enfance. Les normes révisées répondent à la question de l'examen des signalements multiples en précisant que des antécédents liés au bien-être de l'enfant constituent un facteur supplémentaire à prendre en compte pour choisir la meilleure intervention à la suite d'un signalement. La version révisée des normes devrait entrer en vigueur au printemps 2016.

À l'heure actuelle, conformément au Règlement de l'Ontario 206/00 et aux Normes de 2007, les préposés à la protection de l'enfance consultent toutes les sources d'information, y compris la base de données provinciale du « Système Info express », pour trouver des renseignements qui pourraient les aider à déterminer s'il existe des motifs raisonnables de croire que l'enfant ou tout autre enfant de la même famille a besoin de protection. Le Réseau d'information pour la protection de l'enfance (RIPE), un système d'information unique destiné à toutes les sociétés d'aide à l'enfance (SAE) à l'échelle de la province, permettra d'améliorer la sécurité des enfants en augmentant la capacité des SAE en matière de suivi uniforme des enfants et de leurs résultats, et d'accès intégré aux renseignements sur les cas critiques, y compris aux renseignements sur les précédents aiguillages/rapports qui n'ont pas abouti à une enquête. Le ministère mettra en œuvre progressivement le RIPE en communiquant avec toutes les SAE de l'Ontario d'ici à 2019-2020. Comme cinq SAE font désormais partie du RIPE, notamment les deux premières SAE en importance dans la province, les dossiers de 20 p. 100 des enfants pris en charge figurent dans le RIPE. Six autres sociétés sont en train d'œuvrer à la mise en œuvre du RIPE pour le printemps 2016. Par conséquent, environ 30 p. 100 des dossiers des enfants pris en charge à l'échelle de la province figureront dans le RIPE.

6. Envisager le recours à des conférences de cas pour améliorer l'échange d'information, la planification de cas et la collaboration interne et entre les fournisseurs de services.

Les conférences de cas et les politiques et procédures bien définies peuvent aider les sociétés et les fournisseurs de services concernés à échanger de l'information, à intégrer la planification des services pour les enfants, les jeunes et les familles, et à clarifier les rôles et les responsabilités de chacun. Les conférences et la planification de cas devraient inciter les parents et tous les fournisseurs de services communautaires à participer lorsque c'est possible et approprié.

Plus précisément, le CEDE a recommandé la tenue de conférences de cas lorsqu'il y a divergence d'opinions au sujet des décisions de gestion des cas, qu'une société pense fermer un dossier, qu'une société pense retourner un enfant chez ses tuteurs précédents ou que l'intervention de la société est principalement liée aux besoins médicaux complexes d'un enfant ou d'un jeune.

Lorsque des familles reçoivent du soutien d'une société en lien avec les soins médicaux complexes à prodiguer à des enfants ou des jeunes, l'existence de relations de travail fondées sur la collaboration avec les professionnels de la santé de la communauté pourrait contribuer à l'établissement de relations et à la communication efficace de connaissances médicales à la famille.

Réponse du MSEJ

Comme indiqué dans les *Normes de la protection de l'enfance en Ontario* de 2007 (ci-après les « Normes de 2007 »), l'approche qu'il convient d'adopter pour fournir des services de protection de l'enfance en Ontario se fonde sur le Modèle ontarien d'intervention adaptée (ci-après le « Modèle IA »). Le Modèle IA « encourage la participation de l'enfant, de la famille et de leur système de soutien dans la prise de décision et dans la planification des services ». La prestation des

services axée sur l'enfant et la famille encourage la participation active et sincère des familles et de leur réseau de soutien dans la planification des activités, ce qui inclut notamment le recours à la consultation pour permettre à la famille élargie, à la communauté et aux professionnels de discuter des préoccupations, de définir les points forts et d'essayer de trouver des solutions. Les Normes de 2007 insistent également sur le rôle joué par les SAE pour faciliter les communications entre les fournisseurs de services.

La norme n° 4 (Mener une enquête de protection de l'enfance) des Normes de 2007 stipule que l'une des étapes de toute enquête sur la protection de l'enfance en milieu familial consiste à obtenir des renseignements et à recueillir « des preuves des autres professionnels traitant l'enfant et/ou la famille (p. ex., professionnels de la médecine, de la police, du droit et de l'éducation) ».

De plus, la norme n° 9 (Début du service de protection continue) et la norme n° 10 (Gestion des cas) stipulent que les fournisseurs de services connexes doivent participer à l'élaboration du plan de services et, dans la mesure du possible, à l'intégralité du processus de gestion des cas.

Le ministère a récemment procédé à un examen des Normes de 2007, en collaboration avec le secteur des services de bien-être de l'enfance. En vertu des normes révisées, les préposés à la protection de l'enfance resteront tenus d'exécuter les étapes de l'enquête décrites dans les Normes de 2007 pour recueillir des renseignements auprès des autres professionnels qui interviennent auprès de l'enfant et/ou de la famille (p. ex. les professionnels de la santé, de la police, du droit et de l'éducation), et ce, pendant la planification et la conduite d'une enquête sur la protection de l'enfance et durant le processus de gestion des cas bénéficiant de services continus. Les normes révisées incluent également des « conseils pratiques » qui expliquent la façon d'appliquer les normes en précisant les activités et/ou les concepts requis et qui décrivent le recours à la consultation axée sur la famille comme un moyen de renforcer la sécurité de l'enfant. La version révisée des normes devrait être publiée au printemps 2016.

État de la mise en œuvre des recommandations émises en 2013 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 toutes les recommandations du CEDE (SAE) qui leur ont été adressées en 2013.

Recommandation faite au MSEJ en 2014 et réponse du MSEJ

7. Examiner un foyer de groupe particulier durant le prochain processus d'agrément pour veiller à ce que les ressources adéquates et appropriées soient disponibles en fonction des enfants et des jeunes placés dans le foyer.

Le CEDE a indiqué que les enfants et les jeunes placés dans le foyer de groupe en question semblaient nécessiter des interventions de traitement très différentes et un ratio d'employés plus élevé pour assurer la sécurité et veiller à ce que les besoins de traitement soient comblés.

Réponse du MSEJ

Le foyer de groupe concerné par cette recommandation a fermé ses portes en 2013.

L'Ontario s'engage à améliorer les services et les soutiens pour tous les enfants et les jeunes, incluant ceux qui reçoivent des soins et un traitement en établissement. Les organismes de placement, par exemple les sociétés d'aide à l'enfance (SAE), placent les enfants et les jeunes dans les établissements qui répondront le mieux à leurs besoins. Les exploitants de foyers pour enfants titulaires d'un permis sont tenus de mettre en place un plan de soins personnalisé pour chaque enfant recevant des soins, conformément aux règlements en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* (LSEF). Celui-ci doit inclure un plan permettant d'obtenir tous les services de consultation spécialisée, les traitements et les mesures de soutien recensés pour atteindre les résultats escomptés en fonction des points forts et des besoins de chaque enfant ou jeune.

Les membres du personnel du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) chargés de la délivrance des permis inspectent chaque année, aux fins d'agrément, les établissements proposant des programmes de services résidentiels pour enfants.

Examen des services en établissement pour les enfants et les jeunes

L'une des principales priorités du MSEJ est d'assurer le bien-être des enfants et des jeunes placés en établissement et de les aider à obtenir des résultats positifs. En juillet 2015, le MSEJ a annoncé qu'un groupe d'experts allait procéder à un examen des services en établissement pour les enfants et les jeunes en Ontario. Ce groupe fournira son rapport et

formulera ses recommandations au MSEJ le 29 février 2016. Cet examen fait fond sur les conclusions des examens et des rapports précédents et fournit des conseils sur les mesures requises afin d'améliorer les services en établissement pour les enfants et les jeunes.

Les recommandations décrivant comment améliorer la prestation des services de soins et de traitement dans les établissements documenteront les changements qui peuvent être apportés au système de services en établissement en vue d'optimiser les résultats positifs pour les enfants et les jeunes.

Figure 30 : Recommandations émises en 2014 par le CEDE (SAE) à l'intention d'autres organismes

Organization	Recommandation
Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance	L'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance devrait encourager ses organismes membres à établir la pratique exemplaire consistant à vérifier si les personnes qui reçoivent des services de protection de l'enfance dispensent des soins de remplacement à d'autres enfants. Il arrive que des services soient fournis par les sociétés d'aide à l'enfance à des familles qui, à l'insu de la société, dispensent des soins de remplacement à d'autres enfants. Si les sociétés vérifient si c'est le cas au cours de leur travail habituel avec les familles, elles pourront mieux évaluer la pertinence des ententes de soins.
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Le Ministère devrait se pencher sur des façons d'améliorer le suivi lorsque des jeunes à risque reçoivent leur congé de services aux hospitalisés. La collaboration entre les services psychiatriques hospitaliers et les fournisseurs de soins communautaires pourrait avoir une incidence positive sur les soins et les traitements continus des jeunes à risque élevé vivant en famille d'accueil ou en foyer de groupe qui présentent des comportements à risque graves et sur la prévention des hospitalisations multiples en psychiatrie.

Organization	Recommandation
Service de police local	Le service de police local devrait examiner le processus et l'approche d'enquête sur le décès d'enfant pour s'assurer qu'ils correspondent aux protocoles en place. Le manuel des normes policières (ligne directrice LE-027 sur les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants) indique que les protocoles devraient être élaborés avec une SAE locale et devraient traiter des exigences et des procédures d'enquête après le décès d'un enfant. De plus, le modèle de protocole sur les mauvais traitements à l'égard des enfants proposé par le manuel comprend des conseils sur les pratiques d'échange d'information entre les services de police et les SAE et souligne la nécessité de clarifier les rôles des services de police et des SAE dans le contexte des enquêtes sur les décès d'enfants. <i>L'Addendum: Children's Aid Society and Police Protocols – Investigations of Suspicious Child Deaths</i> [Addenda : Protocoles des sociétés d'aide à l'enfance et des services de police – Enquêtes sur les décès suspects d'enfants], distribué en septembre 2013, offre aussi des conseils sur l'échange de renseignements entre les services de police, les préposés à la protection de l'enfance et l'équipe d'enquête durant les enquêtes sur les décès suspects d'enfants. L'addenda a été conçu pour être intégré aux protocoles d'échange d'information actuels des services de police et des sociétés d'aide à l'enfance. La communication avec la SAE pour vérifier si elle est déjà intervenue est une composante de l'enquête sur les décès d'enfants du Bureau du coroner en chef. La communication rapide avec les SAE après le décès d'un enfant est importante : 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.
Coroner régional principal, Bureau du coroner en chef	Le coroner régional principal devrait communiquer avec le centre de traitement ontarien contre la dépendance (OATC) local pour recommander : a. un examen de ses politiques pour appuyer l'intégration à l'équipe d'un fournisseur de soins obstétricaux lorsque des patientes du programme d'entretien à la méthadone sont enceintes; b. un examen de l'approche de l'OATC local pour répondre aux demandes des fournisseurs de services de bien-être de l'enfance dans les cas où toxicomanie d'un parent pourrait diminuer les compétences parentales. Des problèmes de communication ont déjà été rapportés entre les SAE et les OATC. Dans le cas pour lequel cette recommandation a été formulée, l'OATC n'a pas répondu assez rapidement aux demandes de la SAE. De plus, il semblerait que l'OATC local aurait conseillé aux parents de ne pas révéler de renseignements sur leur consommation, ce qui peut augmenter les préoccupations concernant les nourrissons à risque élevé.

Organization	Recommandation
Coroner régional principal, 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, les coroners enquêteurs devraient entreprendre rapidement 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.

Composition des Comités

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

D^r Dirk Huyer, président

Coroner en chef de l'Ontario

M^{me} Tara McCord (précédemment)

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

M^{me} Kathy Kerr (actuellement)

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

M^{me} Karen Bridgman-Acker (précédemment)

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

M^{me} Jessica Diamond (actuellement)

Coordonnatrice (SAE)
Directrice, Bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

D^r Desmond Bohn

Directeur médical provincial, CritiCall Ontario

M^{me} Susan Abell

M. Brad Bain

M^{me} Zel Fellegi

M^{me} Donna Zan

Conseillers en bien-être de l'enfance

D^r Alan Hudak

Pédiatre, Orillia

M^{me} Mary Ballantyne

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

D^r Ram Singh

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

Détective Avi Fagu

Détective Mike McKenzie (a quitté le Comité)

Détective Jakub Ostaszewski

Enquêteurs de la police pour les coroners

D^r Gino Somers

Pathologiste, The Hospital for Sick Children, Toronto

Sergent-détective John Braybrook (a quitté le Comité)

Police régionale de York

Sergent-détective Jim Kilby

Police régionale de York

D^r John Watts

Professeur émérite, département de pédiatrie

Centre médical de l'Université McMaster, Hamilton

Détective Mary Vruna (a quitté le Comité)

Escouade des homicides, Service de police de Toronto

Détective Susan Gomes

Escouade des homicides, Service de police de Toronto

D^r Ian Wilson

Pédiatre, Kitchener

Sergent-détective Leon Lynch (a quitté le Comité)

Unité des homicides, Service de police régional de Durham

D^r Burke Baird

Pédiatre, centre médical de l'Université McMaster

Sergent-détective Larry Wilson

Escouade des homicides, Police régionale de York

D^r Alejandro Floh

Soins intensifs, The Hospital for Sick Children, Toronto

Sergente-détective Deb Gillis (a quitté le Comité)

Unité des crimes majeurs, Services d'enquête

Service de police de Peterborough Lakefield

Sergente-détective Lynne Buehler

Service des Enquêtes

Service de police de Peterborough Lakefield

M^{me} Yasmin Nowsherwanji

M^{me} Ramona Bhagwandin

Coordonnatrices administratives

Bureau du coroner en chef

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

D^r Dirk Huyer, président

Coroner en chef de l'Ontario

M^{me} Tara McCord (précédemment)

Coordonnatrice (cas médicaux)

Directrice de la gestion des comités

Bureau du coroner en chef

M^{me} Kathy Kerr (actuellement)

Directrice de la gestion des comités

Bureau du coroner en chef

M^{me} Jessica Diamond (actuellement)

Coordonnatrice (SAE)
Directrice, bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

Détective Mary Vruna

Escouade des homicides, Service de police de Toronto

Détective Susan Gomes

Escouade des homicides, Service de police de Toronto

D^r David Chiasson

Médecin légiste
The Hospital for Sick Children, Toronto

D^{re} Charis Kepron

Médecin légiste
Unité médico-légale régionale de l'est de l'Ontario (Ottawa)

Détective Avi Fagu

Détective Mike McKenzie

Enquêteurs du Bureau du coroner en chef

D^{re} Chitra Rao

Unité régionale de médecine légale
Hamilton (Ontario)

Sergent-détective J. J. Allan

Unité des homicides, Service de police régional de Durham

Sergent-détective Mitch Martin

Unité des homicides, Service de police régional de Durham

D^r Mike Shkrum

Chef, Unité régionale de médecine légale
London (Ontario)

D^{re} Michelle Shouldice

Pédiatre
Suspected Child Abuse and 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

M^{me} Yasmin Nowsherwanji

M^{me} Ramona Bhagwandin

Coordonnatrices administratives,
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

Sergente d'état-major Vicki MacDonald

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

Sergente d'état-major Rhonda Corsi

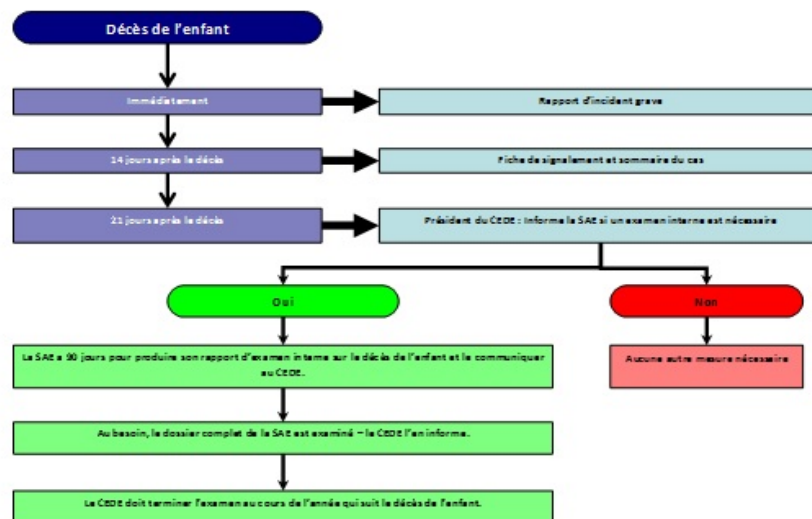
Police régionale de York

M^{me} Brenda Marsillo

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

M^{me} 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**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 : Il s'agit des 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 ou d'un examen plus approfondi : 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)

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.

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)

Téléphone : 647 329-1835

Mme Kathy Kerr

Directrice de la gestion des comités

Coordonnatrice du CEDE5A

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

[1] Kinney, HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2009; 361 (8): 795-805.

[2] With the exception of Akwesasne Child and Family Services, which is governed by the Mohawk Council of Akwesasne.

[3] Fisher's exact test was performed, $p = 0.57$.

[4] Chi-square test was performed. Relation between the variables was significant, $\chi^2(4, N=356) = 35.99, p < 0.0001$.

[5] Chi-square test was performed. Relation between the variables was significant, $\chi^2(3, N=1028) = 66.73, p < 0.0001$.

[6] The Northern and Rural Healthcare Panel (2011, March 30). *Rural and Northern Healthcare Report Executive*

Summary. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/exec_s...

[7] A chi-square test was performed. Relation between the variables was significant, $\chi^2(4, N=356) = 74.991, p < 0.0001$.

[8] A chi-square test was performed. The relation between the variables was extremely statistically significant, $\chi^2(1, N=356) = 28.673, p < 0.0001$.

[9] A chi-square test was performed. The relation between the variables was not statistically significant, $\chi^2(4, N=382) = 3.703, p < 0.448$.

[10] A Fisher's exact test was performed. The relation between the variables was not significant, $p = 0.5149$.

[11] Five of these cases were reviewed in the 2014 calendar year. The remainder were reviewed in the 2015 calendar year and the results of those reviews will be detailed in the next Annual Report.
