

Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario

Décembre 2018



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

Rapport annuel 2017

Table des matières

Message du président.....	2
Le Bureau du coroner en chef et le contexte des décès d'enfants en Ontario	1
Décès d'enfants et de jeunes en Ontario et au Canada : tendances au fil des ans.....	5
Décès d'enfants et de jeunes en Ontario : répartition par groupes d'âge	6
Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans	1
Cas évalués par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2016 et 2017	12
Détermination de la cause et du mode de décès	17
Classification des décès de nourrissons du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans	21
Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)	31
Analyse des examens de cas de 2016 et 2017 du Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)	33
Recommandations	33
Exemple de cas médical examiné par le Comité d'examen des décès d'enfants	36
Comité d'examen des décès d'enfants (Société d'aide à l'enfance).....	45
Comparaison entre les décès d'enfants avec intervention d'une société d'aide à l'enfance et les autres décès d'enfants survenus en Ontario en 2016 et 2017	43
Comparaison entre les cas examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une société et les autres décès examinés par un coroner – Âge et sexe.....	44
Comparaison entre les cas examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une société et les autres décès examinés par un coroner – Mode de décès	48
Décès avec intervention d'une société en 2016 et 2017 – Situation des enfants et des jeunes	53
Décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une société d'aide à l'enfance examinés par le Bureau du coroner en 2016 et 2017	58
Examens du Comité d'examen des décès d'enfants (société d'aide à l'enfance) portant sur des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une société d'aide à l'enfance en 2016 et 2017	62
Examens du Comité d'examen des décès d'enfants (société d'aide à l'enfance) en 2016 et 2017 – Analyse des facteurs mis en évidence	69
Recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants (société d'aide à l'enfance)	72
Composition des comités.....	87
Annexe A – Directive conjointe visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants en Ontario	83
Annexe B – Définitions des thèmes des examens de cas du Comité d'examen des décès d'enfants (sociétés d'aide à l'enfance)	86

Message du président

De nombreux progrès ont été réalisés au cours des deux dernières années en matière d'enquêtes et d'examen des décès d'enfants. Cela demeure l'une des parties les plus importantes et difficiles de notre mandat. Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) ont été créés pour nous permettre d'apprendre des décès d'enfants afin de prévenir d'autres décès. Chaque occasion d'apprendre est une occasion importante de réduire le taux de mortalité infantile et d'épargner à des familles de vivre le deuil profond de la perte prématurée d'un enfant plein de promesses.

Améliorer ces possibilités d'apprentissage est une priorité pour plusieurs intervenants, dont le Bureau du coroner en chef (BCC). Depuis 2014, nous travaillons avec le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC), anciennement le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) et le Bureau des intervenants en faveur des enfants de l'Ontario pour élaborer un modèle d'examen sophistiqué qui sera fondé sur des données probantes et axé sur la collaboration. Ce modèle maximisera la possibilité d'améliorer l'analyse de la santé publique, l'élaboration de politiques, la recherche et les stratégies de prévention en Ontario.

Le Comité d'analyse et d'examen des décès d'enfants et d'adolescents est en place depuis décembre 2017. Il a reçu une subvention de deux ans dans le cadre d'une entente tripartite entre le Bureau du coroner en chef, le Bureau des intervenants en faveur des enfants de l'Ontario et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC).

Le nouveau modèle, en plus de tenir compte du fait que la prévention des décès est une responsabilité partagée et que les enfants, les jeunes et les familles dépendent de plusieurs systèmes, intégrera plusieurs organismes à divers paliers pour bien orienter chaque étape du processus d'enquête et d'examen. L'étendue de la participation et de la rétroaction nous offrira des occasions accrues de tirer des leçons pertinentes et opportunes, d'obtenir des données plus complètes afin d'orienter la surveillance et de repérer des tendances et des thèmes pouvant faire ressortir des problèmes systémiques. Ce processus est essentiel pour déterminer les domaines sur lesquels porteront les prochaines stratégies d'analyse et de prévention ainsi que les domaines où la recherche pourrait s'avérer utile.

Nous travaillons actuellement à l'élaboration d'un projet pilote, dans le cadre duquel nous devrions solliciter la participation des citoyens en 2019.

Pendant le processus d'élaboration du nouveau modèle, le CEDE et le CEDE5A auront poursuivi leur précieux travail. Leur analyse approfondie continue de donner lieu à d'importantes recommandations qui sont susceptibles d'améliorer grandement la sécurité des citoyens et qui sont essentielles pour fournir aux organismes des stratégies de prévention. Je remercie les membres des comités pour leur excellent travail et leur engagement continu dans le cadre des examens des décès d'enfants. Leur travail est bien documenté dans le présent rapport.

Il me fait plaisir d'annoncer la nomination de Jessica Diamond au poste de directrice générale du Bien-être de l'enfance au MSESSC. Jessica occupait auparavant le poste de directrice générale des Services à l'enfance et elle a mis en place les fondements pour orienter la nouvelle approche du comité d'examen des décès d'enfants et d'adolescents. Nous félicitons Jessica et la remercions pour son dévouement, son leadership et

son travail au Bureau du coroner en chef. Nous sommes ravis que Peggy McPhail se soit jointe à notre organisation peu après le départ de Jessica. Peggy a plongé dans le feu de l'action dès le premier jour!

Je suis impatient de continuer de travailler avec les autres vers le but commun d'améliorer la santé, la sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes de l'Ontario.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'DH' or 'Dirk Huyer'.

Dirk Huyer, MD

Coroner en chef de l'Ontario

Président, Comité d'examen des décès d'enfants et Comité 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 (MSCSC).

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 médicolégaux 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 sur les principes d'enquête sur les décès. Chaque année, ils procèdent à environ 17 000 enquêtes sur des décès, aux termes des dispositions de l'article 10 de la *Loi sur les coroners*. Ils enquêtent sur toutes les morts non naturelles, comme celles qui impliquent de la violence, un acte criminel, un suicide ou une blessure accidentelle. Des enquêtes sont réalisées pour les morts naturelles subites et inattendues, puisque le mode de décès est au départ incertain. Ils examinent également d'autres cas de mort naturelle, selon le type de décès ou selon la présence de doutes sur les soins reçus par la personne avant son décès. Le BCC 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 mode indéterminé : un décès est classifié comme étant de mode indéterminé lorsqu'une enquête complète n'a révélé aucune preuve adéquate permettant de classer le décès dans une catégorie précise ou qu'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) ou par des organismes autochtones de bien-être des enfants, 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 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 ou d'un organisme autochtone de bien-être des enfants (Société) 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 2016 était la dernière année pour laquelle des données complètes étaient disponibles pour le pays.

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 2016, le nombre total de décès est demeuré relativement stable d'année en année.

Figure 1 : Comparaison du nombre de décès d'enfants et de jeunes de 0 à 19 ans au Canada, en Ontario et examinés par le BCC (2005-2016)

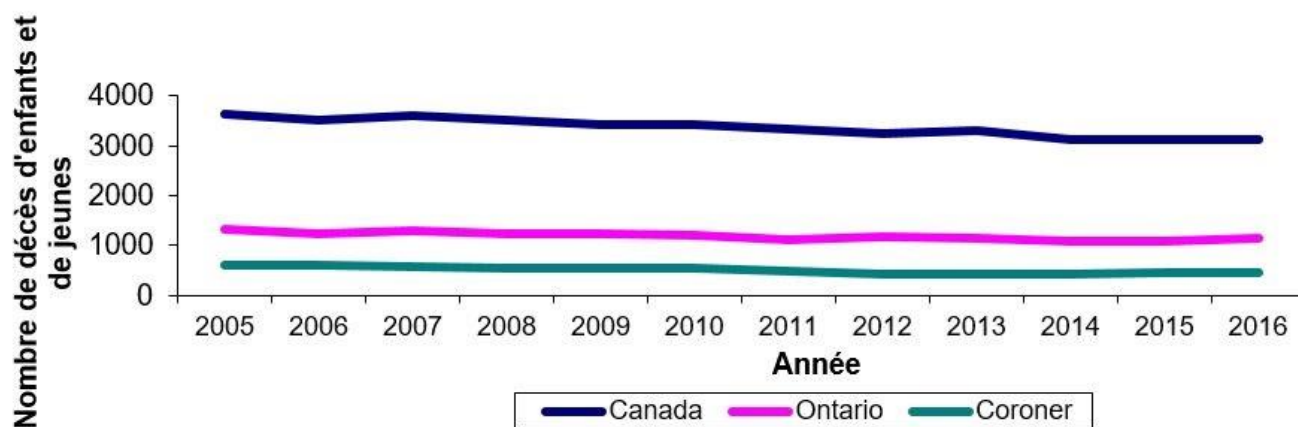


Figure 2 : Comparaison de la population pédiatrique et des décès d'enfants en Ontario et au Canada*

*La figure 2 indique le nombre réel 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 2016, le nombre total de décès est demeuré relativement stable d'année en année.

Année	Population pédiatrique – Canada (total)	Population pédiatrique – Ontario (total)	Pourcentage de la population pédiatrique de l'Ontario par rapport au 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 %
2013	7 848 394	3 069 969	39 %	3295	1157	35 %
2014	7 843 048	3 051 984	39 %	3135	1092	35 %
2015	7 838 448	3 034 963	39 %	3112	3086	35 %
2016	7 879 910	3 043 712	39 %	3120	1134	36%
Moyenne	7 854 875	3 084 370		3355	1194	

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

Les figures 3A et 3B illustrent la distribution par groupes d'âge du nombre annuel moyen de décès examinés par le BCC, comparé au nombre total de décès survenus en Ontario en 2016 et 2017. Toutes proportions gardées, les nourrissons sont le sous-groupe le plus représenté, suivi des adolescents.

Figure 3A : Distribution des décès d'enfants par groupes d'âge (2016)

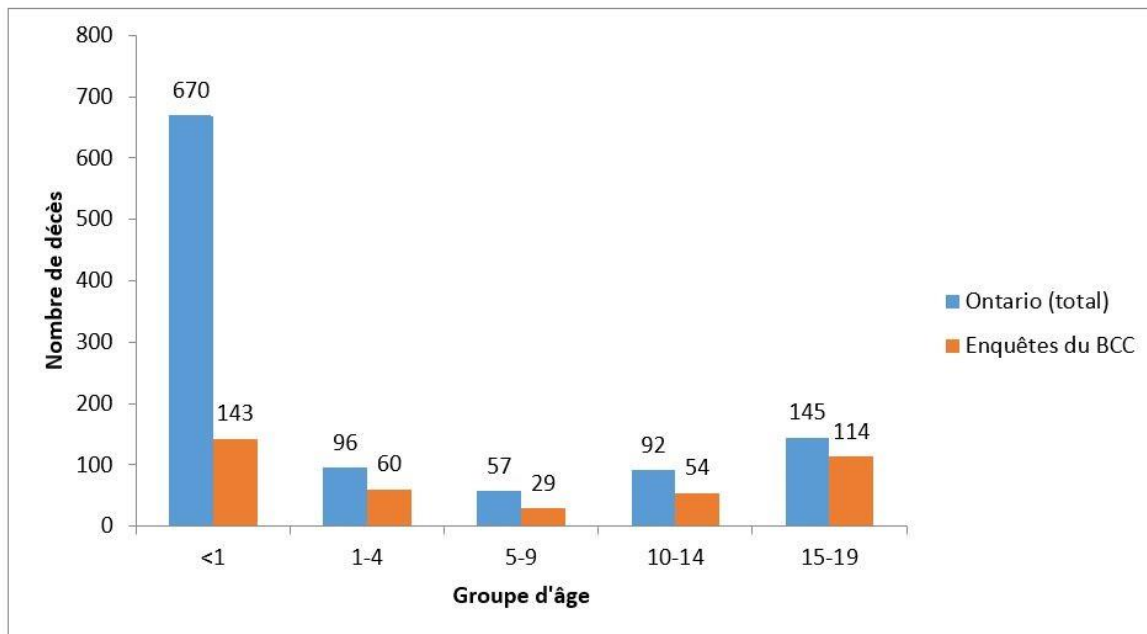
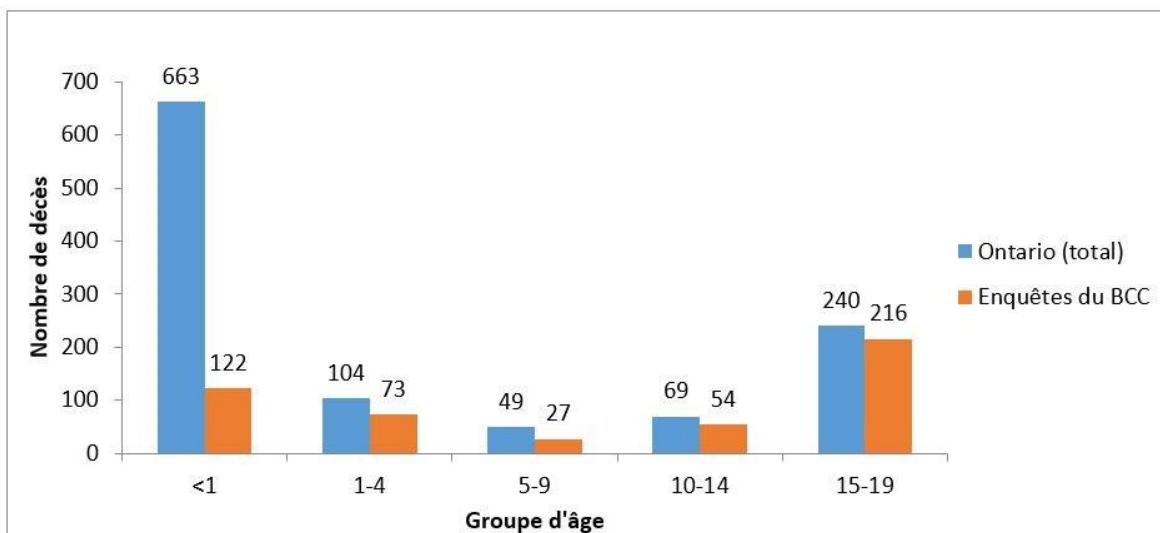


Figure 3B : Distribution des décès d'enfants par groupes d'âge (2017)



La figure 4A montre qu'en 2016, le BCC a examiné environ 21 % des décès d'enfants de moins d'un an, 63 % des décès d'enfants d'un à quatre ans, 51 % des décès d'enfants de cinq à neuf ans, 59 % des décès de jeunes de dix à quatorze ans et 79 % des décès d'adolescents de quinze à dix-neuf ans.

Figure 4A : Pourcentage des décès d'enfants survenus en Ontario qui ont fait l'objet d'une enquête du BCC, par groupes d'âge (2016)

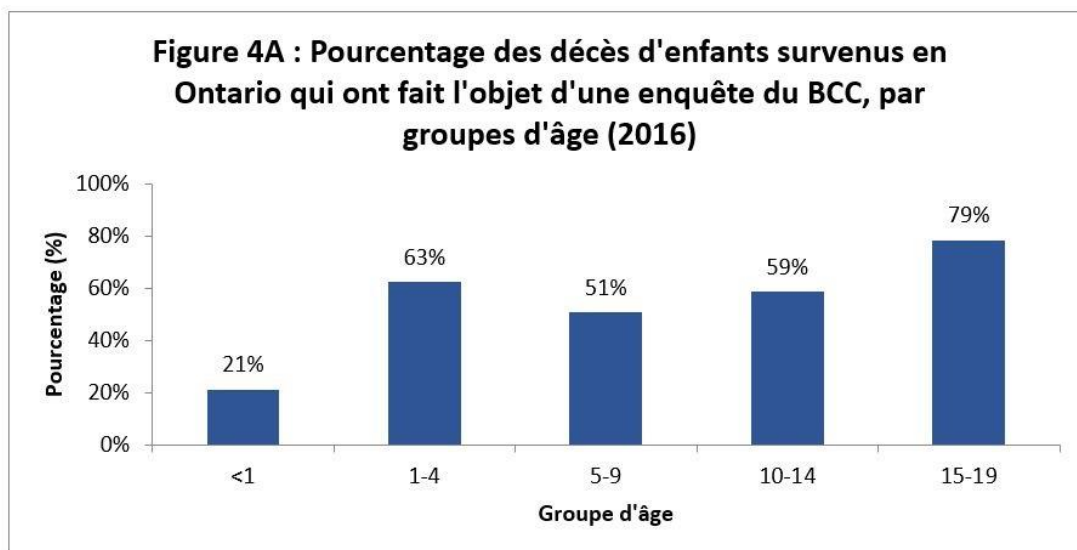
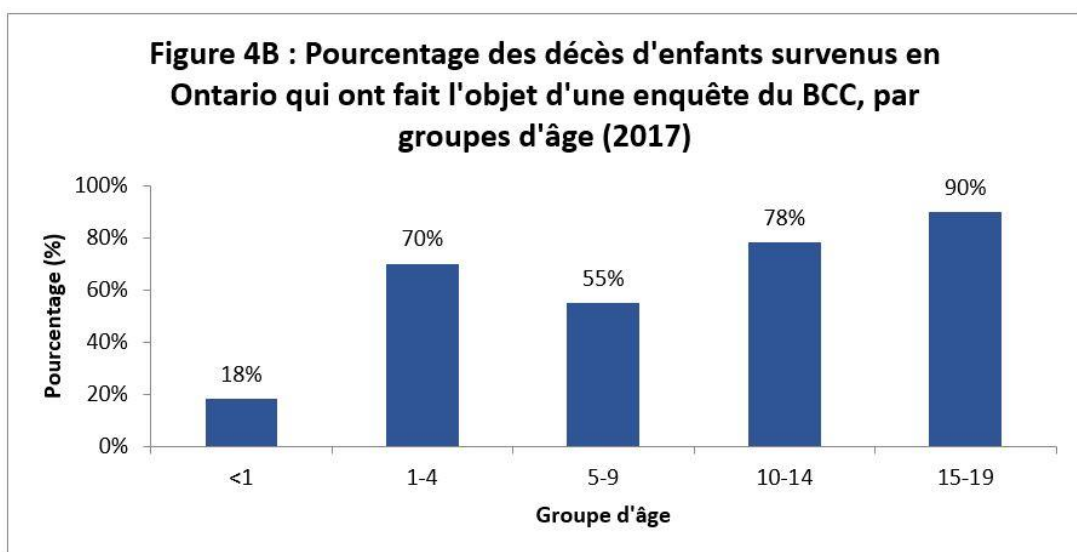


Figure 4B : Pourcentage des décès d'enfants survenus en Ontario qui ont fait l'objet d'une enquête du BCC, par groupes d'âge (2017)



La figure 4B montre qu'en 2017, le BCC a examiné environ 18 % des décès d'enfants de moins d'un an, 70 % des décès d'enfants d'un à quatre ans, 55 % des décès d'enfants de cinq à neuf ans, 78 % des décès de jeunes de dix à quatorze ans et 90 % des décès d'adolescents de quinze à dix-neuf ans.

Les figures 5A et 5B illustrent la répartition des modes de décès d'enfants et de jeunes ayant fait l'objet d'une enquête par un coroner en 2016 et 2017. Elles montrent que 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). 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 plus fréquents chez les adolescents.

Figure 5A : Modes de décès dans les enquêtes du BCC – Répartition par groupes d'âge (2016)

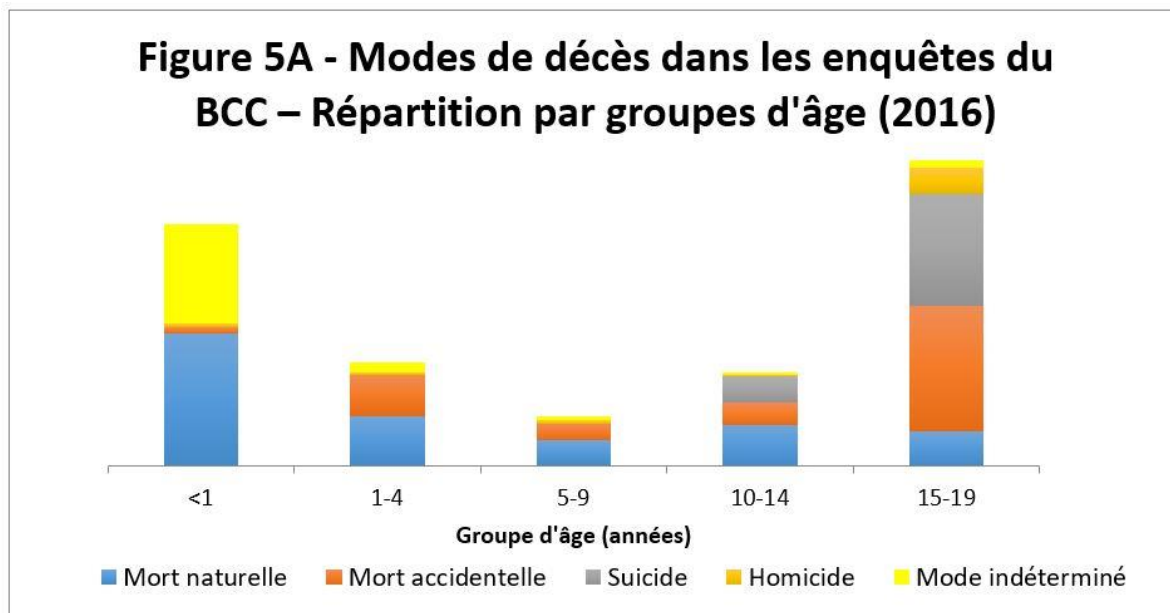
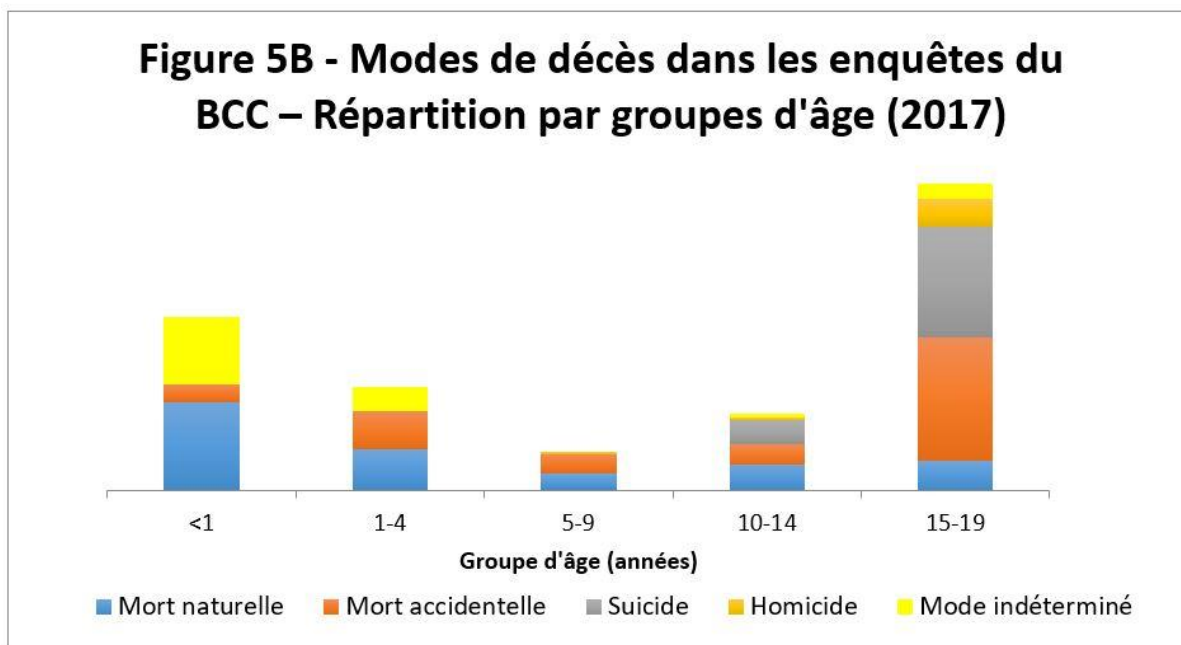


Figure 5B : Modes de décès dans les enquêtes du BCC – Répartition par groupes d'âge (2017)



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

Introduction

Le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) du Bureau du coroner en chef (BCC) se réunit au moins cinq 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 plusieurs 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 y avait eu intervention d'une société d'aide à l'enfance ou d'un organisme autochtone de bien-être des enfants (Société) 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 les années civiles sur lesquelles porte le présent 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, société d'aide à l'enfance et organisme autochtone de bien-être des enfants).

La figure 6 montre qu’au cours des sept dernières années, l’ensemble du CEDE5A a examiné de 55 à 108 cas par année. Le mode de décès de la majorité des cas était « indéterminé ».

Figure 6 : Examens de l’ensemble du CEDE5A, selon le mode de décès – 2010-2017

Année	Mort naturelle	Mort accidentelle	Homicide	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
2015	7	3	0	45	55
2016	2	1	0	58	61
2017	4	2	0	51	57

Cas évalués par le Comité d’examen des décès d’enfants de moins de cinq ans en 2016 et 2017

Résumé des examens de l’ensemble du CEDE5A de 2016 :

En 2016, l’ensemble du CEDE5A a examiné 61 cas.

Parmi ces cas, 59 % (36) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 41 % (25) de sexe féminin.

De tous les cas examinés par l’ensemble du CEDE5A, 95 % (58) étaient des décès de mode indéterminé, 3 % (2) des morts naturelles et 1,5% (1) des morts accidentelles.

De tous les cas examinés par l’ensemble du CEDE5A, 79 % (48) étaient des décès d’enfants de moins d’un an.

De tous les cas examinés par l’ensemble du CEDE5A, 21 % (13) étaient des décès d’enfants d’un à cinq ans.

De tous les cas de décès d’enfants de moins d’un an examinés par l’ensemble du CEDE5A, 2 % (1) étaient des morts naturelles, 2 % (1) des morts accidentelles et 96 % (46) des décès de mode indéterminé.

De tous les cas de décès d’enfants d’un à cinq ans examinés par l’ensemble du CEDE5A, 8 % (1) étaient des morts naturelles et 92 % (12) des décès de mode indéterminé.

Les cas examinés par l’ensemble du CEDE5A concernaient des décès survenus en 2012 (2), en 2013 (1), en 2014 (6), en 2015 (44) et en 2016 (8).

Résumé des examens de l’équipe de gestion de 2016 :

- En 2016, l’équipe de gestion a examiné 85 cas.
- Parmi les cas examinés par l’équipe de gestion, 58 % (49) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 42 % (36) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l’équipe de gestion, 53 % (45) étaient des décès d’enfants de moins d’un an.

- Parmi ces cas, 84 % (38) étaient des morts naturelles, 4 % (2) des homicides, 4 % (2) des morts de mode indéterminé et 7 % (3) des morts accidentelles.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 47 % (40) étaient des décès d'enfants d'un à cinq ans.
- Parmi ces cas, 53 % (21) étaient des morts naturelles, 38 % (15) des morts accidentelles, 3 % (1) des morts de mode indéterminé et 78 % (3) des homicides.
- Collectivement, de tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 69 % (59) étaient des morts naturelles, 21 % (18) des morts accidentelles, 6 % (5) des homicides et 4 % (3) des décès de mode indéterminé.
- Les cas examinés par l'équipe de gestion étaient des décès survenus en 2013 (3), en 2014 (3), en 2015 (45) et en 2016 (34).

Ensemble des cas examinés par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du Comité) en 2016 :

- En 2016, l'équipe de gestion a examiné 85 cas et l'ensemble du CEDE5A, 61, pour un total de 146 cas.
- De ce total, 58 % (85) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 42 % (61) de sexe féminin.
- Les modes de décès de tous les cas examinés par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A étaient distribués comme suit : 42 % (61) étaient des morts naturelles, 13 % (19) des morts accidentelles, 3 % (5) des homicides et 42 % (61) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A, 90 % (131) étaient survenus en 2015 et en 2016.

Cas évalués par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2017

Résumé des examens de l'ensemble du CEDE5A de 2017 :

- En 2017, l'ensemble du CEDE5A a examiné 57 cas.
- Parmi ces cas, 63 % (36) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 37 % (21) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 89 % (51) étaient des décès de mode indéterminé, 7 % (4) des morts naturelles et 4 % (2) des morts accidentelles.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 89 % (51) étaient des décès d'enfants de moins d'un an.
- De tous les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A, 11 % (6) étaient des décès d'enfants d'un à cinq ans.
- De tous les cas de décès d'enfants de moins d'un an examinés par l'ensemble du CEDE5A, 6 % (3) étaient des décès de morts naturelles, 4 % (2) des morts accidentelles et 90 % (46) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas de décès d'enfants d'un à cinq ans examinés par l'ensemble du CEDE5A, 17 % (1) étaient des décès de morts naturelles et 87 % (5) des décès de mode indéterminé.

Les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A concernaient des décès survenus en 2014 (2), en 2015 (7), en 2016 (40) et en 2017 (8).

Résumé des examens de l'équipe de gestion de 2017 :

- En 2017, l'équipe de gestion a examiné 66 cas.
- Parmi les cas examinés par l'équipe de gestion, 58 % (38) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 42 % (28) de sexe féminin.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 46 % (30) étaient des décès d'enfants de moins d'un an.
- Parmi ces cas, 80 % (24) étaient des morts naturelles, 7 % (2) des décès de mode indéterminé, 13 % (4) des morts accidentelles et aucun n'était un homicide.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 55 % (36) étaient des décès d'enfants d'un à cinq ans.
- Parmi ces cas, 47 % (17) étaient des morts naturelles, 42 % (15) des morts accidentelles, 6 % (2) des morts de mode indéterminé et 6 % (2) des homicides.
- Collectivement, de tous les cas examinés par l'équipe de gestion, 62 % (41) étaient des morts naturelles, 29 % (19) des morts accidentelles, 3 % (2) des homicides et 6 % (4) des décès de mode indéterminé.
- Les cas examinés par l'équipe de gestion étaient des décès survenus en 2013 (1), en 2014 (1), en 2015 (5), en 2016 (38) et 2017 (21).

Ensemble des cas examinés par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du Comité) en 2017 :

- En 2017, l'équipe de gestion a examiné 66 cas et l'ensemble du CEDE5A, 57, pour un total de 123 cas.
- De ce total, 60 % (74) des enfants décédés étaient de sexe masculin, et 40 % (49) de sexe féminin.
- Les modes de décès de tous les cas examinés par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A étaient distribués comme suit : 37 % (45) étaient des morts naturelles, 17 % (21) des morts accidentelles, 2 % (2) des homicides et 45 % (55) des décès de mode indéterminé.
- De tous les cas examinés par l'équipe de gestion et l'ensemble du CEDE5A en 2017, 87 % (107) portaient sur des décès survenus en 2016 et en 2017.

Analyse des résultats

Les figures 7A et 7B illustrent la différence entre les cas examinés par l'équipe de gestion et les cas examinés par l'ensemble du CEDE5A en 2016 et 2017 en ce qui a trait au mode de décès. La majorité des examens de l'équipe de gestion portaient sur des morts naturelles et la majorité des examens de l'ensemble du CEDE5A portaient sur des décès de mode indéterminé.

Figure 7A : Mode de décès – Examens de l'équipe de gestion par rapport aux examens de l'ensemble du CEDE5A (2016) (n = 146)

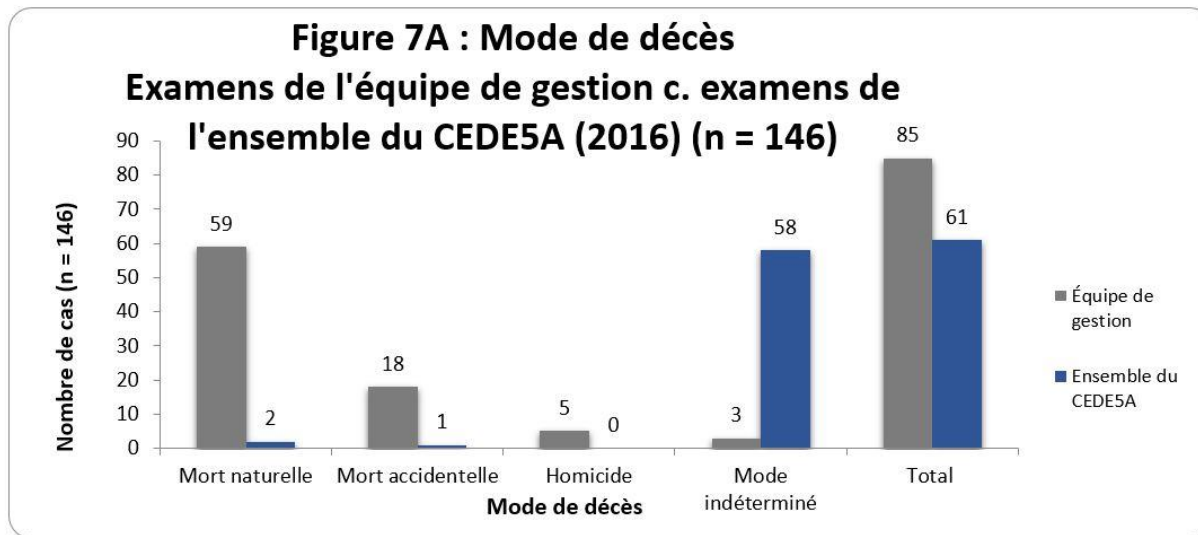
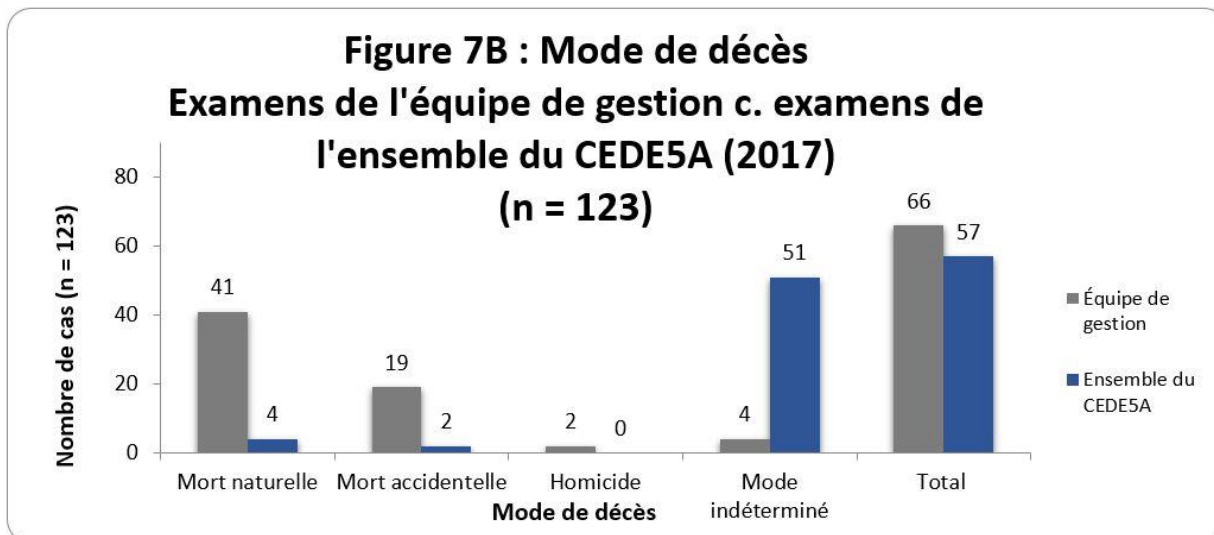


Figure 7B : Mode de décès – Examens de l'équipe de gestion par rapport aux examens de l'ensemble du CEDE5A (2017) (n = 123)



Les figures 8A et 8B présentent le mode de décès par tranches d'âge des cas examinés en 2016 et en 2017 par l'équipe de gestion et par l'ensemble du CEDE5A. La majorité des morts naturelles examinées par l'équipe de gestion est survenue chez des enfants de moins d'un an.

Figure 8A : Mode de décès par groupes d'âge (< 1 an ou 1 à 5 ans) et niveau d'examen (équipe de gestion ou ensemble du CEDE5A) – 2016 (n = 146)

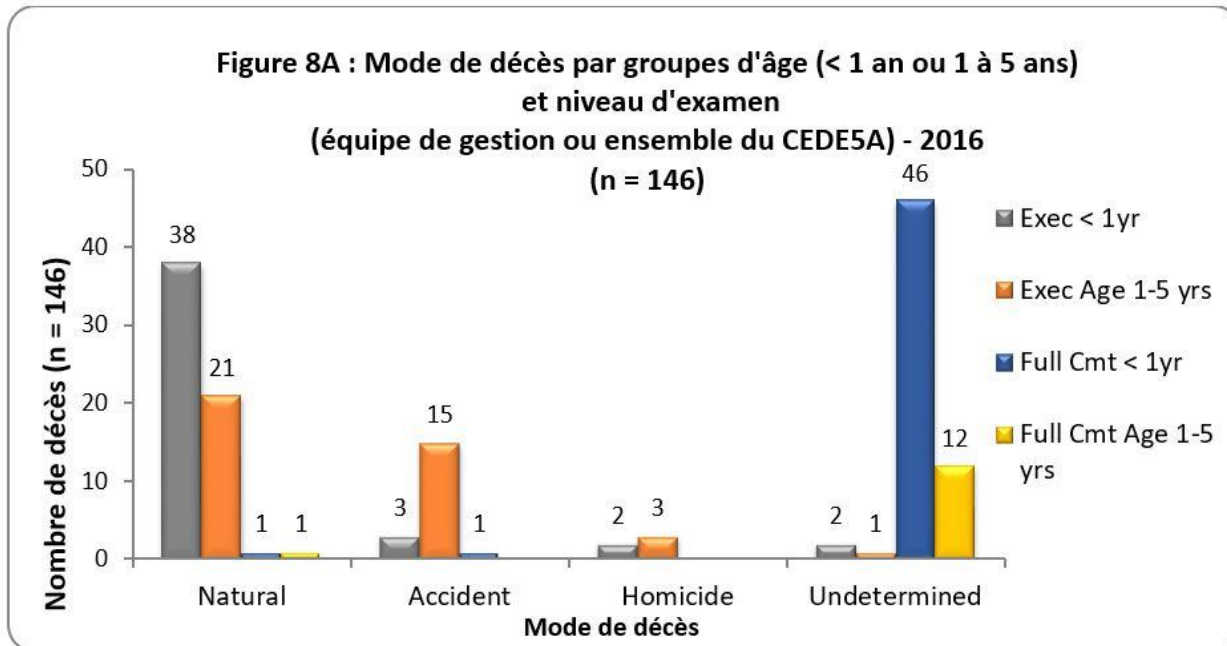
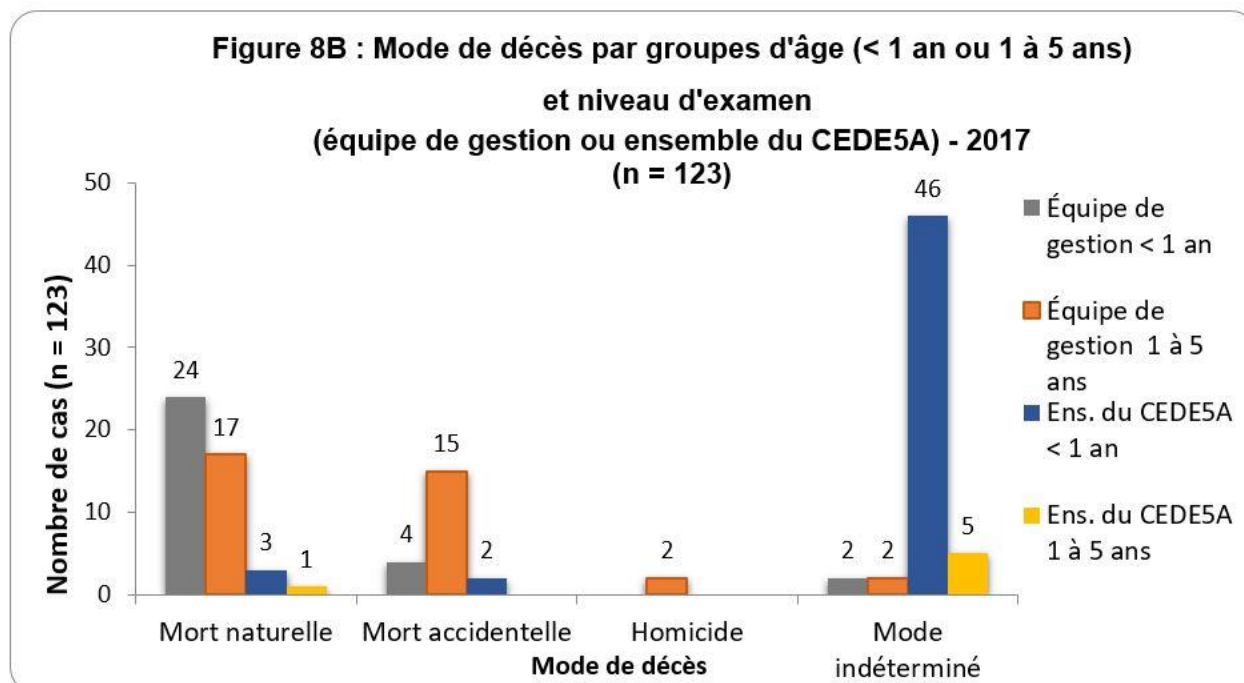


Figure 8B : Mode de décès par groupes d'âge (< 1 an ou 1 à 5 ans) et niveau d'examen (équipe de gestion ou ensemble du CEDE5A) – 2017 (n = 123)



La figure 9A montre que 34 % des cas transmis au CEDE5A en 2016 provenaient du Centre de l'Ontario, tandis que 29 % provenaient de la région de l'Ouest, 27 % de l'Est et 10 % du Nord¹.

Figure 9A : Pourcentage d'examens du CEDE5A par régions (2016) (n = 146)

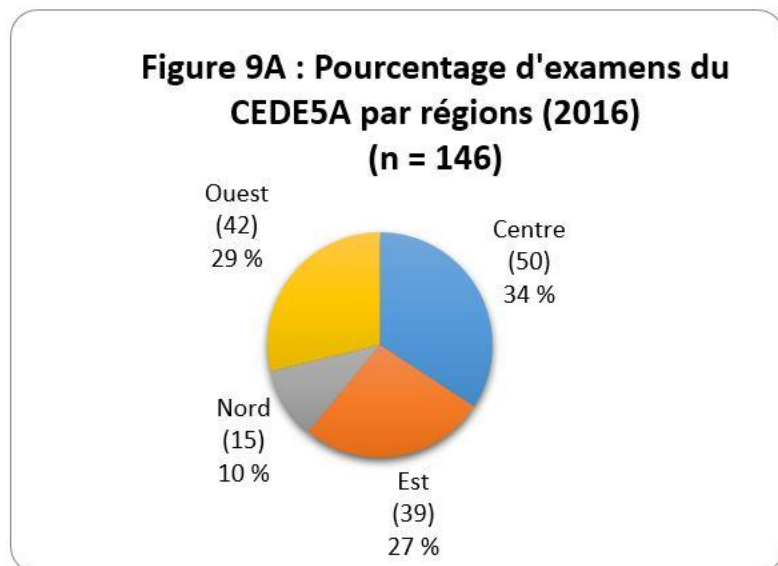
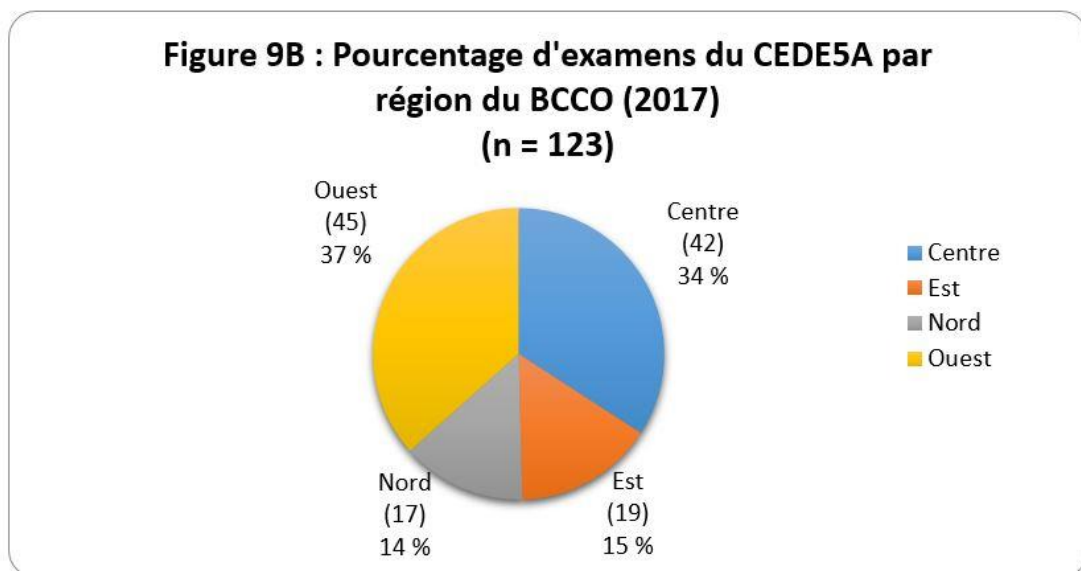


Figure 9B : Pourcentage d'examens du CEDE5A par régions (2017) (n = 123)

La figure 9B montre que 34 % des cas transmis au CEDE5A en 2017 provenaient du Centre de l'Ontario, tandis que 37 % provenaient de la région de l'Ouest, 15 % de l'Est et 14 % du Nord.



¹ Selon les régions du Bureau du coroner en chef (2015)

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 demeurent 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.

Depuis quelques années, l'analyse moléculaire n'a pas été effectuée dans tous les cas de mort subite et inattendue d'un nourrisson. Elle était envisagée pour les morts inattendues de nourrissons, mais on craignait que la divulgation des résultats n'engendre des inquiétudes inutiles pour les membres survivants et futurs de la famille si l'analyse révélait des anomalies de portée inconnue par rapport au décès. On a estimé que les cliniciens sont les mieux placés, selon leur évaluation clinique des membres de la famille, pour déterminer les tests appropriés.

Le domaine de l'analyse moléculaire a profité d'avancées importantes au cours des dernières années, notamment dans le domaine des morts inattendues de nourrissons. Le système ontarien d'enquête sur les décès a continué de travailler 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 d'analyse moléculaire pour tous les cas de morts inattendues de nourrissons dont l'autopsie n'a pu déterminer la cause.

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 CEDE5A n'utilise pas ce terme.

La figure 10 décrit les critères de classification de décès de nourrissons en Ontario.

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.	Ia – Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	Mort naturelle
3A	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Des facteurs de risque liés au sommeil sont présents**. Il peut y avoir ou non des facteurs de risque sociaux***.	Ia – Décès de mode indéterminé Ib – II – Environnement de sommeil non sécuritaire (description entre parenthèses)	Mode indéterminé

3B	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Le décès ne correspond pas à la définition du syndrome de mort subite du nourrisson. Il n'y a aucun facteur de risque lié au sommeil**. Des facteurs de risque sociaux peuvent être présents***.	Ia – Décès de mode indéterminé Ib – II –	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.	Ia – Décès de mode indéterminé Ib – II –	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

Résultats de 2016 :

En 2016, 64 % des cas de décès examinés par le CEDE5A (93 sur 146) portaient sur des nourrissons de moins d'un an. La figure 11A présente la classification des décès de nourrissons examinés par le CEDE5A en 2016.

Figure 11A : Classification des décès de nourrissons de moins d'un an examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2016

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés en 2016 par le CEDE5A (équipe de gestion et 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	40 1 3 2 46	49 %
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	0	0 %
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 (autre)	42 (23) (19)	45 %

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés en 2016 par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
			*Partage du lit		
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	2	2 %
4	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Résultats d'enquête ou d'autopsie : - 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	93	

Résultats de 2017 :

En 2017, 66 % des cas de décès examinés par le CEDE5A (81 sur 123) portaient sur des nourrissons de moins d'un an. La figure 11B présente la classification des décès de nourrissons examinés par le CEDE5A en 2017.

Figure 11B : 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 2017

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés 2n 2017 par le CEDE5A (équipe de gestion et 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	27 1 5 0 33	41 %
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.	Mort naturelle - SMSN	0	0 %

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés 2n 2017 par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
		♦ Le nourrisson a pu être exposé à la fumée secondaire ambiante ou dans l'utérus.			
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 (autre) *Partage du lit	36 (26) (13)	44 %
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	9	11 %
4	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Résultats d'enquête ou d'autopsie : - Le diagnostic différentiel révèle la possibilité d'une blessure non accidentelle (p. ex. fracture en voie de guérison ou ecchymoses).	Mode indéterminé – aucune explication	3	4 %

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) examinés 2n 2017 par le CEDE5A (équipe de gestion et ensemble du CEDE5A)	Pourcentage de l'ensemble des examens du CEDE5A portant sur des nourrissons (moins d'un an)
		- 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.			
			Total	81	

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 % ([NICHD Back to Sleep Campaign](#)). Plusieurs autres organismes font aussi des recherches dans ce domaine.

En Ontario, un décès est attribué au SMSN 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 aucun cas de SMSN en 2016 ou 2017.

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 50 % des cas examinés en 2016 par le CEDE5A (47 sur 93 – voir figure 11A, lignes 3A, 3B et 4) était « indéterminé ». Ce mode est l'un des quatre modes de décès potentiels des nourrissons.

Le mode de décès de 59 % des cas examinés en 2017 par le CEDE5A (48 sur 81 – voir figure 11B, lignes 3A, 3B et 4) était « indéterminé ».

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

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

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

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

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

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

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

- Décès toxicologique;
- Trouble métabolique;
- Mort par asphyxie (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 génétique ainsi qu’une analyse microbiologique visant à détecter les agents infectieux. Ces tests peuvent mettre en évidence la cause du décès, permettant de déterminer un 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 certaine peut indiquer une mort cardiaque subite, qui est une mort naturelle.

Par ailleurs, 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.

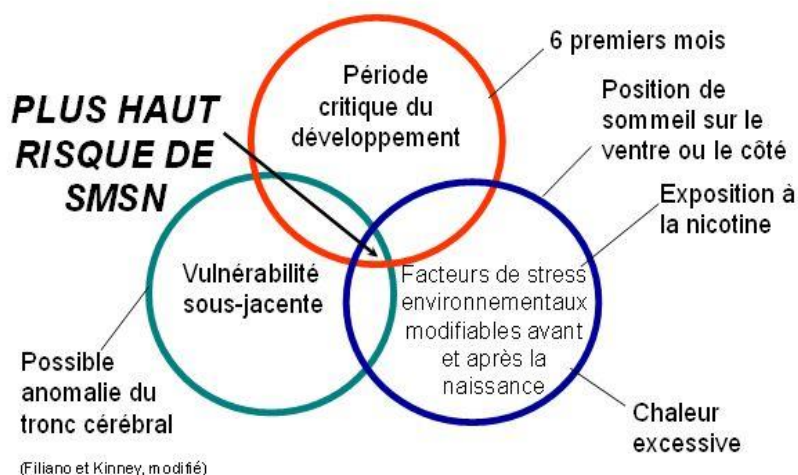
Les environnements de sommeil non sécuritaires potentiels s’inscrivent dans un continuum qui s’étend de l’environnement sécuritaire défini, dans lequel l’enfant dort sur le dos dans un berceau bien dégagé et conforme aux règlements, aux situations de toute évidence dangereuses qui contribuent vraisemblablement

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 mort².

Modèle à triple risque expliquant 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

²Kinney, H. C., et B. T. Thach. « The sudden infant death syndrome », *New England Journal of Medicine*, vol. 361, n° 8, 2009, p. 795-805.

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. L'American Academy of Pediatrics a publié une mise à jour de ses recommandations sur la sécurité de l'environnement de sommeil des nourrissons qui s'intitulent « SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment » (*Pediatrics*, vol. 138, n° 5, 2016, e20162938).

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 10A, 10B, 11A et 11B.

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

Les figures 11A et 11B montrent que, dans 47 cas examinés par le CEDE5A en 2016 et 48 cas examinés en 2017, le mode de décès était indéterminé (catégories 3A, 3B et 4). Quarante-deux décès de nourrissons en

2016 et 36 en 2017 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 Comité d'examen des décès d'enfants (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 Comité comprennent les décès complexes sur le plan médical qui soulèvent des questions quant aux soins médicaux ou au diagnostic, à la cause ou au mode de décès.

Processus d'examen

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

À la réunion du comité, le principal examinateur présente ses conclusions aux membres à des fins de discussion. Cela donne l'occasion de discuter des problèmes qui ont pu être soulevés durant l'examen. Le comité peut aussi élaborer des recommandations selon les résultats de l'examen. Le principal examinateur rédige par la suite un rapport final qui reflète le consensus du Comité. Le rapport, qui comprend la cause et le mode du décès, ainsi que les recommandations du comité, est remis au coroner régional principal qui a soumis le cas. Si les recommandations sont de nature systémique, le président du Comité en informe le ministère, l'organisation, l'organisme ou les personnes concernés. On a demandé 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. Depuis 2017, les organisations doivent préparer une réponse dans les six mois suivant la réception des recommandations.

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

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*.

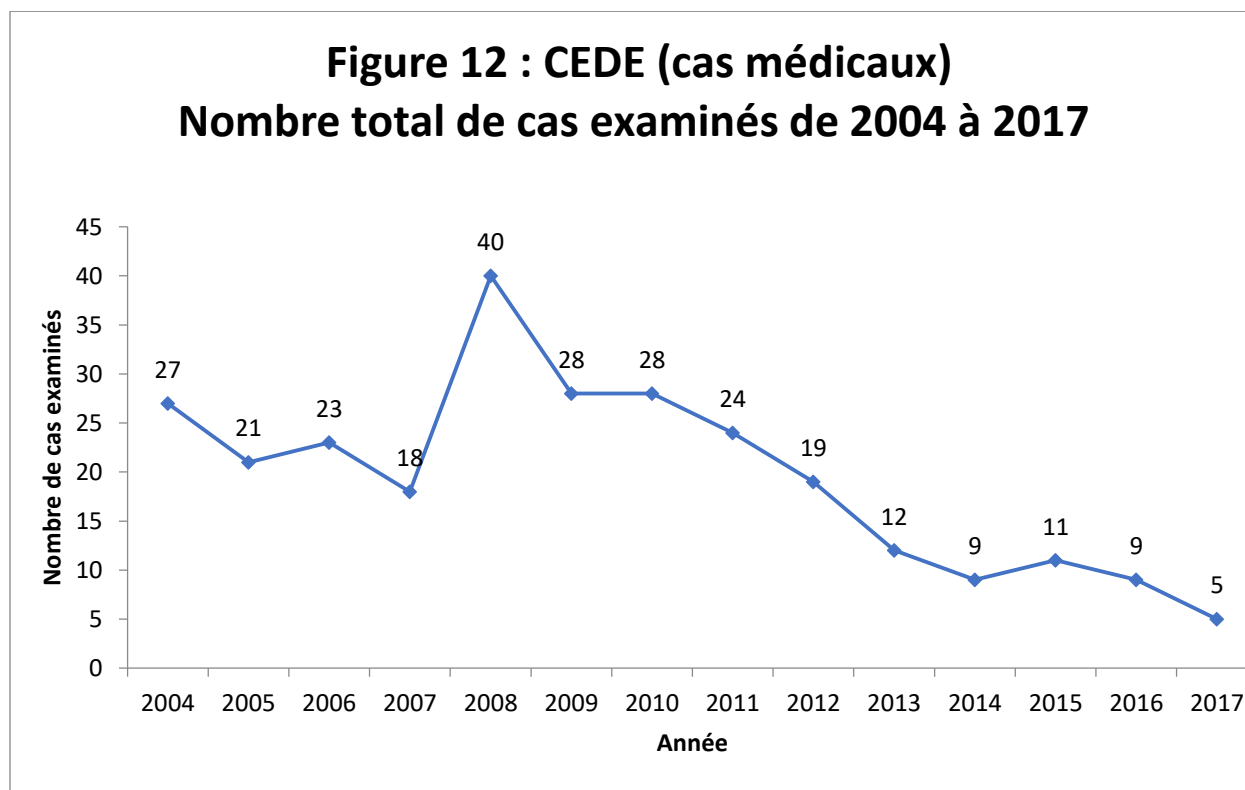
Le contenu du rapport consensuel du Comité se limite aux données dont ce dernier dispose. Des efforts sont faits pour obtenir toutes les données pertinentes, mais il est important de reconnaître que ces rapports sont produits à partir de l'examen des dossiers. Le coroner et le coroner régional principal 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 cas examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants varie d'une année à l'autre. La figure 12 rend compte du nombre d'examen de cas menés par le CEDE (cas médicaux) de 2004 à 2017. Neuf examens ont été effectués en 2016 et cinq en 2017.

Figure 12 : CEDE (cas médicaux) Nombre total de cas examinés de 2004 à 2017



Analyse des examens de cas de 2016 et 2017 du Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux)

Le CEDE (cas médicaux) a examiné neuf cas en 2016 et cinq en 2017.

Parmi les cas examinés en 2016, on compte sept enfants de moins d'un an, deux enfants âgés d'un à quatre ans et aucun enfant âgé de cinq ans et plus. Trois de ces neuf enfants étaient de sexe masculin et six, de sexe féminin.

Parmi les cas examinés en 2017, on compte quatre enfants de moins d'un an et un enfant d'un à quatre ans. Trois de ces cinq enfants étaient de sexe féminin et deux, de sexe masculin.

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 d'autres 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 des 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 2016, les neuf examens ont donné lieu à 18 recommandations. Un cas n'a donné lieu à aucune recommandation.

En 2017, les cinq examens ont donné lieu à 12 recommandations. Un cas n'a donné lieu à aucune recommandation.

Résumé des recommandations de 2016 et 2017 du CEDE (cas médicaux)

Les recommandations issues des examens menés par le CEDE (cas médicaux) en 2016 et 2017 portaient sur les thèmes suivants et étaient destinées aux organismes nommés ci-dessous :

Organismes auxquels on a demandé de répondre aux recommandations	Thème visé par la recommandation	Nombre d'examen ayant mis le thème en évidence en 2016	Nombre d'examens ayant mis le thème en évidence en 2017
Établissements de soins de santé Professionnels de la santé	Qualité des soins	7	4
Établissements de soins de santé Professionnels de la santé	Diagnostic différentiel	1	1
Établissements de soins de santé	Communication	0	2
Établissements de soins de santé	Documentation	2	1
Établissements de soins de santé	Transport	1	1

Certains cas ont donné lieu à de multiples recommandations portant sur différents thèmes.

Thèmes cernés pendant les examens de 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 2016 et 2017

Les cas examinés par le CEDE (cas médicaux) en 2016 et en 2017 ont été associés à quatre grands thèmes; certains de ces cas touchaient plus d'un thème.

Bien que ces thèmes concordent avec les constatations antérieures, 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 thèmes récurrents ainsi que les problèmes connexes :

Traitement – Qualité des soins

Les problèmes suivants liés au traitement ou à la qualité des soins ont été mis en évidence :

- Procédures et protocoles en salle d'urgence;
- Reconnaissance, évaluation et prise en charge d'enfants à risque élevé gravement malades;
- Prise en charge des voies respiratoires chez un enfant ayant souffert d'affections pulmonaires graves;
- Évaluation et soins d'un enfant pendant son admission à l'unité des soins pédiatriques intensifs;
- Importance de la prise en compte de la culture pour assurer des interactions efficaces et éclairées entre les professionnels de la santé et les familles;
- Mise en place de protocoles visant à éclaircir et à distinguer les discussions sur les soins cliniques, comme le retrait du maintien des fonctions vitales, le consentement au don d'organes et de tissus;
- Précisions au sujet de la supervision du personnel en chirurgie, en néonatalogie et en radiologie;
- Soutien inotrope et administration de liquides pendant les soins des nourrissons présentant un choc cardiogène;
- Protocoles et lignes directrices pour tous les médecins responsables de la surveillance et de la supervision des étudiants en médecine;
- Politiques visant à assurer le respect des recommandations émises pour les enfants, en particulier ceux qui sont à risque élevé (incluant la réaction aux rendez-vous suivis manqués);
- Planification des congés hospitaliers dans le cas d'enfants à risque élevé retournant dans des communautés isolées ou éloignées.

Diagnostic différentiel

Les problèmes suivants liés au diagnostic différentiel ont été identifiés :

- Mode de détermination de la gravité d'une maladie visant à orienter la prise de décisions;
- Évaluation et prise en charge de nourrissons et de nouveau-nés, en particulier en présence de fièvre;
- Détection d'une cardiopathie congénitale au moyen de l'examen échographique du fœtus;
- Gestion d'un tube de gastrostomie chez les prématurés;
- Mode de priorisation de l'admission en chirurgie quand un enfant est hospitalisé avec une prise en charge médicale maximale.

Documentation

Les problèmes relatifs à la documentation qui ont été mis en évidence comprenaient entre autres :

- Importance de prendre et de consigner tous les signes vitaux;
- Politiques et procédures pour répertorier et documenter les appels téléphoniques au patient et à la famille;
- Examen des politiques et procédures ayant trait à la documentation et à la conservation des dossiers de patients;
- Partage des politiques et procédures entre les établissements de soins de santé et les services d'aide à l'enfance et à la famille concernés.

Transport/Transfert

Les problèmes liés au transport et au transfert incluaient ceux qui suivent :

- Établissement d'un plan pour faciliter le transfert en l'absence d'une équipe de transport locale;
- Difficultés associées au transport d'enfants gravement malades;

- Transport d'enfants et de nouveau-nés vers des communautés éloignées;
- Approche de la prise de décisions dans l'établissement du plan de transfert d'un patient.

Exemple de cas médical examiné par le Comité d'examen des décès d'enfants

Ce cas a été examiné par le CEDE (cas médicaux) en 2016 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.

N° de dossier : 2014-10891 (CEDE-2016-02)

Date de décès : 8 octobre 2014

Date de naissance : 16 janvier 2013

Âge : 20 mois

Date d'examen : mars 2016

Sources consultées :

1. Rapport d'enquête du coroner (Formulaire n° 3)
2. Dossiers de soins des ambulanciers paramédicaux
3. Rapport sur le service d'aiguillage provincial du patient aux urgences
4. Dossiers médicaux :
 - de l'Hôpital pour enfants
 - a. Rapport d'appel de relais
 - b. Enregistrement de l'appel de relais
 - Hôpital A
 - Hôpital B
 - Médecin de famille
5. Rapport d'autopsie

Antécédents médicaux :

La défunte était une petite fille trisomique âgée de 20 mois qui vivait avec ses parents. Pendant la période néonatale, elle avait subi une intervention chirurgicale visant à corriger une atrésie duodénale et une coarctation infantile de l'aorte. À l'âge de six mois, l'enfant avait subi à l'hôpital pour enfants une chirurgie cardiaque visant à réparer une malformation de la cloison auriculo-ventriculaire (MCAV). Elle avait développé un chylothorax postopératoire qui avait cependant cédé au traitement médical. L'enfant tardait à prendre du poids et il a fallu installer une gastrostomie pour l'alimenter. Elle avait précédemment souffert d'une obstruction bilatérale des canaux lacrymonasaux osseux examinée par un ophtalmologiste. Son médecin de famille veillait à ses soins médicaux généraux tandis que ses soins cardiologiques étaient assurés par des cardiologues de l'hôpital pour enfants et d'un autre centre pédiatrique.

Événements terminaux

L'enfant a été évaluée par son médecin de famille aux environs de 9 heures le 7 octobre 2014 à la suite d'une toux et d'une affection s'apparentant à une affection pulmonaire ayant persisté pendant 24 heures. La petite était afébrile, sa température indiquant 36,7 °C. Sa gorge était rouge (3+), ses oreilles et ses ganglions lymphatiques étaient normaux et ses poumons étaient dégagés. Les dossiers médicaux relatifs à cette visite ne faisaient pas état de ses signes vitaux (tension artérielle et pouls) ni de sa fréquence respiratoire. Un diagnostic d'infection des voies respiratoires supérieures a été posé et l'enfant a reçu une ordonnance d'Amoxil.

De retour à la maison, son état s'est détérioré; l'enfant a souffert d'essoufflement et de détresse respiratoire. Ses parents l'ont emmenée à l'hôpital A (un établissement de santé de 34 lits) à environ 20 h 55 le 7 octobre 2014. Elle a été évaluée par l'urgentiste à 21 h 02. Les signes vitaux consignés incluaient une température de 38,9 °C, une tachypnée avec une fréquence respiratoire à 60, une fréquence cardiaque (FC) de 140 et une tension artérielle de 128/78. Sa saturation en oxygène était de 91 % à l'air ambiant. Le dossier indique que l'enfant était agitée. L'examen a révélé la présence d'un tirage sous-costal et intercostal et une entrée d'air réduite bilatéralement. Quelques crépitations et une respiration sifflante ont été entendues à l'auscultation des poumons.

Trois doses de Ventolin et d'Atrovent ont été administrées successivement, suivies d'une dose en inhalation de Pulmicort. Une radiographie thoracique a montré des opacités bilatérales, celles du poumon droit étant plus importantes et graves que celles du poumon gauche, signe d'une pneumonie fulminante. Il a été impossible d'obtenir un accès intraveineux et donc, d'obtenir un prélèvement sanguin aux fins de culture et d'autres analyses. L'installation d'une aiguille de perfusion intraosseuse a été tentée, mais cette voie s'est révélée inutile car il a été impossible de procéder à la perfusion. Une dose de Clavulin a été administrée au moyen du tube de gastrostomie et suivie d'une injection intramusculaire d'un gramme de ceftriaxone. De l'oxygène a été administré au moyen de lunettes nasales à raison de 4 à 5 L/minute. En dépit de ces mesures, l'enfant est demeurée marbrée et fraîche. Le service d'aiguillage provincial d'urgence a été contacté et par la suite chargé de favoriser la discussion de relais entre le personnel médical de l'hôpital A et l'unité des soins intensifs de l'hôpital pédiatrique.

Le fournisseur de soins de l'hôpital A et le personnel de garde de l'hôpital pédiatrique ont discuté du cas. L'appel a commencé à 23 h 16 par la demande de transfert de l'enfant vers un hôpital pédiatrique effectuée par le personnel de l'hôpital A. L'écoute de l'enregistrement de l'appel de relais permet de constater que la communication a surtout porté sur l'absence d'un accès intraveineux approprié. L'inquiétude concernant la gravité de l'état de l'enfant n'était pas perceptible à l'écoute de l'enregistrement après le décès de l'enfant. La discussion ne traduisait pas l'urgence de la situation malgré la gravité de l'état clinique de l'enfant illustré par les signes vitaux, les résultats de l'examen physique et des radiographies thoraciques.

Le personnel de l'hôpital pédiatrique a procédé à l'évaluation initiale dans leur service d'urgence à la suite du transfert de l'enfant. La discussion s'est soldée par la décision de transférer l'enfant de l'hôpital A à l'hôpital B (hôpital régional de 494 lits) pour accélérer son évaluation et sa stabilisation par un pédiatre. L'équipe de transport de l'hôpital pédiatrique prévoyait se rendre à l'hôpital B pour faciliter le transfert. Comme il était impossible de transporter l'enfant par avion, les services paramédicaux ont été appelés par l'équipe de transport de l'hôpital pédiatrique afin d'organiser le transport depuis l'hôpital B.

Les ambulanciers paramédicaux étaient accompagnés d'un omnipraticien/anesthésiste de l'hôpital A durant le transfert terrestre en ambulance vers l'hôpital B. L'ambulance a été demandée à 23 h 49 et est arrivée à l'hôpital

A à environ 23 h 55. Comme suite à l'évaluation de l'enfant, l'ambulance a quitté l'hôpital vers 0 h 09 le 8 octobre 2014. Deux séries de signes vitaux ont été consignées durant le transfert vers l'hôpital B. Les résultats de la première série prise vers minuit étaient les suivants : pouls à 140, fréquence respiratoire à 60, tension artérielle de 128/78 et saturation en oxygène de 93 % avec oxygène d'appoint. Les résultats de la deuxième série effectuée à 0 h 40 étaient les suivants : pouls faible à 140, fréquence respiratoire à 60 et saturation en oxygène de 93 %. Aucune mesure de la tension artérielle n'a été consignée durant le transfert. Une note indiquait que la petite fille était pâle.

L'examen des rapports d'incident préparé par les ambulanciers paramédicaux indique qu'avant l'arrivée à l'hôpital B, le médecin accompagnateur procédait à l'installation d'un masque et d'un ballon d'insufflation sur l'enfant. Rien n'indiquait le recours à un moniteur de surveillance cardiorespiratoire. Les notes mentionnaient que l'enfant était asystolique et ne présentait aucun signe vital à son arrivée au service d'urgence de l'hôpital B à 0 h 50.

Des mesures de RCR ont immédiatement été entreprises et des liquides ont été administrés par voie intraosseuse. Plusieurs doses d'adrénaline et d'atropine ont été administrées durant les vaines tentatives de réanimation. Le décès de l'enfant a été constaté à 1 h 10 le 8 octobre 2014.

Résultats d'autopsie

L'enfant pesait 8 kg et mesurait 68 cm; ces deux valeurs se situaient sous le troisième percentile. Les zones des interventions chirurgicales antérieures, c.-à-d. coarctation, MCAV et atrésie duodénale, ne présentaient aucun signe de complication.

L'autopsie a révélé une bronchopneumonie bilatérale aiguë, plus grave du côté droit.

La réaction en chaîne de la polymérase (RCP) du poumon était positive pour l'entérovirus et le rhinovirus. Les cultures bactériennes du sang et des poumons réalisées après le décès étaient négatives et aucune culture bactérienne n'avait été effectuée avant le décès en raison des difficultés éprouvées avec l'accès vasculaire. Il y avait un possible épaississement de la paroi de la média de l'artère pulmonaire ainsi qu'une fibrose de l'intima, tous deux indicateurs d'hypertension pulmonaire. Il y avait également une légère sténose de la voie d'éjection du ventricule gauche.

Cause du décès : Complications d'une bronchopneumonie aiguë

Facteurs contributifs : Trisomie 21, cardiopathie congénitale, hypertension pulmonaire

Mode du décès : Naturel

Commentaires et questions soulevées

Cette enfant présentait des antécédents médicaux complexes incluant la trisomie 21 et des interventions chirurgicales visant à réparer une atrésie duodénale, une coarctation infantile et une MCAV réalisée au cours de sa première année de vie. Elle présentait un retard staturo-pondéral persistant et était alimentée au moyen d'un tube de gastrostomie. Les enfants ayant de tels antécédents médicaux sont intrinsèquement plus vulnérables aux infections, en particulier pulmonaires, ainsi qu'à l'aspiration pulmonaire.

Lorsque l'enfant a été vu par le médecin de famille le jour précédant son décès, les symptômes observés suggéraient une maladie respiratoire. Bien que les notes au dossier étaient limitées, on pouvait lire que l'enfant

n'était pas fiévreuse, mais ni la fréquence respiratoire ni aucun autre signe vital n'avaient été consignés. Il était indiqué que la gorge de l'enfant était rouge (3+). Un diagnostic d'infection des voies respiratoires supérieures a été posé et de l'Amoxil a été prescrit. L'enfant était probablement aux premiers stades d'une maladie respiratoire.

De retour à la maison, la fonction respiratoire de l'enfant s'est détériorée. Elle a été transportée à l'hôpital A en soirée. Un accès intravasculaire n'a pu être obtenu, car l'aiguille intraosseuse ne fonctionnait pas; une analyse sanguine n'a donc pas été effectuée. On ignore s'il était possible de procéder à une analyse du sang capillaire à l'hôpital A. L'enfant est demeurée à l'hôpital A pendant environ deux heures avant d'être transférée en ambulance vers un autre hôpital. Durant le transport, son état clinique ne s'est pas amélioré malgré l'intervention médicale, ce qui était probablement indicateur d'une pneumonie fulminante.

Quelques notes étaient accessibles ou ont été rédigées durant le transport vers l'hôpital B. La tension artérielle n'a pas été consignée avec les autres signes vitaux qui ont été notés à 0 h 40 pendant le transfert. On ne peut affirmer qu'il y avait un moniteur de surveillance cardiorespiratoire dans l'ambulance et s'il y en avait un, s'il a été utilisé. Un médecin accompagnait l'enfant durant le transfert. Ce dernier procédait à l'installation d'un masque et d'un ballon d'insufflation sur l'enfant quand l'ambulance est arrivée à l'hôpital B et l'enfant ne présentait aucun signe vital à son entrée aux urgences. Le médecin n'avait pas noté les événements survenus durant le transfert. Il aurait peut-être été bénéfique d'intuber l'enfant avant son transport en ambulance.

L'équipe de transport de l'hôpital pédiatrique était restée sur place, car le service paramédical ne pouvait leur fournir une ambulance.

Recommandations

1. L'hôpital A devrait entreprendre un examen des leçons apprises sur l'évaluation et la prise en charge d'un enfant durant la visite aux urgences des 7 et 8 octobre 20014. Cet examen devrait porter notamment sur ce qui suit :
 - a. Les médecins et le personnel infirmier du service d'urgence, du service d'anesthésiologue ainsi que le personnel des soins pédiatriques du centre régional tertiaire pédiatrique consulté.
 - b. Les domaines prioritaires suggérés suivants :
 - Reconnaissance, évaluation et prise en charge des enfants à haut risque gravement malades, notamment :
 - Approche de participation d'un centre régional tertiaire
 - Anticipation de l'évolution de la maladie afin de prévoir si l'hôpital a les capacités suffisantes pour traiter le patient
 - Clarté de la communication du tableau clinique
 - c. Considération d'une mise à niveau de la formation du service des soins spécialisés en réanimation pédiatrique portant sur :
 1. Méthodes d'accès vasculaire et de réanimation liquidienne
 2. Approche relative aux analyses de laboratoire en l'absence d'accès intraveineux
 3. Importance de la prise et de la documentation d'une série complète de signes vitaux (incluant la tension artérielle)
 4. Prise en charge des voies aériennes chez un enfant souffrant d'une grave maladie respiratoire

2. L'unité des soins intensifs de l'hôpital pédiatrique devrait songer à entreprendre un examen des leçons apprises sur l'appel de relais qui porterait notamment sur les éléments suivants :
 - a. Approche de détermination de la gravité d'une maladie de façon à orienter la prise de décisions
 - b. Approche de prise de décisions dans l'élaboration du plan de transfert d'un patient
 - c. Communication avec l'hôpital B au sujet de la stratégie à suivre à l'arrivée de l'enfant
3. Le directeur des Services de transport des patients en soins aigus (STPSA) de l'hôpital pour enfants devrait s'entendre avec les services paramédicaux pour entreprendre un examen conjoint sur la détermination de la disponibilité des ambulances lorsque l'équipe des STPSA en fait la demande.
4. Un exemplaire du rapport de cas devrait être remis au *Provincial Council for Maternal and Child Health* à titre d'exemple des difficultés associées au transport d'enfants gravement malades.
5. Le service paramédical de l'hôpital A devrait entreprendre un examen des soins et de la prise en charge de l'enfant durant son transfert à l'hôpital B qui porterait notamment sur ce qui suit :
 - a. L'approche des soins au patient quand un médecin est présent, incluant :
 - i. Présence du personnel paramédical avec le patient
 - ii. Surveillance continue d'un enfant gravement malade
 - iii. Prise et documentation régulières des signes vitaux
 - iv. Documentation des soins cliniques et de l'état du patient

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 49 sociétés dont 38 sociétés d'aide à l'enfance (SAE) indépendantes et 11 sociétés autochtones de bien-être des enfants (« Sociétés »). Toutes les sociétés sont financées par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC), anciennement appelé 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 Société dans les 12 mois précédents. En 2006, le BCC et le MSESSC 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 Sociétés pour le signalement et l'examen du décès d'un 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 Sociétés, au gouvernement et au public. Ces données sont issues de :

1. l'enquête du coroner;
2. les rapports de la société d'aide à l'enfance ou de la société autochtone de bien-être des enfants 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 Société 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 Société;
- formulation de recommandations visant à prévenir d'autres décès.

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 Société à l'aide des données fournies par les sociétés en lien avec ces décès. Pour cette raison, le rapport annuel de cette année suit la même approche que celle des rapports de 2014, de 2015 et de 2016.

Le CEDE (SAE) et le BCC croient que ces données aideront à mieux comprendre les décès d'enfants où il y a eu intervention d'une Société en Ontario. Le BCC continue de recevoir des commentaires de nombreuses parties au sujet de la valeur de l'approche et de l'utilité des renseignements. Il est à espérer qu'en continuant de fournir cette analyse supplémentaire, le BCC aidera les Sociétés, 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.

Utilisation des données par le CEDE (SAE)

Un certain nombre de problèmes liés aux données disponibles dans le cadre de l'analyse doivent être pris en compte à la lecture de ce rapport :

- Les données sont 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. La mise au point de ce système suit son cours et sa mise en œuvre est prévue pour 2019.
- 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.
- 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.

En août 2016, le gouvernement a instauré une *Fiche de signalement de décès et sommaire du cas* normalisée en format PDF à remplir. Cela a considérablement amélioré la cohérence des données recueillies auprès des Sociétés. Étant donné que l'instauration s'est déroulée au milieu de l'année, il persiste une certaine variabilité dans les données recueillies.

Quand l'analyse des données des cinq années (de 2013 à 2017) était possible, les résultats ont été inclus dans le rapport. Les 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

passé 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 de certaines des données disponibles est inconnue.

Approche d'analyse statistique du CEDE (SAE)

Comme lors des années précédentes, une analyse statistique a été utilisée 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 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.

Aperçu : examen des décès fondés sur des données

Depuis 2014, le BCC collabore avec le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC) et le Bureau des intervenants en faveur des enfants de l'Ontario pour élaborer un modèle d'examen sophistiqué qui sera fondé sur des données probantes et axé sur la collaboration. Ce modèle maximisera la possibilité d'améliorer l'analyse de la santé publique, l'élaboration de politiques, la recherche et les stratégies de prévention en Ontario. Les trois parties ont débloqué des fonds pour appuyer la création d'un Comité d'examen et d'analyse des décès d'enfants qui s'efforcera de mettre en place un nouveau modèle d'examen des décès d'enfants au cours des deux prochaines années. À l'heure actuelle, le concept d'un nouveau modèle a été élaboré et les projets pilotes devraient être complétés d'ici 2020.

L'objectif ultime du nouveau modèle est d'améliorer la santé, la sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes de l'Ontario et de réduire le taux de mortalité infantile dans la province. Nous sommes conscients que les facteurs influençant les circonstances du décès d'une personne ne se limitent pas à la période immédiate entourant la mort, mais interviennent tout au long de sa vie dans divers systèmes qui, eux, peuvent avoir influencé les circonstances du décès. Par conséquent, pour être optimal, le nouveau modèle d'examen et d'analyse doit comprendre des données intégrées sur les circonstances du décès de la personne et ses interactions avec les systèmes au cours de sa vie. Ce processus est essentiel pour déterminer les domaines sur lesquels porteront les prochaines stratégies d'analyse et de prévention ainsi que les domaines où la recherche pourrait s'avérer utile.

Pour atteindre cet objectif, le nouveau modèle utilisera des données (actuelles ou nouvelles) pour effectuer la surveillance et cerner les tendances et les thèmes susceptibles de mettre au jour des problèmes systémiques

plus généralisés et par conséquent, cibler les « bons » domaines à analyser plus en profondeur dans le but de promouvoir et d'améliorer la prévention des décès. Le BCC travaille activement avec de nombreux partenaires clés du gouvernement en vue de lancer un projet pilote qui orientera les prochaines étapes relatives au modèle d'examen des décès d'enfants ou de jeunes en Ontario. La mise en œuvre complète du nouveau modèle devrait suivre l'évaluation du projet pilote.

Comparaison entre les décès d'enfants avec intervention d'une société d'aide à l'enfance et les autres décès d'enfants survenus en Ontario en 2016 et 2017

En 2016, 1 065 enfants (de 18 ans et moins) sont décédés en Ontario. Parmi ces décès, 38 % (405 décès) répondaient aux critères justifiant une enquête du coroner. Des décès d'enfants examinés par les coroners en 2016, 115 (28 %) avaient fait l'objet d'une intervention d'une Société auprès de l'enfant, du jeune ou de la famille dans les 12 mois précédents et avaient été déclarés par une Société au CEDE (SAE). En 2017, 1 048 enfants (de 18 ans et moins) sont décédés en Ontario. Parmi ces décès, 40 % (423 décès) répondaient aux critères justifiant une enquête du coroner. Des décès d'enfants examinés par les coroners en 2017, 122 (29 %) avaient fait l'objet d'une intervention d'une Société auprès de l'enfant, du jeune ou de la famille dans les 12 mois précédents et avaient été déclarés par une Société au CEDE (SAE). Ces données concordent avec celles de 2015, mais sont légèrement plus élevées que les données antérieures à 2014.

En plus de 115 décès signalés par une Société en 2016, les sociétés d'aide à l'enfance ont également rapporté les décès de six jeunes hors de la fourchette d'âge habituelle d'un groupe pédiatrique (les jeunes étaient âgés de 19 à 21 ans). Ces six jeunes bénéficiaient du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (SSCJ) d'une Société au moment de leur décès. Au total, 121 décès ont été signalés pour l'année 2016. De même, en 2017, les Sociétés ont aussi signalé les décès de quatre jeunes (âgés de 19 à 21 ans) qui bénéficiaient du Programme SSCJ d'une Société au moment de leur décès, ce qui porte à 126 le nombre total de décès en 2017.

Il importe de souligner que le MESSC ne recueille pas de données sur le nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent des services d'une société d'aide à l'enfance 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 Société.

Analyse du CEDE (SAE) : Comprendre la prise en compte des morts naturelles où il y a eu intervention d'une Société 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 et de jeunes de 0 à 18 ans où l'enfant, le jeune ou la famille ont reçu des services d'une Société 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 Société, par exemple les morts naturelles qui, dans des circonstances normales, ne feraient probablement pas l'objet d'une enquête du coroner. En 2016, 30 enquêtes de coroners appartenaient à cette catégorie et 20 en 2017. Ces 50 décès ont été exclus de certaines des analyses du présent rapport pour permettre la comparaison entre les décès d'enfants bénéficiant de l'intervention d'une Société avec la population générale des enquêtes de coroners sur des décès d'enfants (qui ne comprennent pas les morts naturelles survenues en l'absence d'autres questionnements). Il importe également de noter qu'il y avait eu intervention d'une Société dans les 12 mois précédant les décès dans tous les cas de décès d'enfants qui avaient été exclus des analyses en 2016 et 2017.

En conséquence, 375 (405 décès – 30 décès = 375 décès) est le nombre utilisé dans certaines analyses du total des décès d'enfants et 85 est le nombre utilisé dans certaines analyses du total des décès d'enfants où il y avait eu intervention d'une Société (115 décès – 30 morts naturelles = 85 décès) pour l'année 2016. De même, 403 (423 décès – 20 décès = 403 décès) est le nombre utilisé dans certaines analyses du total des décès d'enfants et 102 est le nombre utilisé dans certaines analyses du total des décès d'enfants où il y avait eu intervention d'une Société (122 décès – 20 morts naturelles = 102 décès) pour l'année 2017. Cela rejoint l'approche adoptée les années précédentes.

Comparaison entre les décès examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une société d'aide à l'enfance et les autres décès examinés par un coroner – Âge et sexe

Un test binomial a montré que le pourcentage de filles décédées qui étaient âgées de 0 à 18 ans était de 41 % (n = 166) en 2016 et aussi de 41 % (173) en 2017, ce qui est inférieur au pourcentage attendu de 50 % ($p < 0,001$) pour les deux années, mais compatible avec les années précédentes. Un test binomial a indiqué que le pourcentage de décès de filles examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une Société était de 50 % (n = 58) en 2016 et de 56 % (68) en 2017, ce qui concorde avec la valeur attendue de 50 %, ($p = 0,068$ pour 2016 et $p = 0,078$ pour 2017).

Les figures 13A et 13B illustrent la proportion des décès examinés par un coroner, avec et sans intervention d'une Société, dans le pourcentage de tous les décès d'enfants âgés de 0 à 18 ans qui sont survenus pour cinq groupes d'âge en Ontario.

Le nombre de décès où il y a eu intervention d'une Société a été comparé au nombre d'enquêtes de coroners sans intervention, par groupes d'âge, dans le but d'évaluer si la population bénéficiant de l'intervention d'une Société était la même qu'une population d'enfants faisant l'objet d'une enquête du coroner, sans intervention.

L'analyse des données de 2016 et 2017, dans le contexte des limites mentionnées précédemment, a montré que les jeunes de 15 à 18 ans étaient moins susceptibles d'avoir été pris en charge par une Société avant leur décès. Aucune différence significative n'a été observée entre les autres groupes d'âge.

Les données examinées sur cinq ans montrent que les bébés de moins d'un an et les jeunes de 10 à 14 ans étaient proportionnellement plus susceptibles d'avoir reçu des services d'une Société avant leur décès.

La proportion de décès dans chaque groupe d'âge était semblable d'une année à l'autre de 2013 à 2017.

Figure 13A : Pourcentage des décès par groupes d'âge en 2016

La figure 13A compare la proportion d'enquêtes du coroner, avec et sans intervention d'une Société, pour tous les décès d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 18 ans en Ontario pour cinq groupes d'âge en 2016. Les données montrent que les jeunes de 15 à 18 ans décédés étaient proportionnellement moins susceptibles d'avoir reçu les services d'une Société avant leur décès. Aucune différence significative n'a été observée entre les autres groupes d'âge.

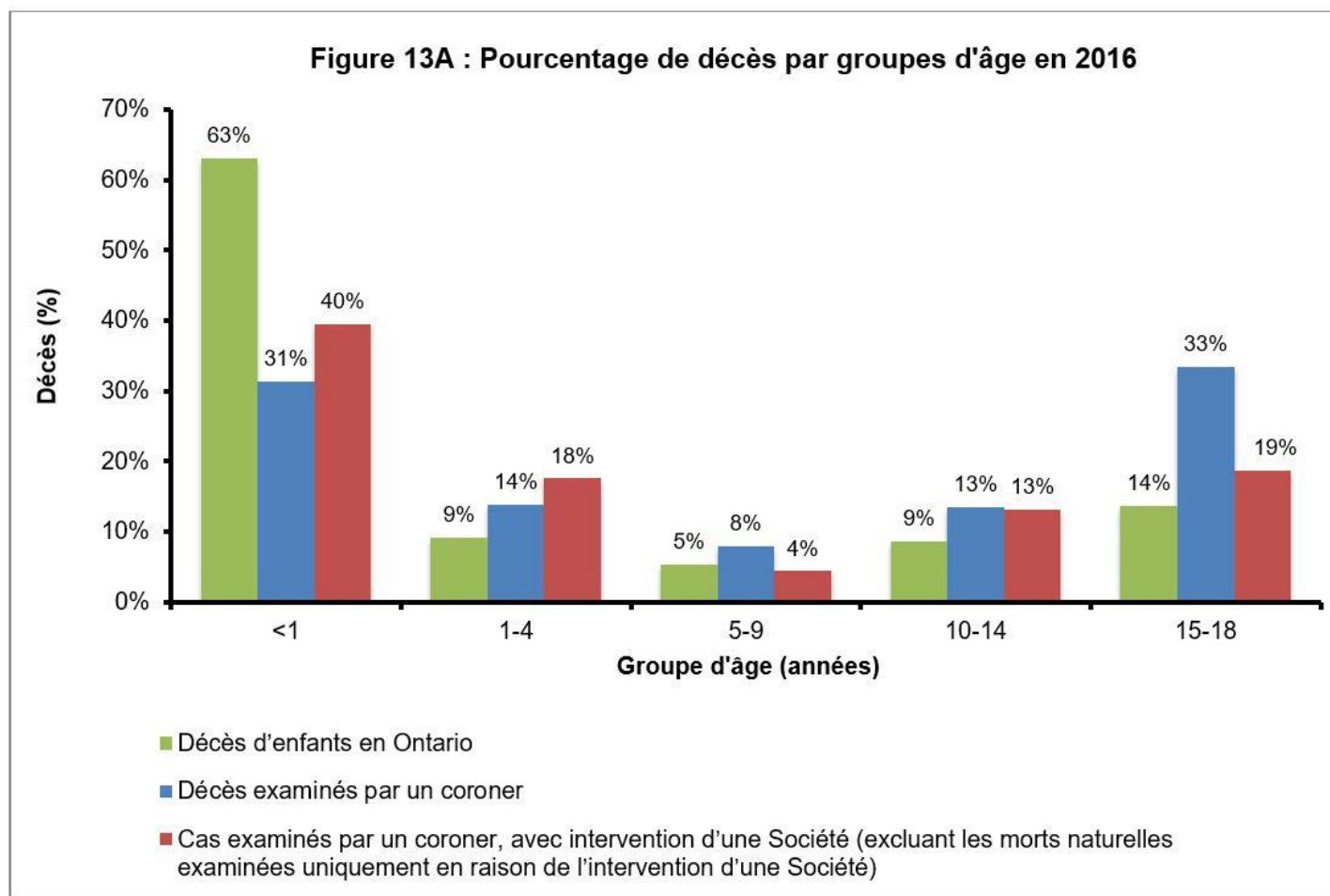
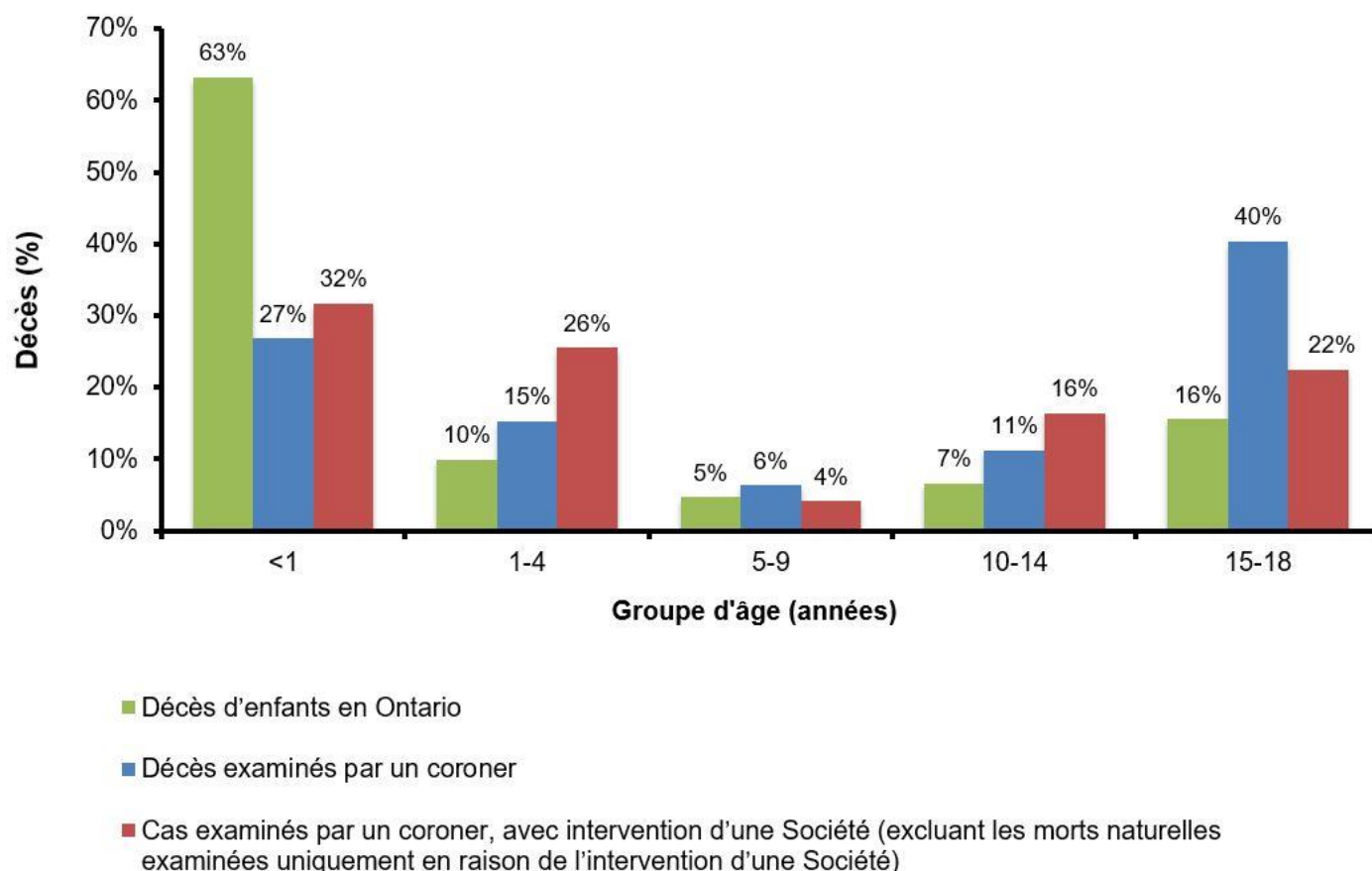


Figure 13B : Pourcentage de décès par groupes d'âge en 2017

La figure 13A compare la proportion d'enquêtes du coroner, avec et sans intervention d'une Société, pour tous les décès d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 18 ans en Ontario pour cinq groupes d'âge en 2017. Les données montrent que les jeunes de 15 à 18 ans décédés étaient proportionnellement moins susceptibles d'avoir reçu les services d'une Société avant leur décès. Aucune différence significative n'a été observée entre les autres groupes d'âge.

Figure 13B : Pourcentage de décès par groupes d'âge en 2017



La distribution régionale de la population pédiatrique et des décès d'enfants en Ontario concorde (figure 14A et 14B). L'analyse des données disponibles révèle toutefois qu'il existe une différence significative entre les quatre régions de l'Ontario quant au nombre de décès où il y a eu intervention d'une Société et au nombre total de décès d'enfants et de jeunes³.

Comme c'était le cas lors des années précédentes, il semble survenir un plus petit nombre de décès où il y a eu intervention d'une Société dans la région du Centre comparativement au nombre total de décès d'enfants en Ontario, et les données continuent de démontrer qu'un plus grand nombre de décès où il y a eu intervention d'une Société surviennent dans le Nord comparativement au nombre total de décès d'enfants en Ontario. Cela représente une augmentation par rapport aux années précédentes. Dans l'ensemble en 2016, 6 % des décès d'enfants et de jeunes survenus en Ontario se sont produits dans le Nord, comparativement à 25 % de tous les décès survenus en Ontario où il y a eu intervention d'une Société. De même en 2017, 7 % des décès d'enfants survenus en Ontario se sont en général produits dans le Nord, comparativement à 26% de tous les décès d'enfants survenus en Ontario où il y a eu intervention d'une Société.

³ Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(3, n = 1\ 065 \text{ en } 2016) = 93,57, p < 0,0000001$ et $\chi^2(3, n = 1\ 048 \text{ en } 2017) = 104,2\ 5,678, p < 0,0001$.

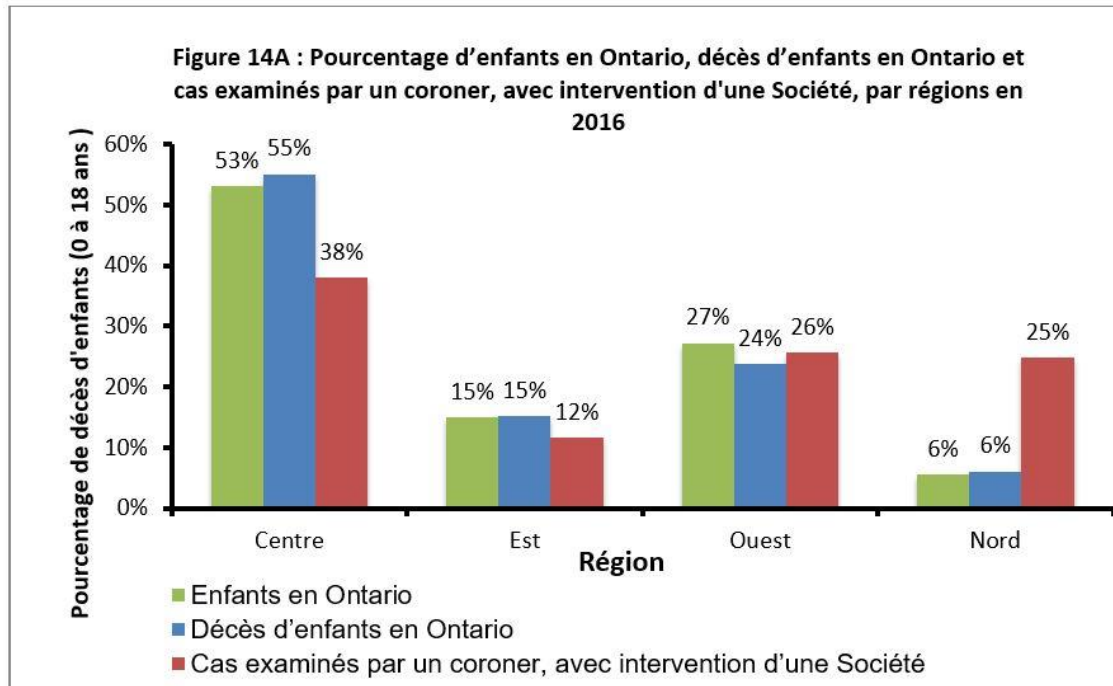
Comme nous l'avons mentionné dans les rapports annuels précédents, cette apparente surreprésentation des décès d'enfants et de jeunes où il y a eu intervention d'une Société dans le Nord pourrait être attribuable à différents facteurs, par exemple une moins bonne santé, des obstacles à l'accès aux soins de santé et des taux de mortalité plus élevés associés aux régions éloignées⁸⁴.

En 2016, d'après les données disponibles, 68 % des décès où il y a eu intervention d'une Société qui sont survenus dans le Nord étaient des enfants et des jeunes autochtones par comparaison à 64 % en 2017. Ce pourcentage est supérieur à celui de 2015 et plus près de celui de 2014.

Alors que le pourcentage de toutes les enquêtes de coroners sur des décès d'enfants en 2016 ayant eu lieu dans le Nord était similaire au pourcentage de décès d'enfants dans cette région (6 %), il était inférieur au pourcentage de décès d'enfants avec intervention d'une Société pour cette région (25%) en 2016. En 2017, le pourcentage de toutes les enquêtes de coroners sur des décès d'enfants dans la région (7 %) était similaire au pourcentage de décès d'enfants (6 %), tandis que le pourcentage de décès avec intervention d'une Société dans le Nord était aussi supérieur (26 %). Cela pourrait indiquer que le pourcentage supérieur de décès d'enfants où il y a eu intervention d'une Société dans le Nord par rapport aux autres régions pourrait être attribuable à une combinaison de plusieurs facteurs.

Figure 14A : Pourcentage d'enfants en Ontario, décès d'enfants en Ontario et cas examinés par un coroner, avec intervention d'une Société, par régions en 2016

La figure 14A 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. Il semble y avoir surreprésentation des décès où il y a eu intervention d'une Société dans le Nord (25 %) par rapport à l'ensemble des décès d'enfants ou de jeunes (6 %).

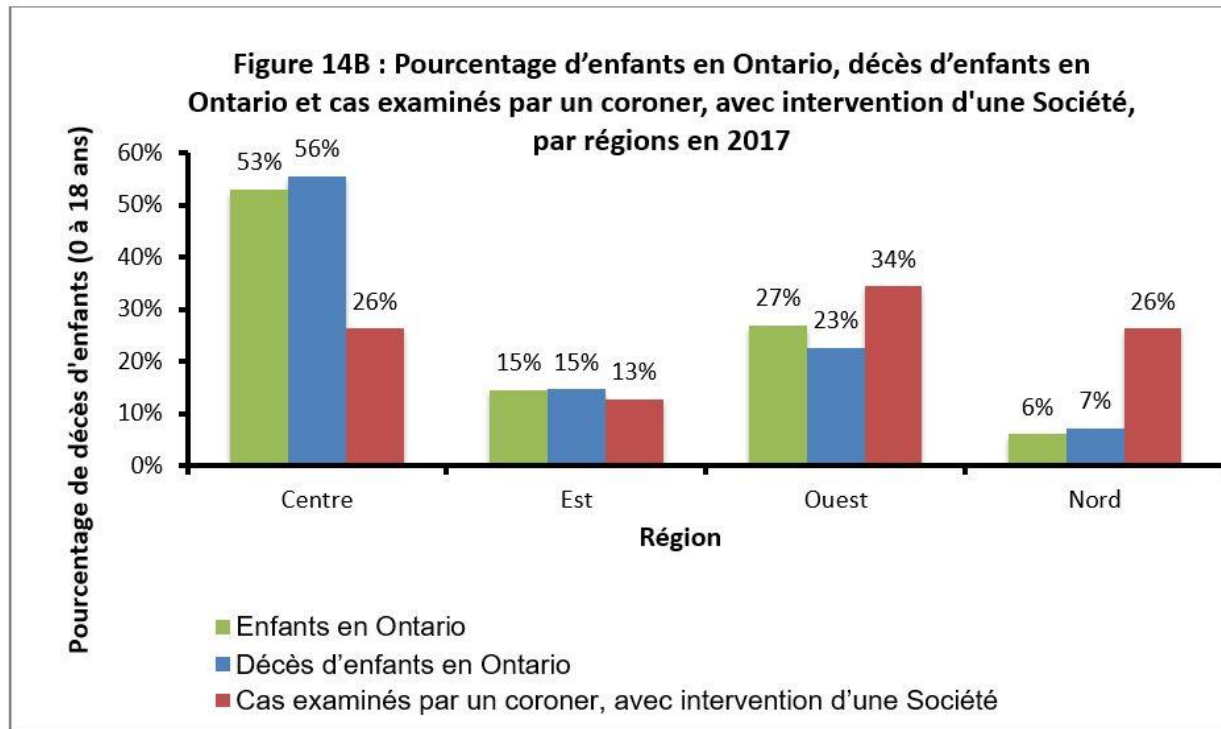


⁸⁴ Comité d'étude des services de santé dans les collectivités rurales et du Nord. *Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord : Résumé*, 30 mars 2011.

Tiré de http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/exec_summary_rural_northern_EN.pdf

Figure 14B : Pourcentage d'enfants en Ontario, décès d'enfants en Ontario et cas examinés par un coroner, avec intervention d'une SAE, par régions en 2017

La figure 14B 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. Il semble y avoir surreprésentation des décès où il y a eu intervention d'une Société dans le Nord (26 %) par rapport à l'ensemble des décès d'enfants ou de jeunes (7 %).



* 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 Société 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, le milieu de vie et le contexte des enfants et des jeunes de 0 à 18 ans, avec ou sans intervention d'une Société, étaient égaux 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.

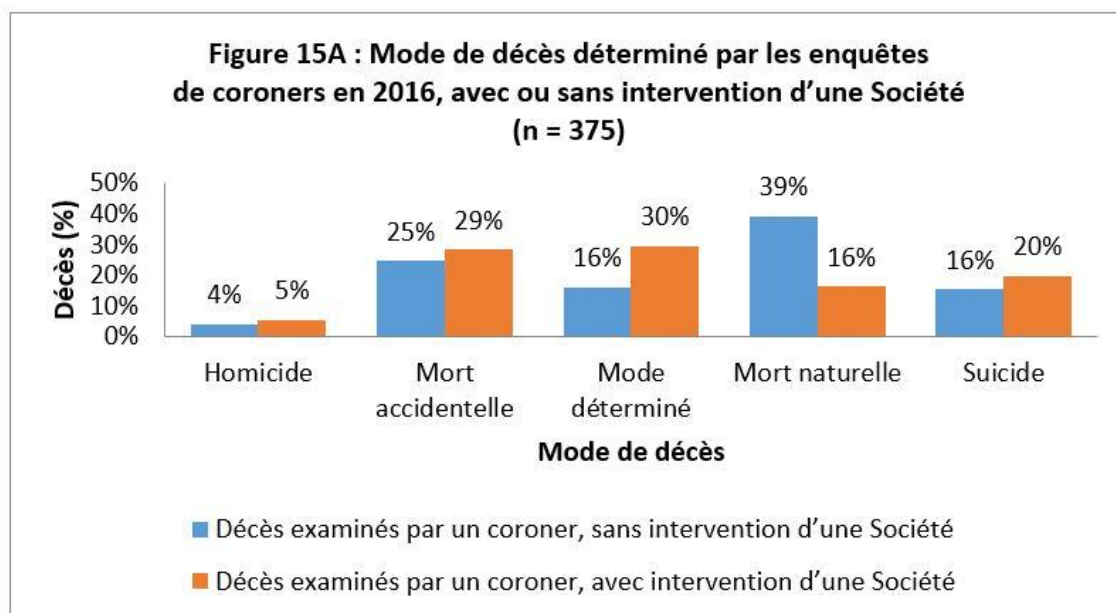
Il est admis que ce sont les enfants et les jeunes vulnérables qui sont les plus susceptibles de recevoir les services des Sociétés. Le mode de décès peut fournir des renseignements utiles sur l'impact des services offerts, mais il ne devrait pas servir d'indicateur unique de l'efficacité des services sans tenir compte de nombreux autres facteurs, étant donné que les Sociétés 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 de ces jeunes.

Une différence significative a été observée entre le nombre de décès avec intervention d'une Société et le nombre de décès examinés par un coroner sans intervention d'une Société, par modes de décès⁵. La figure 15A montre qu'en 2016, les décès de mode indéterminé semblaient plus prévalents lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avait reçu des services d'une Société avant le décès, alors que les morts accidentelles et naturelles semblaient moins prévalentes. Le nombre de suicides était similaire ou légèrement plus élevé. La figure 15B montre qu'en 2017, le nombre de décès de mode indéterminé et de suicides était plus élevé où il y avait eu intervention d'une Société et les morts accidentelles ou naturelles étaient moins nombreuses où il y avait eu intervention d'une Société. Tant en 2016 qu'en 2017, les homicides étaient en nombres équivalents chez ceux qui avaient bénéficié ou non de l'intervention d'une Société. Cela s'éloigne dans une certaine mesure des résultats des années antérieures.

Il convient de noter que les données examinées sur cinq ans montrent des différences significatives pour tous les modes de décès. Dans les années précédentes, une plus grande proportion d'enfants et de jeunes ayant bénéficié des services d'une Société sont décédés d'un homicide ou d'une cause indéterminée, tandis qu'un moins grand nombre d'enfants chez lesquels il y a eu intervention d'une Société sont morts d'accidents ou de causes naturelles. En 2016 et 2017, le nombre de suicides chez des jeunes ayant bénéficié des services d'une Société était plus élevé que les années précédentes. Toutefois, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats, car les ensembles de données sont assez petits (n = 1918 enquêtes du coroner).

Figure 15A : Mode de décès déterminé par les enquêtes de coroners en 2016, avec ou sans intervention d'une Société (n = 375)

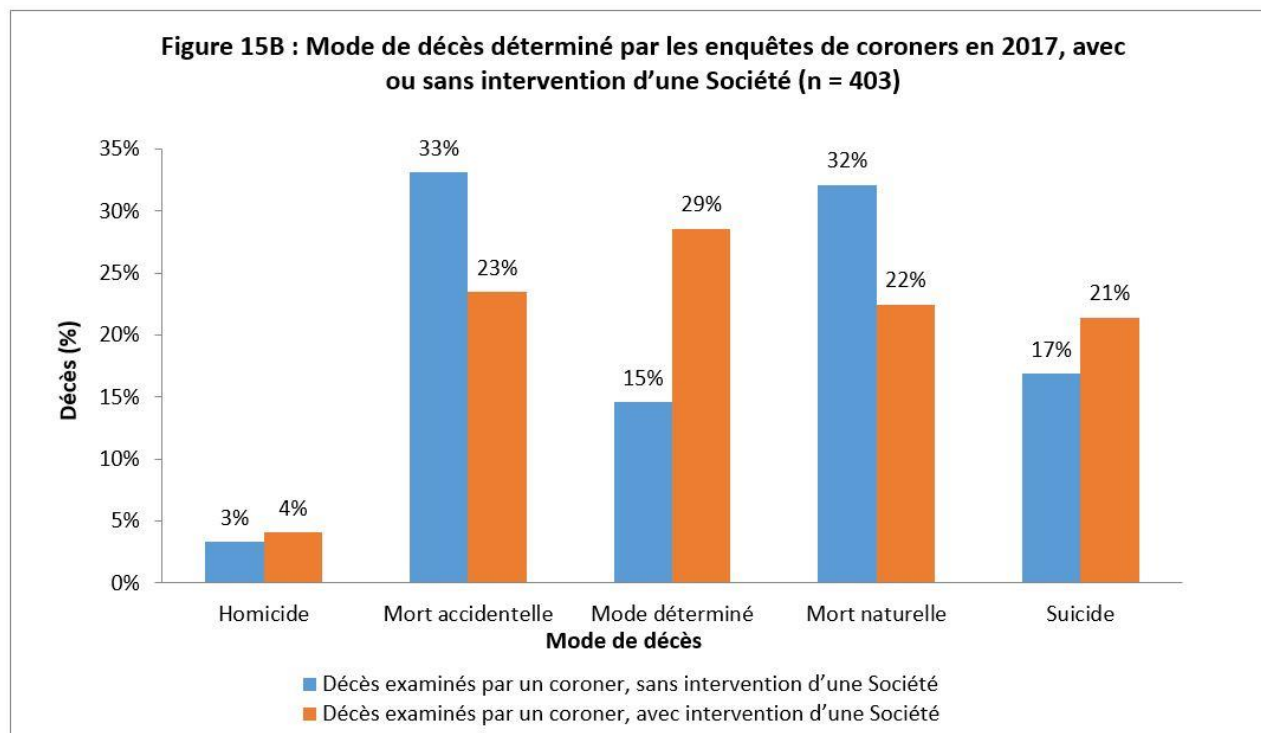
La figure 15A illustre que les décès de mode indéterminé semblaient plus prévalents (31 %) lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avaient reçu des services d'une Société, alors que les morts accidentelles et naturelles semblaient moins prévalentes (28 % et 18 % respectivement). Les homicides n'étaient ni plus, ni moins prévalents dans ce groupe, qu'il y ait eu ou non intervention d'une Société.



⁵ Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(4, n = 375 \text{ en } 2016) = 17,109, p < 0,005$ et $\chi^2(4, n = 400 \text{ en } 2017) = 13,595, p < 0,009$.

Figure 15B : Mode de décès déterminé par les enquêtes de coroners en 2017, avec ou sans intervention d'une Société (n = 403)

La figure 15B illustre que les décès de mode indéterminé semblaient plus prévalents (28 %) en 2017 lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avaient reçu des services d'une Société, alors que les morts accidentelles et naturelles semblaient moins prévalentes (23 % et 22 % respectivement). Les suicides où il y avait eu intervention d'une Société étaient plus nombreux (21 %) que les autres. Les homicides n'étaient ni plus, ni moins prévalents dans ce groupe, avec ou sans intervention d'une Société (4 % et 3 % respectivement). Par ailleurs, 3 % des décès où il y avait eu intervention d'une Société sont toujours sous enquête.



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 d'un an à cinq ans et un nombre encore plus petit d'enfants plus âgés.

Figure 16A : Distribution par groupes d'âge des décès de mode indéterminé en 2016, avec et sans intervention d'une Société (n = 73)

La figure 16A montre le nombre de décès de mode indéterminé par groupes d'âge, avec et sans intervention d'une Société, qui sont survenus en 2016. 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 pourcentage encore plus petit d'enfants plus âgés.

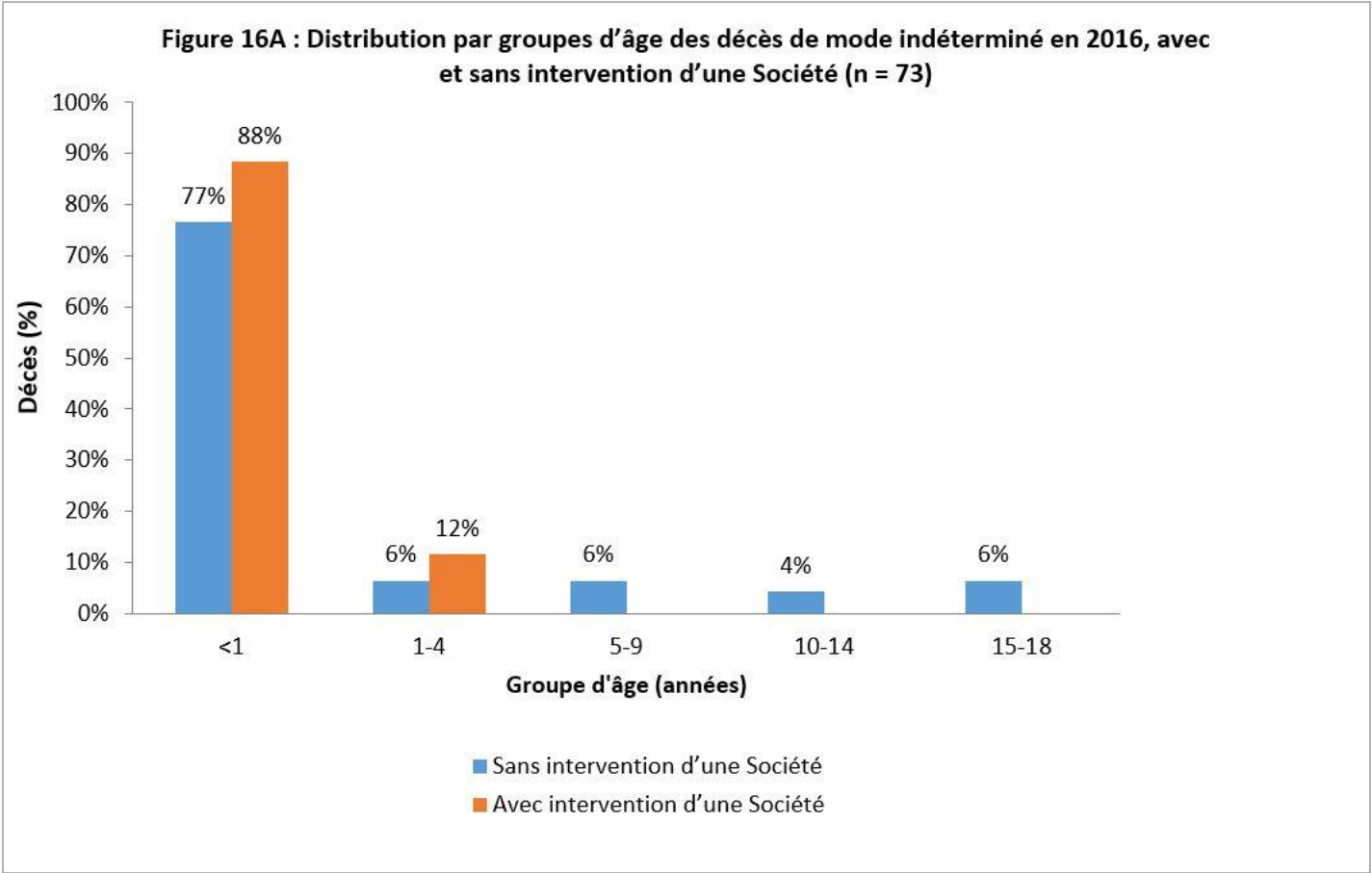
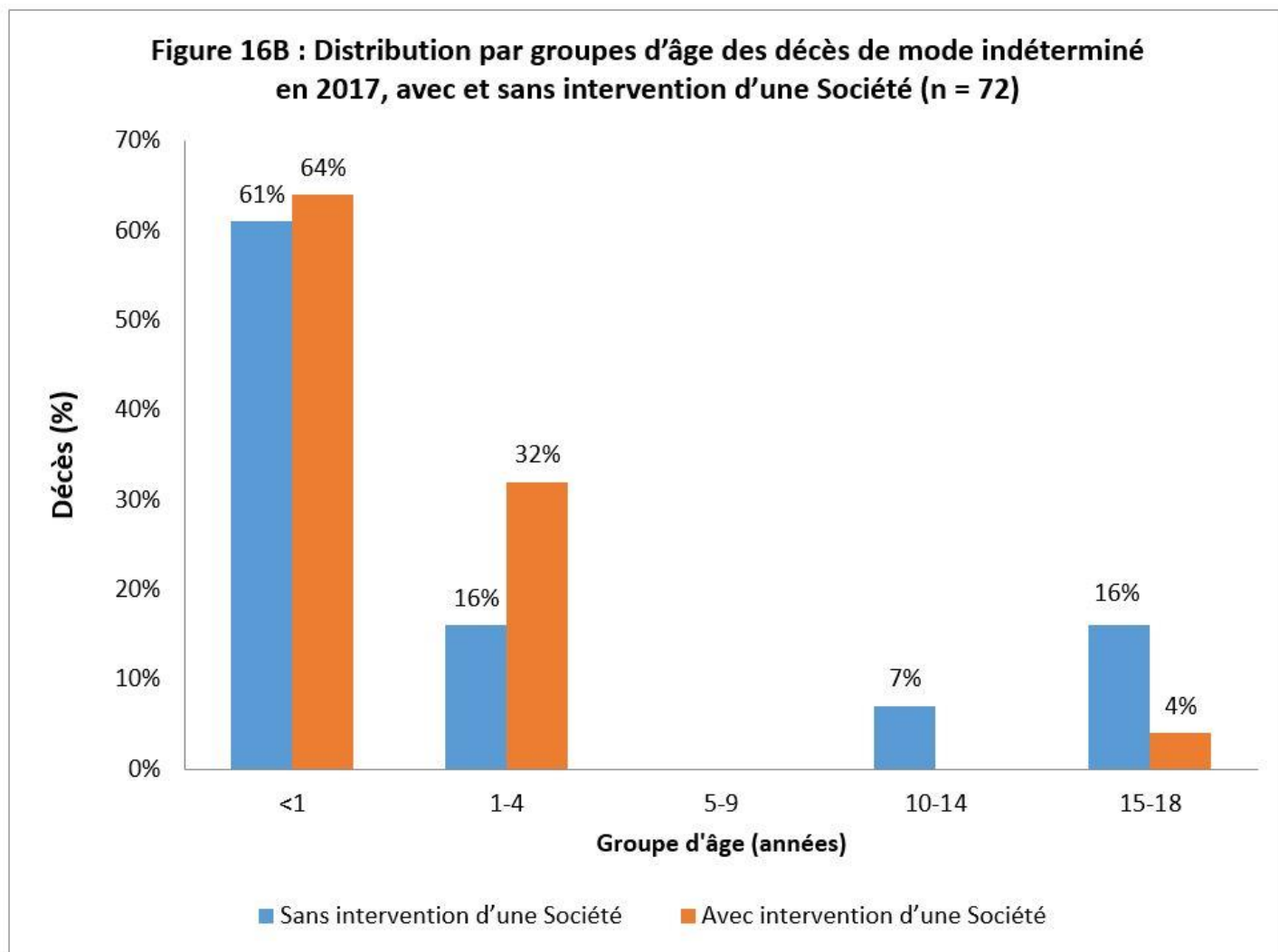


Figure 16B : Distribution par groupes d'âge des décès de mode indéterminé en 2017, avec et sans intervention d'une Société (n = 72)

La figure 16B montre le nombre de décès de mode indéterminé par groupes d'âge, avec et sans intervention d'une Société, qui sont survenus en 2017. 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 pourcentage encore plus petit d'enfants plus âgés.



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

En 2016, des facteurs de risque liés au sommeil ont été mis en évidence dans 48 % (35) des 73 décès de mode indéterminé; en 2017, ces chiffres étaient inférieurs à 32 % (23) des 72 décès de mode indéterminé. Une Société était intervenue auprès de l'enfant, du jeune ou de sa famille au cours des 12 mois précédents dans 34 % (n = 12) des cas en 2016 et dans 39 % (n = 9) des cas en 2017.

Bien que les données démontrent une différence statistiquement significative dans le nombre de décès d'enfants, avec ou sans intervention d'une Société, 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 Société était intervenue et les autres⁶. Cela correspond aux résultats des années précédentes. L'analyse de la cohorte de cinq ans n'a pas révélé de différence statistiquement significative⁷. De plus, le nombre de décès d'enfants pris en charge par une Société chez qui on a relevé des facteurs de risque liés au sommeil diminue chaque année depuis le début de ce type d'analyse de données, en 2014.

Comme l'indiquent les rapports annuels précédents, un grand nombre de variables doivent être prises en compte dans l'interprétation de ce résultat, en particulier la petite taille de l'échantillon. De plus, les Sociétés 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 Sociétés 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 Société laisse croire que les pratiques des Sociétés pourraient avoir contribué à la prévention globale des décès auxquels des facteurs liés à l'environnement de sommeil pourraient avoir contribué.

Décès avec intervention d'une société d'aide à l'enfance en 2016 et 2017 – Situation des enfants et des jeunes

Cela correspond aux résultats des années précédentes. Dans 93 % (113/121) des décès survenus en 2016 où l'enfant, le jeune ou la famille avaient reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédent le décès, l'enfant ou le jeune décédé n'était pas pris en charge par une Société au moment du décès. Cela inclut six jeunes (19 à 21 ans) qui recevaient le soutien du Programme de soins et de soutien continu pour les jeunes (Programme SSCJ, anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés) auquel les jeunes ont droit quand leur prise en charge ou leur garde prend fin à leur 18^e anniversaire de naissance. Parmi les enfants et les jeunes qui bénéficiaient des services d'une Société, soit 7 % (8/121), cinq bénéficiaient d'un programme de soins prolongés offert par une Société, un recevait des services temporaires d'une Société, un autre faisait l'objet d'une entente de soins conformes aux traditions et un autre faisait l'objet d'une entente de soins temporaire.

Dans 89 % (112/126) des décès survenus en 2017 où l'enfant, le jeune ou la famille avaient reçu des services d'une Société, l'enfant ou le jeune décédé n'était pas pris en charge par une Société au moment du décès. Cela inclut trois jeunes de 18 ans et quatre jeunes âgés de 19 à 21 ans qui n'étaient pas pris en charge, mais qui recevaient le soutien du Programme SSCJ. Parmi les enfants et les jeunes qui bénéficiaient des services d'une Société au moment de leur décès, soit 11 % (14/126), six bénéficiaient d'un programme de soins

⁶ Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables n'était pas significative, $p = 0,423$.

⁷ Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables n'était pas significative, $p = 0,675$.

prolongés offert par une Société, un recevait des services provisoires d'une Société, quatre faisaient l'objet d'une entente de soins conformes aux traditions et trois autres faisaient l'objet d'une entente de soins temporaire.

Que disent les données disponibles?

Les renseignements fournis par les Sociétés au moyen des Fiches de signalement et sommaire 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 2016, 66 % et en 2017, 72 % des enfants et des jeunes, incluant ceux qui bénéficiaient du programme SSCJ et avaient reçu des services d'une Société, avaient un dossier ouvert au moment de leur décès (voir figures 17A et 17B). Cela correspond aux résultats des années antérieures.
- Autant que 37 % des cas examinés en 2016 et 46 % des cas examinés en 2017 étaient à risque élevé ou très élevé au moment de leur décès (voir figures 18A et 18B). Les Normes de la protection de l'enfance en Ontario publiées en février 2016 exigent que le travailleur tienne compte de ce qui suit dans sa décision d'augmenter la fréquence des visites :
 - le résultat de l'évaluation du risque;
 - les compétences et les besoins de la famille;
 - si le plan de sécurité est géré et l'enfant continue d'habiter au domicile;
 - la vulnérabilité de l'enfant. (Norme 7, p. 83).
- Les exigences énoncées dans les Normes tendent à indiquer que dans ces cas, la Société serait probablement intervenue assez souvent auprès de la famille avant le décès.
- Le facteur de vulnérabilité le plus souvent signalé demeure les antécédents de violence ou de négligence confirmée à l'égard de l'enfant ou du jeune décédé ou des frères ou des sœurs du défunt (voir figure 19). Parmi les rapports des Sociétés sur les décès d'enfants ou de jeunes en 2016 et en 2017, 31 % et 47 % respectivement faisaient état de violence ou de négligence confirmées à l'égard de l'enfant ou du jeune décédé, tandis que 64 % (2016) et 63 % (2017) faisaient état de violence ou de négligence confirmées à l'égard d'un frère ou d'une sœur du défunt. Dans 20 % des cas signalés en 2016 et 38 % des cas signalés en 2017, ces deux facteurs de vulnérabilité étaient présents.
- Les handicaps arrivaient au second rang des facteurs de vulnérabilité les plus courants (voir figure 19). Parmi les enfants et les jeunes décédés en 2016 et en 2017, 37 % et 22 % respectivement étaient atteints d'un handicap physique, et 22 % et 18 % d'un handicap mental ou affectif. Dans 9 % des cas examinés en 2016 et 3 % des cas en 2017, ces deux facteurs de vulnérabilité étaient présents. La figure 19 compare les données de 2015 à 2017 sur les facteurs de vulnérabilité rapportés par les Sociétés.
- Il a été déterminé qu'en 2016 le suicide avait été le mode de décès de 17 jeunes (0 à 18 ans) recevant des services d'une Société et d'un jeune recevant des prestations du Programme SSCJ (19 à 21 ans). En 2017, le suicide a été le mode de décès de 21 jeunes recevant des services d'une Société et de trois jeunes recevant des prestations du Programme SSCJ. Neuf Autochtones faisaient partie des décès survenus en 2016 et 17 en 2017, par comparaison à 3 à 5 par année de 2013 à 2015. Les Fiches de signalement et sommaire du cas des Sociétés 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 deux des 18 jeunes en 2016 et dix des 24 jeunes en 2017, plus d'un de ces facteurs étaient présents. Parmi les suicides dénombrés en 2016, six jeunes avaient déjà fait des tentatives de suicide, neuf avaient mentionné avoir des idées suicidaires et six jeunes avaient un ami ou un proche qui s'était récemment suicidé. Des suicides

survenus en 2017, 12 jeunes avaient déjà ait des tentatives de suicide, 14 avaient mentionné avoir des idées suicidaires et huit avaient un ami ou un proche qui s'était récemment suicidé.

Figure 17A : État du dossier au moment du décès – Cas avec intervention d’une Société en 2016 (n = 121)
La figure 17A illustre l’état des dossiers dans les cas où il y a eu intervention d’une Société auprès des jeunes de 0 à 21 ans décédés en 2016, ce qui inclut les jeunes qui recevaient des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès. Dans 67 % des cas, le dossier était ouvert au moment du décès et dans 33 % des cas, le dossier avait été fermé au moment du décès, mais avaient été ouvert au cours des 12 mois précédant le décès.

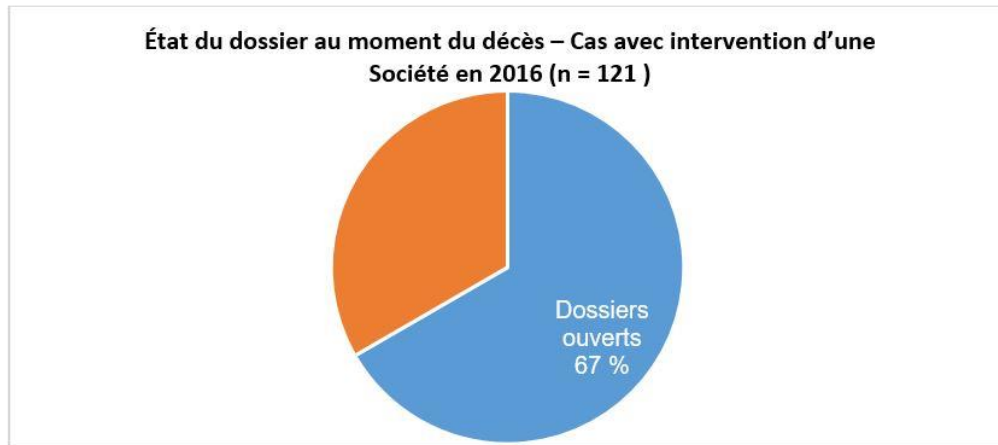


Figure 17B : État du dossier au moment du décès – Cas avec intervention d’une Société en 2017 (n = 126)
La figure 17B illustre l’état des dossiers dans les cas où il y a eu intervention d’une Société auprès des jeunes de 0 à 21 ans décédés en 2017, ce qui inclut les jeunes qui recevaient des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès. Dans 73 % des cas, le dossier était ouvert au moment du décès et dans 27 % des cas, le dossier avait été fermé au cours des 12 mois précédant le décès.

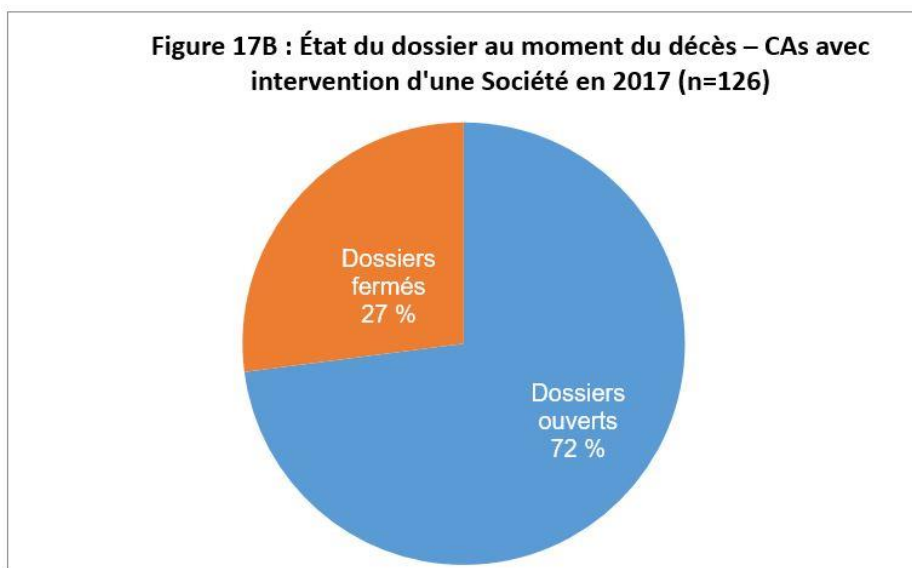


Figure 18A : Niveau de risque global au moment du décès ou de la fermeture du dossier – Cas avec intervention d’une Société en 2016 (n = 115)

La figure 18A montre le niveau de risque rapporté par la Société au moment du décès ou de la fermeture du dossier pour les cas où il y a eu intervention d’une Société en 2016 : 10 % des cas présentaient un risque très élevé, 27 % un risque élevé, 33 % un risque modérément élevé, 35 % un risque modéré, 11 % un risque faible et 4 % avaient été classés « sans objet » par la Société.

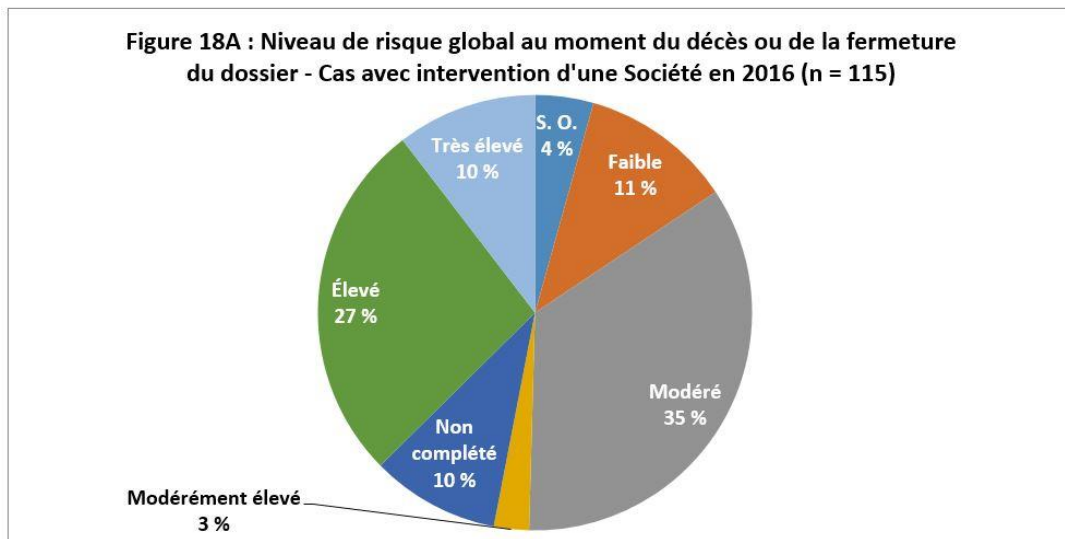


Figure 18B : Niveau de risque global au moment du décès ou de la fermeture du dossier – Cas avec intervention d’une Société en 2017 (n = 122)

La figure 18B montre le niveau de risque rapporté par la Société au moment du décès ou de la fermeture du dossier pour les cas où il y a eu intervention d’une Société en 2017 : 15 % des cas présentaient un risque très élevé, 31 % un risque élevé, 30 % un risque modéré, 11 % un risque faible et 13 % avaient été classés « sans objet » par la Société.

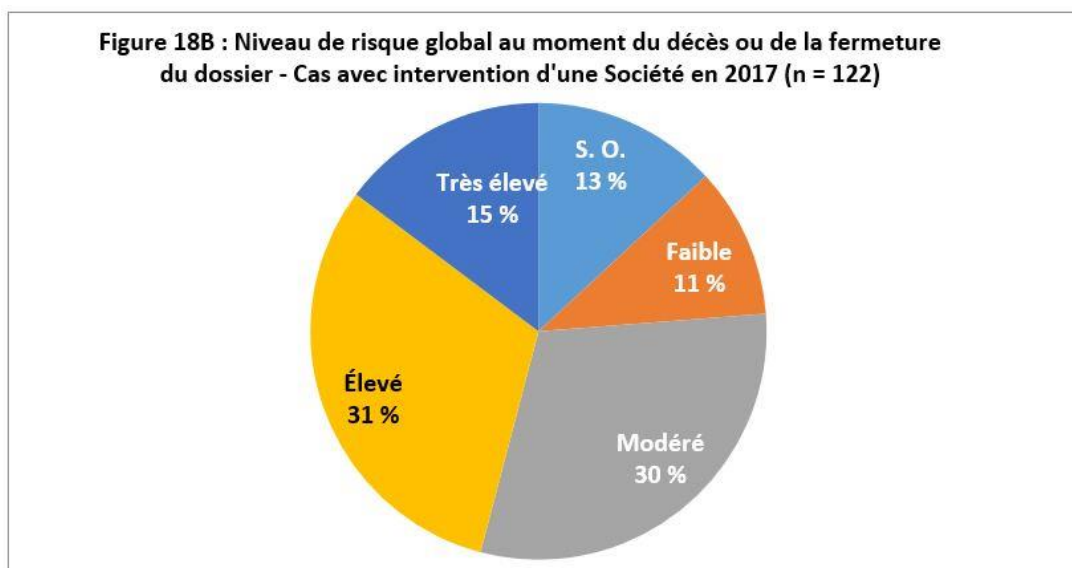
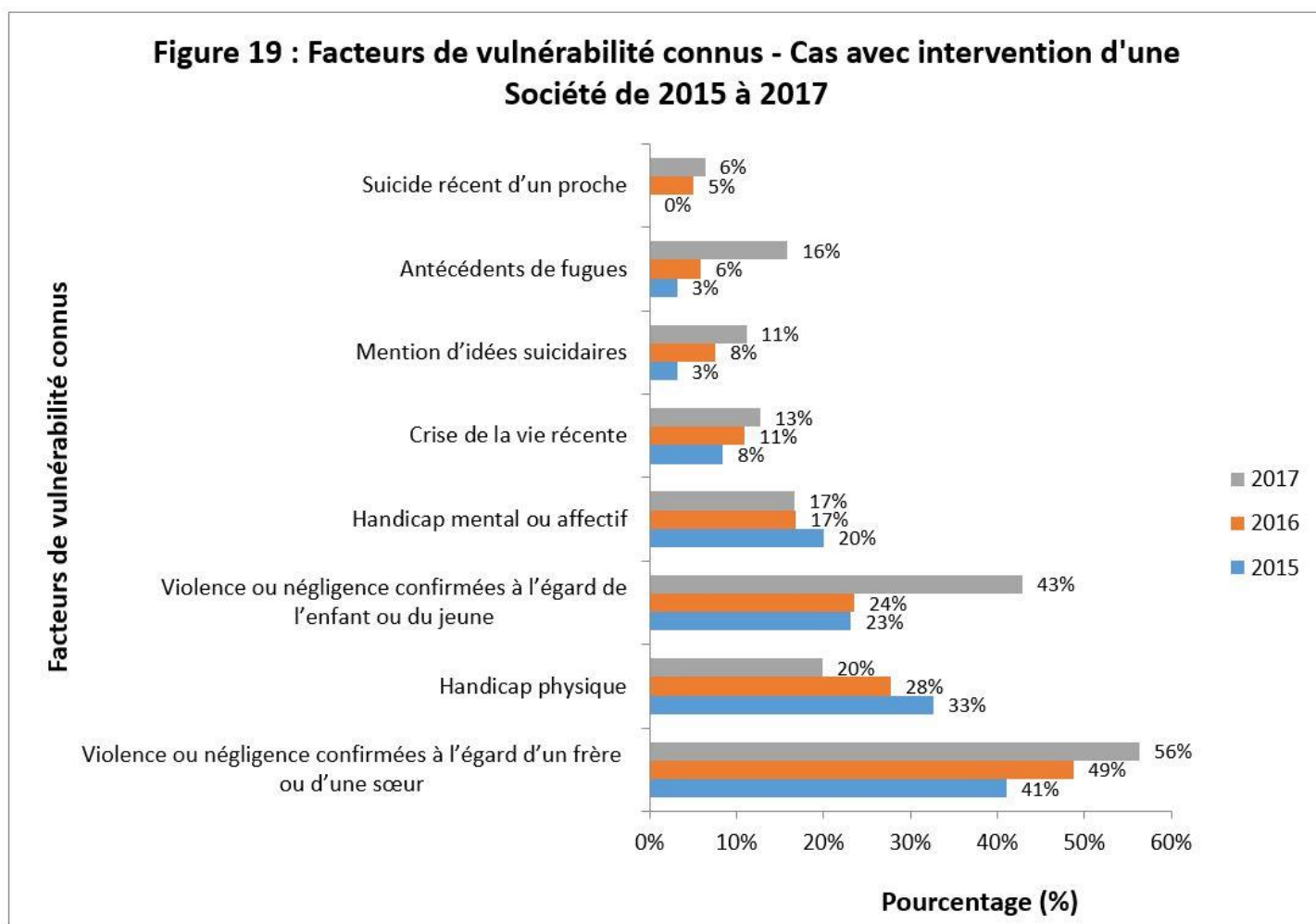


Figure 19 : Facteurs de vulnérabilité connus – Cas avec intervention d’une Société de 2015 à 2017

La figure 19 illustre la proportion de cas d’enfants âgés et de jeunes de 0 à 18 ans où il y a eu intervention d’une Société en 2015, 2016 et 2017 pour lesquels la Société a cité des facteurs de vulnérabilité avérés. À l’instar des années précédentes, en 2016 et en 2017, le facteur de vulnérabilité le plus souvent signalé était la violence ou la négligence confirmée à l’égard de l’enfant ou du jeune, ou d’un frère ou d’une sœur. Les handicaps arrivaient au second rang des facteurs de vulnérabilité les plus courants.



Bien que les renseignements fournis par les Sociétés 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. 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.

Décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des services d'une société d'aide à l'enfance examinés par le Bureau du coroner en chef en 2016 et en 2017

La quantité limitée de données accessibles au BCC sur les enfants et les jeunes autochtones recevant des services d'une Société 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 de décès d'enfants et de jeunes autochtones ayant fait l'objet d'une enquête du BCC en 2016 et en 2017. En outre, le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des soins d'une Société est peu élevé, ce qui empêche toute analyse statistique utile. Par ailleurs, les données provenant d'autres sources ont leurs limites (p. ex. les Sociétés 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. Le BCC et le CEDE (SAE) prévoient que les prochaines modifications apportées au modèle d'examen des décès d'enfants et de jeunes permettront d'améliorer la qualité et l'accessibilité des données sur les enfants et les jeunes autochtones 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 46 enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants et de jeunes autochtones en Ontario en 2016, 27 (59 %) visaient des personnes ayant reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédents. Des 55 enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants et de jeunes autochtones en 2017, 32 (59 %) visaient des personnes ayant reçu des services d'une Sociétés dans les 12 mois précédents.
- Des 27 enfants et jeunes autochtones qui avaient reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédant le décès en 2016, 20 recevaient des services d'un organisme autochtone désigné de bien-être des enfants et 7 recevaient des services d'une Société non désignée. Des 32 enfants et jeunes autochtones qui avaient reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédant le décès en 2017, 28 recevaient des services d'un organisme autochtone désigné de bien-être des enfants et 4 recevaient des services d'une Société non désignée. Les enfants et les jeunes autochtones sont servis par un organisme autochtone désigné de bien-être des enfants lorsqu'ils résident dans une région de l'Ontario où l'organisme a compétence.
- En 2016 et 2017, le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones a augmenté ainsi que la proportion de ces jeunes qui provenaient du Nord de l'Ontario où eux ou leur famille avaient reçu des prestations d'une Société dans les 12 mois précédant le décès. En 2016, 18 (67 %) des 27 décès où il y avait eu intervention d'une Société avec l'enfant, le jeune ou leur famille dans les 12 mois précédant le décès, 18 étaient des enfants ou des jeunes autochtones; en 2017, 25 (78 %) des 32 décès signalés étaient des enfants ou des jeunes autochtones ayant reçu des services d'une Société.

- En 2016, trois des 14 enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants ou de jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (SSCJ, anciennement le Programme de soins et d'entretien prolongés) visaient des enfants ou des jeunes autochtones. L'un d'eux bénéficiait d'un programme de soins prolongés offert par une Société, un autre était pris en charge en vertu d'une entente de soins conformes aux traditions et un autre recevait des prestations du Programme SSCJ. En 2017, six des 21 enquêtes de coroners portant sur des décès d'enfants et de jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ étaient des Autochtones. De ces six enfants, un recevait des services temporaires d'une Société, un bénéficiait d'un programme de soins prolongés et quatre faisaient l'objet d'une entente de soins conformes aux traditions. Le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones recevant des prestations d'une Société est trop faible pour permettre l'analyse par mode de décès. Les figures 20A et 20B fournissent les renseignements disponibles sur le mode de décès des 46 enfants et jeunes décédés en 2016 et des 55 enfants et jeunes décédés en 2017, respectivement. Le mode de décès des enfants et des jeunes autochtones varie d'année en année et aucune tendance franche n'est ressortie.

Figure 20A : Mode de décès des enfants et des jeunes autochtones en 2016, avec ou sans intervention d'une Société (n = 46)

La figure 20A indique les renseignements disponibles au sujet du mode de décès des 46 enfants et jeunes autochtones qui ont perdu la vie en 2016, et compare les cas où il y a eu intervention d'une Société aux cas sans intervention. Les modes de décès en 2016 étaient les suivants : 1 homicide, 16 morts accidentelles, 5 décès de mode indéterminé, 9 morts naturelles et 15 suicides.

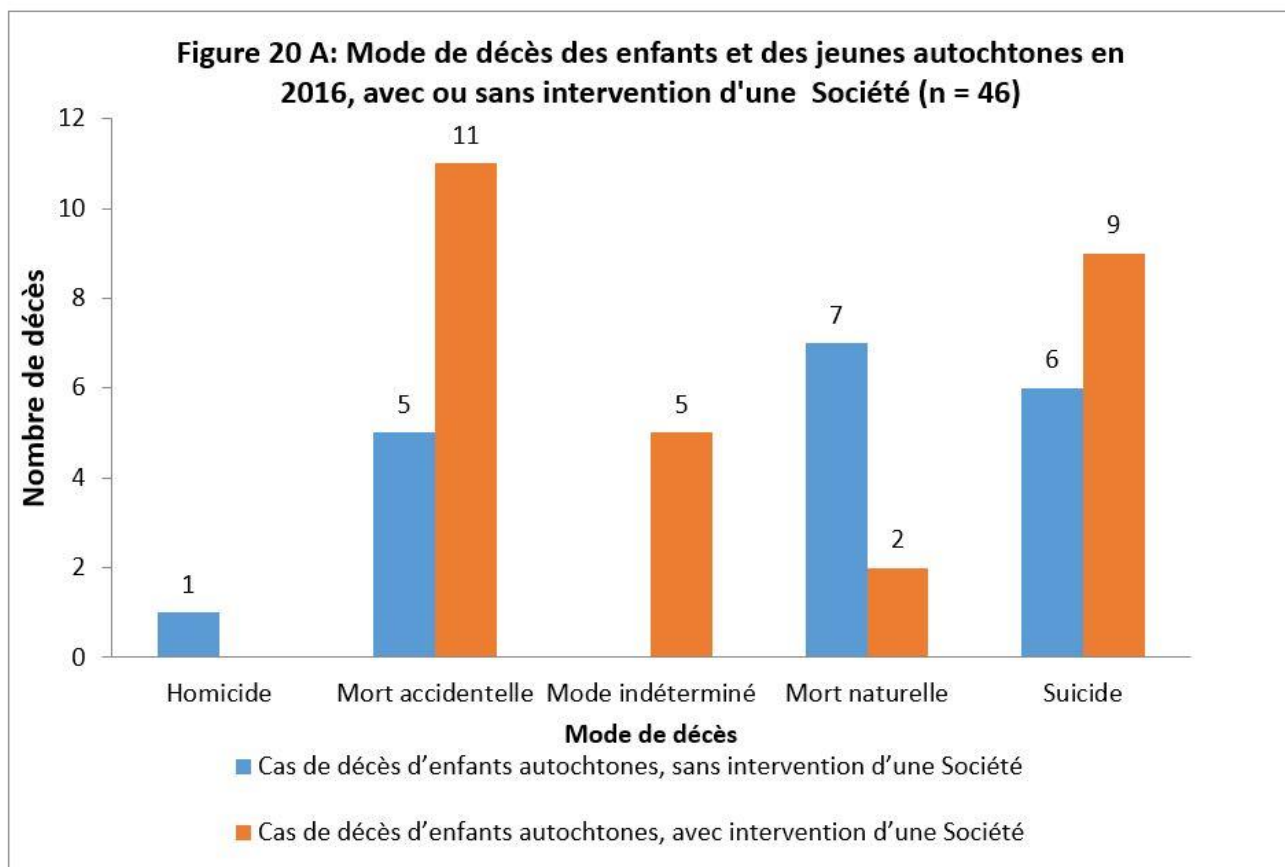


Figure 20B : Mode de décès des enfants et des jeunes autochtones en 2017, avec ou sans intervention d'une Société (n = 55)

La figure 20B indique les renseignements disponibles au sujet du mode de décès des 55 enfants et jeunes autochtones qui ont perdu la vie en 2017, et compare les cas où il y a eu intervention d'une Société aux cas sans intervention. Les modes de décès en 2017 étaient les suivants : 1 homicide, 13 morts accidentelles, 10 décès de mode indéterminé, 6 morts naturelles et 25 suicides.

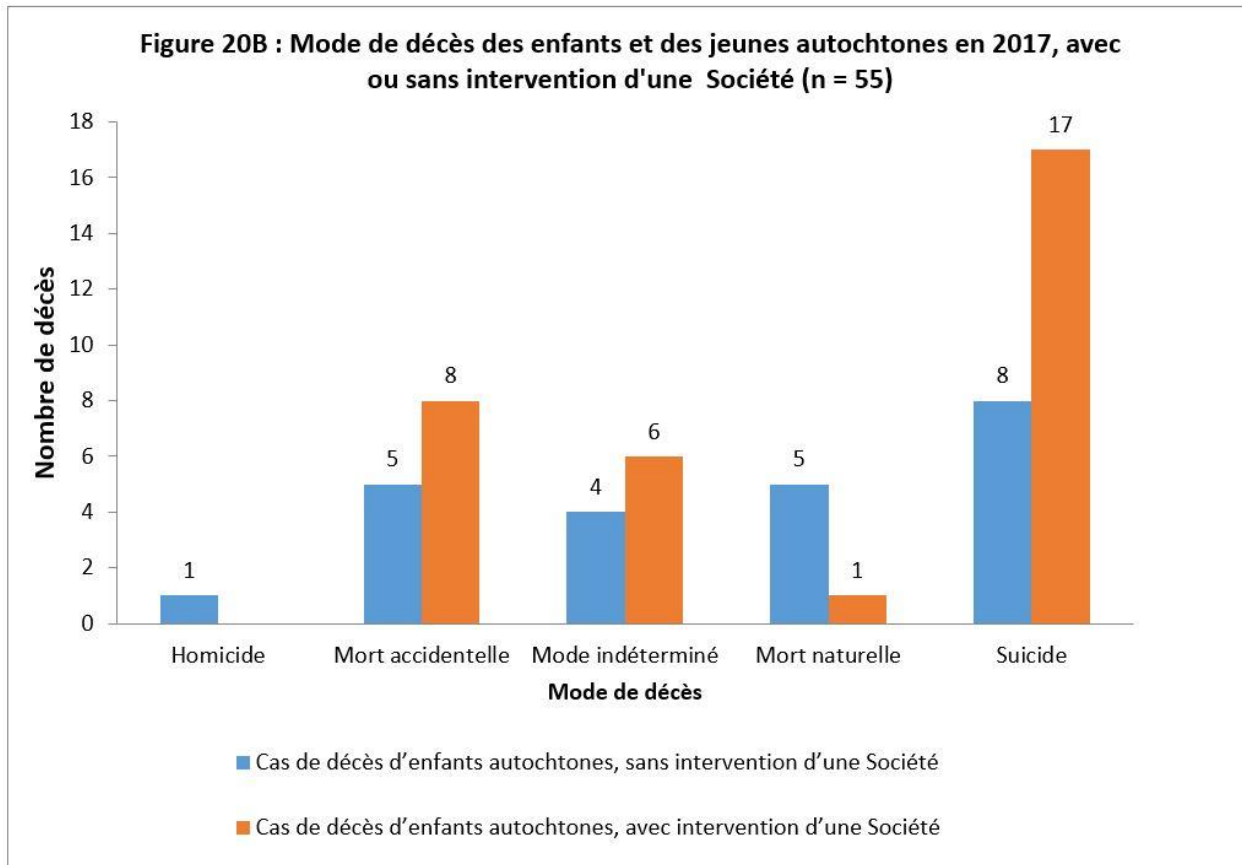


Figure 21A : Enfants ou jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès, par groupes d'âge, en 2016 (n = 14)

La figure 21A montre qu'en 2016, huit jeunes (0 à 18 ans) étaient pris en charge par une Société et six jeunes recevaient des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès. Les enfants et les jeunes décédés étaient âgés de 5 mois à 21 ans.

Figure 21A : Enfants ou jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès, par groupes d'âge, en 2016 (n = 14)

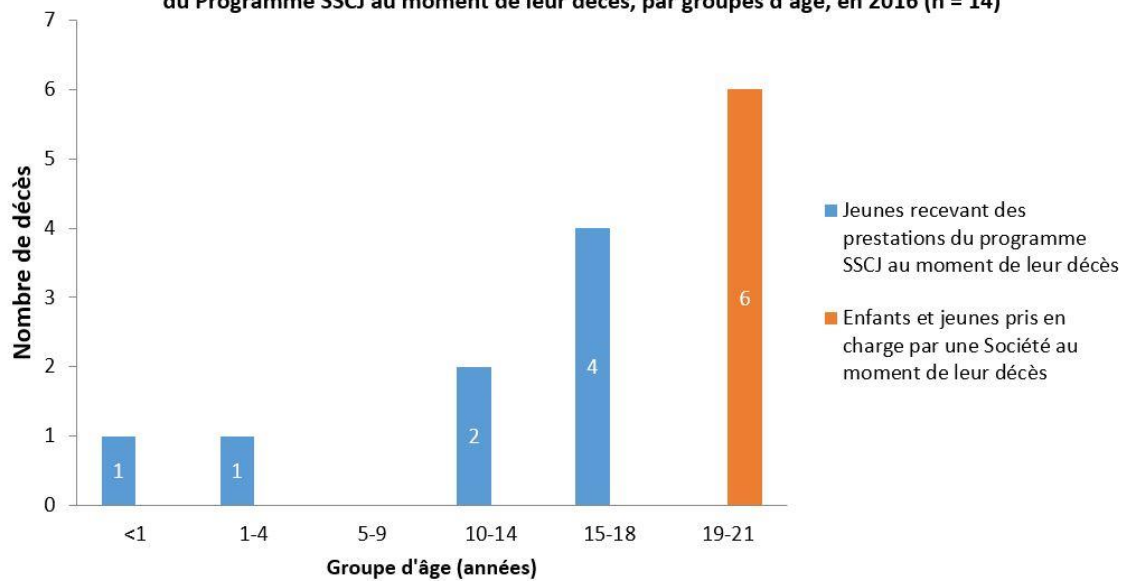


Figure 21B : Enfants ou jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès, par groupes d'âge, en 2017 (n = 21). Vingt-et-un enfants étaient pris en charge par une Société ou recevaient des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès en 2017. Les enfants décédés étaient âgés de 24 jours à 21 ans.

Figure 21B : Enfants ou jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès, par groupes d'âge, en 2017 (n = 21)

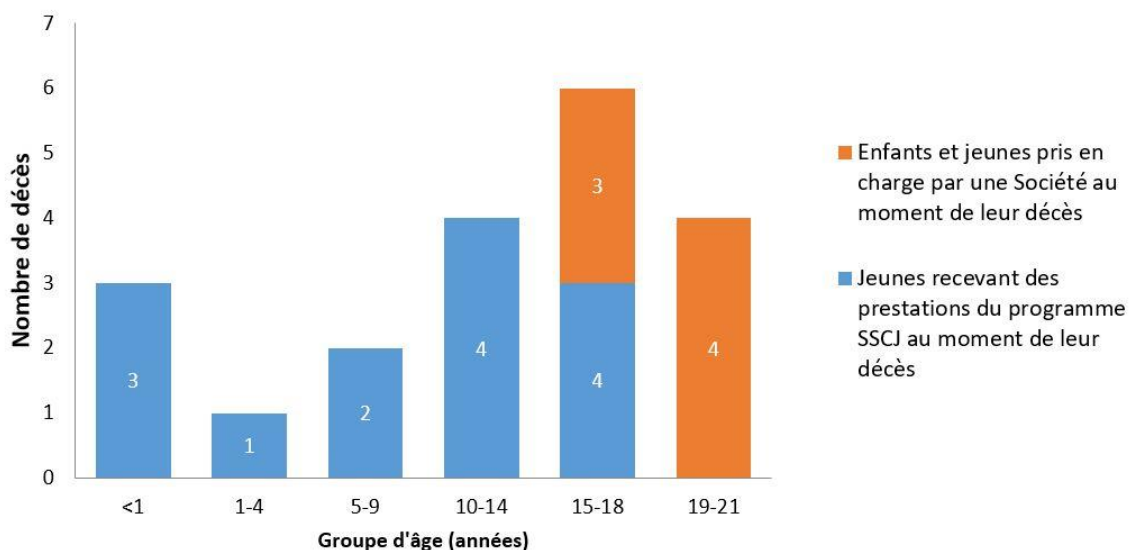
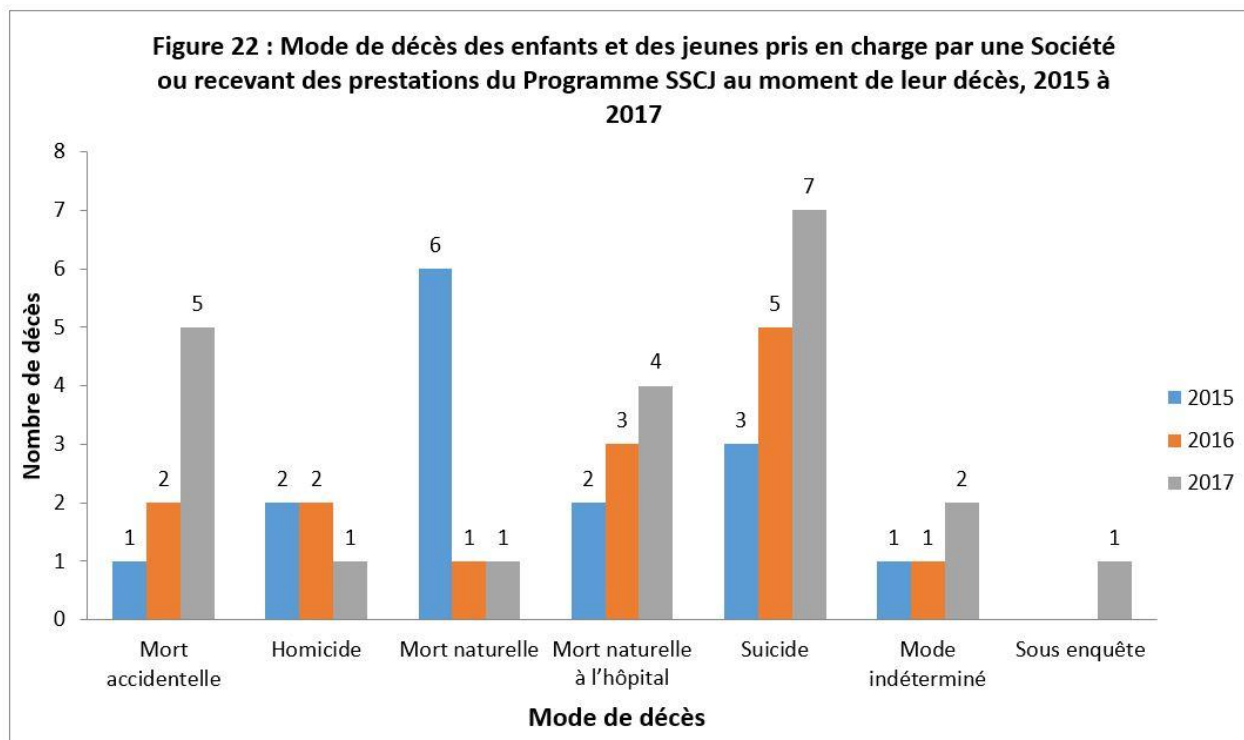


Figure 22 : Mode de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès de 2015 à 2017

La figure 22 montre les modes de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une Société ou recevant des prestations du Programme SSCJ jusqu'en 2017. En 2016 et 2017, le nombre de morts naturelles a diminué par rapport aux années précédentes et le nombre de suicides a augmenté. Il y a eu plus de morts accidentelles en 2017 (n = 5) qu'au cours des quatre années antérieures (habituellement 1 par année). Le nombre d'homicides et de décès de mode indéterminé en 2016 et 2017 est demeuré constant depuis 2015.



Examens du Comité d'examen des décès d'enfants (Société d'aide à l'enfance) portant sur des décès d'enfants où il y a eu intervention d'une Société en 2016

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 Comité d'examen des décès d'enfants (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 enfants, aux jeunes et aux familles. En examinant ces cas sans chercher de coupable, nous croyons pouvoir apprendre de chacun de ces décès et améliorer la vie des enfants.

Signalements reçus par le CEDE (SAE) en 2016 et 2017

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 24). 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 2016, conformément à la directive conjointe, les Sociétés ont signalé 121 décès d'enfants ou de jeunes au CEDE (SAE), dont 115 enfants âgés de 0 à 18 ans et 6 jeunes âgés de 19 à 21 ans, où l'enfant, le jeune ou la famille avaient reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédant le décès. En 2017, les Sociétés ont signalé 126 décès d'enfants ou de jeunes au CEDE, dont 122 enfants âgés de 0 à 18 ans et 4 jeunes âgés de 19 à 21 ans. Ces cas en sont à différentes étapes du processus d'examen du CEDE.

Figure 23A : État du dossier d'examen du CEDE sur les décès survenus en 2016 où il y a eu intervention d'une Société

La figure 23A montre l'état du dossier des 121 cas rapportés au CEDE (SAE) en 2016. De ces cas, 60 n'ont pas nécessité d'examen complet du CEDE.

État	Nombre de cas
Fermé Le comité 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.	72 (60 %)
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.	23 (18 %)
Examen complet du CEDE à effectuer Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE effectuera un examen complet du cas.	13 (10 %)
Examen complet du CEDE effectué Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE a effectué un examen complet du cas.	13 (10 %)

Figure 23B : État du dossier d'examen du CEDE sur les décès survenus en 2017 où il y a eu intervention d'une Société

La figure 23B montre l'état du dossier des 126 cas rapportés au CEDE (SAE) en 2017. De ces cas, 45 % n'ont pas nécessité d'examen complet du CEDE et 36% sont en attente de décision.

État	Nombre de cas
Fermé Le comité 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.	57 (45 %)
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.	43 (34 %)
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 (12 %)
Examen complet du CEDE effectué Une enquête interne a été demandée à la SAE, et le CEDE a effectué un examen complet du cas.	11 (9 %)

Cas examinés par le CEDE en 2016 et 2017

En 2016, suivant le processus décrit dans l'organigramme de l'annexe A, le CEDE (SAE) s'est penché sur le cas de 32 enfants et jeunes qui avaient reçu des services d'une Société au cours des 12 mois précédant leur décès; en 2017, le nombre de décès examinés était de 13. Un moins grand nombre de cas ont été examinés en 2017, en partie en raison du travail de préparation effectué pour un comité d'experts qui a examiné le décès de 12 jeunes gens recevant des soins à domicile, et des efforts déployés en vue de l'établissement de l'équipe d'examen et d'analyse des décès d'enfants et de jeunes.

Figure 24 : Année de décès pour les cas examinés par le CEDE en 2016 et 2017

La figure 24 montre les années de décès des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2016 et 2017. La majorité (22) des 32 cas examinés en 2016 concernait des décès survenus en 2014 et 2015. Les années de décès allaient de 2011 à 2016. Par ailleurs, la majorité des décès examinés en 2017 étaient survenus de 2015 à 2017 et un décès était survenu en 2013.

Année de décès	Cas examinés par le CEDE en 2016	Cas examinés par le CEDE en 2017
2011	1	0
2012	2	0
2013	3	1
2014	12	0
2015	10	4
2016	3	5
2017		3
TOTAL	32	13

Parmi les 32 cas examinés par le CEDE en 2016, 19 portaient sur des enfants et des jeunes de sexe masculin (59 %) et 13 de sexe féminin (41 %).

Au moment de leur décès, les enfants et les jeunes étaient âgés de 5 jours à 20 ans.

Parmi les 13 cas examinés par le CEDE en 2017, 5 portaient sur des enfants et des jeunes de sexe masculin (38 %) et 8 de sexe féminin (62 %).

Au moment de leur décès, les enfants et les jeunes étaient âgés de 42 jours à 17 ans.

Par le passé, un plus grand pourcentage d'examens menés par le CEDE (SAE) portait sur des enfants de moins d'un an et des adolescents. Les figures 25A et 25B indiquent les groupes d'âge dans lesquels se situaient les cas examinés. Cela illustre qu'en 2016, environ le tiers des examens du CEDE (SAE) portaient sur des décès d'enfants de moins de cinq ans, un autre tiers sur des décès d'enfants de 10 à 14 ans et un dernier tiers sur des décès de jeunes de 15 à 18 ans, avec un faible pourcentage d'enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 9 ans. Comme le montre la figure 25B, cela était différent pour les examens réalisés par le CEDE en 2017 où plus de la moitié des 13 examens portaient sur des jeunes de 10 à 14 ans. Cela s'explique en partie par la décision du CEDE de cesser d'examiner globalement les décès où le mode de décès était indéterminé et où un environnement de sommeil non sécuritaire figurait au nombre des facteurs en cause. La décision de cesser d'examiner ces types de décès a été prise parce que le comité a constaté que les nombreux examens réalisés ne fournissaient pas de nouveaux renseignements importants et qu'ils donnaient rarement lieu à des recommandations.

Figure 25A : Distribution par groupes d'âge des cas examinés en 2016 par le CEDE (SAE) (n = 32)

La figure 25A, qui illustre la distribution par groupes d'âge des cas examinés en 2016, montre que 28 % des examens du CEDE (SAE) portaient sur des décès d'enfants de moins d'un an, 31 % sur des enfants de 10 à 14 ans, 28 % sur des jeunes de 15 à 18 ans, 6 % sur des enfants de 5 à 9 ans et un autre 6 % sur des enfants de 1 à 4 ans.

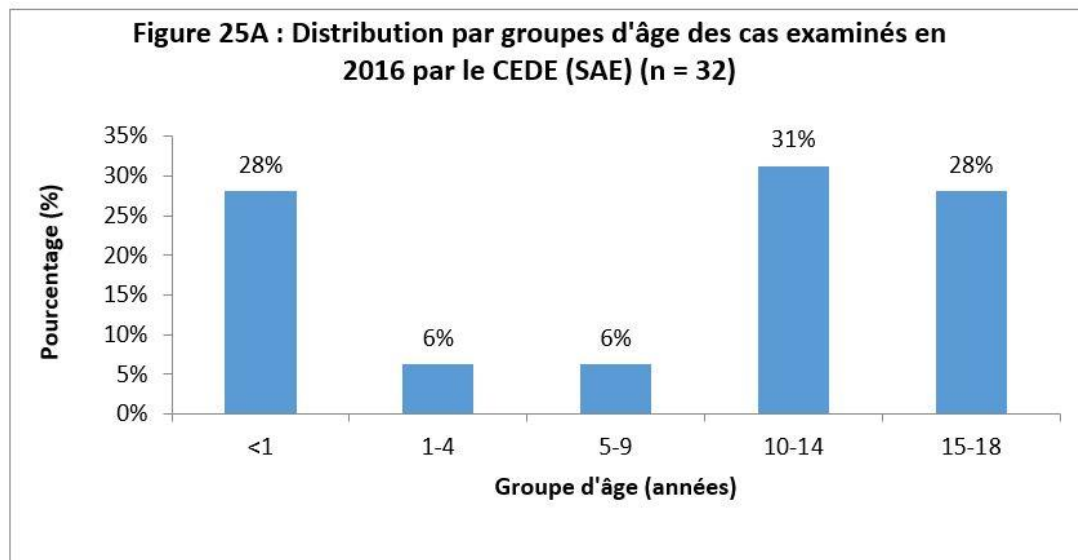


Figure 25B : Distribution par groupes d'âge des cas examinés en 2017 par le CEDE (SAE) (n = 13)

La figure 25B, qui illustre la distribution par groupes d'âge des cas examinés en 2017, montre que 54 % des examens du CEDE (SAE) portaient sur des décès d'enfants de 10 à 14 ans, 31 % sur des jeunes de 15 à 18 ans et 16 % sur des enfants de moins de cinq ans.

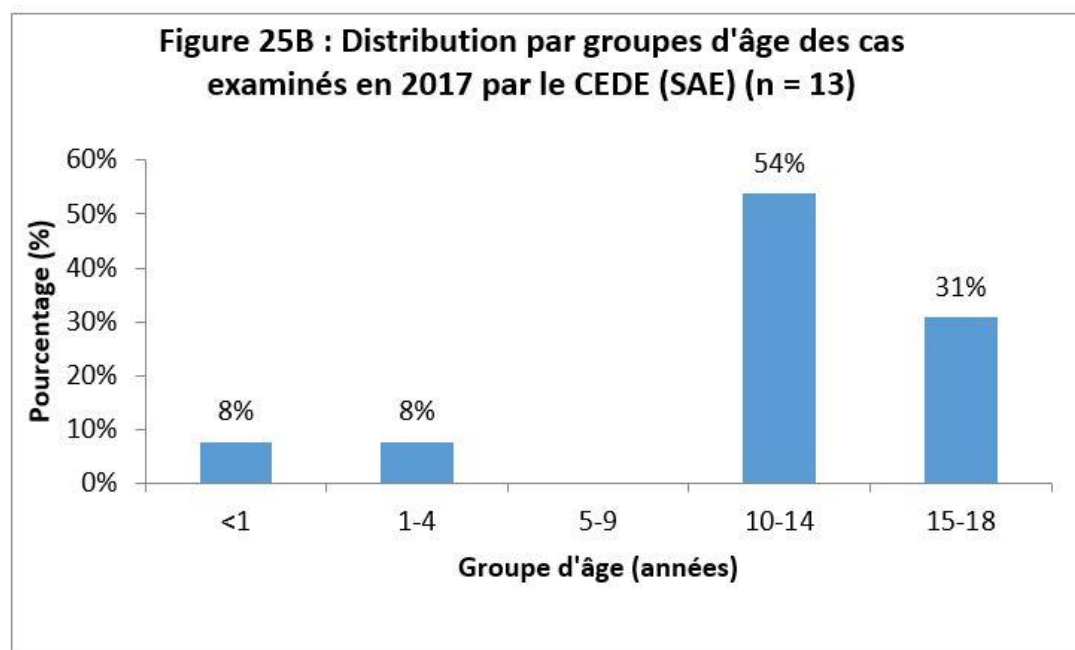


Figure 26A : Distribution par modes de décès des examens du CEDE (SAE) en 2016 (n = 32)

La figure 26A illustre le mode de décès des enfants et des jeunes dont le cas a été examiné par le CEDE (SAE) en 2016. Les cas les plus nombreux examinés par le CEDE en 2016 étaient des suicides (11), des décès de mode indéterminé (7), des homicides (7), des morts accidentelles (4) et des morts naturelles (3).

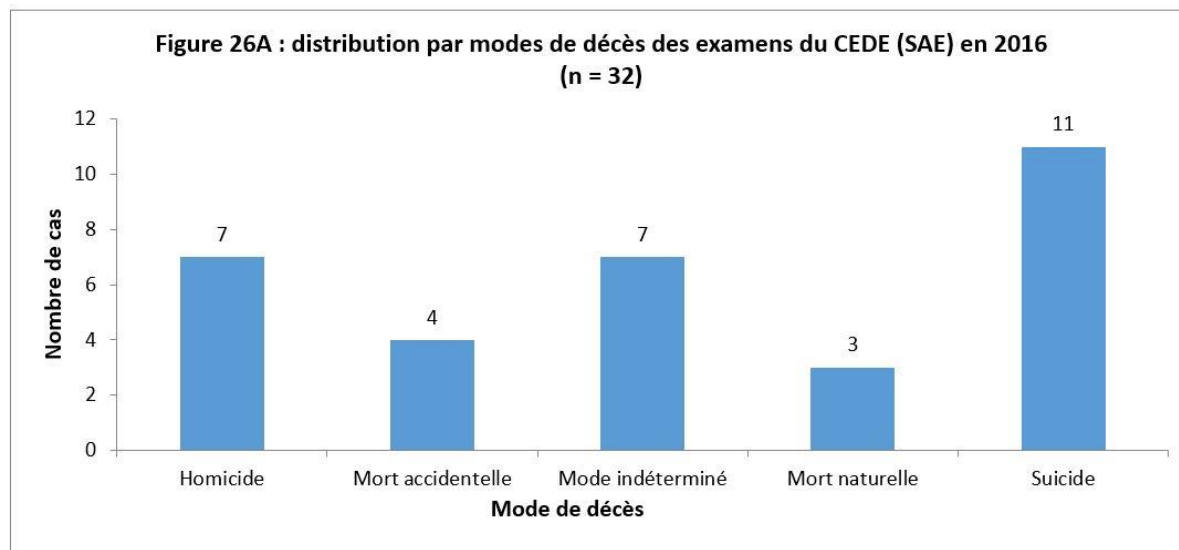
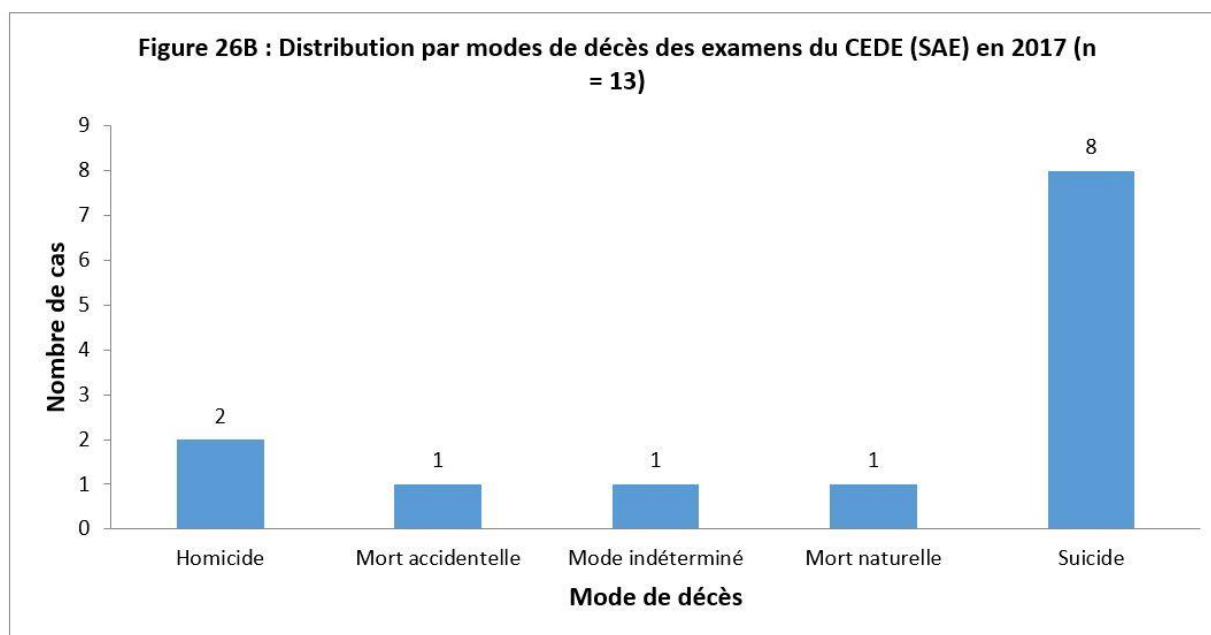


Figure 26B : Distribution par modes de décès des examens du CEDE (SAE) en 2017 (n = 13)

La figure 26B illustre le mode de décès des enfants et des jeunes dont le cas a été examiné par le CEDE (SAE) en 2017. Dans la majorité des cas examinés en 2017, le mode de décès était le suicide, suivi de deux homicides et d'une mort accidentelle, d'une mort naturelle et d'un décès de mode indéterminé.



Des 32 décès examinés par le CEDE (SAE) en 2016 pour lesquels le mode de décès était indéterminé (n = 8), deux cas (25 %) présentaient des facteurs contributifs liés à l'environnement de sommeil.

Des 32 enfants et jeunes dont le décès a été examiné par le CEDE (SAE) en 2016, 41 % (13) avaient un dossier ouvert auprès d'une Société au moment du décès (voir figure 27A) par comparaison à 62 % (8) en 2017 (voir figure 27B).

Des 13 enfants et jeunes qui avaient un dossier ouvert auprès d'une Société en 2016, quatre étaient aux étapes d'enquête et d'évaluation, huit faisaient l'objet d'une protection continue, un était sous protection et un autre faisait l'objet de soutien familial/lien communautaire/sans protection. Deux sujets faisaient l'objet de soins prolongés offerts par une Société, un bénéficiait de soins temporaires d'une Société dans le cadre d'un placement en famille d'accueil et deux autres recevaient des prestations du Programme SSCJ. Les trois enfants pris en charge par une Société en 2016 sont décédés de mode indéterminé (1), de suicide (1) et de mort naturelle (1).

Des huit enfants qui avaient un dossier ouvert auprès d'une Société en 2017, deux faisaient l'objet d'une entente de soins conformes aux traditions formels, un était sous ordonnance de surveillance, un était sous protection et un autre vivait de façon semi-autonome et recevait des soins prolongés d'une Société. Le mode de décès des deux jeunes qui bénéficiaient de services d'une Société au moment de leur mort était le suicide.

Figure 27A : Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2016 – Dossiers ouverts et fermés (n = 32)

La figure 27A illustre que des 32 enfants et jeunes dont le décès a été examiné par le CEDE (SAE) en 2016, 41 % avaient un dossier ouvert auprès d'une Société au moment du décès, alors que 59 % d'entre eux avaient un dossier fermé.

**Figure 27A : Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2016 –
Dossiers ouverts et fermés (n = 32)**

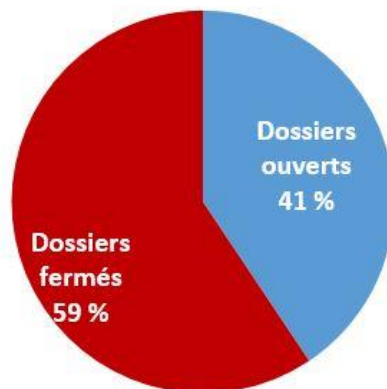
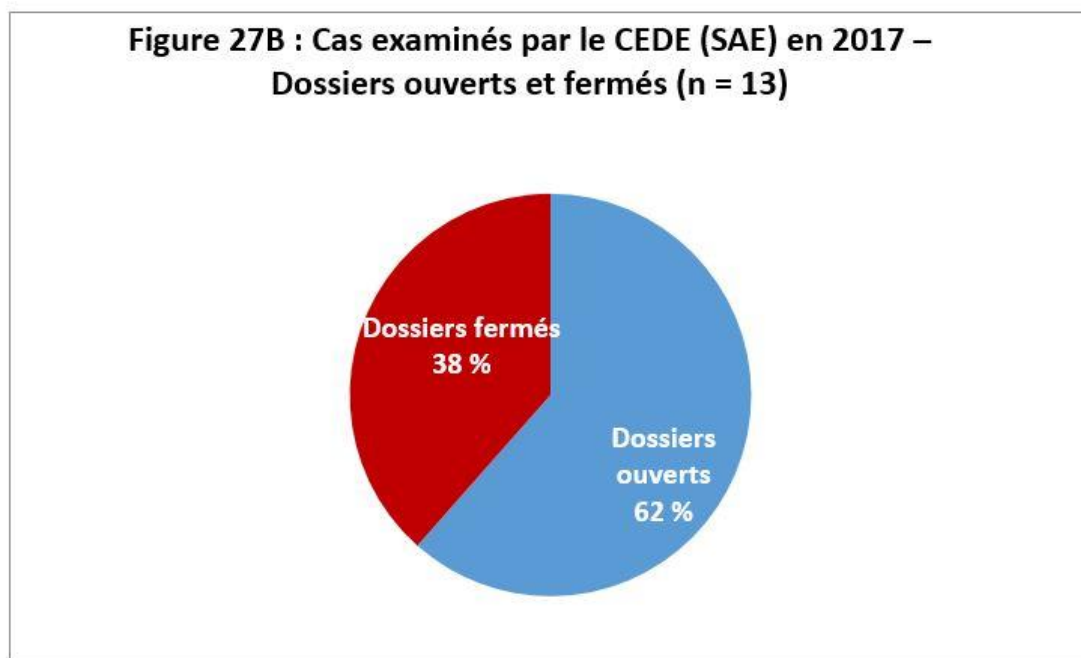


Figure 27B : Cas examinés par le CEDE (SAE) en 2016 – Dossiers ouverts et fermés (n = 13)

La figure 27B illustre que des 13 enfants et jeunes dont le décès a été examiné par le CEDE (SAE) en 2017, huit (62 %) avaient un dossier ouvert auprès d'une Société au moment du décès, alors que 38 % d'entre eux avaient un dossier fermé.



Cas examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants (SAE) en 2016 et 2017 – 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'examens de cas, les Sociétés 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.

Figure 28A : Les 10 facteurs le plus souvent cités dans les examens de cas du CEDE (SAE) effectués en 2016

La figure 28A illustre les 10 facteurs cités le plus souvent dans les examens de cas du CEDE (SAE) effectués en 2016. Les dix principaux facteurs relevés dans les cas examinés par le CEDE (SAE) sont les suivants : abus de substances (66 %), problème de santé mentale (63 %), violence familiale (47 %), enfant à risque élevé (41 %), négligence ou supervision inadéquate (41 %), 3 renvois ou plus à une Société (41 %), abus physique (34 %), degré de collaboration des tuteurs (28 %), 3 dossiers ou plus ouverts dans une Société (28 %) et autres, incluant antécédents d'intervention d'une Société (25 %) et activités criminelles (25 %).

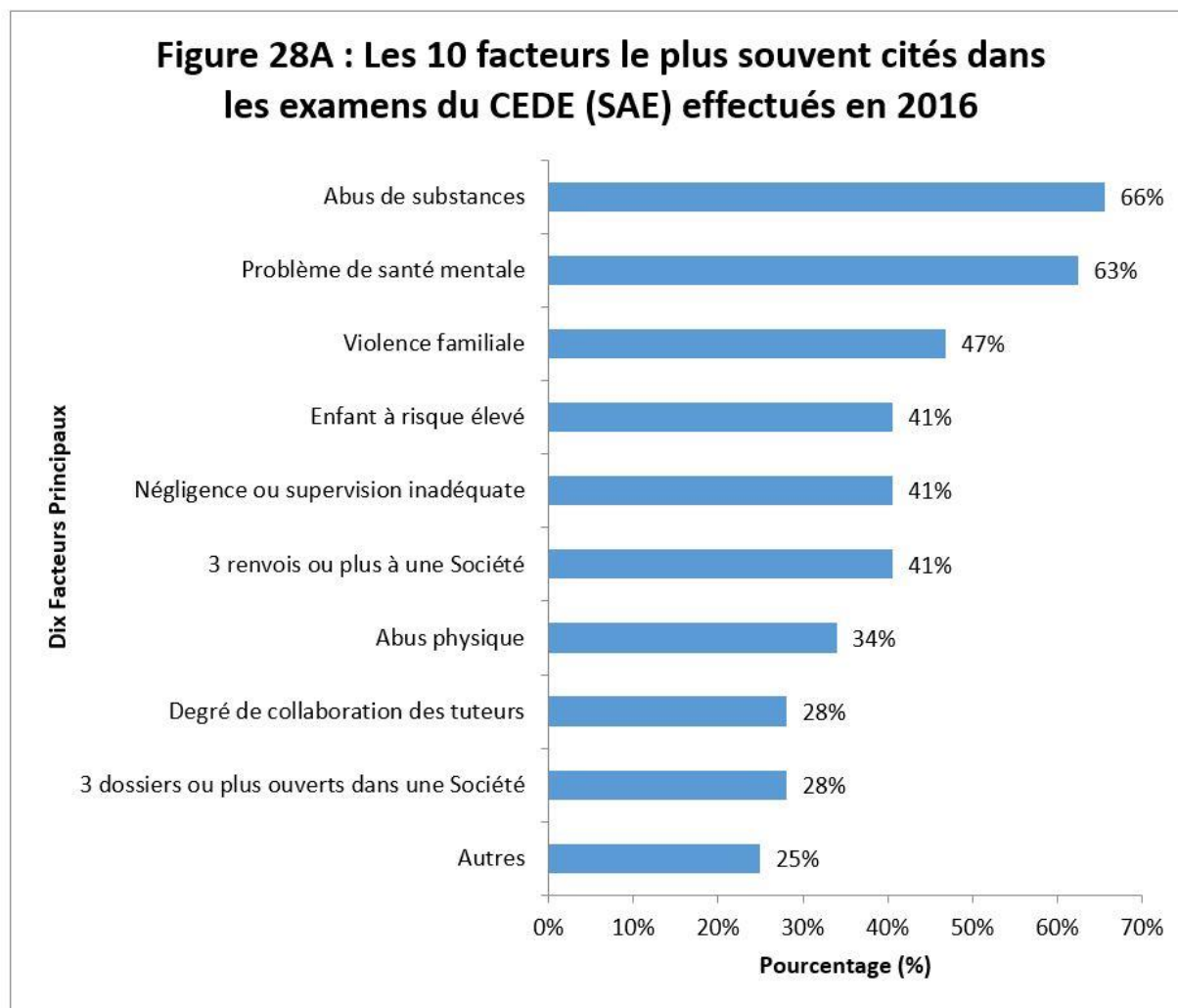
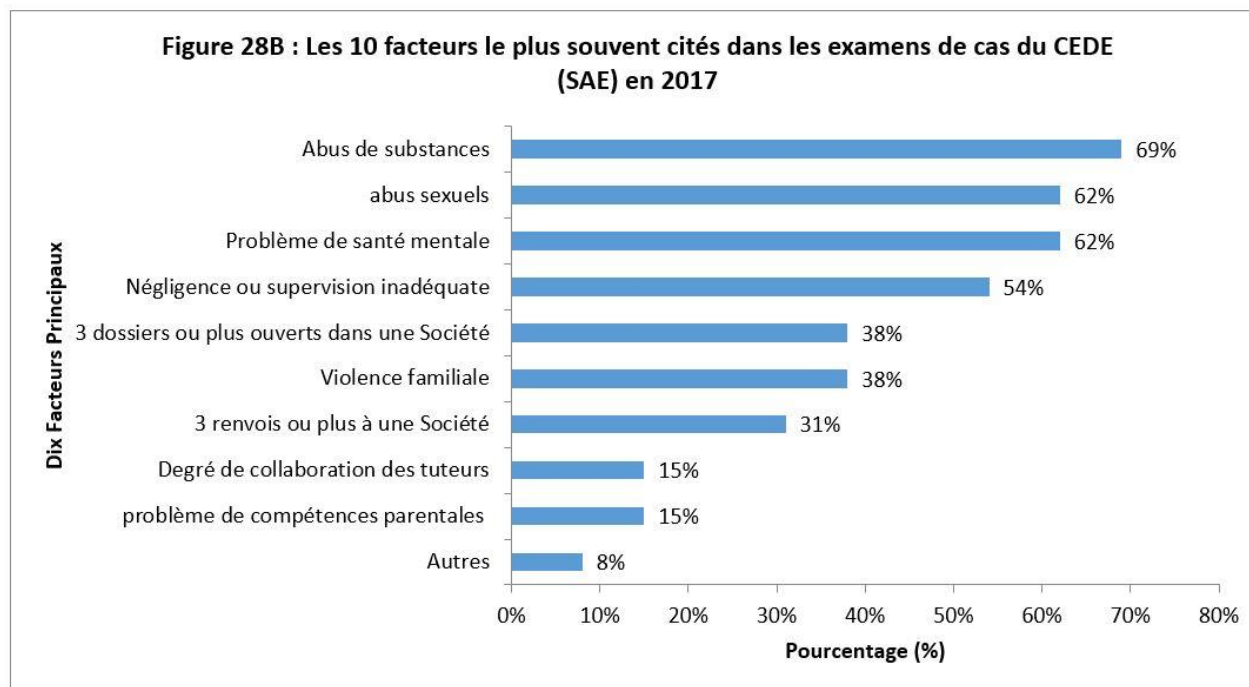


Figure 28B : Les 10 facteurs le plus souvent cités dans les examens de cas du CEDE (SAE) effectués en 2017

La figure 28B illustre les 10 facteurs cités le plus souvent dans les examens de cas du CEDE (SAE) effectués en 2017. Les dix principaux facteurs relevés dans les cas examinés par le CEDE (SAE) sont les suivants : abus de substances (69 %), abus sexuels (62 %), problème de santé mentale (62 %), négligence ou supervision inadéquate (54 %), 3 dossiers ou plus ouverts dans une SAE (38 %), violence familiale (38 %), 3 renvois ou plus à une Société (31 %), degré de collaboration des tuteurs (15 %), problème de compétences parentales (15 %) et autres (24 %), incluant activités criminelles (8 %), antécédents d'intervention d'une Société (8 %) et enfant à risque élevé ayant des besoins particuliers ou étant âgé de moins d'un an (98 %). Les deux facteurs le plus

souvent cités ans les examens du CEDE (SAE) n’ont pas changé au cours des trois dernières années, tandis que les dix facteurs qui reviennent le plus souvent varient d’une année à l’autre.



Comme c’est le cas des années précédentes, les résultats mettent en évidence la prévalence des facteurs multiples dans les cas examinés par le CEDE :

- 41 % (13 sur 32) des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2016 présentaient au moins cinq des dix facteurs le plus souvent cités et 38 % (5 sur 13) des cas présentaient ces mêmes facteurs en 2017.
- 13 % (4) des cas examinés en 2016 présentaient les cinq facteurs les plus courants (c.-à-d. abus de substances, 3 renvois ou plus à une Société, négligence ou supervision inadéquate, violence familiale et problème de santé mentale). Un cas examiné en 2017 (8 %) présentait les cinq facteurs les plus courants (c.-à-d. abus de substances, négligence ou supervision inadéquate, abus physique, abus sexuel et problème de santé mentale).
- 9 % (3) des cas examinés en 2016 présentaient les 10 facteurs le plus souvent observés et un cas (3 %) présentait 8 des facteurs les plus souvent cités.

En 2017, un cas (8 %) présentait 7 des facteurs les plus souvent observés.

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

Le CEDE (SAE) formule des recommandations à l'intention des Sociétés à la lumière de son examen des documents liés aux cas. Les recommandations visent la prévention d'autres décès 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 et des jeunes.

En 2016, le CEDE (SAE) a examiné 32 cas et formulé 34 recommandations, qui viennent s'ajouter aux changements recommandés par les Sociétés lors de leur examen interne. Treize des 32 cas examinés n'ont donné lieu à aucune recommandation.

En 2016, les recommandations s'adressaient à 10 Sociétés, au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC), anciennement appelé le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), un Réseau local d'intégration des services de santé (RLIS), un Service de police et à un coroner régional principal du Bureau du coroner en chef. Des recommandations conjointes ont aussi été formulées à l'intention du ministère du Procureur général (MPG), du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et du MSESSC.

En 2017, le CEDE (SAE) a examiné moins de cas (13) en partie en raison du travail de préparation effectué pour un comité d'experts qui a examiné le décès de 12 jeunes gens recevant des soins à domicile, et des efforts déployés en vue de l'établissement de l'équipe d'examen et d'analyse des décès d'enfants et de jeunes. Des 13 cas examinés, 11 ont fait l'objet de recommandations.

Recommandations émises à l'intention du MSESSC en 2016 et réponses du MSESSC

La section ci-dessous expose les catégories de recommandations les plus souvent émises par le CEDE (SAE) à l'intention des Sociétés en 2016. Le MSESSC, qui est responsable de la supervision des Sociétés et des organismes autochtones pour le bien-être des enfants, a répondu à chaque catégorie de recommandations par année.

Thèmes et recommandations du CEDE (SAE) de 2016 à l'intention du MSESSC

- 1. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires devrait réfléchir au meilleur moyen d'aider les parents à naviguer dans les services de soutien et de coordonner l'accès aux services pour les jeunes à risque élevé.**

Des structures de planification de cas et des coordonnateurs de cas désignés sont les outils actuellement utilisés pour faciliter la coordination de l'accès aux services. L'accent est souvent mis davantage sur les problèmes en cours que sur la planification et la collaboration entre les fournisseurs de services.

Réponse du MESSC

Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MESSC), anciennement appelé le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), s'efforce d'offrir un système de services coordonné à l'intention des parents et des enfants à risque élevé (p. ex. jeunes recevant des services d'une Société, ayant des problèmes de santé mentale ou des problèmes avec la justice), afin de leur faciliter la navigation dans le système.

Dans le cadre de la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, l'Ontario a transformé le système communautaire de santé mentale pour la jeunesse par la création en 2012 du plan d'action Pour l'avancement de la santé mentale (PASM). Ainsi, l'Ontario a mis sur pied des organismes responsables dans 31 des 33 secteurs d'activité de la province qui auront la responsabilité d'offrir un ensemble de services de santé mentale destinés aux jeunes dans les régions qu'ils représentent. Cela vise à changer l'expérience des enfants et des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de leurs familles ou tuteurs, de façon que peu importe où ils se trouvent en Ontario, ils sauront :

- quels services de santé mentale sont offerts dans leur collectivité;
- comment avoir accès à des services de santé mentale et à un soutien qui répondent à leurs besoins.

Depuis l'entrée en vigueur du PASM, le ministère et le secteur de la santé mentale pour la jeunesse ont travaillé de concert pour mettre en place les fondements nécessaires pour soutenir un système efficace d'intervention qui satisfasse aux besoins des enfants et des jeunes. La création de voies d'accès aux soins constitue l'un des cinq piliers du PASM. Grâce à un travail de planification local, les organismes responsables s'efforcent de trouver et d'installer des voies d'accès claires dans les secteurs de la santé, de l'éducation et des services à la jeunesse.

Pour renforcer davantage la collaboration entre les services, le ministère collabore également avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le ministère de l'Éducation (EDU) pour cerner les possibilités de puiser dans les ressources existantes à l'échelle locale et de faciliter les relations et la planification des services destinés aux jeunes atteints de troubles de santé mentale. Le ministère s'engage à renforcer la collaboration interministérielle et à poursuivre ses efforts en vue de l'amélioration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances chez les enfants dans tous les secteurs.

Outre le PASM, le ministère, en collaboration avec l'ÉDU et le MSSLD, a instauré la Stratégie ontarienne pour les services en matière de besoins particuliers en février 2014 afin de favoriser l'accès des enfants ayant des besoins particuliers aux services appropriés le plus tôt possible et d'améliorer l'expérience des familles dans trois grands domaines :

1. Dépistage et intervention précoce

Des fournisseurs ayant reçu une formation appropriée disposeront d'un nouvel outil de dépistage pour les enfants d'âge préscolaire. Ils pourront ainsi repérer le plus tôt possible les risques potentiels pour le développement de l'enfant.

2. Planification coordonnée des services

Des coordonnateurs de la planification des services aux enfants et aux jeunes ayant des besoins particuliers multiples et (ou) complexes orienteront les familles vers les services et le soutien appropriés et établiront un plan de service unique intersectoriel.

3. Assouplissement de la prestation de services et de mesures de soutien

La planification coordonnée de services vise à améliorer l'expérience et les résultats pour les enfants et les jeunes ayant des besoins particuliers multiples ou complexes et leurs familles, grâce à l'appui d'un coordonnateur de services qui les mettra le plus tôt possible en contact avec les nombreux services intersectoriels dont ils ont besoin et surveillera l'évolution de leurs besoins ainsi que leurs progrès au moyen d'un plan coordonné de services.

2. Le ministère rencontre la Société, avec la participation du chef et du conseiller concernés, afin de favoriser une réflexion sur les cas examinés.

La famille a exprimé des préoccupations constantes dans un cas en particulier où la sécurité des enfants était en jeu. C'est l'occasion de passer en revue les normes de service et leur prestation afin d'assurer la sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes pris en charge par la Société.

Réponse du MESSC

Le ministère et la Société ont entrepris des discussions en ce qui a trait à l'établissement d'une relation avec la collectivité et d'une collaboration avec celle-ci dans la planification des cas pour les enfants et les jeunes des Premières Nations qui bénéficient de services d'aide à l'enfance.

Une rencontre avec la haute direction de la Société a eu lieu le 19 juin 2018 afin de discuter des prochaines étapes visant la recommandation du CEDE.

Une réunion avec la collectivité sera organisée par la Société. Il y sera question du processus de consultation et de collaboration, avec un accent sur les améliorations qui permettraient l'atteinte de meilleurs résultats pour les enfants et les jeunes.

À l'intention du ministre du Procureur général (MPG), du ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) et du ministre des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MESSC) :

1. Les ministères de la Santé et des Soins de longue durée, du Procureur général et des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires travaillent de concert pour :

- a. Clarifier la loi en matière de définition des rôles, des responsabilités et des procédures destinés aux professionnels en ce qui a trait à la compétence et au consentement au traitement des enfants.**

Différents cadres législatifs s'appliquent au traitement médical des enfants, incluant la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*⁸. Il semble y avoir un manque de clarté en ce qui a trait aux circonstances dans lesquelles chacune des lois s'applique, ainsi qu'à la définition des rôles, des responsabilités et des procédures destinés aux différents professionnels. Cela peut poser des problèmes au plan des décisions relatives à la prise en charge d'un cas et accroît la vulnérabilité des enfants et des jeunes qui font l'objet du traitement.

b. Envisager la mise en place de procédures et de méthodes normalisées à l'intention des professionnels de la santé qui interagissent avec les professionnels des services à l'enfance en ce qui a trait à la compétence et au consentement en matière de traitement des enfants en vue d'harmoniser les centres de soins en Ontario.

Les ministères pourraient faire appel à la collaboration des chefs des départements de pédiatrie, à l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, à l'*Association of Native Child and Family Services Agencies of Ontario*, aux Aînés autochtones ou au bureau de l'Intervenant en faveur des enfants de l'Ontario pour élaborer des pratiques exemplaires que les professionnels de la santé et les sociétés d'aide à l'enfance pourraient suivre dans des circonstances similaires. Cela pourrait comprendre des lignes de conduite en ce qui a trait à l'importance de la documentation relative à la prise de décisions en matière de consentement et de compétence des enfants et des familles.

Des exemples de cas permettant de comprendre les processus applicables en diverses circonstances pourraient se révéler utiles pour les fournisseurs de soins de santé et de services à l'enfance en Ontario.

c. Travailler avec les intervenants autochtones, en collaboration avec le ministère des Affaires autochtones, pour définir les pratiques exemplaires pour les professionnels en matière de compétence et de consentement des enfants autochtones.

Des lignes directrices sur les pratiques exemplaires portant sur des éléments pertinents pour les enfants et les familles autochtones favoriseraient et faciliteraient la prise de décisions dans les circonstances où les enfants autochtones ou leurs parents choisissent d'intégrer des pratiques traditionnelles aux traitements prescrits par un médecin ou encore, décident de mettre fin aux traitements recommandés, et que l'avis médical indique que cela pourrait engendrer de graves conséquences pour l'enfant.

⁸ Au moment où la réponse a été communiquée au BCC, la nouvelle *Loi sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille* de 2018 n'était pas encore entrée en vigueur. Dans la suite du rapport, la loi sera mentionnée sous son ancienne appellation soit *Loi de 1990 sur les services à l'enfance et à la famille* (LSEF).

Réponse du MSSLD et du MESSC

1a. Le MSSLD et le MESSC n'ont pour l'instant pas l'intention de proposer des modifications à la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* ou à la *Loi de 1990 sur les services à l'enfance et à la famille* (LSEF). Ils ont conclu que des modifications apportées à la Loi sur le consentement aux soins de santé risquaient d'avoir des conséquences imprévues et des répercussions politiques plus larges.

En examinant le rapport du CEDE, les ministères ont déterminé que les problèmes relevés dans le rapport portaient à croire que l'éducation et la sensibilisation favoriseraient une meilleure compréhension des lois actuelles dans les secteurs des services de santé et d'aide à l'enfance. Le MSSLD a entrepris des mesures à cet égard en demandant aux ordres de réglementation des professions de la santé de faire part à leurs membres des exigences de la LSEF à l'effet que toute menace possible à la sécurité d'un enfant doit être rapidement signalée à une société d'aide à l'enfance.

1b. Le MESSC et le MSSLD publieront un communiqué conjoint à l'intention de tous les PDG d'hôpital et de la haute direction des sociétés d'aide à l'enfance pour leur demander que les hôpitaux examinent les politiques et procédures actuelles concernant la compétence et le consentement ainsi que les lois sur le devoir de faire rapport en vigueur en Ontario, et collaborent avec la société d'aide à l'enfance de leur région pour apporter les modifications qui s'imposent. Le communiqué soulignera les pratiques exemplaires et fournira des conseils sur le contenu de politiques efficaces, comme les exigences de la LCSS et le rôle de l'enfant dans les décisions relatives à la santé, incluant des décisions thérapeutiques complexes. De plus, ce communiqué énumérera les ressources disponibles en matière de compétence et de consentement.

1c. La collaboration avec les partenaires du système et les intervenants autochtones a permis d'établir que le manque de connaissances et de pratiques exemplaires en matière de compétences culturelles de la part des fournisseurs de soins de santé était un facteur déterminant dans les soins et la prise de décisions. Le MSSLD, de concert avec le MRAR, continue de travailler avec les intervenants autochtones pour définir et intégrer des pratiques exemplaires pour les professionnels de la santé en ce qui a trait à la compétence et au consentement dans le traitement des jeunes patients autochtones qui enrichiront, soutiendront et renforceront les réponses aux recommandations 1a et 1b. Par exemple, le ministère a investi dans la formation sur les compétences culturelles autochtones destinée aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de services de santé. Cette formation est conçue de façon à accroître les connaissances, sensibiliser les participants et miser sur les compétences existantes pour que le système de santé soit culturellement adapté pour répondre aux besoins des collectivités et des peuples autochtones de l'Ontario.

Dans le communiqué rédigé conjointement avec le MESSC à l'intention de tous les PDG d'hôpital et de la haute direction des sociétés d'aide à l'enfance (réponse à la recommandation 1b), le MSSLD demandera que les hôpitaux revoient l'éducation, les politiques et les procédures en matière de services culturellement appropriés et sécuritaires pour les patients autochtones qui reçoivent des soins thérapeutiques. Le ministère poursuivra également ses initiatives visant la formation sur les compétences culturelles, l'établissement de relations et l'harmonisation des pratiques médicales occidentales et traditionnelles autochtones.

État de la mise en œuvre des recommandations émises en 2015 et 2016 par le CEDE (SAE)

Le MESSC surveille l'état de la mise en œuvre des recommandations émises par le CEDE (SAE) et les mesures adoptées par les Sociétés pour y répondre. Le MESSC signale que les Sociétés ont répondu ou était en voie de répondre à 88 % des recommandations émises en 2015 par le CEDE (SAE). Les Sociétés n'ont pu évaluer 8 % des recommandations et le contenu ou l'intention des autres recommandations étaient déjà en place. En 2016, le MESSC a rapporté que dans la totalité des recommandations émises par le CEDE (SAE) aux Sociétés, le contenu ou l'intention étaient déjà en place.

Recommandations émises en 2016 par le CEDE (SAE) à l'intention d'autres organismes

Le CEDE (SAE) a également formulé des recommandations à l'intention d'autres organismes, dont un Réseau local d'intégration des services de santé et un Service de police. Les thèmes sur lesquels portaient ces recommandations incluent l'utilisation d'un cas du CEDE comme outil d'apprentissage dans le but d'améliorer la prestation de services ainsi que la révision des processus en vigueur pour s'assurer de leur conformité aux protocoles. Le comité a aussi fait état d'une occasion pour le coroner régional principal de travailler avec le chef du département de pédiatrie et le service d'urgence afin d'offrir des formations dans le but d'orienter la prestation future de services.

Composition des comités

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

D^r Dirk Huyer, président

Coroner en chef de l'Ontario

M^{me} Kathy Kerr

(actuellement)

Coordonnatrice (cas médicaux)

Directrice de la gestion des comités

Bureau du coroner en chef

M^{me} Jessica Diamond

Coordonnatrice (SAE)

Directrice, Bien-être de l'enfance, Bureau du coroner en chef

D^r Desmond Bohn

Directeur médical provincial, CritiCall Ontario

M. Brad Bain

M^{me} Zel Fellegi

M^{me} Donna Zan

M^{me} Corrie Tuyl

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

M^{me} Theresa Stevens

Directrice, Services à la famille Anishinaabe Abinoojii

Association of Native Child and Family Service Agencies of Ontario

D^r Ram Singh

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

Détective Avi Fagu

Détective Jakub Ostaszewski

Enquêteurs de la police pour les coroners

D^r David Chiasson

Pathologiste, The Hospital for Sick Children, Toronto

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 Susan Gomes

Escouade des homicides, Service de police de Toronto

D^r Ian Wilson

Pédiatre, Kitchener

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 Lynne Buehler

Service des Enquêtes

Service de police de Peterborough Lakefield

M^{me} Yasmin Nowsherwanji

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

M^{me} Kathy Kerr

Directrice de la gestion des comités

Bureau du coroner en chef

M^{me} Jessica Diamond

Directrice, Bien-être de l'enfance, Bureau du coroner en chef

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)

Sergent-détective J. J. Allan

Unité des homicides, Service de police régional de Durham

Sergent-déetective 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-déetective Paul McCrickard

Police provinciale de l'Ontario
Bureau des enquêtes criminelles

D^r Jayantha Herath

Médecin légiste
Unité provinciale de médecine légale, Toronto

Déetective Marc-André Guy

Service de police d'Ottawa

M^{me} Yasmin Nowsherwanji

Coordonnatrice administrative
Bureau du coronier en chef

Sergent d'état-major Todd LaMarre

Service de police de Windsor

Gendarme-déetective 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

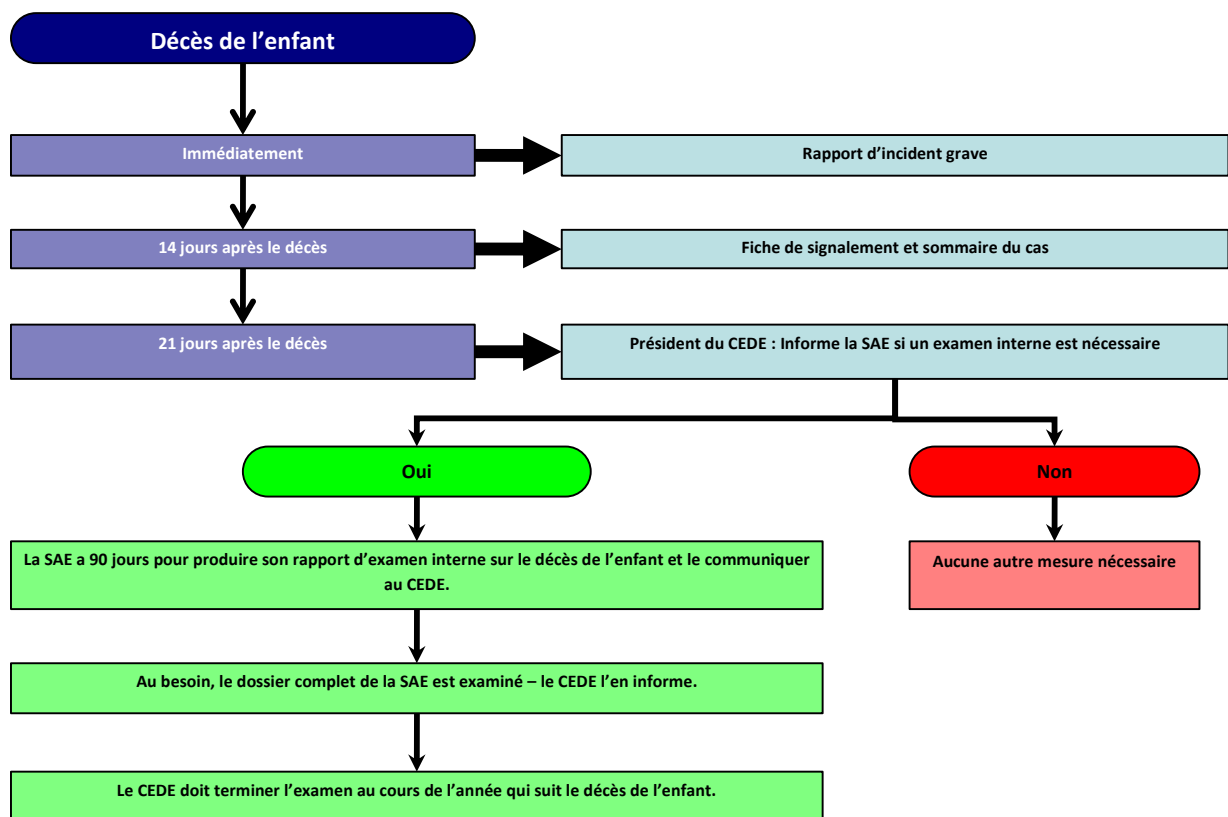
Procureure de la Couronne

Ministère du Procureur général, Toronto

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

La figure 29 illustre le processus et les délais définis dans la directive conjointe de 2006 du Bureau du coroner en chef (BCC) et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse visant la déclaration et l'examen des décès d'enfants en Ontario.

Figure 29 : Organigramme pour la directive conjointe – BCC et sociétés d'aide à l'enfance (SAE) de l'Ontario



Examens internes des décès d'enfants par la SAE

Quand demande-t-on un examen interne?

Le président du CEDE examine la fiche de signalement et le sommaire du cas de la Société ainsi que le rapport d'enquête du coroner, puis décide s'il demande à la Société 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 Société 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 Société.

Pourquoi demande-t-on un examen interne des décès d'enfants?

Le président du CEDE demande aux Sociétés 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 Société 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 Sociétés.

Qui effectue l'examen interne?

Lorsque le président du CEDE demande qu'une Société entreprenne un examen interne d'un décès d'enfant, la Société 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 Société 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 Société. Citons à titre d'exemple les cas où la famille de l'enfant ne recevait pas les services de la Société 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 Société 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 Société 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 Société 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 Société : 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. Le rapport est ensuite envoyé à la Société 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 Sociétés aux recommandations de l'examen interne et de l'examen du CEDE (SAE)

Les Sociétés 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 MSESSC, dans lesquels elles présentent leur réponse à ces recommandations. Tous les trimestres, les bureaux régionaux doivent faire un suivi auprès de chaque Société 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 Comité d'examen des décès d'enfants (Sociétés d'aide à l'enfance)

Abus de substances : La Société 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 Société a déterminé qu'au moins un des tuteurs souffre de troubles de la santé mentale.

Violence familiale : La Société a déterminé qu'au moins un des tuteurs a déjà été impliqué dans un cas de violence conjugale.

Activités criminelles : Les renseignements de la Société ou du CEDE démontrent qu'au moins un des tuteurs a déjà participé à des activités criminelles.

Violence physique : La Société 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 Société 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 Société 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 Société 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 Société : Au moins trois dossiers différents concernant les tuteurs ont été ouverts dans une Société.

Trois renvois ou plus à une Société : La Société 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 Société 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 Société pendant l'enfance : Au moins un des tuteurs a reçu des services d'une Société 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 :

D^r Dirk Huyer

Président

Coroner en chef de l'Ontario

Téléphone : 647 329-1814

M^{me} Peggy McPhail

Directrice, Bien-être de l'enfance

Coordonnatrice des examens de décès d'enfants (SAE)

Téléphone : 647 329-1835

M^{me} 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.