

Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans Rapport annuel 2019

Table des maière

Message du président.....	3
Le Bureau du coroner en chef et le contexte des décès d'enfants en Ontario	5
Décès d'enfants et de jeunes en Ontario et au Canada : évolution des tendances	6
Décès d'enfants et de jeunes en Ontario : répartition par groupes d'âge	7
Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans	10
Cas examinés par le CEDE5A en 2018.....	12
Détermination de la cause et du mode de décès.....	15
Classification des décès de nourrissons du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de 5 ans.....	19
Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux).....	26
Analyse des cas examinés en 2018 par le CEDE (cas médicaux).....	28
Recommandations	28
CEDE (cas médicaux) : exemple de cas	31
Comité d'examen des décès d'enfants (sociétés d'aide à l'enfance).....	36
Utilisation des données par le CEDE (SAE).....	37
Approche d'analyse statistique du CEDE (SAE)	38
Aperçu : examen fondé sur des données	38
Comparaison entre les décès d'enfants avec intervention d'une Société et les autres décès d'enfants survenus en Ontario en 2018	39
Analyse du CEDE (SAE) : Comprendre la place des morts naturelles où il y a eu intervention d'une Société et des décès faisant encore l'objet d'une enquête	39
Comparaison entre les décès examinés par un coroner où il y a eu intervention d'une Société et les autres décès examinés par un coroner – Âge et sexe.....	41
Mode de décès – Comparaison entre les cas avec intervention d'une Société examinés par un coroner et les autres cas examinés par un coroner.....	44
Que savons-nous des décès de mode indéterminé?.....	45
Décès avec intervention d'une Société en 2018 – Situation des enfants et des adolescents.....	47
Décès d'enfants et de jeunes d'origine autochtone recevant des services d'une Société qui ont été examinés par le Bureau du coroner en chef en 2018	50
Examens menés par le Comité d'examen des décès d'enfants (SAE) où il y a eu intervention d'une Société en 2018	54
Cas examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants (SAE) en 2018 – Analyse des facteurs mis en évidence lors des examens	59

Recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants (SAE).....	60
Composition des comités.....	62
Annexe A : Directive conjointe visant l'examen et la déclaration des décès d'enfants.....	68
Annexe B - Définitions des thèmes des examens de cas du Comité d'examen des décès d'enfants (société d'aide à l'enfance)	71
Coordonnées	73



De nombreux progrès ont été réalisés au cours des deux dernières années en matière d'enquête et d'examen des décès d'enfants. En qualité de nouveau président du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, j'ai le privilège de poursuivre le travail amorcé par le D^r Dirk Huyer, coroner en chef pour l'Ontario et ancien président des deux comités susnommés. Les enquêtes et les examens de décès d'enfants demeurent parmi les défis les plus importants et difficiles de notre mandat. Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) et le Comité des décès d'enfants de moins de cinq ans (CEDE5A) ont été mis sur pied pour nous permettre de tirer des enseignements des décès d'enfants afin de mieux prévenir la mortalité infantile. Chaque occasion d'apprendre constitue une possibilité 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 l'ancien 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 dans le but de maximiser la possibilité d'influencer l'analyse, l'élaboration de politiques, la recherche et les stratégies de prévention en santé publique en Ontario.

L'Équipe d'examen et d'analyse des décès d'enfants et d'adolescents (EXADEA) est opérationnelle depuis le mois de décembre 2017. Elle a obtenu un financement pilote dans le cadre d'une entente tripartite entre le Bureau du coroner en chef, l'ancien 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 tient 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 et son but sera donc de comprendre l'incidence de ces systèmes sur la vie des enfants jusqu'à leur décès. De plus, ce modèle misera sur le concours de plusieurs organismes à divers paliers pour orienter aussi soigneusement que possible chacune des étapes des processus d'enquête et d'examen des décès. Une participation et une contribution plus larges nous offriront des occasions 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. Cela est essentiel pour déterminer les domaines sur lesquels porteront les prochaines analyses et stratégies de prévention ainsi que ceux où la recherche pourrait se révéler utile.

Nous avons maintenant achevé l'élaboration de ce nouveau modèle. Nous procédons actuellement à sa mise à l'essai et nous espérons avoir terminé la preuve de concept d'ici le début de l'année 2021.

Durant cette mise à l'essai du nouveau modèle, le CEDE et le CEDE5A ont poursuivi leur précieux travail. Leur analyse rigoureuse continue de donner lieu à d'importantes recommandations qui sont susceptibles d'améliorer de façon significative la sécurité communautaire et sont essentielles pour communiquer des stratégies de prévention aux organisations. 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.

Je suis impatient de continuer de travailler avec tous les partenaires à l'atteinte de notre but commun qui consiste à améliorer la santé, la sécurité et le bien-être des enfants et des jeunes de l'Ontario.

D^r Joel Kirsh, MD, MHCM, FRCP(C)

Coroner régional principal, Région du Centre-Est

Président, Comité d'examen des décès d'enfants et Comité d'examen des décès d'enfants de moins de 5 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 du Solliciteur général (SolGen).

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

En Ontario, les coroners sont des médecins ayant suivi une formation sur les principes d'enquête sur les décès. Chaque année, ils enquêtent sur environ 17 000 décès aux termes des dispositions de l'article 10 de la *Loi sur les coroners*. Ils examinent 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 avant le 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 encore d'une complication connue du diagnostic ou du traitement de la maladie.

Mort accidentelle : mort causée par une circonstance, un incident ou un événement non anticipé(e) ou prévu(e).

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

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 ou plusieurs modes de décès.

Le BCC enquête sur 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), cette proportion s'élève à environ 35 % des décès 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 chargés d'examiner les décès qui relèvent du coroner en chef de l'Ontario. À des fins administratives, le CEDE est séparé en deux volets selon la nature et les circonstances du décès : le CEDE (services d'aide à l'enfance) examine les décès d'enfants avec intervention des services d'aide à l'enfance (SAE) ou 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 ayant fait l'objet d'une enquête médico-légale 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 effectués de façon discrétionnaire et transmises au CEDE (cas médicaux) par le coroner régional principal concerné.

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

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 du point de vue de l'enquête. Il est important de situer les résultats publiés dans le présent rapport annuel dans le contexte global des décès d'enfants au Canada.

Bien que le BCC définisse le groupe d'âge « enfants » comme les enfants de la naissance vivante jusqu'au 19^e anniversaire, 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 graphiques 1 à 4, les données du BCC comprennent aussi les enquêtes sur les décès d'adolescents jusqu'à leur vingtième anniversaire. Au cours des cinq années précédentes, le BCC a examiné chaque année en moyenne 60 décès de jeunes âgés de 19 ans.

Le graphique 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 2018, le nombre total de décès est demeuré relativement stable d'année en année.

Graphique 1 : Comparaison du nombre de décès d'enfants et de jeunes au Canada et en Ontario avec les cas de décès d'enfants de 0 à 19 ans examinés par le coroner en Ontario (2005 à 2018)

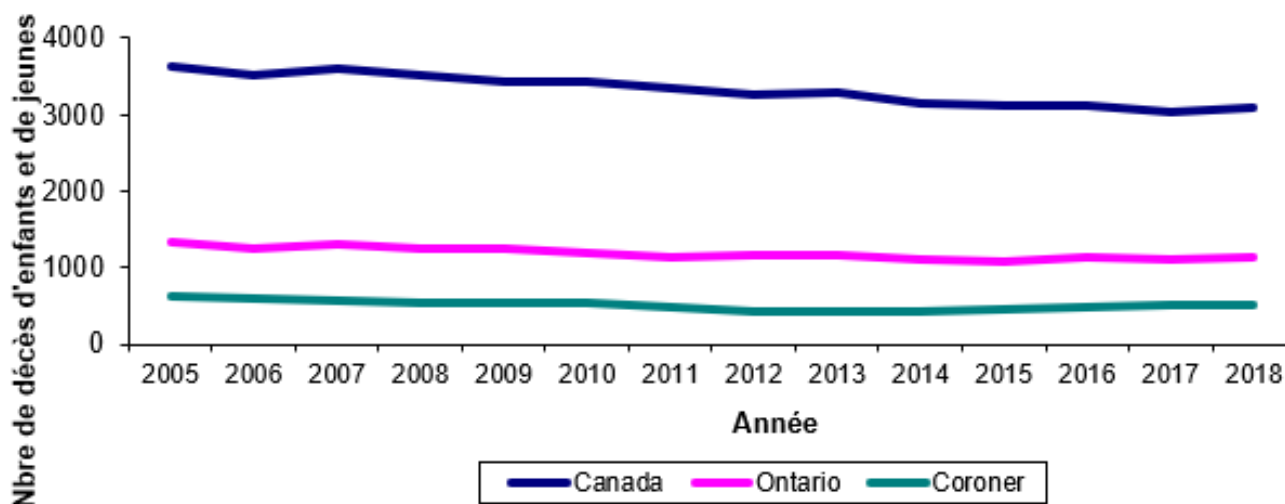


Tableau 2 : Population pédiatrique c. décès d'enfants en Ontario comparativement aux totaux canadiens (0 à 19 ans)

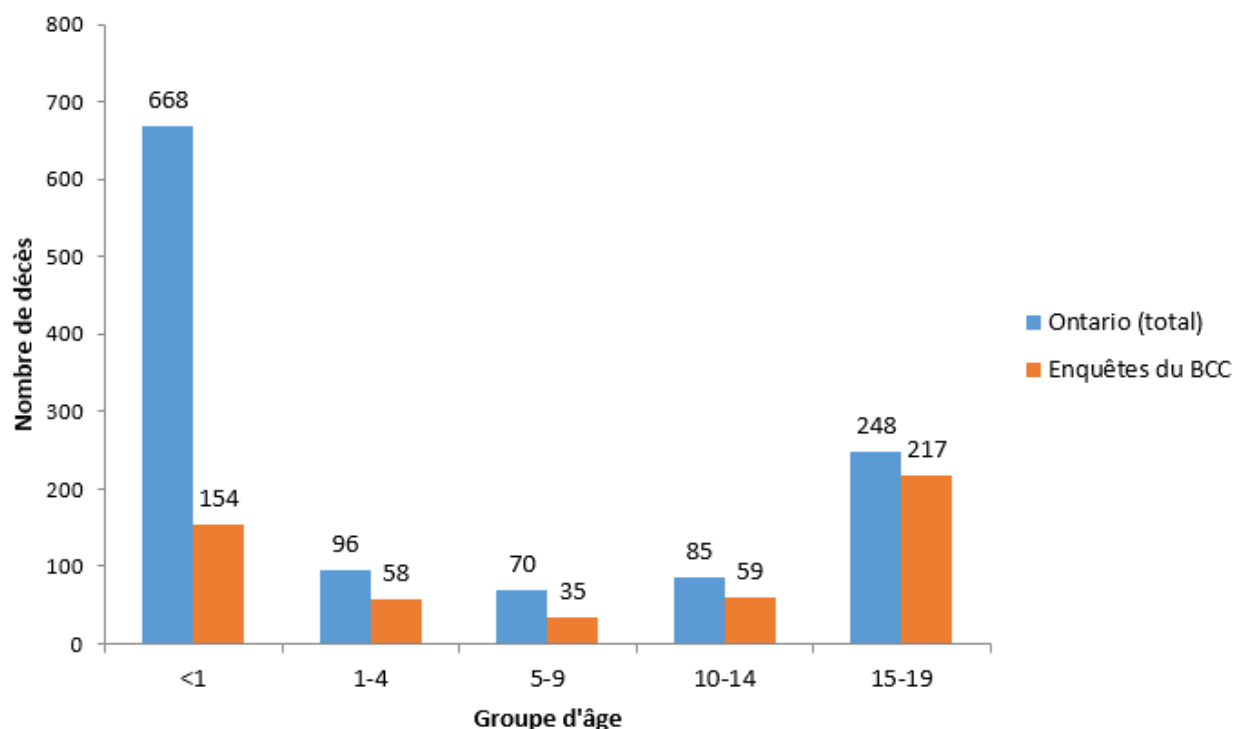
Le tableau 2 fournit les nombres réels de décès d'enfants et de jeunes par année et indique le pourcentage de décès d'enfants en Ontario exprimé en proportion du total national. Entre 2005 et 2018, les totaux d'année en année sont demeurés passablement constants.

Année	Population pédiatrique – Canada (Total)	Population pédiatrique – Ontario (Total)	% de la population pédiatrique de l'Ontario par rapport au Canada	Décès d'enfants au Canada (Total)	Décès d'enfants en Ontario (Total)	% de décès d'enfants en Ontario par rapport au Canada
2005	7 874 686	3 129 130	40 %	3640	1335	37 %
2006	7 865 435	3 127 664	40 %	3513	1249	36 %
2007	7 859 930	3 116 390	40 %	3591	1297	36 %
2008	7 869 257	3 112 369	40 %	3517	1237	35 %
2009	7 867 349	3 101 042	39 %	3423	1247	36 %
2010	7 850 628	3 087 884	39 %	3424	1201	35 %
2011	7 833 278	3 074 838	39 %	3245	1122	35 %
2012	7 828 135	3 062 498	39 %	3247	1166	36 %
2013	7 848 394	3 069 969	39 %	3295	1157	35 %
2014	7 843 048	3 051 984	39 %	3135	1092	35 %
2015	7 886 794	3 062 245	39 %	3112	1086	35 %
2016	7 949 667	3 079 434	39 %	3120	1134	36 %
2017	8 002 039	3 096 032	39 %	3043	1110	36 %
2018	8 072 495	3 122 693	39 %	3092	1138	37 %
Moyenn	7 889 367	3 092 441		3314	1184	

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

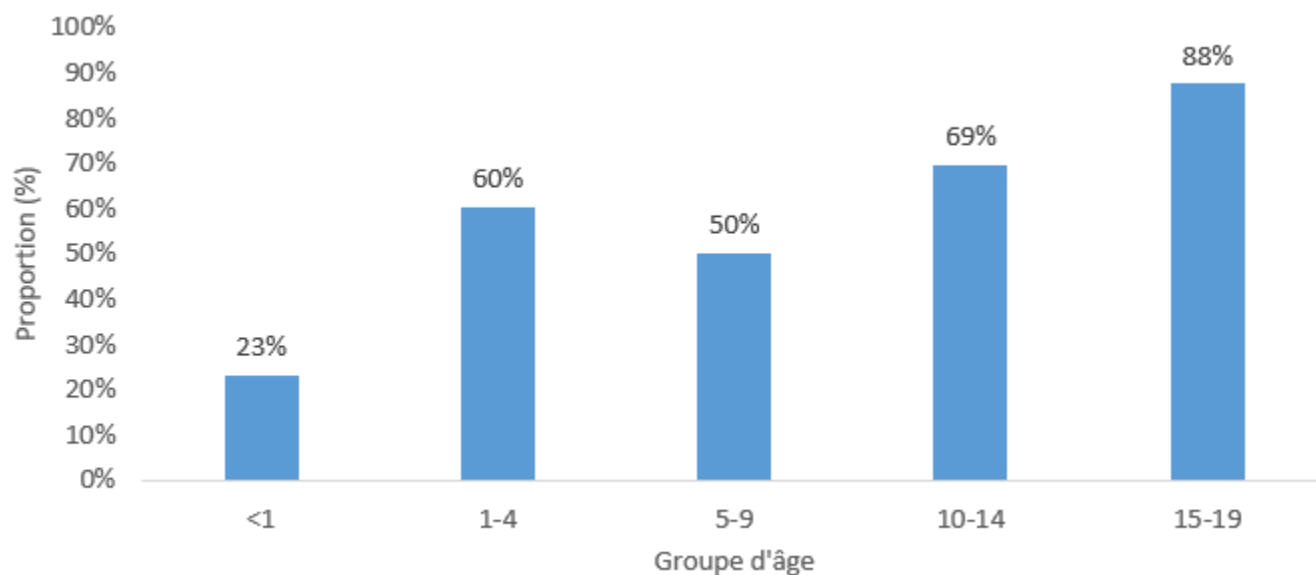
Le graphique 3 illustre le nombre d'enquêtes sur des décès effectuées par le CEDE comparativement au nombre total de décès en Ontario en 2018, répartis par groupes d'âge. Proportionnellement, les nourrissons représentent le plus vaste sous-groupe de décès, suivis des adolescents.

Graphique 3 : Répartition des décès d'enfants par groupes d'âge (2018)



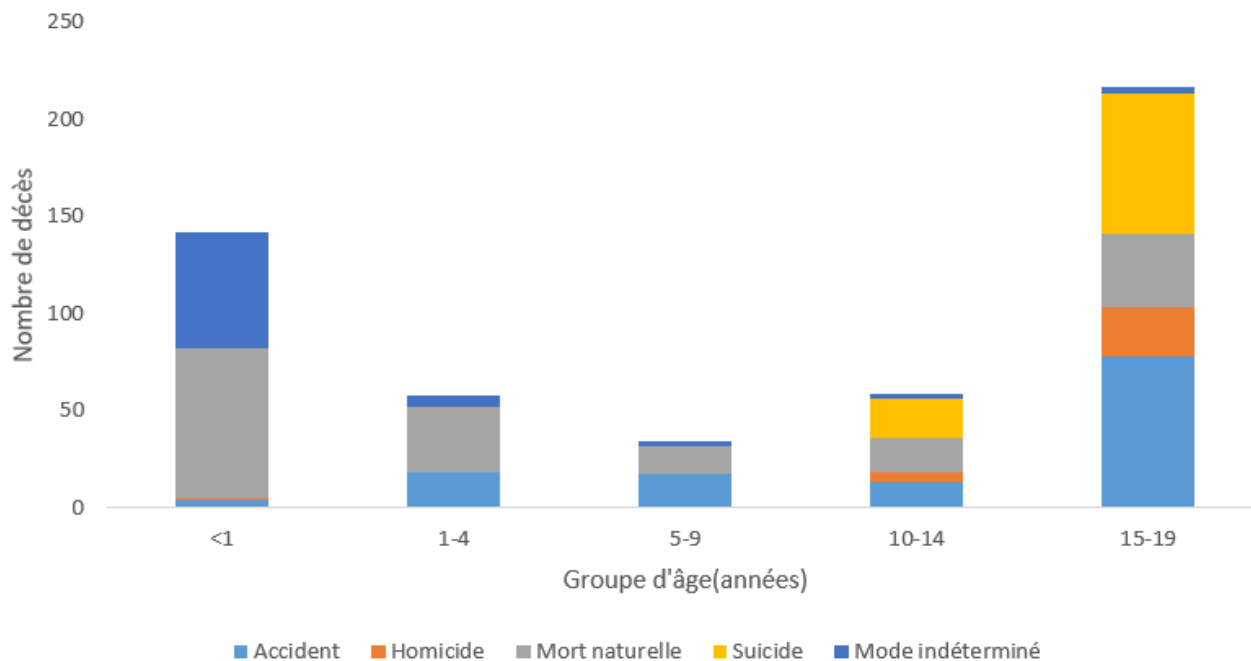
Le graphique 4 montre qu'en 2018, le BCC a mené des enquêtes dans approximativement 23 % des décès de nourrissons (< 1 an), 60 % des décès d'enfants de 1 à 4 ans, 50 % des décès d'enfants de 5 à 9 ans, 69 % des décès d'enfants de 10 à 14 ans et 88 % des décès d'adolescents de 15 à 19 ans.

Graphique 4 : Proportion des décès d'enfants en Ontario ayant fait l'objet d'une enquête du BCC, par groupes d'âge (2018)



Le graphique 5 indique les modes de décès d'enfants ayant fait l'objet d'une enquête par un coroner en 2018, par groupes d'âge. Le graphique révèle que la répartition des modes de décès établis par un coroner en 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.

Graphique 5 : Modes de décès dans les enquêtes du BCC – Répartition par groupes d'âge (2018)



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) est un comité multidisciplinaire composé de médecins légistes, de coroners, de détectives, d'experts sur la maltraitance des enfants et la protection de l'enfance, de procureurs de la Couronne, d'un spécialiste de l'innocuité 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.

En novembre 2018, le CEDE5A a été dissous et il a été convenu qu'une évaluation rigoureuse de la qualité des enquêtes du coroner sur les décès d'enfants de moins de cinq ans pouvait être menée par d'autres mécanismes, notamment des examens d'autopsies par les pairs et la création d'un Comité d'interprétation des blessures chez les enfants (CIBE).

Depuis le mois de novembre 2018, les cas complexes impliquant les décès d'enfants de moins de cinq ans dont la cause et le mode de décès sont indéterminés peuvent être dirigés vers le Comité d'examen des décès d'enfants (cas médicaux) aux fins d'examens approfondis.

Portée et mandat

Le CEDE5A examinait tous les décès d'enfants de moins de cinq ans qui avaient fait l'objet d'une enquête par un coroner, y compris les décès néonataux potentiellement liés au comportement parental (p. ex. environnement et conditions de sommeil non sécuritaires, toxicomanie de la mère, négligence, violence familiale, etc.) et 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'examinait pas les décès néonataux survenus avant le congé de l'hôpital lorsqu'aucune source d'inquiétude majeure n'avait été notée.

Le mandat du CEDE5A consistait à déterminer la cause et le mode de décès pour tous les cas satisfaisant à ces critères. L'examen pouvait 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 étaient soumis au CEDE5A par le coroner régional principal compétent. Les examens de cas ne portaient pas que sur les décès survenus durant les années civiles sur lesquelles porte le présent rapport annuel. En raison de leur complexité, il arrivait que les enquêtes sur les décès d'enfants se prolongent, ce qui retardait l'examen de cas par le CEDE5A.

L'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans se faisait selon un processus de « triage » en deux étapes, soit l'examen par l'équipe de direction et l'examen par l'ensemble du CEDE5A (comité plénier).

Équipe de direction

L'équipe de direction passait en revue les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans suivants :

- Morts naturelles découlant d'une maladie déterminée, ne soulevant aucune question (décès « entièrement naturels »; aucune préoccupation de la part des services de police ou d'aide à l'enfance);
- Morts accidentelles bien décrites, ne soulevant aucune question (p. ex. accidents d'automobile, noyade);
- Homicides ou morts suspectes dont l'enquête de police ou les procédures judiciaires étaient en cours au moment de l'examen.

Les cas étaient reçus par l'équipe de direction, qui en assurait le suivi et le triage. L'équipe comprenait le président du CEDE5A, la directrice générale ainsi que d'autres personnes, au besoin.

Comité plénier du CEDE5A

Le comité plénier du CEDE5A examinait les décès d'enfants de moins de cinq ans y compris les suivants :

- Tous les décès dont la cause demeurait indéterminée après une enquête complète;
- Décès auxquels un environnement ou des conditions de sommeil non sécuritaires pouvaient avoir contribué;
- Possibles cas de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN);
- Morts naturelles accompagnées de signes médicaux complexes pour lesquelles avaient été identifiées de potentielles questions d'ordre pathologique ou liées à l'enquête susceptibles d'influencer la détermination de la cause ou du mode de décès;
- Morts accidentelles dans des circonstances inhabituelles;
- Décès découlant d'un traumatisme crânien, mais ne constituant pas une mort accidentelle bien documentée (p. ex., accident d'automobile);
- Homicides (après la fin de l'enquête et des procédures judiciaires)
(La plupart des homicides étaient examinés par l'équipe de direction et présentés au comité avant la fin du processus judiciaire en attendant le règlement du cas dans le système de justice pénale).

Les cas dirigés au CEDE5A faisaient l'objet d'un examen exhaustif et détaillé des documents d'enquête, notamment :

- Résultats d'autopsie et d'analyses toxicologiques et autres éléments d'enquête;
- Photos (de la scène du décès et de l'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, etc.).

Le tableau 6 montre qu'au cours des neuf dernières années, l'ensemble du CEDE5A a examiné entre 55 et 108 cas. Dans la majorité des cas, le mode de décès était « indéterminé ».

Tableau 6 : Examens réalisés de 2010 à 2018 par l'ensemble du CEDE5A, selon le mode de décès

Année	Naturel	Accidentel	Homicide	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
2018	8	1	0	51	60

Cas examinés par le CEDE5A en 2018

Résumé des cas examinés par l'ensemble du CEDE5A en 2018 :

- En 2018, l'ensemble du CEDE5A a examiné 60 cas.
- Parmi les cas examinés, 53 % (32) portaient sur des enfants de sexe masculin et 47 % (28), des enfants de sexe féminin.
- Parmi les cas examinés, le mode de décès était indéterminé dans 85 % des cas (51), naturel dans 13 % des cas (8) et accidentel dans 2 % des cas (1).
- Parmi les cas examinés, 78 % (47) portaient sur des enfants de moins d'un an.
- Parmi les cas examinés, 22 % (13) portaient sur des enfants d'un à cinq ans.

Résumé des cas examinés par l'équipe de direction en 2018 :

- En 2018, l'équipe de direction a examiné 60 cas.
- De ce nombre, 50 % (30) portaient sur des enfants de sexe masculin et 50 % (30) des enfants de sexe féminin.
- Parmi les cas examinés, 50 % (30) portaient sur des enfants de moins d'un an.
- Parmi les cas d'enfants de moins d'un an examinés par l'équipe de direction, le mode de décès était naturel dans 73 % (22) des cas, un homicide dans 3 % (1) des cas, indéterminé dans 17 % (5) des cas et accidentel dans 7 % (2) des cas.
- Parmi les cas examinés par l'équipe de direction, 50 % (30) portaient sur des enfants d'un à cinq ans.
- Parmi les cas examinés par l'équipe de direction portant sur des enfants d'un à cinq ans, le mode de décès était naturel dans 53 % (16) des cas et accidentel dans 47 % (14) des cas.

Dans l'ensemble, pour tous les cas examinés par l'équipe de direction, le mode de décès était naturel dans 63 % (38) des cas, accidentel dans 27 % (16) des cas, un homicide dans 2 % (1) des cas et indéterminé dans 8 % (5) des cas.

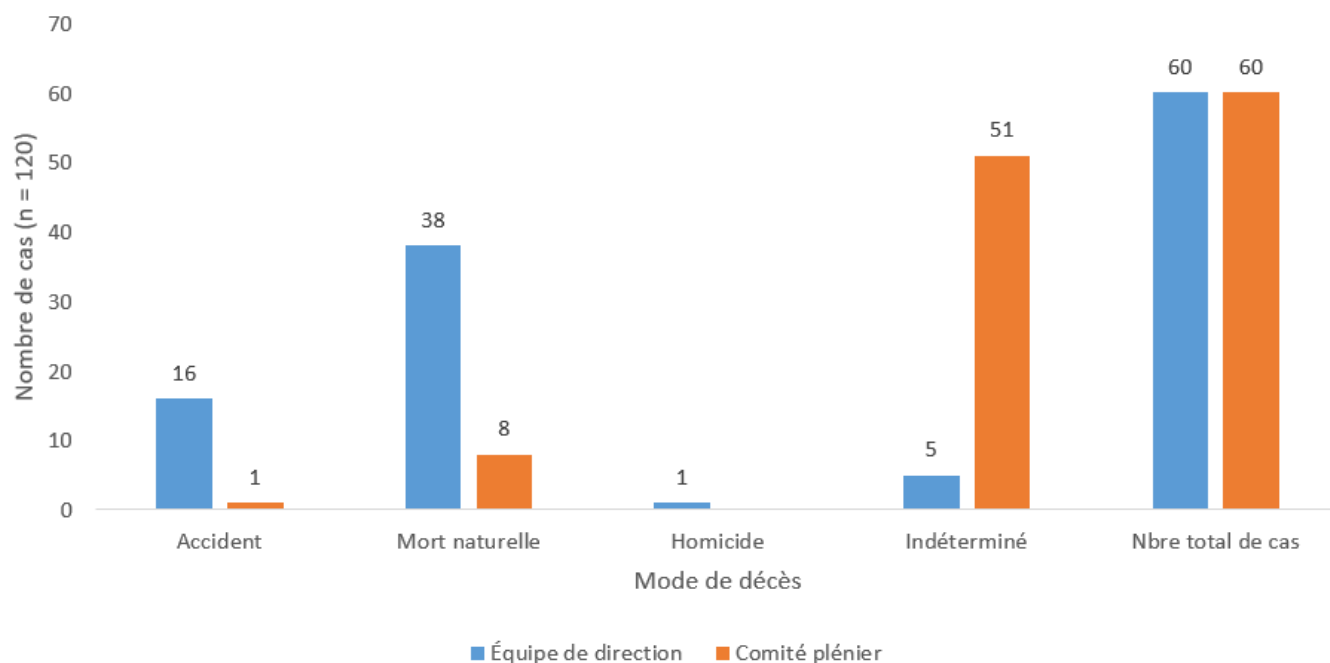
Nombre total de cas examinés par le CEDE5A (équipe de direction et comité plénier) en 2018 :

- En 2018, 60 cas ont été examinés par l'équipe de direction et 60 autres par le comité plénier du CEDE5A, pour un total de 120 cas.
- De tous les cas examinés par l'équipe de direction et le comité plénier du CEDE5A, 52 % (62) portaient sur des enfants de sexe masculin et 48 % (58) sur des enfants de sexe féminin.
- De façon collective, pour tous les examens menés par l'équipe de direction et le comité plénier du CEDE5A, le mode de décès était naturel dans 38 % (46) des cas, accidentel dans 14 % (17) des cas, un homicide dans 1 % (1) des cas et indéterminé dans 47 % (56) des cas.
- Parmi les cas examinés par l'équipe de direction et le comité plénier du CEDE5A en 2018, 87 % (107) portaient sur des décès survenus en 2016 et 2017.

Analyse des résultats

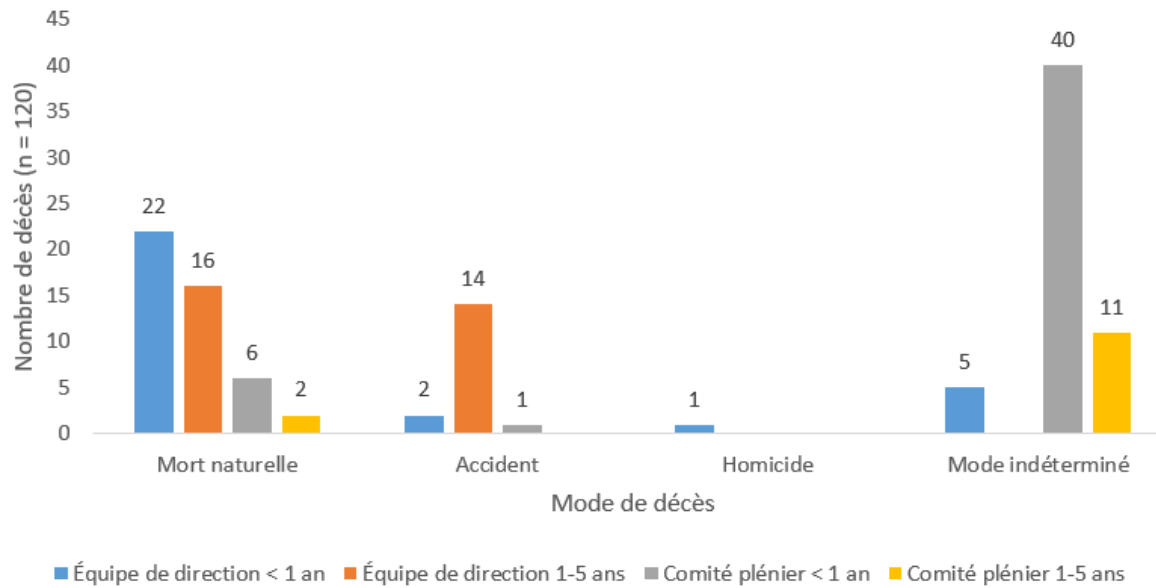
Le graphique 7 illustre les résultats relatifs aux modes de décès pour les cas examinés par l'équipe de direction et le comité plénier du CEDE5A en 2018. La majorité des examens effectués par l'équipe de direction portait sur des morts naturelles et la majorité des examens menés par le comité plénier du CEDE5A portait sur des décès de mode indéterminé.

Graphique 7: Mode de décès – Examens de l'équipe de direction c. examens du comité plénier du CEDE5A en 2018 (n = 120)

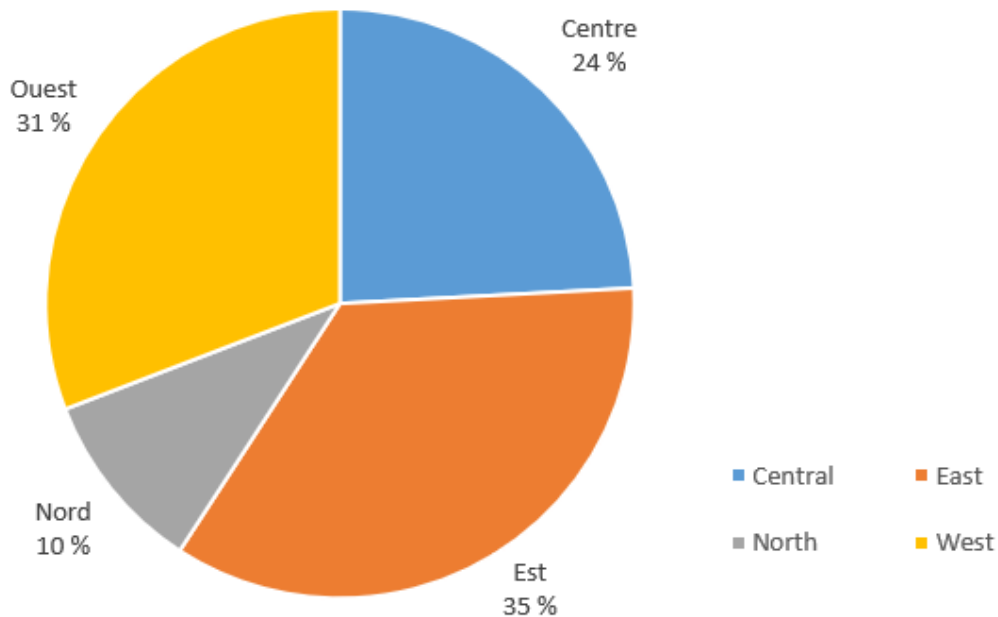


Le graphique 8 démontre le mode de décès par tranches d'âge pour l'équipe de direction et le comité plénier du CEDE5A en 2018. La majorité des examens des morts naturelles menés par l'équipe de direction portait sur des enfants de moins d'un an. La majorité des examens de décès de mode indéterminé effectués par le comité plénier du CEDE5A portait sur des enfants de moins d'un an.

Graphique 8 : Mode de décès en fonction de l'âge (< 1 an c. 1 à 5 ans) et niveau d'examen (équipe de direction c. comité plénier du CEDE5A) en 2018 (n = 120)



Le graphique 9 montre que 24 % de tous les cas dirigés au CEDE5A en 2018 provenaient du centre de l'Ontario, 31 % de l'ouest, 35 % de l'est et 10 % du nord (Fondé sur les limites régionales reconnues par le Bureau du coroner en chef (2015)).



Détermination de la cause et du mode de décès

L'une des principales difficultés auxquelles sont confrontés les examinateurs du CEDE5A consiste à tenter de 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 approfondir nos découvertes demeurent des priorités pour le système ontarien d'enquête sur les décès, grâce à des discussions régulières sur les méthodes d'enquête et particulièrement sur les méthodes 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 prélevés et conservés.

Au cours des dernières 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 pédocardiologues 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 méthodes de classification des décès de nourrissons. L'utilisation d'une terminologie et de définitions uniformes est importante pour garantir la bonne compréhension et la classification efficace des morts subites et inattendues de nourrissons.

L'un des changements majeurs apportés à la classification de ces décès (voir le graphique 10) consiste au classement de la cause de décès dans la catégorie « mode indéterminé » lorsqu'une enquête approfondie n'a permis de formuler aucune conclusion définitive. Auparavant, de nombreuses administrations chargées d'enquêter sur les décès employaient le terme souvent ambigu « mort subite inattendue ou inexpliquée du

nourrisson » [*Sudden Unexpected/Unexplained Death*] sur le certificat de décès en se fondant sur un document publié en 2005 par la *National Association of Medical Examiners*. Le CEDE5A n'utilise pas ce terme.

Le tableau 10 définit les critères utilisés pour classer les décès d'enfants en Ontario.

Tableau 10 : Classification des décès d'enfants

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Cause de décès sur le certificat de décès	Mode de décès
1	L'autopsie révèle une cause de décès évidente (pneumonie, traumatisme crânien, etc.) qui indique un mode de décès précis.	Variables/susceptibles de préciser directement la cause/le mode de décès	Conforme aux résultats d'autopsie et d'enquête	Fondé sur l'autopsie/ les circonstances
2*	Aucune cause anatomique ou toxicologique de décès identifiée	Aucun résultat préoccupant obtenu durant l'enquête; enfant trouvé en décubitus dorsal ou ventral; -aucun signe de facteurs de risque liés au sommeil**; -exposition possible à la fumée secondaire après la naissance ou à l'usage de tabac avant la naissance	Ia- Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	Naturel
3A	Aucune cause anatomique ou toxicologique de décès identifiée	Présence de facteurs de risque liés au sommeil** Présence ou absence de facteurs de risque sociaux***	Ia- Indéterminée Ib- II-Environnement de sommeil non sécuritaire (description entre parenthèses)	Indéterminé
3B	Aucune cause anatomique ou toxicologique de décès identifiée	Inclut les cas qui ne répondent pas à la définition du SMSN Aucun facteur de risque lié au sommeil** Présence possible de facteurs de risque sociaux***	Ia- Indéterminée Ib- II-	Indéterminé

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Cause de décès sur le certificat de décès	Mode de décès
4	Aucune cause anatomique ou toxicologique de décès identifiée	Observations en cours d'enquête/d'autopsie, notamment : - résultats d'autopsie pour lesquels le diagnostic différentiel inclut blessure intentionnelle (p. ex., fracture en voie de guérison, ecchymoses, etc.) - décès antérieur d'un enfant dans des circonstances suspectes - traces importantes de substances toxiques pour lesquelles il n'existe aucune explication adéquate	Ia- Indéterminée Ib- II- Fracture de plusieurs côtes en voie de guérison	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 (lit d'adulte, lit d'eau, divan, porte-bébé, siège d'auto, parc d'enfant ou lit de bébé non approuvé);
- Dormir dans un environnement encombré (p. ex. literie, jouets ou encombrement de l'espace de sommeil 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 aidants; violence familiale, consommation d'alcool ou de drogues par les aidants; résultats d'enquête inquiétants, mais non spécifiques (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** représente les décès qui satisfont à la définition de Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Définition : mort subite d'un enfant de **moins d'un an** qui demeure inexpliquée après une enquête approfondie, laquelle doit comprendre :

Une autopsie complète

(incluant un examen complet du squelette et une analyse toxicologique)

Un examen des circonstances du décès

Examen de la scène de décès

Enquête policière

Examen des antécédents cliniques

Un décès ne sera pas classé dans la catégorie 2 (ne correspond pas à la définition de syndrome de mort subite du nourrisson) en présence de l'un des éléments suivants :

- 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 pour lesquelles le diagnostic différentiel inclut la maltraitance, et où l'aidant de l'enfant ne peut fournir d'explications ou fournit des explications non corroborées par un témoin ou non prouvées.

Un décès serait classé dans la catégorie 4 dans le cas suivant :

- Les découvertes anatomiques ou toxicologiques n'expliquent pas la cause du décès, mais leur diagnostic différentiel inclut une blessure intentionnelle, ET l'aidant ne peut fournir d'explications ou fournit des explications non corroborées par un témoin ou non prouvées.

Classification des décès de nourrissons du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de 5 ans

Résultats de 2018

En 2018, 64 % des cas de décès examinés par le CEDE5A (77 sur 120) portaient sur des nourrissons de moins d'un an. Le tableau 11 présente la classification des décès de nourrissons examinés par le CEDE5A en 2018.

Tableau 11 : 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 (CEDE5A) en 2018

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nbre de cas de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2018 (équipe de direction et comité plénier) portant sur des enfants de moins d'un an	% des examens de décès d'enfants de moins de 5 ans du CEDE5A portant sur des nourrissons de 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.	Résultats variables pouvant influencer directement la cause et le mode de décès.	Mort naturelle (aucun problème lié au sommeil) Mode indéterminé (avec problèmes liés au sommeil) Mort accidentelle (sans problèmes liés au sommeil) Mort accidentelle (avec problèmes liés au sommeil) Homicide Total	28 1 2 1 1 33	43 %

	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nbre de cas de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2018 (équipe de direction et comité plénier) portant sur des enfants de moins d'un an	% des examens de décès d'enfants de moins de 5 ans du CEDESA portant sur des nourrissons de moins d'un an
2	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Aucune question préoccupante n'a été soulevée pendant l'enquête. ♦ Le nourrisson a été découvert en décubitus dorsal ou ventral. ♦ Il n'y a aucune preuve 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 (conditions de sommeil non sécuritaires) (15) (25) *Environnement de sommeil non sécuritaire (autre) *Partage du lit 2 Mode indéterminé (avec facteurs de risque sociaux) 42 Total	40 (15) (25) 2 42	55 %
3B	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Inclut les cas ne correspondant pas à la définition du SMSN. Aucun lien avec les conditions de sommeil. Présence	Mode indéterminé	1	1 %

-	Résultats d'autopsie	Résultats d'enquête	Environnement	Nbre de cas de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2018 (équipe de direction et comité plénier) portant sur des enfants de moins d'un an	% des examens de décès d'enfants de moins de 5 ans du CEDE5A portant sur des nourrissons de moins d'un an
		possible de facteurs de risque sociaux.			
4	Aucune cause anatomique ou toxicologique identifiée	Exemples de résultats d'autopsie ou d'enquête : - résultats d'autopsie dont le diagnostic différentiel inclut blessure intentionnelle (p. ex., fracture récente, ecchymoses, etc.); - décès précédent d'un autre enfant dans des circonstances douteuses; - résultats toxicologiques significatifs dont l'explication est insatisfaisante	Mode indéterminé – sans explication	1	1 %
			Total	77	

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 étudier précisément les morts inattendues d'enfants, il faut recueillir les données dans des documents et des rapports dont les définitions sont 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 contributifs, car 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 distincte de mort naturelle de nourrissons, bien qu'il soit possible qu'une cause naturelle sous-jacente soit ultérieurement 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 décès 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 poursuivent des recherches dans ce domaine.

En Ontario, un décès est attribué au SMSN à la suite d'un examen approfondi de toutes les composantes de l'enquête notamment : l'autopsie, les lieux du décès, les antécédents cliniques et les résultats de l'enquête de police. Le décès est ensuite examiné par le CEDE5A, qui l'attribue au SMSN seulement 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 n'est considéré comme la cause d'un décès que si toutes les autres possibilités ont été éliminées. Si l'enquête révèle un élément préoccupant, le décès ne sera pas attribué au SMSN. C'est une classification d'exclusion, ce qui explique pourquoi il n'y avait aucun cas de SMSN en 2018.

Compréhension du mode de décès

Ce qui suit est une analyse du système de classification visant à faire en sorte que les lecteurs du présent rapport, notamment les familles, les fournisseurs de soins de santé, les universitaires, les chercheurs, les experts en prévention, les défenseurs et les médias, aient un aperçu de l'approche adoptée en Ontario afin de pouvoir comprendre les données présentées.

Dans 57 % (44 décès sur 77 [voir les données des sections 3A, 3B et 4 du Tableau 11]) des décès de nourrissons examinés en 2018 par le CEDE5A, le décès a été jugé de « mode indéterminé ». Un autre décès qui avait été déclaré de mode indéterminé, mais pour lequel il y avait une cause médicale de décès, a été classé dans la catégorie 1, portant le pourcentage total de décès de mode indéterminé à 58 % ou 45 sur 77. Le mode indéterminé est l'un des quatre modes de décès qui s'appliquent à la petite enfance.

Le Bureau du coroner en chef se fonde sur les définitions suivantes pour déterminer le mode de décès :

Mort naturelle : Une mort est dite naturelle si elle 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 la maladie.

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

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

Mode indéterminé : Le mode de décès est dit 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 fondé sur l'autopsie et d'autres résultats d'enquête. 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 de ce qu'il est convenu d'appeler une « autopsie négative », que l'on constate notamment dans les situations suivantes :

- Causes toxicologiques;
- Troubles métaboliques;
- Décès par asphyxie (p. ex., obstruction des voies respiratoires);
- Maladie infectieuse;
- Cardiopathies (p. ex., troubles de la conduction);
- Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Des tests complémentaires (additionnels) sont alors réalisés pour évaluer ces causes potentielles de décès, notamment : examen histologique; biochimie du vitré; analyse toxicologique; examen métabolique ou génétique ainsi qu'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 qui existent entre tous les renseignements disponibles lorsqu'on enquête sur un décès. Par exemple, des renseignements sur l'incident ayant 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 constaté, 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 entraîne une classification de décès par homicide.

L'établissement d'une cause et d'un mode de décès indéterminés est difficile à recevoir pour les enquêteurs et les membres de la famille, étant donné qu'il ne s'agit pas d'une information probante 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 témoigne d'une enquête approfondie. Elle ne devrait donc pas être considérée comme un échec. La classification de mode indéterminé ouvre la voie à un examen ultérieur susceptible d'améliorer notre compréhension et notre connaissance en matière de décès de nourrissons.

La classification de 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

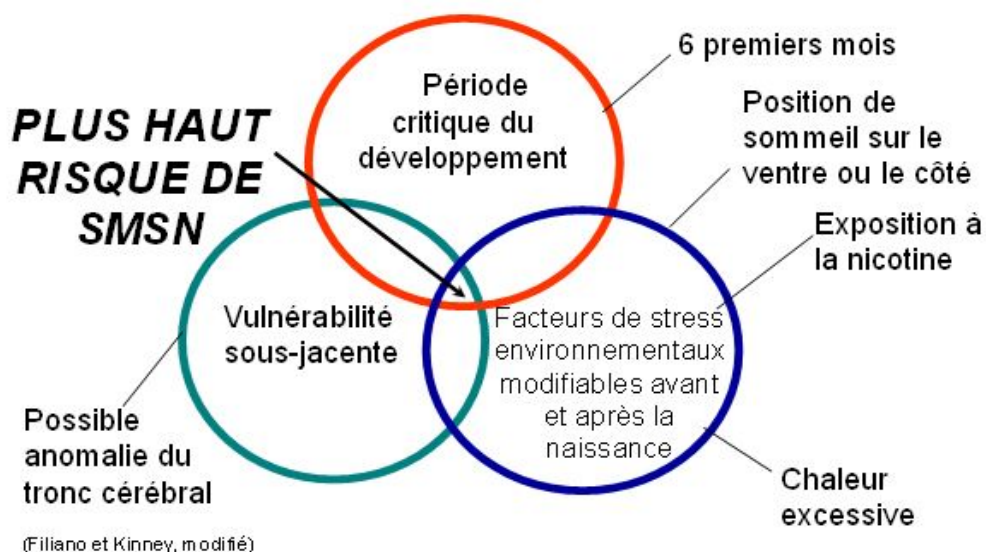
L'autopsie ne révèle habituellement rien de précis en cas d'obstruction des voies respiratoires chez les nourrissons, que celle-ci soit intentionnelle ou accidentelle (liée au partage du lit), ou qu'elle découle d'autres conditions de sommeil non sécuritaires.

Les conditions de sommeil non sécuritaires potentielles s'inscrivent dans un continuum qui s'étend de la définition d'environnement de sommeil sécuritaire (l'enfant dort sur le dos dans un berceau bien dégagé et conforme aux règlements) aux conditions dangereuses manifestes qui ont vraisemblablement directement contribué 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 limitations rendent nécessaire l'attribution d'un mode de décès indéterminé. Cependant, l'expérience ontarienne ainsi que les données épidémiologiques indiquent que les conditions de sommeil semblent être 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; il peut prédisposer des personnes à contracter une certaine maladie. Le SMSN a été conceptualisé comme étant un « modèle de triple risque » dans lequel 1) un enfant présentant une vulnérabilité sous-jacente 2) survenant à un moment critique de son développement est 3) exposé à un facteur externe qui entraîne la mort (Kinney, HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. N Engl J Med 2009; 361 (8): 795-805).

Modèle à triple risque expliquant le SMSN



Dans la plupart des publications, les facteurs de risque reconnus en lien avec le SMSN sont le positionnement sur le ventre, le tabagisme durant la grossesse (et durant 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 passent de facteurs qui prédisposent à une mort naturelle (p. ex., SMSN) à des facteurs qui contribuent directement à une mort accidentelle (p. ex., obstruction des voies respiratoires liée au partage du lit ou suffocation sur une surface de sommeil molle).

Le CEDE5A tient compte de la contribution potentielle de l'environnement de sommeil dans le contexte de la stratification du risque (d'après 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 coincé, à être recouvert ou à suffoquer est 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 lits encombrés de jouets, de couvertures ou d'oreillers; 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 et des chercheurs depuis de nombreuses années. Les publications sur ce sujet, dont plusieurs sont parues récemment, enrichissent le champ de connaissances croissant 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 en 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. Cela s'ajoutera aux données qui seront plus tard utilisées pour élaborer des politiques de santé publique et approfondir les recherches sur les environnements de sommeil non sécuritaires et leur rôle potentiel dans les morts subites et inattendues de nourrissons. Cela est pris en compte dans la catégorie 3A des tableaux 10 et 11.

Bien que le CEDE5A reconnaisse la convention de ne pas inscrire de facteurs contributifs lorsque la cause du décès est indéterminée, il croit néanmoins 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 plus inclusive qui tient compte de la portée de l'enquête sur le décès. Tout comme la reconnaissance du SMSN comme groupe particulier, cela pourrait faciliter le repérage des décès devant faire

l'objet d'études de cas supplémentaires, favorisant les recherches futures et servant possiblement à l'élaboration d'une approche de sécurité publique.

Données sur les environnements de sommeil non sécuritaires

Le tableau 11 montre que le mode de décès était indéterminé dans 45 cas examinés par le CEDE5A en 2018 (catégories 3A, 3B et 4 et un cas de la catégorie 1). Quarante-et-un décès (54 %) ont été classés dans la catégorie 3A et un, dans la catégorie 1 où les conditions de sommeil pouvaient avoir contribué au décès.

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

Le Comité d'examen des décès d'enfants (CEDE) – Cas médicaux est un comité multidisciplinaire composé de pédiatres spécialisés en pathologie, en soins intensifs, en soins communautaires, en médecine d'urgence pédiatrique, en médecine néonatale et en cardiologie. La composition du Comité est équilibrée de façon à représenter les diverses régions de l'Ontario et comprend différents niveaux d'établissements qui offrent des soins pédiatriques ainsi que des 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 mieux 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 l'un des pédiatres de la collectivité. 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, lequel comprend habituellement 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.

Lors des réunions du comité, le principal examinateur présente les résultats aux membres aux fins d'analyse. Cela donne l'occasion de discuter des problèmes qui ont pu être soulevés durant l'examen. Le comité peut aussi formuler des recommandations fondées sur les résultats de l'examen. Le principal examinateur rédige par la suite un rapport final qui reflète le consensus du Comité. Ce 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, la société ou les personnes concernés. On a demandé aux organisations de préparer et de soumettre un rapport sur 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, ce qui est conforme à l'approche adoptée à l'égard des recommandations d'enquête.

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 relevant d'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.

Limitations

Les rapports de cas du CEDE sont rédigés pour le BCC et sont assujettis à 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*.

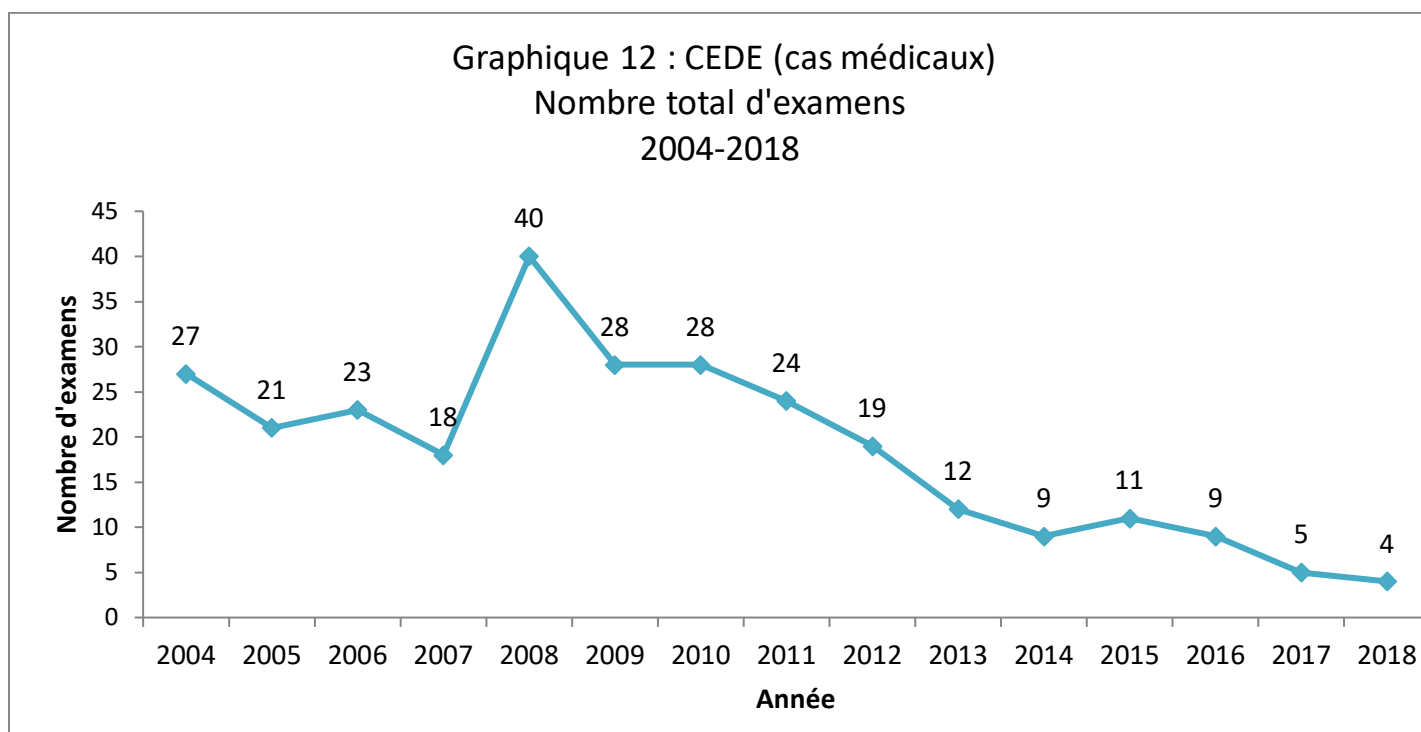
Le contenu du rapport consensuel du Comité se limite aux données dont ce dernier dispose. Des efforts sont faits pour obtenir toutes les données pertinentes, mais il est important de reconnaître que ces rapports sont produits à partir de l'examen des dossiers manuscrits. Le coroner et le coroner régional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

Les recommandations sont formulées à la lumière d'un examen rigoureux des circonstances de chaque décès. Elles ne doivent pas servir de directives d'orientation.

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 (cas médicaux) varie d'une année à l'autre. Le graphique 12 rend compte du nombre d'examen de cas de décès d'enfants menés par le CEDE (cas médicaux) de 2004 à 2018. Quatre cas ont été examinés en 2018.

Graphique 12 : CEDE (cas médicaux) – Nombre total d'examens (2004-2018)



Analyse des cas examinés en 2018 par le CEDE (cas médicaux)

En 2018, le CEDE (cas médicaux) a examiné quatre cas de décès d'enfants.

Parmi les cas examinés en 2018, trois cas portaient sur des enfants âgés de moins d'un an et un autre sur un enfant âgé d'à peine plus d'un an.

Recommandations

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

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

Vu les critères d'aiguillage du CEDE (cas médicaux), les recommandations sont habituellement dirigées vers les 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 présentées 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 2018, les quatre cas examinés ont donné lieu à huit recommandations. L'un des cas examinés n'a donné lieu à aucune recommandation.

Résumé des recommandations formulées par le CEDE (cas médicaux) en 2018

Les recommandations issues des examens menés par le CEDE (cas médicaux) en 2018 portaient sur les thèmes suivants et étaient destinées aux organismes nommés ci-dessous :

Organismes auxquels on a demandé de répondre aux recommandations	Thème des recommandations	Nombre d'examens dans lesquels le thème a été identifié en 2018
Établissements de soins de santé Professionnels de la santé concernés	Qualité des soins	3 1
Établissements de soins de santé Professionnels de la santé concernés	Diagnostic différentiel	3
Établissements de soins de santé	Communication	2
Établissements de soins de santé	Documentation	2
Établissements de soins de santé	Transport	1
Établissements de soins de santé	Education	3

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

Thèmes soulevés durant 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 d'améliorer les soins pédiatriques en Ontario.

Thèmes de 2018

Les cas examinés par le CEDE (cas médicaux) en 2018 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 visant à apporter des améliorations systémiques plutôt que de simplement considérer les cas individuels. Voici les thèmes récurrents ainsi que les problèmes connexes de chacun :

Traitement – Qualité des soins

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

- prise en charge de la température, des symptômes respiratoires et de l'augmentation de la numération leucocytaire en période postopératoire chez un enfant à la santé potentiellement fragile;

- critères d'intervention de l'équipe des soins intensifs;
- politiques et procédures hospitalières liées à la voie, à la posologie et à la fréquence d'administration des médicaments et des autres traitements utilisés dans la prise en charge des nourrissons et des enfants gravement malades et mesures en vigueur pour s'assurer que celle-ci est conforme aux pratiques exemplaires;
- utilisation de la méthode de Broselow pour l'estimation du poids et le calcul des doses à l'échelle de l'établissement hospitalier où les enfants sont traités;
- approche et connaissance des principales causes de l'état de mal épileptique convulsif, des principes de maîtrise afférents et des examens indiqués.

Diagnostic différentiel

Les problèmes suivants ont été soulignés en lien avec le diagnostic différentiel :

- utilisation de diurétiques chez un enfant atteint de cardiopathie congénitale;
- sibillance chez un enfant atteint de cardiopathie.

Documentation

Les problèmes suivants ont été mis en évidence en ce qui a trait à la documentation :

- communication et documentation des préoccupations soulevées par la famille.

Transport/Transfert

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

- rôle du transport médicalisé lourd d'enfants gravement malades;
- possibilité d'administration de benzodiazépines par les paramédicaux de soins primaires en présence d'un état de mal épileptique avant l'arrivée à l'hôpital;
- compréhension du processus de passation et de transfert des soins médicaux entre les médecins;
- occasion pour les services médicaux d'urgence de guider leur approche en matière de déploiement de travailleurs paramédicaux en soins avancés.

CEDE (cas médicaux) : exemple de cas

Ce cas a été examiné par le CEDE (cas médicaux) en 2018 et illustre les difficultés et les défis que doivent relever les professionnels de la santé lorsqu'ils traitent des patients pédiatriques.

Dossier : 2017-3272 (CEDE 2018-03)

Âge : 14 mois

Sources consultées :

- Rapport d'enquête du coroner
- Dossiers médicaux :
 - pédiatre
 - Hôpital A
 - Hôpital B – du réseau de santé A
 - Hôpital C – du réseau de santé A
- Rapport d'autopsie
- Rapport de pathologie cardiovasculaire
- Rapport de consultation en pathologie cardiovasculaire pédiatrique

Antécédents médicaux

Le défunt était un enfant de sexe masculin âgé de 14 mois qui avait reçu un diagnostic anténatal de ventricule gauche limite et de sténose aortique importante avec fibroélastose endocardique (EFE). L'enfant a subi trois dilatations par ballonnet de la valve aortique, palliées par la suite au moyen d'une intervention hybride (c.-à-d., le cerclage de ses artères pulmonaires et l'implantation d'une endoprothèse dans le canal artériel) en décembre 2015. L'enfant a été de nouveau admis dans un hôpital de soins cardiaques pédiatriques quaternaires en 2016 en vue d'une réparation biventriculaire consistant à retirer la bande de cerclage et à installer un patch d'augmentation des artères pulmonaires, à exciser l'endoprothèse canalaire, à réparer la coarctation à l'aide d'une anastomose terminoterminal et à réséquer la fibroélastose endocardique (EFE). Une communication inter-auriculaire ajustable a été laissée ouverte. Sa période postopératoire a été compliquée par une tachycardie ectopique auriculaire maîtrisée par l'administration de propanolol, une dépendance aux diurétiques, une paralysie laryngée et une intolérance à la nourriture avec reflux gastro-œsophagien.

À son congé de l'hôpital en août 2016, son échocardiogramme montrait une réduction de la fonction ventriculaire gauche, une bonne fonction ventriculaire droite, une légère régurgitation des valvules tricuspide et mitrale et aucune obstruction de la voie d'éjection. Les médicaments prescrits incluaient la dompéridone, l'oméprazole, la ranitidine, le furosémide (deux fois par jour) et le propranolol. Un rendez-vous de suivi avec le cardiologue de soins quaternaires fixé deux mois plus tard incluait un échocardiogramme sous sédation. Le pédiatre d'un centre de soins cardiaques pédiatriques (Hôpital A – plus près pour la famille) a été indiqué comme étant le médecin principal sur la feuille de congé remise aux parents.

Après sa sortie de l'hôpital, la vie de l'enfant a été ponctuée de visites et d'admissions récurrentes à l'hôpital communautaire. Il a d'abord été vu le 22 août 2016 après un épisode d'apnée associé à une quinte de toux suivi d'étouffements. Les parents ont aspiré d'épaisses sécrétions et l'enfant était près du niveau de référence lorsqu'il a été vu à l'urgence.

Cette fois, l'enfant a été dirigé vers un pédiatre local auquel l'ensemble du suivi médical en cours et de la coordination des soins a été transféré le 2 septembre 2016. Rien n'indiquait que les dossiers médicaux antérieurs de l'enfant avaient été obtenus de ses précédents fournisseurs de soins.

Le 4 octobre 2016, l'enfant a été de nouveau admis à l'hôpital de soins pour enfants quaternaires où on lui a inséré un tube de gastrostomie. Un échocardiogramme de suivi a révélé un ventricule gauche dilaté et modérément dysfonctionnel (fraction d'éjection de 38 à 45 %), un gradient de pression sur la valve aortique de 28 mm Hg (pic) et 15 mm Hg (moyen), une insuffisance aortique modérée et une légère dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse aortique. Au cours de son hospitalisation, l'enfant a été vu par un cardiologue de soins quaternaires et un suivi d'une année a été organisé. Les médicaments à la sortie de l'hôpital sont demeurés les mêmes et incluaient du Lasix. Le résumé du congé a été envoyé uniquement au pédiatre de l'enfant à l'hôpital A.

Au cours des trois mois suivants, l'enfant a été emmené plusieurs fois dans une clinique pédiatrique, un centre d'accès aux soins communautaires (CASC) en plus d'avoir été vu et admis à l'hôpital en raison de détresse respiratoire et de sibilance, souvent associées à des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures. Les différents écouvillonnages nasopharyngés ont donné des résultats négatifs. Les symptômes ont été attribués à une bronchiolite et possiblement à un syndrome d'aspiration. Le traitement incluait l'administration régulière de salbutamol (conservé de façon sporadique par les parents durant les périodes où l'enfant était asymptomatique), des corticostéroïdes par voie générale et en inhalation et des antibiothérapies orales de courte durée pour maîtriser des épisodes présumés de pneumonie. L'enfant n'a pas été alimenté par voie orale en raison des risques d'aspiration et d'une consultation en ORL (réévaluation de l'état des cordes vocales), et des études sur l'alimentation ont été demandées.

Une évaluation de la capacité de déglutition menée par l'équipe de dysphagie et le gastroentérologue de l'Hôpital A n'a relevé aucun autre épisode de régurgitations dans le dossier ni aucun signe de pénétration ou d'aspiration. L'équipe a recommandé qu'il était sans danger de commencer à donner des purées à l'enfant par voie orale. Le bilan comparatif des médicaments effectué par le CASC et le pédiatre de l'enfant ne faisait plus mention du furosémide, mais la date de sa discontinuation demeure incertaine.

L'enfant a été hospitalisé une dernière fois le 28 décembre 2016 en raison d'un diagnostic de bronchiolite et de pneumonie. Il a été vu pour la dernière fois à la clinique de pédiatrie et à l'infirmierie du CASC le 23 janvier 2017 en raison d'une sibilance constante.

Derniers événements

Le 29 janvier 2017, à 9 h 01, l'enfant a été emmené à l'Hôpital B après qu'il eut éprouvé pendant deux jours des symptômes de rhume, un écoulement nasal et des vomissements; le dossier ne faisait état d'aucun épisode de fièvre. L'enfant était irritable, avait le teint pâle et grisâtre (d'après les notes de l'infirmière du triage) et il avait de la difficulté à respirer (malgré l'administration de Ventolin). Les signes vitaux incluaient tachycardie (fréquence cardiaque de 178), tension artérielle de 111/90, fréquence respiratoire de 32 et saturation en oxygène de 92 à 97 % à l'air ambiant. La respiration de l'enfant était laborieuse avec une entrée d'air réduite au lobe inférieur gauche. Un souffle était audible et le temps de remplissage capillaire était inférieur à deux secondes. Une radiographie thoracique a révélé une zone de consolidation du poumon gauche ainsi qu'une cardiomégalie. Le traitement incluait la ceftriaxone, Ventolin par nébulisation (x3), l'épinéphrine par nébulisation, le bromure d'ipratropium par nébulisation et la dexaméthasone. Une solution physiologique salée sous forme de bolus de 20 mg/L a été administrée. L'enfant est demeuré tachycardique (fréquence cardiaque de 170 à 180) avec des fréquences respiratoires inférieures à 40. Il a été transféré en ambulance à l'Hôpital A.

À son arrivée à l'Hôpital A à 11 h 55, l'enfant était éveillé et sa respiration émettait un grognement. Il était fiévreux (39,2 °C) et ses signes vitaux étaient inchangés (fréquence cardiaque de 192, tension artérielle de 90/40 et saturation en oxygène de 95 %). Il a reçu un diagnostic de bronchiolite/syndrome de dysfonctionnement réactif des voies respiratoires et on lui a administré du salbutamol (x2), de l'Atrovent (x2), de la méthylprednisolone, de l'acétaminophène et du sulfate de magnésium. La dose de Ventolin a été répétée toutes les 20 minutes et un bolus de 10 mg/L de solution physiologique salée lui a été administrée.

À 13 h 12, l'enfant était moins irritable, ce qui a emmené les parents à demander une réévaluation de son état.

À 13 h 54, on a constaté que l'enfant « n'avait pas l'air bien ».

À 14 h 04, un bilan sanguin a montré un taux de lactate de 6 et un excès de base de – 9. La respiration de l'enfant était haletante et il avait une mauvaise perfusion générale. Une radiographie thoracique a montré une cardiomégalie accrue, une congestion vasculaire et une condensation en plages des espaces aériens. Les équipes de la cardiologie et des soins intensifs ont été appelées en consultation.

De brefs accès spontanément résolutifs de tachycardie ventriculaire ont été observés et une échographie au chevet a montré une mauvaise fonction ventriculaire. L'enfant a été transféré aux soins intensifs pédiatriques où on lui a installé un BiPAP et administré 0,3 mcg/kg/min de milrinone, du furosémide, du bicarbonate de sodium et du calcium. Un échocardiogramme a révélé que le ventricule gauche était gravement dilaté et dysfonctionnel (fraction d'éjection de 19 %), une légère régurgitation de la valvule mitrale, une légère sténose aortique et une insuffisance aortique modérée. Son ventricule droit était en bon état et la crosse aortique n'était pas obstruée. Les mesures de transfert du patient à l'unité des soins intensifs cardiaques de l'hôpital pédiatrique quaternaire ont été amorcées. De l'amiodarone a été administrée à raison de 2,5 mg/kg pour maîtriser les accès de tachycardie ventriculaire.

Avant le transfert, l'enfant a développé une tachycardie ventriculaire réfractaire au traitement, suivie d'une dissociation électromagnétique et d'une asystolie. Des tentatives de réanimation ont été effectuées pendant 90 minutes sans succès. L'enfant est décédé à 18 h 29.

Résultats d'autopsie

Les résultats d'autopsie ont montré ce qui suit:

- Poids (75^e percentile), taille (< 3^e percentile)
- Congestion pulmonaire bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche
- Épanchement pleural séreux bilatéral

Appareil cardiovasculaire :

- Cardiomégalie (poids : 157,3 g – attendu : 45 g)
- Sténose aortique avec fusion des commissures des artères coronariennes droite et gauche
- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Fibroélastose endocardique du ventricule gauche
- Dilatation de l'aorte ascendante (2,5 cm)
- Dilatation de l'artère pulmonaire principale
- Communication interauriculaire (2 x 3 mm)
- Crosse aortique à faux chenail. Lumière supérieure fermée à l'une des extrémités donnant naissance aux vaisseaux de la tête et du cou. Lumière inférieure en continuité avec l'aorte descendante montrant les signes d'une réparation chirurgicale au niveau de la jonction.

Appareil digestif :

- Congestion de la muqueuse gastrique
- Distension du jéjunum et du gros intestin

Consultation en pathologie cardiovasculaire pédiatrique

L'examen de la pathologie cardiovasculaire a confirmé la présence d'une sténose aortique congénitale avec une aorte bicuspide et une légère sténose résiduelle. Une chirurgie antérieure révélait une crosse aortique non

obstruée avec configuration à faux chenal. L'examen a également révélé une cardiomégalie marquée, une fibroélastose endocardique étendue du ventricule gauche et des stigmates d'insuffisance cardiaque congestive (œdème pulmonaire, congestion pulmonaire et hépatique). Des signes de bronchopneumonie aiguë du poumon gauche et du lobe supérieur droit ont été notés.

Le décès a été attribué à une insuffisance cardiaque congestive causée par une cardiopathie congénitale avec FEE marquée, compliquée par une bronchopneumonie aiguë survenue à la suite d'une chirurgie cardiovasculaire (antérieure).

Cause du décès : bronchopneumonie aiguë

Mode de décès : mort naturelle

Analyse

Le défunt était un enfant de sexe masculin âgé de 14 mois, né avec une cardiopathie congénitale complexe et ayant des antécédents cliniques compliqués par de nombreuses comorbidités associées à sa condition et aux interventions chirurgicales qui en ont résulté. Bien qu'il soit mort d'une bronchopneumonie ayant aggravé une insuffisance cardiaque terminale, la gravité de sa dysfonction cardiaque évolutive est passée inaperçue, ses symptômes étant attribués à des infections des voies respiratoires supérieures et à ses autres troubles (c.-à-d., reflux gastro-œsophagien et paralysie laryngée).

Un certain nombre de problèmes systémiques ont été identifiés qui pourraient avoir entravé les communications et influencé la prise en charge médicale de l'enfant.

À l'âge de 9 mois et demi, les soins primaires étaient assurés par un nouveau pédiatre après un épisode aigu d'aspiration. Le nouveau pédiatre devait fournir des soins spécialisés dans la collectivité où résidait l'enfant. Il s'agissait du premier contact avec ce pédiatre puisque les soins étaient auparavant fournis par un pédiatre d'une autre collectivité, jusqu'à la dernière chirurgie cardiaque subie par l'enfant.

À la suite de la première consultation, le nouveau pédiatre est devenu le contact médical principal de l'enfant, gérant les problèmes aigus et coordonnant les soins avec de nombreux spécialistes et les ressources communautaires, y compris le personnel infirmier du CASC. Cependant, malgré les antécédents médicaux complexes du patient, rien ne laissait supposer qu'il y avait eu une passation des activités ou un transfert officiel des soins; les dossiers fournis par le nouveau pédiatre ne contenaient aucune observation antérieure. Le changement de fournisseur de soins primaires n'avait pas non plus été signalé à l'hôpital pédiatrique de soins quaternaires, étant donné que toutes les communications médicales relatives à sa dernière visite avaient été envoyées au pédiatre de l'Hôpital A. Seule une copie du résumé de ses dernières hospitalisations rédigé par un parent a été trouvée. En conséquence, le nouveau pédiatre n'a peut-être pas eu connaissance des antécédents complets et du contexte clinique de l'enfant. Les mises à jour provenant de l'hôpital pour enfants étaient basées sur les communications avec les parents et, possiblement, sur le réseau électronique de santé pédiatrique. Ces niveaux de séparation ont augmenté les risques d'erreurs et de pertes de données et peuvent avoir entravé les possibilités de communiquer efficacement et de partager l'information.

Après l'insertion du tube de gastrostomie, l'enfant a présenté de plus en plus de sibilance et de difficultés à respirer. Une maladie intercurrente, la pneumonie, et un épisode récurrent d'aspiration ont été considérés comme les causes probables, en présence d'un risque élevé de reflux et de paralysie laryngée, et les examens accessoires effectués (y compris des écouvillonnages nasopharyngés et des tests de déglutition) ont donné des résultats négatifs.

Malgré des antécédents importants de comorbidités connues, les symptômes respiratoires n'avaient pas été constatés auparavant et semblaient mal répondre aux traitements médicaux administrés. Il importe de noter que le furosémide ne figurait plus sur la liste de médicaments de l'enfant depuis l'insertion du tube de gastrostomie, mais la date de la discontinuation demeure incertaine. Lors de la dernière réévaluation, l'échocardiogramme de l'enfant montrait une dysfonction légère à modérée du ventricule gauche, ce qui avait été jugé rassurant, et un suivi à un an en cardiologie avait été planifié. Il est cependant probable que l'état cardiaque de l'enfant et son évolution aient contribué, du moins en partie, à ses symptômes.

L'enfant présentait un tel risque de relâchement insuffisant du muscle cardiaque que même si sa contractilité avait été adéquate, cela l'aurait rendu sensible aux déséquilibres électrolytiques et intolérant à la discontinuation de ses diurétiques. Toutefois, une cause cardiaque de la sibillance n'a pas été mentionnée dans le dossier médical et par conséquent, elle n'a sans doute pas été prise en considération. Une communication et une réévaluation précoces en cardiologie aurait peut-être permis de détecter une détérioration progressive de sa fonction cardiaque et de devancer l'intervention chirurgicale.

L'enfant est arrivé à l'Hôpital B en mauvais état et il a rapidement été transféré au centre régional de soins tertiaires. Son transfert a été organisé directement par l'entremise des services médicaux d'urgence et il a été conduit à l'urgence.

Il aurait été approprié dans ce cas de considérer le recours à un transport médicalisé lourd, comme CritiCall Ontario. Sa prise en charge précoce, tant à l'Hôpital B qu'à l'Hôpital A était centrée sur un diagnostic de syndrome de dysfonctionnement réactif des voies respiratoires/bronchiolite; la possibilité que son état soit d'origine cardiaque n'a été soulevée que plus tard par l'équipe des soins intensifs appelée en consultation. L'état de l'enfant s'est détérioré malgré l'instauration d'un traitement approprié. On peut se demander si la reconnaissance de l'origine cardiaque de son état et son transfert dans un centre de soins quaternaires auraient pu avoir une incidence sur le sort de l'enfant.

Il a par ailleurs été mentionné que l'équipe de cardiologie de l'Hôpital A, bien qu'étant le fournisseur régional, n'était pas au courant de l'état de l'enfant et ne lui a pas administré de soins avant sa dernière décompensation. Cela n'a eu d'incidence ni sur les soins ni sur le décès de l'enfant.

Recommandations

À l'intention des Hôpitaux A et B :

1. Les services d'urgence de l'Hôpital A et de l'Hôpital B devraient procéder à une étude de cas basée sur les leçons apprises des soins et de la prise en charge de l'enfant. L'étude devrait inclure les chefs des services d'urgence, les médecins et le personnel infirmier de chaque hôpital ayant pris part aux soins, ainsi que le médecin de premier recours de l'Hôpital B. Cette étude devrait porter sur les éléments suivants :
 - la sibillance chez un enfant atteint d'une cardiopathie congénitale;
 - l'emploi de diurétiques chez un enfant atteint d'une cardiopathie congénitale;
 - le rôle de Criticall dans le transport des enfants gravement malades.

À l'intention du président régional et du chef de la pédiatrie du réseau de santé A (où sont situés les hôpitaux A et B) :

2. Le responsable de la région où sont situés les hôpitaux A et B devrait mener une étude de cas basée sur les leçons apprises avec tous les pédiatres de la région afin de discuter des points suivants :

- la compréhension du rôle de la passation des activités et du transfert de soins entre médecins;
- la sibilance chez un enfant atteint d'une cardiopathie congénitale.

À l'attention de l'hôpital pour enfants concerné

3. L'hôpital pour enfants devrait revoir sa façon de mettre à jour les renseignements des médecins qui accueillent les enfants dès leur admission à l'hôpital ainsi qu'au moment de leur congé.

À l'intention de l'hôpital pour enfants et de l'Hôpital A

4. Il faudrait considérer l'établissement d'un cadre de travail entre l'hôpital pour enfants quaternaire et les centres pédiatriques de soins tertiaires régionaux pour le partage d'information sur les enfants de la région qui ont des antécédents médicaux complexes et reçoivent des soins primaires dans l'hôpital pédiatrique quaternaire.

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 50 sociétés, dont 38 sociétés d'aide à l'enfance (SAE) indépendantes et 12 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),

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 précédant le décès. 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 Société, 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 :

- en comparant les décès d'enfants où il y a eu intervention d'une Société avec les autres décès d'enfants;
- en analysant les données sur les décès d'enfants où il y a eu intervention d'une Société;
- en formulant des recommandations visant à prévenir d'autres décès.

Avant 2014, le rapport annuel du CEDE (SAE) portait 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 publiés après 2014.

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 pour l'élaboration de stratégies et de 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. Depuis 2018, le BCC met à l'épreuve un nouveau système informatique de saisie des données qui devrait améliorer grandement la qualité et l'exhaustivité de ses données. La mise en œuvre de ce système est prévue pour 2020-2021.
- Les données de comparaison provenant d'autres sources sont insuffisantes. Les données d'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. En vue d'éviter un doublement des tâches, et dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau modèle d'examen et d'analyse des décès d'enfants et d'adolescents (EXADEA), nous n'apporterons pas d'éclaircissements sur cette directive pour l'instant.

En août 2016, le gouvernement a instauré une *Fiche normalisée de signalement de décès et de sommaire du cas* 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, une certaine variabilité dans les données recueillies persiste.

Quand l'analyse des données des six années (de 2013 à 2018) 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. Avec le temps et la création d'ensembles de données plus grands, nous deviendrons de plus en plus efficaces pour repérer les tendances ou tirer des conclusions à partir des données. Nous ignorons pour le moment la signification de certaines des données disponibles.

Approche d'analyse statistique du CEDE (SAE)

Comme lors des années précédentes, une analyse statistique a été réalisée pour déterminer dans quelle mesure les taux observés de décès d'enfants se rapprochent des taux attendus chez l'une ou l'autre de deux populations standards, soit 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 effectuée 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 fondé 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 des décès d'enfants 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'une Équipe d'examen et d'analyse des décès d'enfants et d'adolescents qui s'efforce depuis 2018 de mettre à l'essai un nouveau modèle d'examen. À l'heure actuelle, le cadre d'un nouveau modèle a été élaboré et les projets pilotes devraient être complétés d'ici le début de l'année 2021.

L'objectif ultime d'un 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 entourant immédiatement sa mort; cette personne a eu affaire avec divers systèmes au fil de sa vie, lesquels peuvent avoir influé sur les circonstances de son 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 vastes 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 sur la conception et les méthodes pour recueillir et analyser les données du projet pilote d'intégration des données en vue d'orienter les prochaines étapes de la mise en œuvre du nouveau modèle d'examen des décès d'enfants et d'adolescents en Ontario. La mise en œuvre complète du nouveau modèle devrait suivre l'évaluation du projet pilote en janvier 2021.

Comparaison entre les décès d'enfants avec intervention d'une Société et les autres décès d'enfants survenus en Ontario en 2018

En 2018, 1092 enfants (de 18 ans et moins) sont décédés en Ontario. Parmi ces décès, 455 (42 %) répondaient aux critères justifiant une enquête du coroner. Des décès d'enfants examinés par les coroners en 2018, 119 (26 %) avaient été déclarés au CEDE (SAE) à la suite d'une intervention d'une Société auprès de l'enfant, de l'adolescent ou de la famille dans les 12 mois précédant le décès. Ces données concordent avec le pourcentage de décès examinés par le passé pour ce groupe d'âge.

En plus de 119 décès signalés par une Société en 2018, les sociétés d'aide à l'enfance ont également rapporté les décès de sept jeunes hors de la fourchette d'âge habituelle du groupe pédiatrique (de 19 à 21 ans). Comme ces sept jeunes bénéficiaient du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (SSCJ) d'une Société au moment de leur décès, ils ont été inclus dans cette analyse (nombre total de jeunes de 0 à 21 ans ayant bénéficié de l'intervention d'une société = 126). Sept autres décès d'enfants et d'adolescents avaient été rapportés au CEDE pour l'année 2018, mais ils ont été exclus de cette analyse parce qu'ils ne répondaient pas aux critères de déclaration au BCC. Deux de ces enfants n'avaient pas eu d'interactions avec une Société avant leur décès et cinq de ces décès sont survenus à l'extérieur de l'Ontario. Les Sociétés ne sont pas habituellement tenues de déclarer au CEDE les décès qui surviennent à l'extérieur de la province, car le BCC n'enquête pas sur les décès qui se produisent à l'extérieur de son territoire. Au total, 126 décès ont été examinés par le CEDE pour l'année 2018, dont 119 portaient sur des personnes de 0 à 18 ans et sept, sur des personnes de 19 à 21 ans.

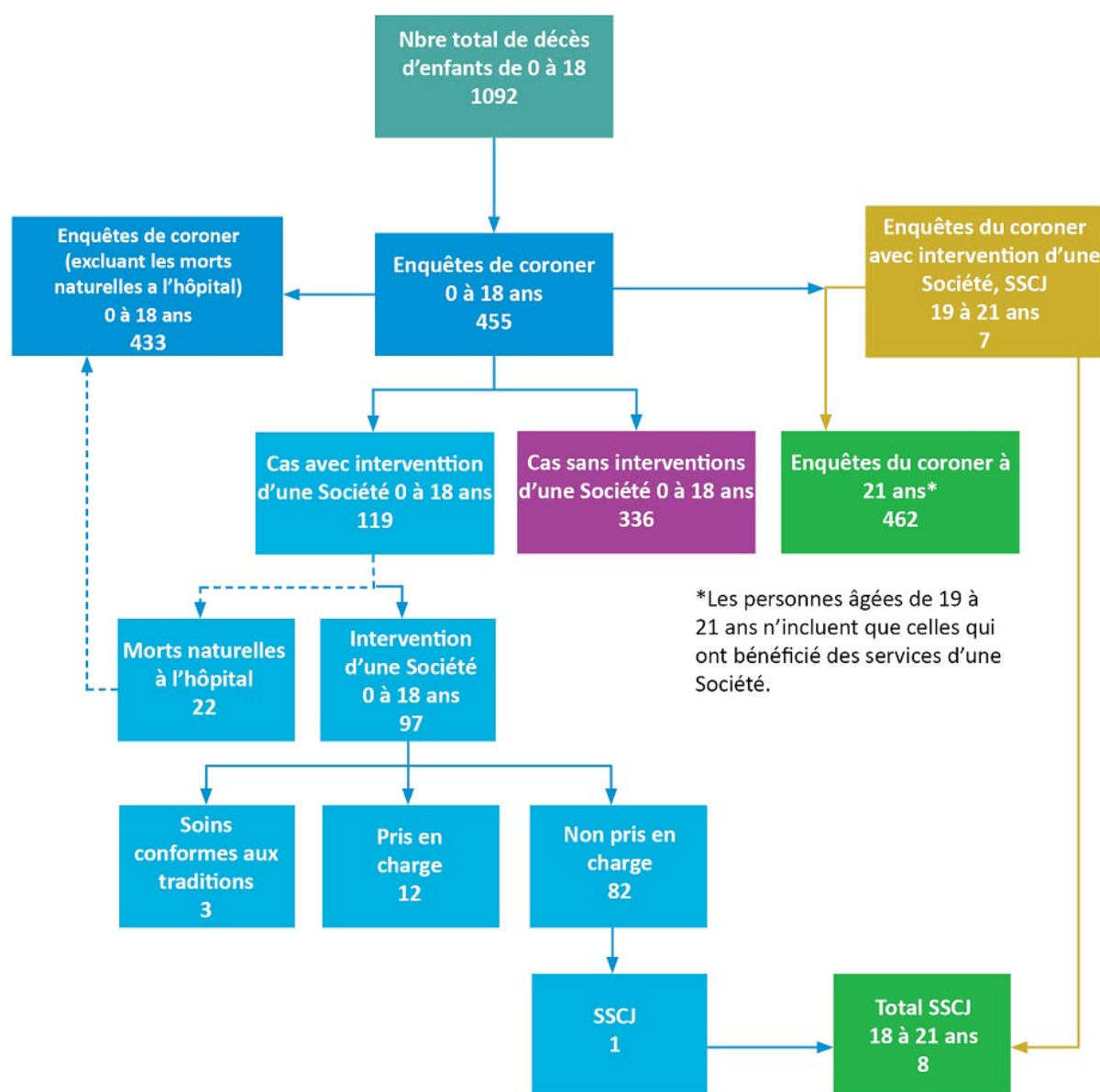
Il importe de souligner que le MESSC ne recueille pas de données sur le nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent des services d'une société d'aide à l'enfance dans une collectivité, mais plutôt le nombre de familles qui bénéficient de tels services. Il est donc impossible de déterminer si le taux 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 place des morts naturelles où il y a eu intervention d'une Société et des décès faisant encore l'objet d'une enquête

De façon générale, les coroners de l'Ontario enquêtent sur tous les décès d'enfants et d'adolescents de 0 à 18 ans où l'enfant, l'adolescent ou la famille ont reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédant le décès. 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 sont survenues dans un hôpital ou un foyer ou qui étaient attendues et qui, dans des circonstances normales, ne feraient probablement pas l'objet d'une enquête du coroner. En 2018, 22 décès d'enfants faisaient partie de cette catégorie. Ces 22 décès ont été exclus de certaines des analyses du présent rapport pour permettre la comparaison entre les décès d'enfants où il y avait eu intervention d'une Société avec la population générale des enquêtes menés par des 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 ont été exclus des analyses.

En conséquence, 433 (455 décès – 22 morts naturelles = 433 décès) est le nombre utilisé dans les analyses du total des décès d'enfants et 97 est le nombre utilisé dans les analyses des décès d'enfants où il y avait eu intervention d'une Société (119 décès – 22 morts naturelles = 97 décès) pour l'année 2018. Cela rejoint l'approche adoptée les années précédentes. La figure 1 représente les décès d'enfants et d'adolescents survenus en Ontario en 2018 qui ont fait l'objet d'une enquête médico-légale.

Figure 1 : Cette figure présente les décès d'enfants et d'adolescents survenus en Ontario en 2018. Au total, on a dénombré 1092 décès de personnes âgées de 0 à 18 ans. Parmi ceux-ci, 455 ont fait l'objet d'une enquête du coroner. De ce nombre, 119 avaient bénéficié d'une intervention d'une Société dans les 12 mois précédant le décès par comparaison à 336 cas dans lesquels une Société n'était pas intervenue. Parmi les 119 ayant bénéficié de l'intervention d'une Société, 22 étaient des « morts naturelles survenues en milieu hospitalier » qui n'auraient pas fait l'objet d'une enquête en l'absence d'intervention d'une Société. Des 97 autres cas de ce groupe, trois avaient reçu des soins conformes aux traditions, 12 étaient placés et 82 ne l'étaient pas. Une des personnes qui n'étaient pas placées bénéficiait du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (SSCJ). Outre ces 455 jeunes personnes, sept jeunes âgés de 19 à 21 ans faisaient partie de ce programme.



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

En 2018, le pourcentage de décès de filles âgées de 0 à 18 ans, avec ou sans intervention d'une Société, s'élevait à 43 % (n = 196). Un test binomial a indiqué que cela était inférieur au pourcentage prévu de 50 %, $p < 0,001$. Cela correspond à ce qui a été observé les années précédentes.

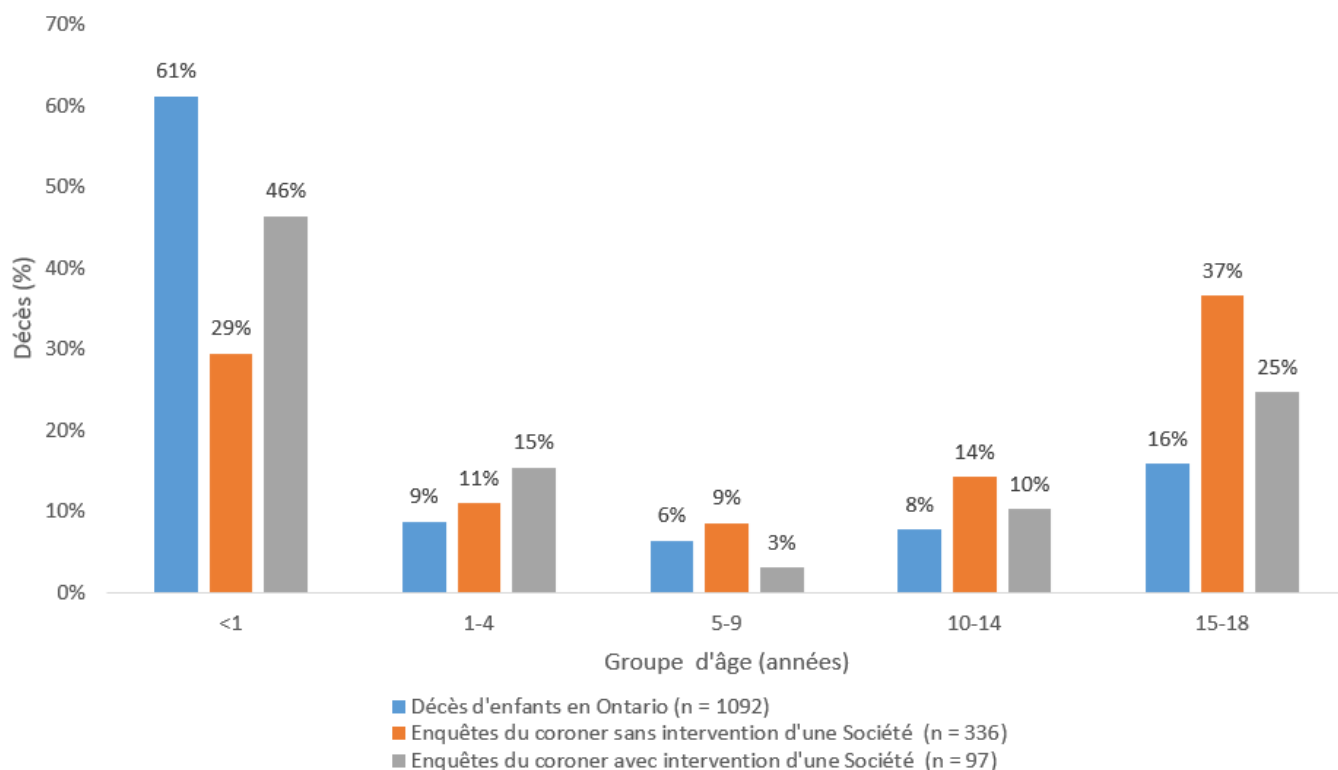
Le graphique 13 illustre la proportion des décès examinés par un coroner, avec et sans intervention d'une Société, dans le pourcentage de tous les décès d'enfants âgés de 0 à 18 ans qui sont survenus pour cinq groupes d'âge en Ontario.

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 comparable à la population des décès d'enfants faisant l'objet d'une enquête du coroner, sans intervention d'une SAE.

L'analyse des données de 2018, dans le contexte des limites mentionnées précédemment, a montré un lien significatif entre les enfants de moins d'un an chez lesquels une Société était intervenue l'année précédant leur décès, ce qui est similaire aux années antérieures (Un test du chi carré a été réalisé : $\chi^2(4, n = 433) = 14,861$, $p < 0,005$. La relation entre le groupe d'âge de < 1 an avec intervention d'une Société était significative, avec un niveau d'erreur résiduel supérieur à 1 (2,24)). La proportion de décès entre les groupes d'âge était semblable d'une année à l'autre de 2013 à 2017.

Le graphique 13 compare la proportion d'enquêtes du coroner, avec et sans intervention d'une Société, à l'intérieur du pourcentage de tous les décès d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 18 ans en Ontario pour cinq groupes d'âge en 2018. Les données montrent que parmi les enquêtes menées par des coroners, il y avait une différence significative par rapport au nombre de décès d'enfants de moins d'un an chez lesquels la Société était intervenue au cours de l'année précédant leur décès par comparaison aux cas sans intervention d'une Société. Aucune différence significative n'a été observée dans les autres groupes d'âge.

Graphique 13 : Pourcentage de décès par groupes d'âge en 2018



La distribution régionale de la population pédiatrique et des décès d'enfants en Ontario concorde (graphique 14). Cependant, l'analyse des données disponibles révèle qu'il existe une différence significative entre les quatre régions de l'Ontario quant au pourcentage de décès d'enfants en Ontario et au pourcentage d'enquêtes du coroner en Ontario avec intervention d'une Société. Plus précisément, il y avait une association négative entre les décès avec intervention d'une Société et les décès dans la région Centrale (Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(3, n = 433 \text{ en } 2018) = 13,589$, $p < 0,0035$: La relation négative entre la région centrale et l'intervention d'une Société était significative, avec un niveau d'erreur résiduel absolu supérieur à 2 (-2,34)).

À l'instar des années précédentes, le nombre de décès avec intervention d'une Société dans la région centrale semble inférieur au nombre total de décès d'enfants en Ontario, et les données continuent de suggérer que davantage de décès avec intervention d'une Société surviennent dans le Nord comparativement au nombre total des décès d'enfants en Ontario. Bien que ce soit encore élevé, il y a eu une légère diminution en 2018 comparativement aux années précédentes, et il y eu une hausse du pourcentage de décès avec intervention d'une Société dans les régions de l'Est et de l'Ouest. En 2018, 5 % des décès d'enfants en Ontario sont survenus dans le Nord, 15 % de tous les décès d'enfants en Ontario avec intervention d'une Société s'étant produit dans cette région. De même, dans l'Ouest, bien que 27 % des décès d'enfants en Ontario soient survenus dans cette région, 39 % de tous les décès d'enfants en Ontario avec intervention d'une Société ont été dénombré dans cette région.

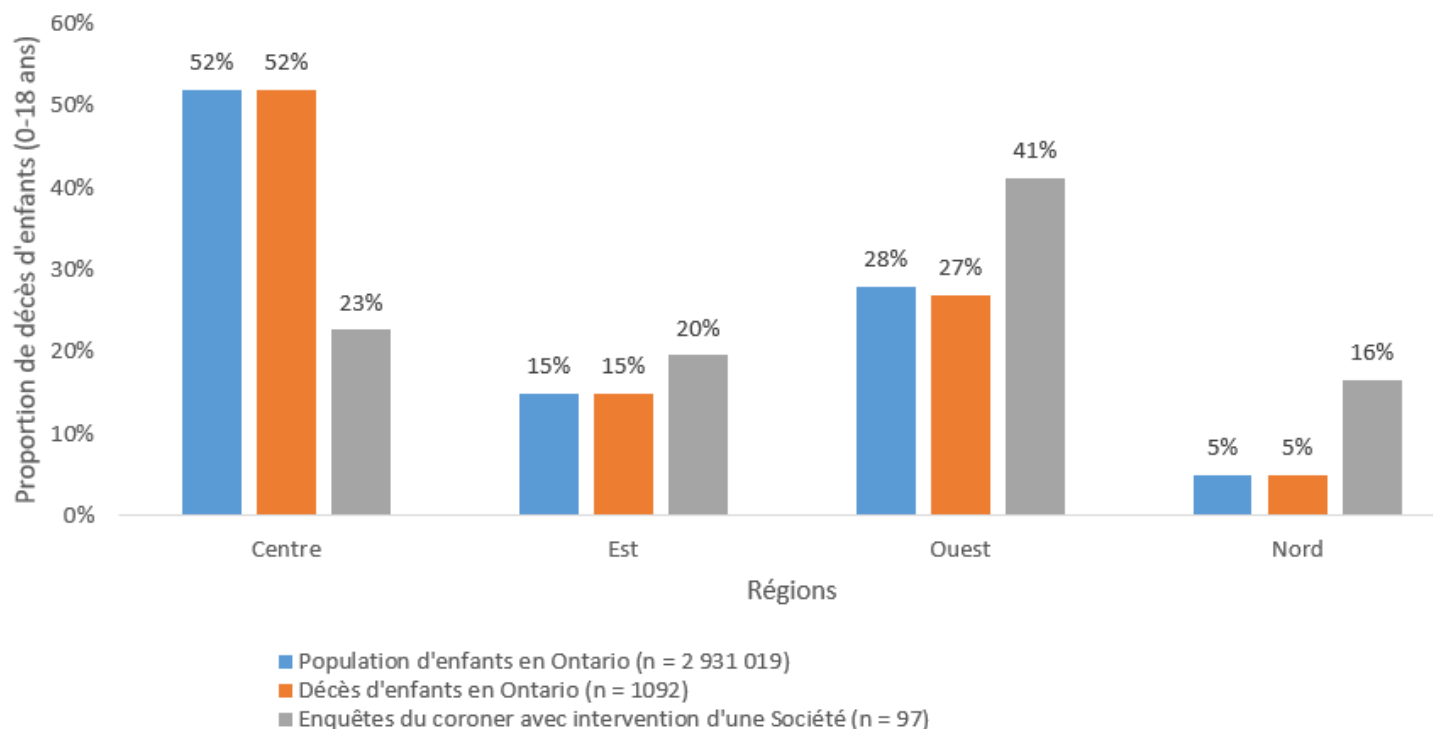
Comme nous l'avons mentionné dans les rapports annuels précédents, cette apparente surreprésentation dans le Nord des décès d'enfants et de jeunes où il y a eu intervention d'une Société pourrait être attribuable

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 à la vie en région éloignée (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*](#)).

En 2018, d'après les données disponibles, 61 % des décès où il y a eu intervention d'une Société qui sont survenus dans le Nord concernaient des enfants et des jeunes autochtones. Ce pourcentage est inférieur aux pourcentages des deux années précédentes et plus près de ce qui avait été observé en 2014 et en 2015.

Graphique 14 : Pourcentage d'enfants en Ontario, de décès d'enfants en Ontario et de cas examinés par un coroner, avec intervention d'une Société, par régions en 2018 (La région Centrale du BCC comprend Toronto)

Le graphique 14 montre que le pourcentage de décès d'enfants dans chaque région de la province est généralement semblable au pourcentage d'enfants et d'adolescents en Ontario, par région. Plus de décès avec intervention d'une Société ont été déclarés dans le Nord (16 %) et dans l'Ouest (41 %) par comparaison au nombre de décès d'enfants survenus dans la région en proportion du total des décès d'enfants en Ontario (5 % et 27 %, respectivement).



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

Le mode de décès indique de quelle façon les enfants et les adolescents décèdent en Ontario. Si le bien-être, le milieu de vie et le contexte des enfants et des adolescents 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 un mode particulier 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 être considéré isolément des nombreux autres facteurs servant à déterminer l'efficacité des services, étant donné que les Sociétés œuvrent dans un contexte global comprenant un certain nombre de variables, et qu'elles ne sont habituellement pas les seules qui offrent des services à ces enfants et à ces jeunes.

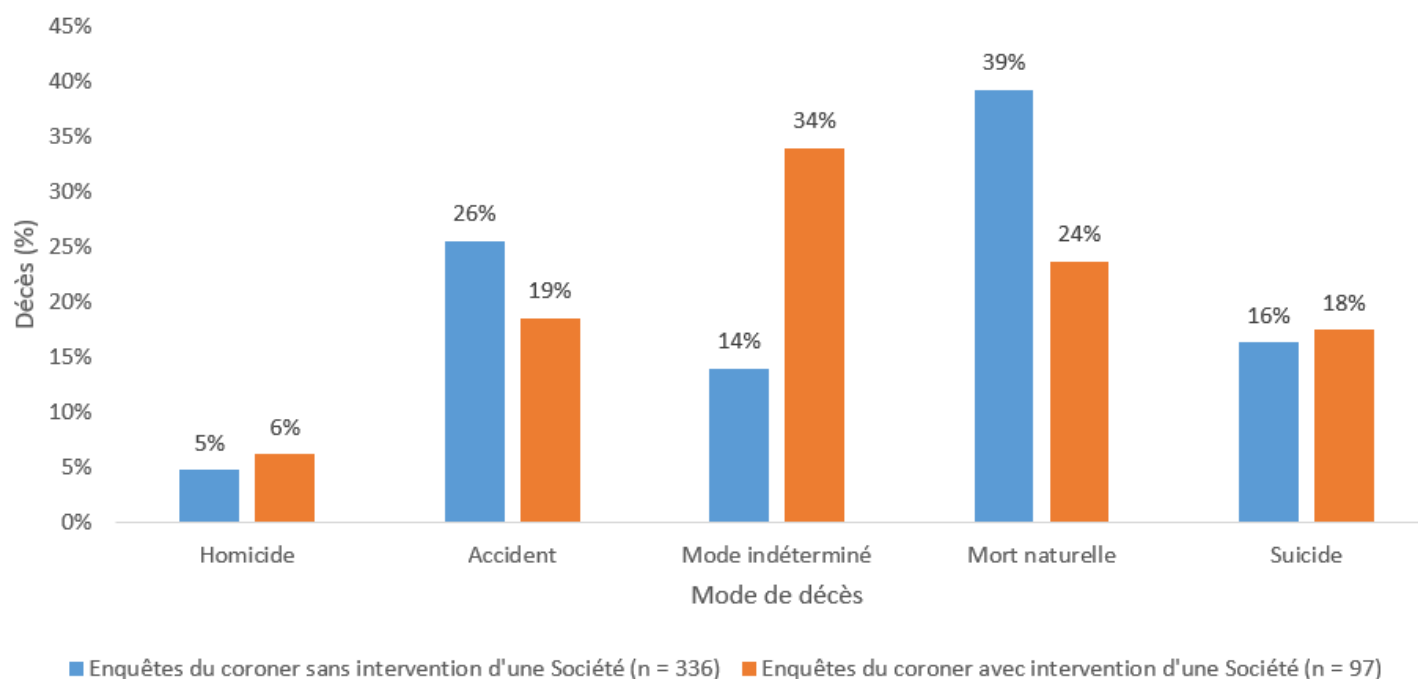
Une différence significative a été observée entre le nombre de décès avec intervention d'une Société et le nombre de décès sans intervention d'une Société examinés par un coroner, par modes de décès (Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables était significative, $p = 0,0005$). Le tableau 15 montre qu'en 2018, 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, ce qui est conforme aux deux années précédentes. Comme les deux années précédentes, les homicides en 2018 étaient en nombres équivalents chez ceux qui avaient bénéficié et ceux qui n'avaient pas bénéficié de l'intervention d'une Société. Considérant la taille globale de l'échantillon, il est impossible d'accorder une importance particulière à chacun des modes de décès et au lien avec l'intervention d'une Société.

Lorsqu'on considère une cohorte de données de six ans, on constate des différences significatives pour tous les modes de décès, à l'exception des suicides qui étaient assez uniformément répartis. Comme pour les années précédentes, on a observé une association positive pour les enfants et les adolescents ayant reçu les services d'une Société qui avaient été assassinés ou étaient morts de mode indéterminé, mais une association négative pour les enfants et les adolescents ayant reçu les services d'une Société qui étaient morts à la suite d'un accident ou qui étaient morts de causes naturelles¹ (n = 2331 enquêtes du coroner, en omettant les décès de cause naturelle en milieu hospitalier).

¹ Un test du chi carré a été réalisé. La relation entre les variables était significative : $\chi^2(4, n = 2331) = 122,81$, $p < 0,00005$. La relation entre les homicides et l'intervention d'une Société, et les décès de mode indéterminé et l'intervention d'une Société était significative, avec un niveau d'erreur résiduel était supérieur à 2 (92,64 et 7,8, respectivement). La relation négative entre les accidents et l'intervention d'une Société, et les morts naturelles et l'intervention d'une Société était significative, avec un niveau d'erreur résiduel absolu supérieur à 2 (-2,9 et -4,30, respectivement). La relation entre la mort naturelle et l'absence d'intervention d'une Société était significative, avec un niveau d'erreur résiduel supérieur à 2 (2,31). La relation négative entre l'absence d'intervention d'une Société et les décès de mode indéterminé était significative avec un niveau d'erreur absolu supérieur à 2 (-4,15).

Graphique 15 : Mode de décès déterminé dans les enquêtes de coroners, avec ou sans intervention d'une Société en 2018 (n = 433)

Le graphique 15 illustre qu'en 2018 les décès de mode indéterminé étaient plus prévalents lorsque l'enfant ou le jeune décédé ou sa famille avaient reçu des services d'une Société avant le décès (34 %), alors que les morts accidentelles et naturelles semblaient moins prévalentes (19 % et 23 % respectivement). Les homicides et les suicides étaient en nombre équivalents avec ou sans intervention d'une Société. Ce tableau inclut des données pour tous les décès d'enfants âgés de 0 à 18 ans, à l'exception des décès de causes naturelles avec intervention d'une Société qui n'auraient pas fait l'objet d'une enquête autrement.

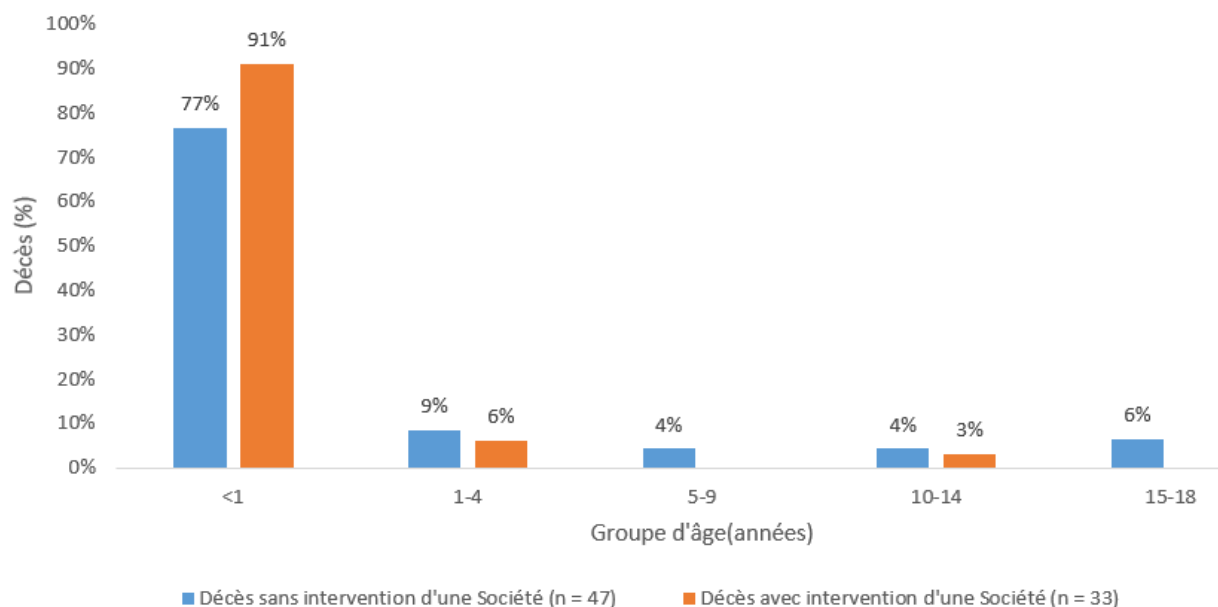


Que savons-nous des décès de mode indéterminé?

S'il demeure impossible de déterminer la cause précise du décès après une enquête complète, comprenant une autopsie, un examen des antécédents médicaux et une évaluation du lieu de 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.

Graphique 16 : Décès d'enfants de mode indéterminé, avec ou sans intervention d'une Société en 2018 (n = 80)

Le graphique 16 montre le nombre de décès de mode indéterminé par groupes d'âge, avec et sans intervention d'une Société avant le décès, qui sont survenus en 2018. La plupart des décès d'enfants de cette catégorie surviennent avant l'âge d'un an, avec une proportion plus faible d'enfants plus âgés.



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

En 2018, les conditions de sommeil ont été mises en évidence dans 48 % (38) des 80 décès d'enfants de mode indéterminé. Parmi les décès d'enfants mettant en cause les conditions de sommeil, 47 % (n = 18) des enfants ou leurs familles avaient reçu les services d'une Société dans les 12 mois précédant le décès.

Bien que les données démontrent une différence statistiquement significative quant au nombre de décès d'enfants, avec ou sans intervention d'une Société, dont le mode du décès était indéterminé, lorsqu'on ne tient compte que des cas où le sommeil était l'un des facteurs ayant contribué au décès, aucune différence significative n'a été observée entre les populations auprès desquelles une Société était intervenue et les autres (Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables n'était pas significative, $p = 0,187$). Cela correspond aux résultats des années précédentes. L'analyse de la cohorte de six ans n'a pas révélé de différence statistiquement significative (Un test exact de Fisher a été effectué. La relation entre les variables n'était pas significative, $p = 0,121$). De plus, le nombre de décès d'enfants pris en charge par une Société pour lesquels 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, bien que l'on ait noté une légère augmentation de ces cas en 2018.

Comme l'indiquent les rapports annuels précédents, un grand nombre de variables doivent être prises en compte dans l'interprétation de ce résultat, principalement la petite taille de l'échantillon. De plus, les

Sociétés ne sont pas les seules organisations à faire la promotion des conditions 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 aux conditions de sommeil pourraient avoir contribué.

Décès avec intervention d'une Société en 2018 – Situation des enfants et des adolescents

D'après les résultats des années précédentes, 84 % (106/126) des enfants et des adolescents qui sont décédés en 2018, où l'enfant, l'adolescent ou la famille avaient reçu des services d'une Société dans les 12 mois précédant le décès, l'enfant ou le jeune n'était pas pris en charge par une Société au moment du décès. Cela inclut sept jeunes (19 à 21 ans) qui recevaient le soutien du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (SSCJ) auquel les jeunes ont droit quand leur prise en charge ou leur garde prend fin à leur 18^e anniversaire de naissance, ainsi que ceux qui sont morts de causes naturelles dont le décès n'aurait pas fait l'objet d'une enquête du coroner s'ils ne recevaient pas les services d'une société d'aide à l'enfance. Hormis ces derniers, ainsi que les jeunes de plus de 18 ans, 85 % (82/97) n'étaient pas pris en charge au moment de leur décès. Parmi les 15 % (15/97) des enfants et des jeunes qui bénéficiaient des services d'une Société, trois recevaient des soins conformes aux traditions, quatre bénéficiaient d'un programme de soins prolongés offerts par une Société, cinq recevaient des services temporaires, un faisait l'objet d'une entente de soins temporaires, un avait une entente de services bénévoles à la jeunesse et un autre était dans un établissement de soins pour des raisons médicales.

Que nous révèlent les données disponibles?

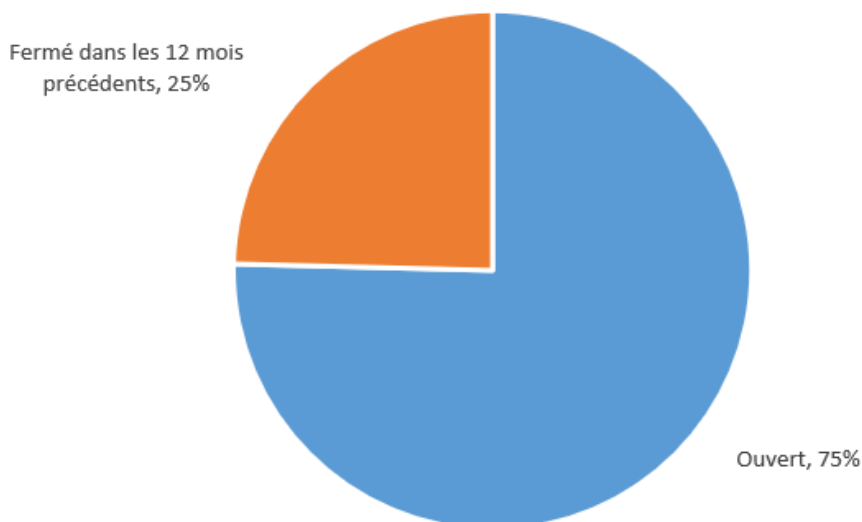
Les renseignements fournis par les Sociétés au moyen des Fiches de signalement et de sommaire du cas aident à mieux comprendre les circonstances entourant les décès d'enfants et d'adolescents. Ces renseignements aident à mettre en évidence les vulnérabilités et les risques particuliers. Les renseignements ci-dessous résument les données obtenues auprès de la ou des sociétés qui sont intervenues auprès des enfants et des adolescents. Il reste un cas pour lequel les renseignements sont attendus.

- En 2018, 95 % des enfants et des jeunes (75), 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 tableau 17). Cela correspond aux résultats des années antérieures.
- Autant que 37 % des cas examinés en 2018 étaient jugés à risque élevé ou très élevé au moment de leur décès (voir tableau 18). 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 un plan de sécurité fait l'objet d'une surveillance active et si 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.
- Des antécédents de maltraitance et de négligence confirmées de l'enfant ou du jeune et/ou des frères et sœurs de l'enfant décédé demeurent le facteur de vulnérabilité le plus communément déclaré (graphique 19). Parmi les rapports des Sociétés en 2018, 35 % concernant des enfants et des adolescents indiquaient que ceux-ci avaient été victimes de maltraitance ou de négligence, et 48 % des cas rapportés en 2018 indiquaient qu'un frère ou une sœur de l'enfant ou de l'adolescent avait aussi été victime de maltraitance ou de négligence. Ces deux facteurs de vulnérabilité étaient mentionnés dans 28 cas (22 %) signalés en 2018.
- Les handicaps arrivaient au second rang des facteurs de vulnérabilité les plus courants (voir tableau 19). Parmi les enfants et les adolescents décédés en 2018, 22 % avaient un handicap physique, et 26 % avaient un handicap mental ou émotionnel. Dans 4 % des cas examinés en 2018, ces deux facteurs de vulnérabilité étaient présents. Le tableau 19 compare les données de 2016 à 2018 sur les facteurs de vulnérabilité rapportés par les Sociétés.
- Il a été déterminé qu'en 2018 le suicide avait été le mode de décès de 17 jeunes (0 à 18 ans) recevant des services d'une Société et de trois des jeunes qui recevaient des prestations du Programme SSCJ (19 à 21 ans). Parmi ceux-ci, trois étaient d'origine autochtone. Les Fiches de signalement et de sommaire du cas des Sociétés font état de trois facteurs de vulnérabilité connus ou soupçonnés liés aux suicides, soit les tentatives de suicide antérieures, le suicide récent d'un ami ou d'un proche et la mention d'idées suicidaires. Chez huit de ces 20 jeunes, on observait au moins un de ces facteurs de vulnérabilité. En 2018, huit jeunes avaient déjà tenté de se suicider, 12 avaient parlé de leurs idées suicidaires à quelqu'un et trois avaient un ami ou un proche qui s'était récemment suicidé.

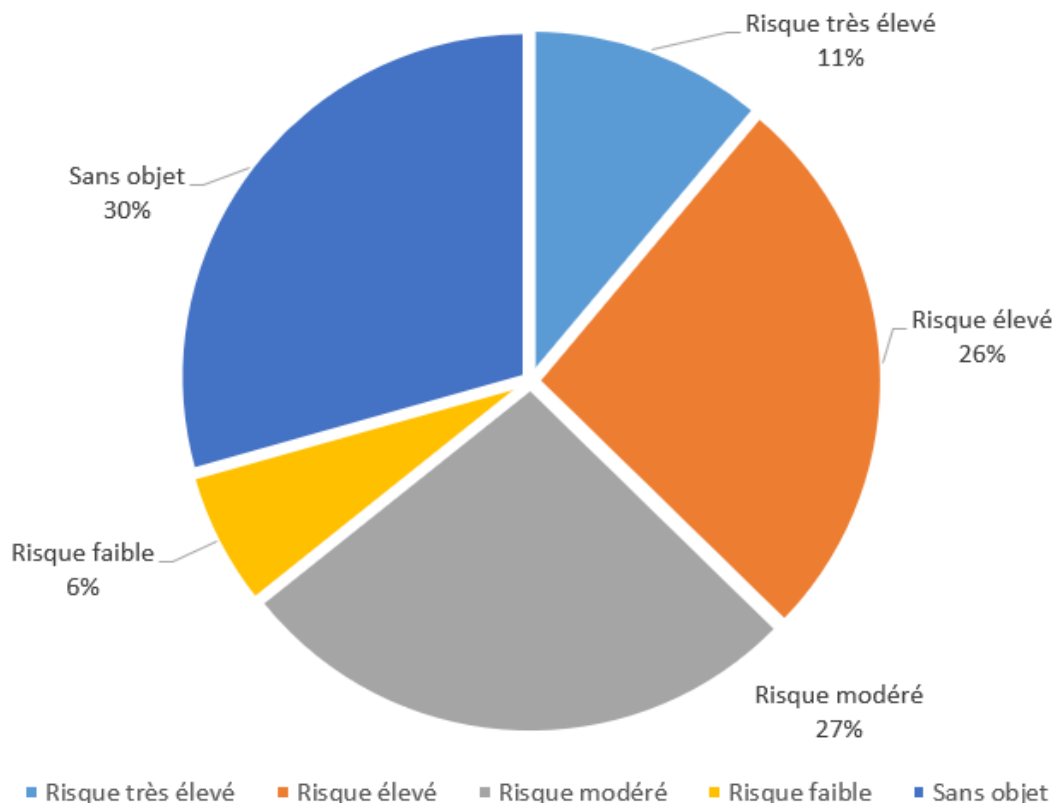
Graphique 17 : État du dossier au moment du décès – Cas avec intervention d'une Société en 2018 (n = 126)

Le graphique 17 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 2018, ce qui inclut les jeunes qui recevaient des prestations du Programme SSCJ au moment de leur décès. Dans 75 % des cas, le dossier était ouvert au moment du décès et dans 25 % des cas, le dossier avait été fermé au moment du décès, mais avaient été ouvert au cours des 12 mois précédant le décès.



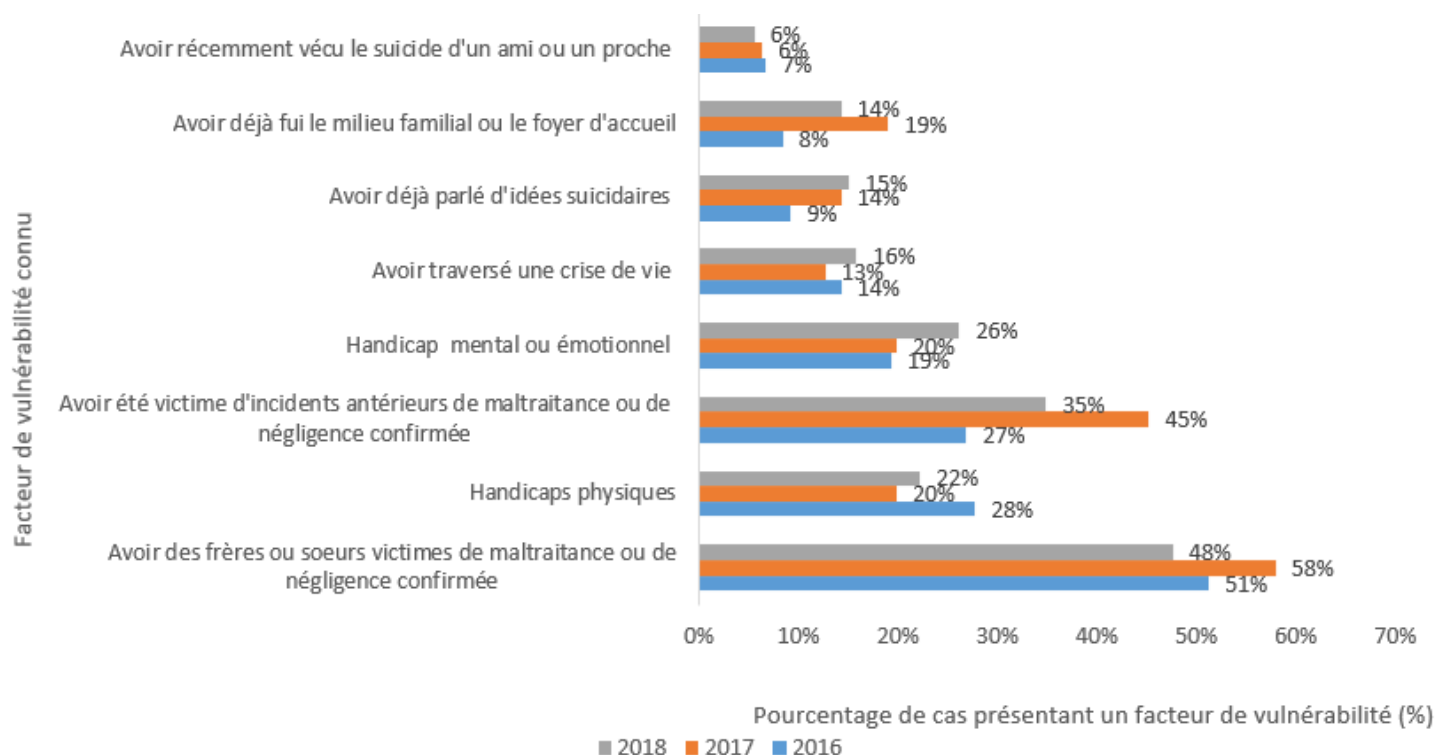
Graphique 18 : Évaluation du risque global au moment du décès ou de la fermeture du dossier – Cas avec intervention d’une SAE en 2018 (n = 126)

Le graphique 18 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 2018 : 11 % des cas présentaient un risque très élevé, 26 % un risque élevé, 27 % un risque modéré, 6 % un risque faible et 30 % des cas avaient été classés « sans objet » par la Société.



Le graphique 19 illustre la proportion de cas d’enfants et de jeunes âgés de 0 à 21 ans où il y a eu intervention d’une Société en 2016, 2017 et 2018 et pour lesquels la Société a indiqué des facteurs de vulnérabilité connus. À l’instar des années précédentes, en 2018, le facteur de vulnérabilité le plus souvent signalé était la maltraitance ou la négligence confirmée à l’égard de l’enfant ou du jeune décédé, ou d’un frère ou d’une sœur de ce dernier. Les handicaps mentaux et émotionnels arrivaient au second rang des facteurs de vulnérabilité les plus courants, suivis des handicaps physiques.

Graphique 19 : Facteurs connus de vulnérabilité – Cas avec intervention d’une Société de 2016 à 2018



Bien que les renseignements fournis par les Sociétés lors du 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 qui ne sont pas rapportés au moyen du processus de déclaration de la directive conjointe. Cela est dû au fait que 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 considérés 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 d'origine autochtone recevant des services d'une Société qui ont été examinés par le Bureau du coroner en chef en 2018

La quantité limitée de données sur les enfants et les jeunes autochtones recevant des services d’une Société auxquelles le BCC a accès nuit à sa capacité 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 soit pas en mesure de savoir qu’un enfant ou un jeune est d’origine autochtone. Il est donc difficile de déterminer le nombre réel de décès d’enfants et de jeunes d’origine autochtone ayant fait l’objet d’une enquête du BCC en 2018. En outre, le nombre de décès d’enfants autochtones recevant des services d’une Société est faible, ce qui empêche toute analyse statistique pertinente. Enfin, les données provenant d’autres sources ont leurs limites (p. ex. les Sociétés n’indiquent ni l’identité ni l’ethnicité).

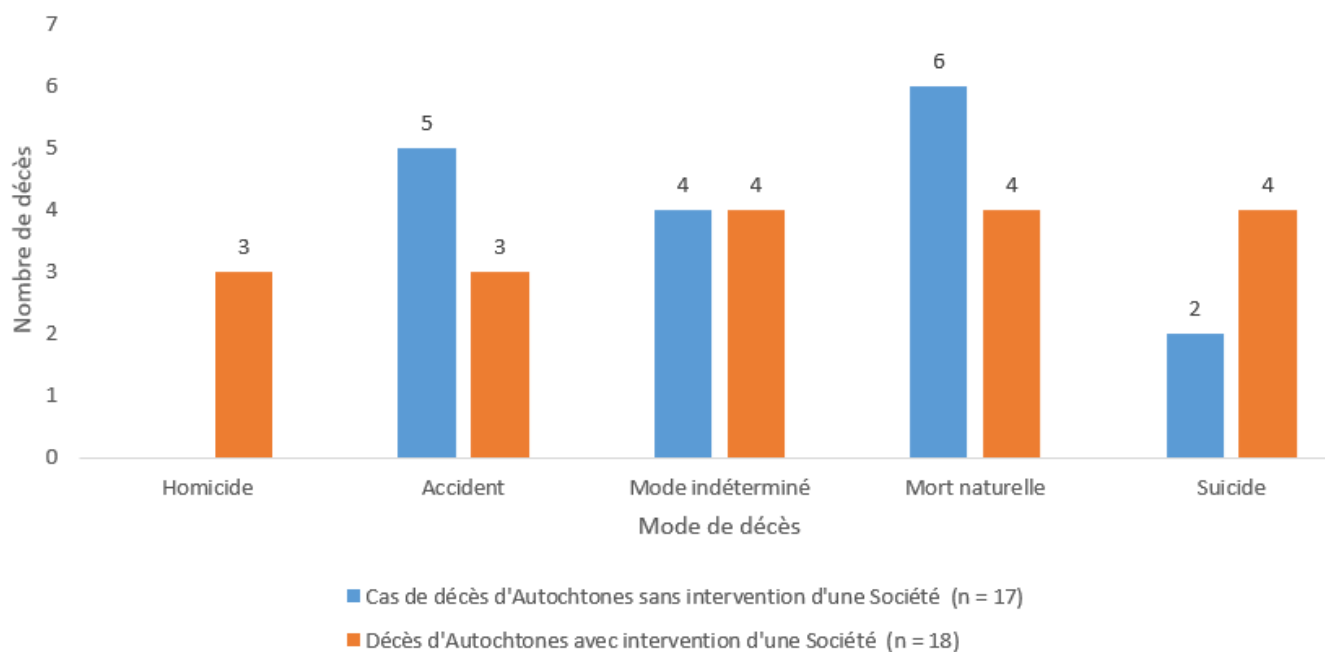
Les données disponibles ont été fournies; toutefois, au vu des limites susmentionnées, il est impossible d'en tirer des conclusions pertinentes. Le BCC et le CEDE (SAE) prévoient que les prochaines modifications apportées au modèle d'examen des décès d'enfants et de jeunes permettront d'améliorer la qualité et l'accessibilité des données sur les enfants et les jeunes d'origine autochtone en vue de permettre des analyses qui pourront orienter l'élaboration de stratégies de prévention adaptées à ces enfants et à ces jeunes.

Que nous révèlent les données disponibles?

- À l'échelle provinciale, des 34 enfants et jeunes d'origine autochtone confirmée dont les décès ont fait l'objet d'une enquête du coroner en 2018, 17 (50 %) avaient reçu les services d'une Société dans les 12 mois précédant leur décès. Cela exclut une personne décédée de cause naturelle et dont le décès n'aurait pas été investigué s'il n'y avait pas eu une intervention d'une Société, et un jeune Autochtone appartenant au groupe des 19 à 21 ans qui avait bénéficié de l'aide d'une Société.
- Des 17 enfants et jeunes d'origine autochtone qui avaient reçu les services d'une Société dans les 12 mois précédant leur décès en 2018, 12 recevaient des services d'un organisme autochtone désigné de bien-être des enfants, et tous étaient âgés de 0 à 18 ans au moment de leur décès. Les cinq autres recevaient les services de sociétés d'aide à l'enfance non autochtones. Les enfants et les jeunes d'origine autochtone bénéficient des services d'un organisme autochtone désigné de bien-être des enfants lorsqu'ils résident dans une région ontarienne où un organisme désigné a compétence.
 - En 2018, le nombre de décès d'enfants et de jeunes identifiés comme étant d'origine autochtone a diminué ainsi que le pourcentage d'enquêtes sur des enfants et des jeunes d'origine autochtone dans la région du Nord, où eux ou leur famille avaient interagit avec une Société dans les 12 mois précédant le décès. Cette année-là, 11 (61 %) des 18 décès survenus dans le Nord où une Société était intervenue auprès de l'enfant, du jeune ou de sa famille dans les 12 mois précédant le décès ont été identifiés comme des enfants ou des jeunes d'origine autochtone. En 2018, l'une des sept enquêtes du coroner menées sur les décès d'enfants et de jeunes pris en charge par une Société ou de jeunes bénéficiant du Programme de soins et de soutien continu pour les jeunes (SSCJ) portait sur des enfants et des jeunes autochtones. Le nombre de décès d'enfants et de jeunes autochtones auprès desquels une Société était intervenue est insuffisant pour analyser le mode de décès. Le graphique 20 fournit les renseignements disponibles sur le mode de décès de 35 enfants et jeunes d'origine autochtone décédés en 2018 (âge : 0 à 21 ans). La distribution des modes de décès d'enfants et de jeunes autochtones varie d'année en année et aucun modèle cohérent n'a pu être établi.

Le graphique 20 indique les renseignements disponibles au sujet du mode de décès des 35 enfants et jeunes autochtones qui ont perdu la vie en 2018, et compare les cas où il y a eu intervention d'une Société aux cas sans intervention. Les modes de décès en 2018 étaient les suivants : 2 homicides, 8 morts accidentelles, 8 décès de mode indéterminé, 10 morts naturelles et 6 suicides. *Ces données incluent les enfants et les jeunes âgés de 0 à 21 ans, où ceux de 19 à 21 ans bénéficiaient des services d'une Société; elles excluent les morts naturelles qui n'auraient normalement pas fait l'objet d'une enquête du coroner s'il n'y avait pas eu intervention d'une Société.

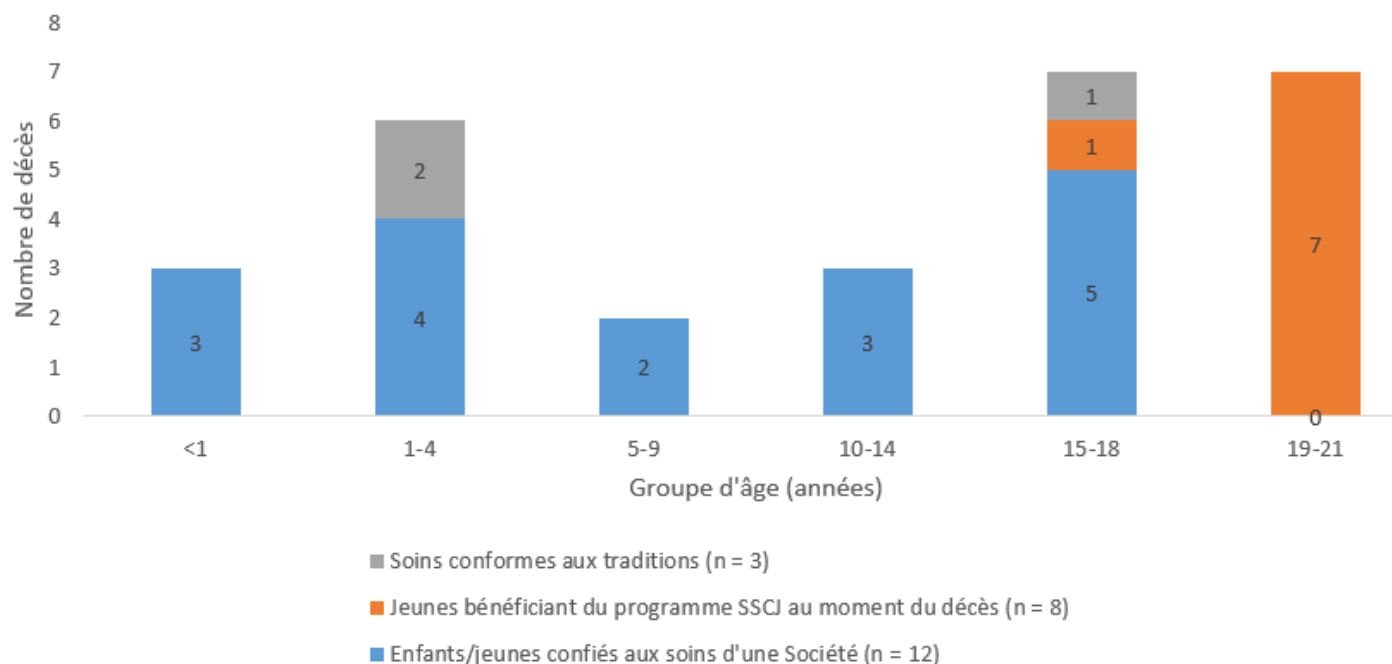
Graphique 20 : Mode de décès des enfants et des jeunes autochtones de 0 à 21* ans en 2018, par intervention d'une Société (n = 35)



Enfants ou jeunes pris en charge par une Société ou bénéficiant du Programme SSCJ au moment de leur décès

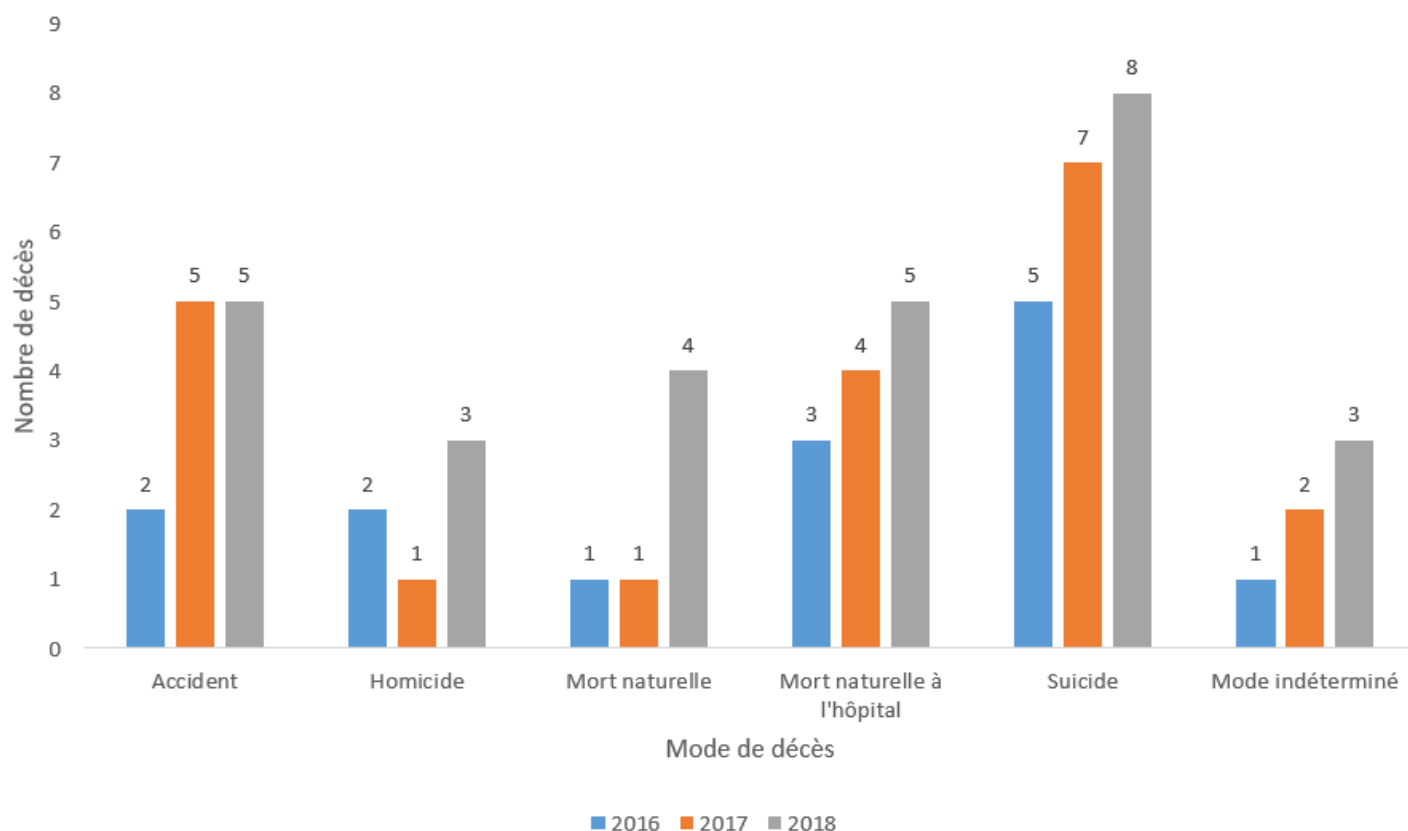
Le graphique 21 montre qu'en 2018, 17 enfants et jeunes (âgés de 0 à 18 ans) étaient pris en charge par une Société au moment de leur décès, trois recevaient des soins conformes aux traditions et huit bénéficiaient du Programme SSCJ. L'âge de ces 28 enfants et jeunes variait de 6 jours à 21 ans. Il convient de noter que ce graphique inclut les enfants qui sont décédés de causes naturelles pour lesquels une enquête du coroner n'aurait pas été effectuée s'il n'y avait pas eu intervention d'une Société.

Graphique 21 : Répartition par groupes d'âge des enfants ou jeunes pris en charge par une Société ou recevant des services du Programme SSCJ au moment de leur décès en 2018 (n = 28)



Le graphique 22 montre les modes de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une Société ou bénéficiant du Programme SSCJ de 2016 à 2018. Ce graphique inclut les données des enfants ou des jeunes décédés de mort naturelle qui n'auraient pas fait l'objet d'une enquête du coroner s'il n'y avait pas eu intervention d'une Société (n = 28).

Graphique 22 : Modes de décès des enfants et des jeunes pris en charge par une Société ou bénéficiant du programme SSCJ au moment du décès de 2016 à 2018



Examens menés par le Comité d'examen des décès d'enfants (SAE) où il y a eu intervention d'une Société en 2018

Les décès d'enfants sont tous tragiques et ils sont habituellement le résultat de différents facteurs. À l'occasion, l'action ou l'inaction des aidants (p. ex. un membre de la famille ou le système de bien-être de l'enfance) peuvent avoir joué un rôle dans les circonstances ayant conduit au décès. Le Comité d'examen des décès d'enfants – Services d'aide à l'enfance (CEDE - SAE) examine les circonstances du décès et formule au besoin des recommandations 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 2018

Les cas signalés au CEDE (SAE) ne sont habituellement pas examinés durant l'année civile où a lieu le décès. Au cours d'une année, les examens du comité comprennent des examens des décès survenus différentes années

(voir tableau 24). Cela s'explique par 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 la participation du système de justice pénale.

En 2018, conformément à la directive conjointe, les Sociétés ont signalé 126 décès d'enfants ou de jeunes au CEDE (SAE), dont 119 enfants âgés de 0 à 18 ans et 6 jeunes âgés de 19 à 21 ans, qui bénéficiaient du Programme SSCJ d'une Société au moment de leur décès. Ces cas en sont à différentes étapes du processus d'examen du CEDE.

Tableau 23 : État du dossier d'examen du CEDE sur les décès survenus en 2018 où il y a eu intervention d'une Société

Le tableau 23 montre l'état du dossier des 126 cas rapportés au CEDE (SAE) en 2018. De ces cas, 34 % n'ont pas nécessité d'examen complet du CEDE et 49 % sont en attente d'une décision.

État	Nombre de cas
Fermé Le comité exécutif du CEDE a examiné le dossier, et aucun examen complet par le CEDE n'est prévu. Cela s'applique quand les circonstances entourant le décès n'ont aucun lien avec la raison d'être des services ou de l'intervention de la SAE.	43 (34 %)
Décision en attente Des cas peuvent être en attente d'une décision quant à l'examen du CEDE si un complément d'information est nécessaire ou parce que d'autres enquêtes sont en cours ou que le système de justice pénale est impliqué.	61 (48 %)
Examen complet doit être mené par le CEDE Une enquête interne sur la mort d'un enfant a été demandée à la SAE, et le CEDE procédera à un examen complet du cas.	14 (11 %)
Examen complet effectué par le CEDE Une enquête interne sur la mort d'un enfant a été demandée à la SAE, et le CEDE a entrepris un examen complet du cas.	8 (6 %)

Rapports examinés par le CEDE (SAE) en 2018

Conformément au processus décrit dans l'organigramme de l'annexe A, le CEDE (SAE) s'est penché sur le cas de 17 enfants et jeunes qui avaient reçu des services d'une Société au cours des 12 mois précédant leur décès en 2018. Moins de cas ont été examinés en 2018 par rapport aux années précédentes, en partie en raison des

efforts consacrés à la gestion des projets relatifs à l'intégration des données pour l'examen et l'analyse des décès d'enfants et d'adolescents en vue de la mise en œuvre du modèle d'examen et d'analyse des décès d'enfants et d'adolescents (EXADEA).

Tableau 24 : Année de décès des cas examinés par le CEDE en 2018

Le tableau 24 montre l'année de décès des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2018. La majorité, soit 12 des 17 cas examinés en 2018, concernait des décès survenus en 2016 et 2017. L'année de décès des cas examinés en 2018 variait de 2012 à 2017.

Année de décès	Cas examinés par le CEDE en 2018
2012	2
2013	0
2014	2
2015	1
2016	7
2017	5
2018	0
TOTAL	17

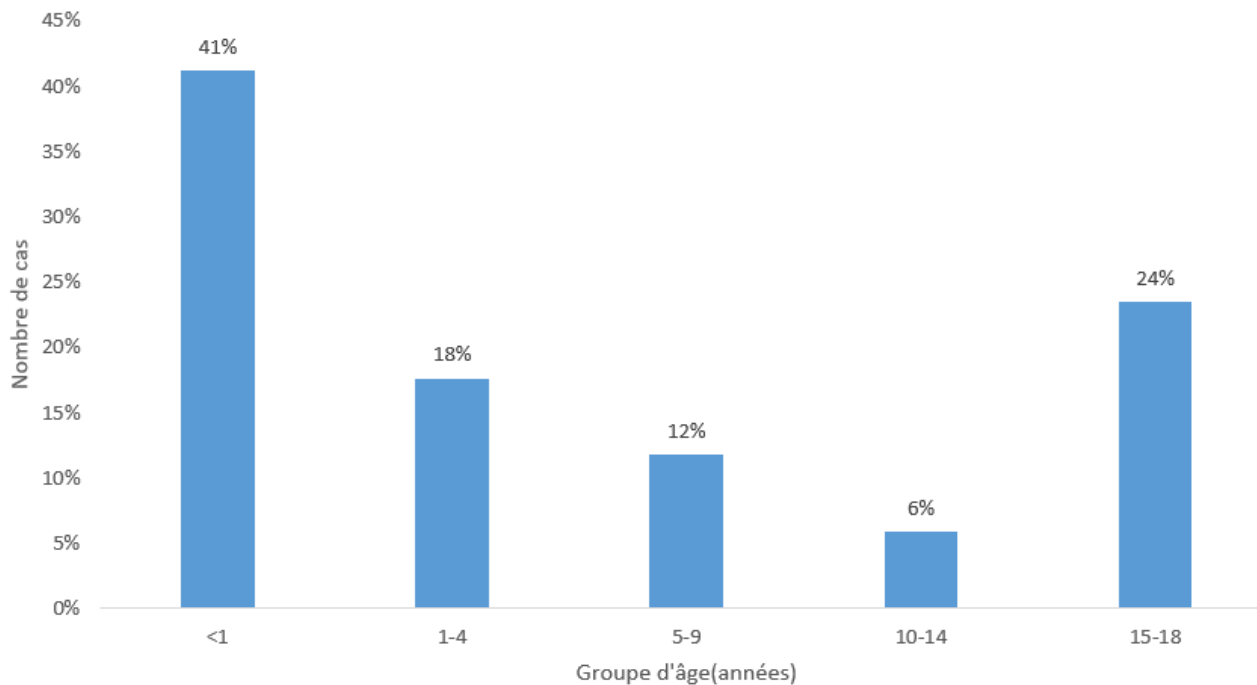
Des 17 cas examinés par le CEDE en 2018, huit étaient de sexe masculin (47 %) et neuf, de sexe féminin (53 %).

L'âge des enfants et des jeunes au moment de leur décès variait de 35 jours à 18 ans.

Historiquement, un pourcentage plus élevé des examens effectués par le CEDE (SAE) portait sur des enfants de moins d'un an et des adolescents. Le graphique 25 présente les catégories d'âge des cas examinés. Cette information montre qu'en 2018, 41 % des examens effectués par le CEDE (SAE) portaient principalement sur des décès d'enfants de moins de cinq ans, 18 % sur des enfants âgés d'un à quatre ans et 24 % sur des jeunes de 15 à 18 ans, avec un pourcentage moins élevé d'enfants de cinq à neuf ans (12 %) et de 10 à 14 ans (6 %).

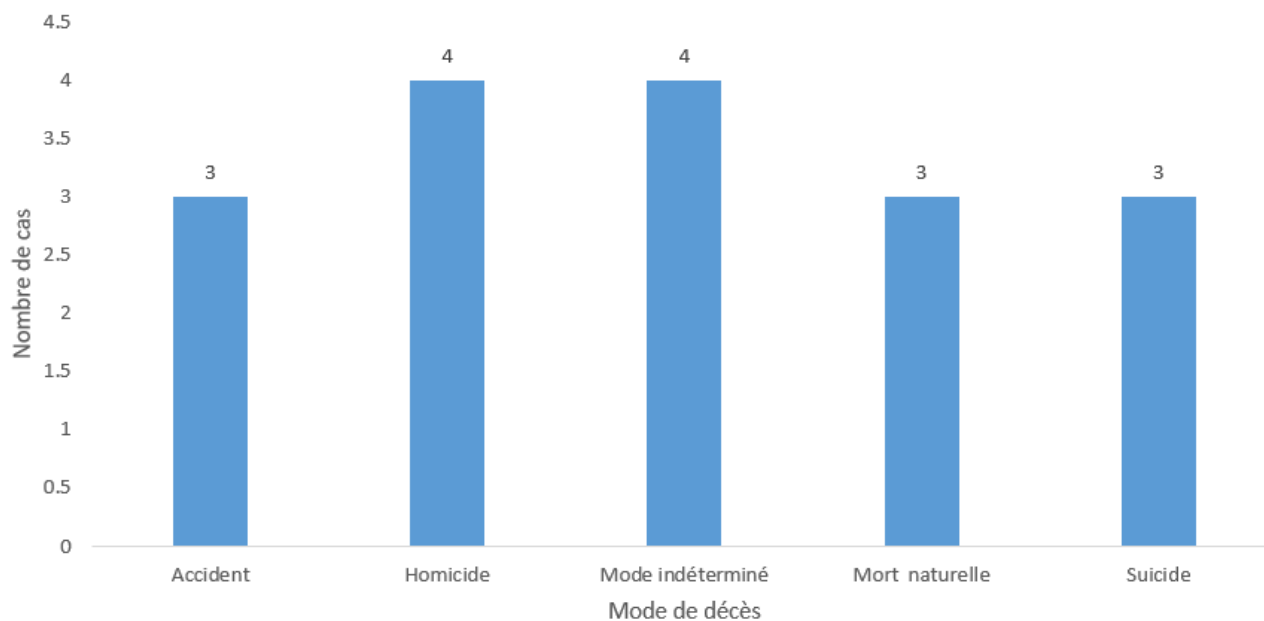
Le graphique 25 illustre la distribution par groupes d'âge des cas examinés en 2018. Cette information montre qu'en 2018, 59 % des cas examinés par le CEDE (SAE) portaient sur des décès d'enfants de moins de cinq ans, 24 % sur des décès de jeunes de 15 à 18 ans et 18 % sur des décès d'enfants de 5 à 14 ans.

Graphique 25 : Examens menés par le CEDE (SAE) selon les groupes d'âge en 2018 (n = 17)



Le graphique 26 montre le mode de décès des enfants et des jeunes dont les cas ont été examinés par le CEDE (SAE) en 2018. Il y avait quatre homicides et quatre décès de mode indéterminé, trois morts accidentelles, trois morts naturelles et trois suicides.

Graphique 26 : Examens menés par le CEDE (SAE) selon les modes de décès en 2018 (n = 17)

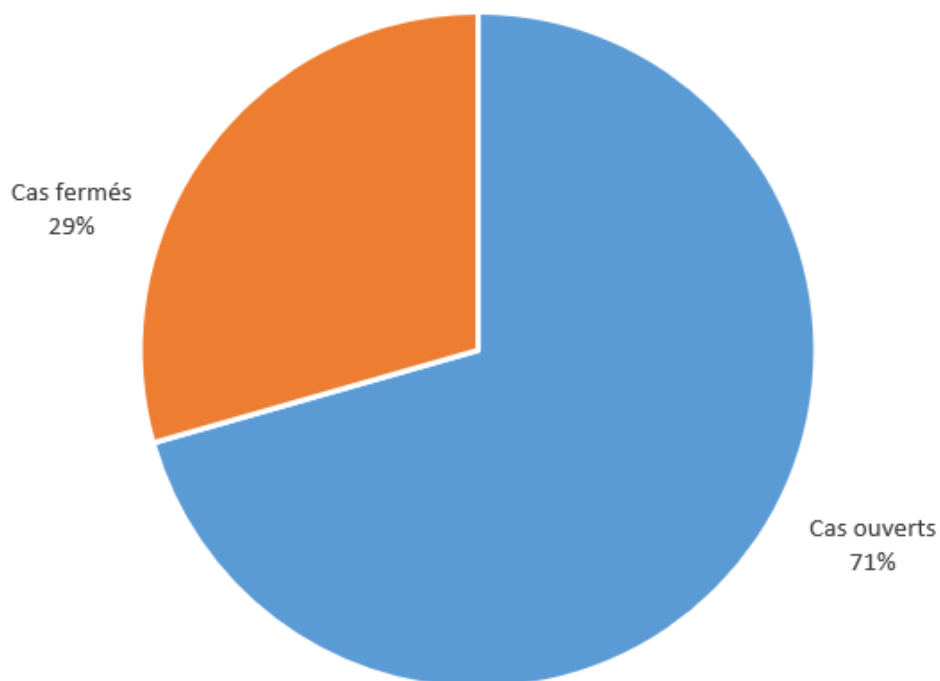


Parmi les 17 cas examinés par le CEDE (SAE) en 2018, 12 (71 %) avaient un dossier ouvert auprès d'une Société au moment de leur décès (voir tableau 27).

Parmi ces 12 cas, une majorité (4) étaient sous protection au moment de leur décès, trois faisaient l'objet d'une intervention de protection en cours, deux faisaient l'objet d'une enquête, deux n'avaient aucun statut et un vivait de façon indépendante et recevait des services du Programme de soins et de soutien continus pour les jeunes (SSCJ). De tous les cas ouverts examinés par le CEDE en 2018, aucun n'était sous la responsabilité d'une Société.

Graphique 27 : Examens menés par le CEDE (SAE) en 2018 sur des cas ouverts c. fermés (n = 17)

Le graphique 27 illustre que des 17 cas de décès examinés par le CEDE (SAE) en 2018, 12 (71 %) avaient un dossier ouvert auprès d'une Société au moment du décès, alors que 5 (29 %) avaient un dossier fermé au moment du décès.



Cas examinés par le Comité d'examen des décès d'enfants (SAE) en 2018 – Analyse des facteurs mis en évidence lors des examens

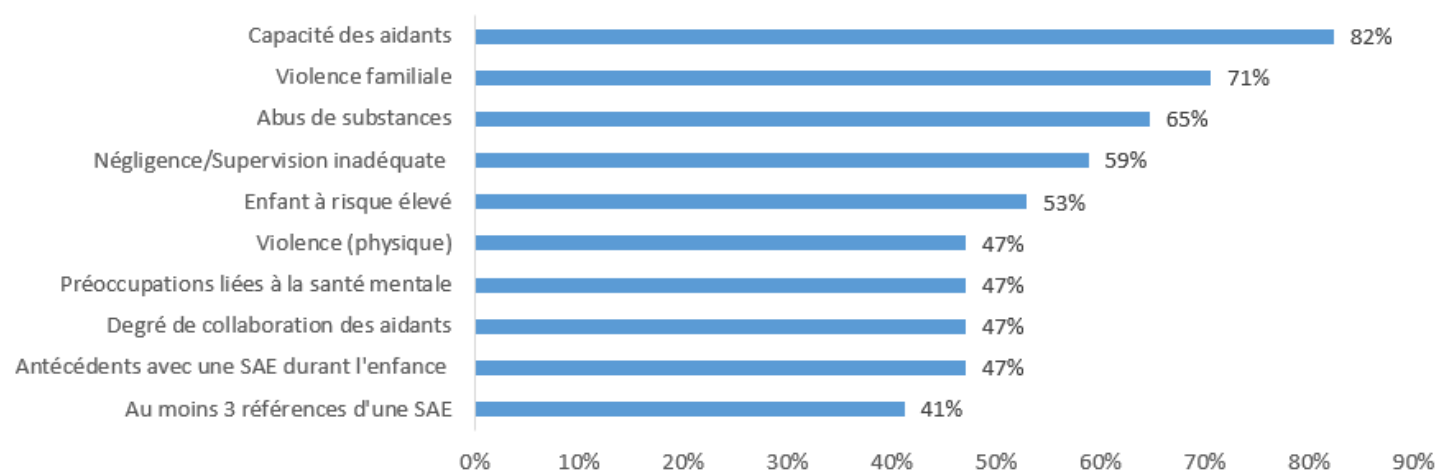
Dans le cadre de ses examens de cas, le CEDE (SAE) recueille des renseignements qui, au fil du temps, peuvent permettre de dégager des tendances émergentes. Ces connaissances peuvent aider à comprendre comment améliorer les services pour mieux assurer la sécurité des enfants qui entrent en contact avec 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 du processus d'examen de cas, les Sociétés rendent compte des facteurs de vulnérabilité associés à l'enfant, au jeune ou à la famille dans la *Fiche normalisée de signalement de décès et de 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 sont nécessairement des facteurs prédictifs de décès; ces deux ensembles de données contribuent toutefois à l'analyse des tendances au fil du temps.

À l'heure actuelle, le BCC tente d'harmoniser son approche afin de suivre les deux ensembles de renseignements pour le projet pilote d'intégration des données d'Examen et d'analyse des décès d'enfants et d'adolescents (EXADEA).

Graphique 28 : Dix principaux facteurs dégagés dans les examens de cas menés par le CEDE (SAE) en 2018

Le graphique 28 présente les dix facteurs cités le plus souvent dans les examens de cas du CEDE (SAE) effectués en 2018. Ces dix facteurs sont les suivants : capacité des aidants (82 %), violence familiale (71 %), abus de substances (65 %), négligence ou supervision inadéquate (59 %) et enfant à risque élevé (c.-à-d., enfant qui avait moins d'un an et/ou qui avait des besoins spéciaux) (53 %). Au total 47 % des cas comportaient des facteurs de risque comme la violence physique, les préoccupations liées à la santé mentale, les problèmes liés au degré de collaboration ou au motif de l'intervention et où les contacts des parents ou des aidants avec une société d'aide à l'enfance étaient des facteurs de risque.



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

82 % (14 sur 17) des cas examinés par le CEDE (SAE) en 2018 présentaient au moins cinq des dix facteurs les plus fréquemment présents. Dans 18 % (3) des cas, les cinq facteurs les plus fréquemment identifiés étaient présents (c.-à-d., préoccupations quant à la capacité de l'aidant, violence familiale, abus de substance, négligence et/ou supervision et enfant à risque élevé (c.-à-d., enfant qui avait moins d'un an ou avait des besoins spéciaux). Un cas (6 %) examiné en 2018 présentait les dix facteurs les plus fréquemment cités; et dans huit cas (47 %), huit des facteurs les plus fréquemment cités étaient présents.

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

Recommandations du Comité d'examen des décès d'enfants (SAE)

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 pour améliorer ou modifier les pratiques ou les procédures qui pourraient orienter la bonification de l'offre de services et possiblement la sécurité des enfants et des jeunes.

En 2018, le CEDE (SAE) a examiné moins de cas (17) en partie en raison des efforts déployés pour la création et la mise à l'essai du Projet d'examen et d'analyse des décès d'enfants et d'adolescents, qui comporte un volet de collecte et d'intégration des données auprès des ministères qui fournissent les services les plus fréquemment utilisés par les jeunes, ainsi qu'un mécanisme local d'examen des décès où des cas spécifiques sont examinés dans la région où le jeune recevait habituellement des services. Après l'examen des 17 cas, 11 ont donné lieu à un total de 12 recommandations et six cas n'ont suscité aucune recommandation.

Recommandations émises à l'intention du MESSC et des services d'aide à l'enfance ou des organismes autochtones de bien-être des enfants (sociétés) en 2018

La section ci-dessous présente des exemples des recommandations les plus souvent formulées par le CEDE (SAE) à l'intention des services d'aide à l'enfance ou aux organismes autochtones de bien-être des enfants en 2017. Les thèmes de ces recommandations portent notamment sur la prestation de services de santé mentale et l'amélioration des politiques et des pratiques dans la prestation des services de protection de l'enfance.

Thèmes et recommandations du CEDE (SAE) en 2017

Recommandations en matière de santé mentale :

1. La Société devrait considérer le moyen d'établir une approche de service prioritaire avec le centre pédiatrique local de santé mentale afin de faciliter l'orientation et la prise en charge des jeunes à haut risque ayant besoin de services de santé mentale.

2. La Société devrait travailler avec les services de santé mentale pour enfants de la communauté, les services d'éducation et le conseil de bande pour établir une approche collaborative fructueuse dans le but de renforcer un engagement familial positif qui intègre l'utilisation d'entretiens réguliers sur les cas.
3. La Société devrait envisager de collaborer avec le système d'éducation et les services de santé mentale pour appuyer les programmes de lutte contre l'intimidation et réduire les répercussions négatives de l'intimidation sur les enfants de la communauté.

Recommandations liées aux pratiques et aux politiques de la Société :

1. La Société devrait enquêter sur les décès d'enfants recevant des services d'une Société lorsque le décès est suspect et peut être imputable à de la violence ou de la négligence infligée par l'aidant.
 - *Réponse de la Société* : Déclaration des décès d'enfants : le Manuel des services directs doit être révisé pour refléter que le délai de rapports relatifs aux incidents grave est d'une heure.
 - Enquête sur un décès suspect : le Manuel des services directs doit être révisé pour répondre aux 11 catégories (niveaux de gravité) qui dépassent le seuil d'intervention et veiller à l'ouverture d'une enquête. Le Manuel des services directs devrait assurer la conformité aux Normes de la protection de l'enfance en Ontario.
2. L'organisme devrait examiner ses pratiques en matière d'« entente individuelle » lorsque des enfants résident avec des personnes ayant un lien de parenté, et le moment approprié pour appliquer les normes de service par des personnes ayant un lien de parenté.

État de la mise en œuvre des recommandations émises en 2017 aux Sociétés par le CEDE (SAE)

Le MESSC surveille l'état de la mise en œuvre des recommandations émises par le CEDE (SAE) et les mesures prises par les Sociétés pour y répondre. En 2017, le MESSC a déclaré que le contenu ou l'intention de 100 % des recommandations formulées par le CEDE (SAE) à l'intention des Sociétés était déjà en place.

Recommandations émises en 2017 par le CEDE (SAE) à l'intention d'autres organismes

Le CEDE (SAE) n'a émis aucune recommandation à d'autres organismes en 2017.

Composition des comités

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

D^r Joel Kirsh, président

Coroner régional principal, Région du Centre-Est

Mme Peggy McPhail

Coordinatrice

Cadre de direction, Protection de l'enfance

Bureau du coroner en chef

Mme Jessica Diamond

Cadre de direction, Protection de l'enfance (*anciennement*)

Bureau du coroner en chef

M. Brad Bain

Directeur général

Société d'aide à l'enfance du District de Thunder Bay

Mme Zel Fellegi

Directrice de service

Aisling Discoveries Child and Family Centre

Mme Donna Zan

Directrice de service

Société d'aide à l'enfance catholique de Hamilton

Mme Corrie Tuyl

Conseillère en protection de l'enfance

Mme Rosemary McKay

Coordinatrice de projets spéciaux

Tikinagan Child and Family Services

Mme Crystal Doolittle

Conseillère en protection de l'enfance autochtone

Mme Theresa Stevens

Directrice générale, Association of Native Child and Family Service Agencies of Ontario (*anciennement*)

Détective Susan Gomes

Brigade des homicides, Service de police de Toronto

Détective-constable Scott Lambert

Enquêteur du coroner (*anciennement*), Police provinciale de l'Ontario

Détective Heather Readman

Enquêtrice du coroner, Police provinciale de l'Ontario

Sergent-détective Jim Kilby

Police régionale de York

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

D^r Joel Kirsh, président

Coroner régional principal, Région du Centre-Est

Mme Kathy Kerr

Coordinatrice

Cadre de direction, gestion du comité

Bureau du coroner en chef

D^r Desmond Bohn

Directeur médical provincial - CritiCall Ontario

D^r Alan Hudak
Pédiatre, Orillia

D^r Ram Singh
Directeur, Unité des soins intensifs pédiatriques
Children's Hospital
London Health Sciences Centre

Détective Avi Fagu
Enquêteur du coroner, Service de police de Toronto (*retraité*)

Détective Jakub Ostaszewski
Enquêteur de police pour le coroner (*anciennement*)

D^r David Chiasson
Pathologiste, Hospital for Sick Children, Toronto

D^r John Watts
Professeur émérite, Département de pédiatrie
McMaster University Medical Centre, Hamilton

D^r Ian Wilson
Pédiatre, Kitchener

D^r Burke Baird
Pédiatre, McMaster University Medical Centre

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

D^r Alejandro Floh
Soins intensifs, Hospital for Sick Children, Toronto

Sergente-détective Lynne Buehler
Services des enquêtes
Peterborough Lakefield Police

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

D^r Joel Kirsh, président

Coroner régional principal, Région du Centre-Est

Mme Kathy Kerr

Cadre de direction, Gestion du comité

Bureau du coroner en chef

Mme Peggy McPhail

Cadre de direction, Protection de l'enfance

Bureau du coroner en chef

Détective Susan Gomes

Brigade des homicides, Service de police de Toronto

D^r David Chiasson

Pathologiste légiste

Hospital for Sick Children, Toronto

D^{re} Charis Kepron

Pathologiste légiste

Unité de pathologie médico-légale de l'Est de l'Ontario, Ottawa

Sergent-détective J. J. Allan

Brigade des homicides, Police régionale de Durham

Sergent-détective Mitch Martin

Brigade des homicides, Police régionale de Durham

D^r Mike Shkrum

Chef, Unité régionale de médecine légale, Sud-Ouest de l'Ontario
London, Ontario

D^{re} Michelle Shouldice

Pédiatre
Suspected Child Abuse & Neglect Program
Hospital for Sick Children, Toronto

Inspecteur-détective Paul McCrickard

Police provinciale de l'Ontario
Bureau des enquêtes criminelles

D^{re} Jayantha Herath

Pathologiste légiste
Service de médecine légale de l'Ontario

Détective Marc-Andre Guy

Service de police d'Ottawa

Sergent-major Todd LaMarre

Service de police de Windsor

Détective-constable Brian Welsh

Services de police de Guelph

Détective Peter Thom

Service de police de Hamilton

Sergente-major Vicki MacDonald

Service de police de Waterloo

Sergent-détective Peter Trimble

Service de police de Toronto – Homicide

Sergent-détective John Braybrook

Police régionale de York

Sergente-major Rhonda Corsi

Police régionale de York

Mme Brenda Marsillo

Agente de sécurité des produits

Sécurité des produits de consommation, Santé Canada

Mme Mary Ellen Hurman

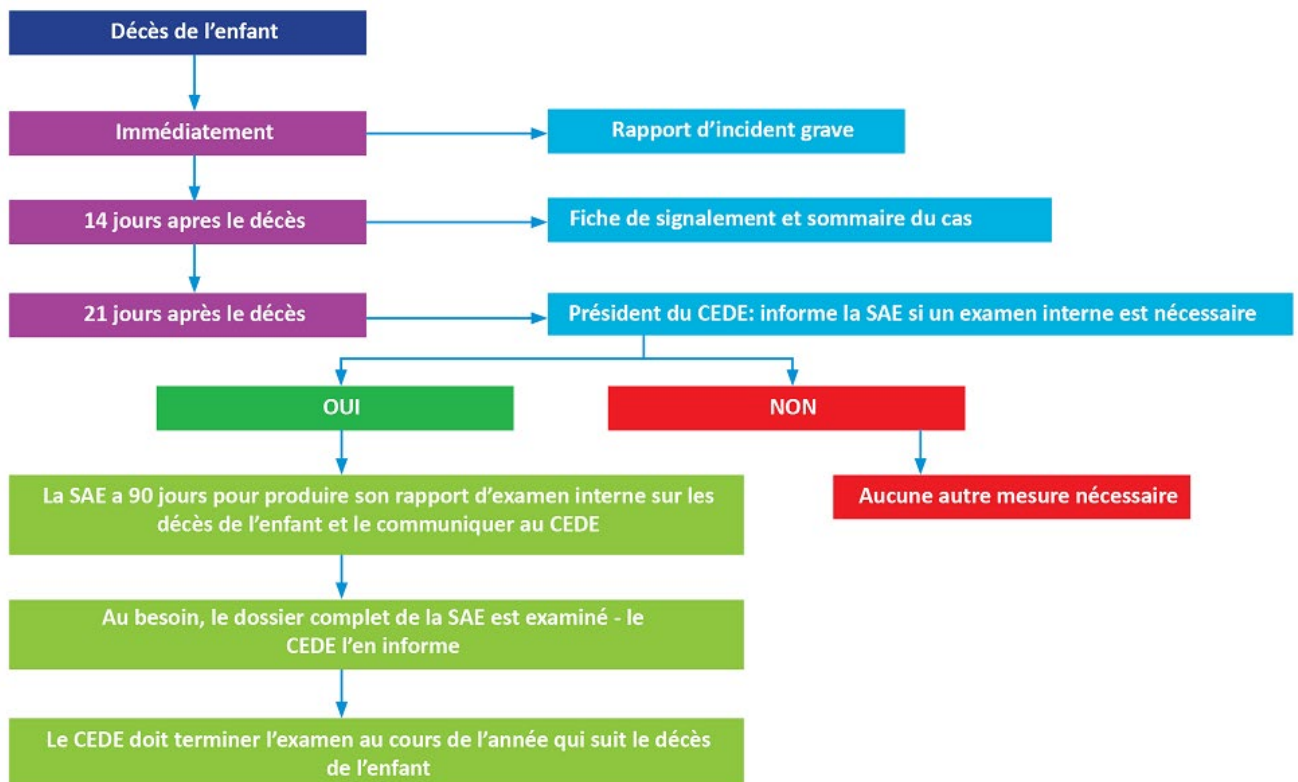
Procureure aux poursuites criminelles et pénales

Ministère du Procureur général, Toronto

Annexe A : Directive conjointe visant l'examen et la déclaration des décès d'enfants

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

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



Décès d'enfant

- Immédiatement
 - Rapport d'incident grave
- 14 jours après le décès
 - Fiche de signalement et de sommaire du cas
- 21 jours après le décès
 - Le président du CEDE indique si un examen interne est nécessaire.

Un examen interne est-il nécessaire?

- Oui
 - La SAE a 90 jours pour effectuer un examen interne et en remettre les résultats au CEDE.
 - Si nécessaire, le dossier complet de la SAE doit être saisi; le CEDE avisera.
 - Le CEDE effectue un examen au cours de l'année suivant le décès de l'enfant.
- Non
 - Aucune autre mesure requise

Examens internes des décès d'enfants par une Société

Quand un examen interne du décès d'un enfant est-il demandé?

Le président du CEDE examine le Rapport sommaire des décès d'enfants d'une Société ainsi que le rapport d'enquête du coroner et prend les critères suivants en considération pour décider si la Société devra mener un examen interne et en faire parvenir les résultats au CEDE :

- 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 dans des circonstances douteuses;
- Les circonstances entourant le décès de l'enfant pourraient être liées d'une façon ou d'une autre aux raisons qui ont motivé la demande de services ou 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 sur 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 direction : Il s'agit des cas pour lesquels, après examen de l'équipe de direction 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 de 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 analyse 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. On demande aux organismes de transmettre leur 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 MESSC, dans lesquels elles présentent leurs réponses à ces recommandations. Tous les trimestres, les bureaux régionaux du ministère doivent faire un suivi auprès de chaque Société quant aux mesures prises pour appliquer les recommandations issues de l'examen 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 (société d'aide à l'enfance)

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

Violence familiale : La Société a déterminé qu'au moins un des aidants 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 aidants 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 aidants 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 aidants ont été ouverts dans une Société.

Trois renvois ou plus à une Société : La Société a reçu au moins trois renvois différents concernant les aidants (pour un ou plusieurs dossiers ouverts, qu'il y ait eu enquête ou non).

Décès précédent d'un autre enfant : Un autre enfant de la même famille est décédé.

Problème de compétences d'un aidant : La Société ou le CEDE a remis en question les compétences parentales d'au moins un des aidants, avant ou après le décès de l'enfant.

Antécédents des aidants avec une Société pendant leur enfance : Au moins un des aidants a reçu des services d'une Société quand il était enfant.

Jeunesse de l'aidant principal : L'aidant 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 qu'il 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 aidants 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.

Coordonnées

Joel Kirsh, MD, MHCM, FRCP(C)

Président, Comité d'examen des décès d'enfants

Coroner régional principal, Région du Centre-Est

Nº de téléphone : 416-314-4000

D^{re} Julie Erbland

Cadre de direction, Service d'aide à l'enfance

Coordnatrice des examens de décès d'enfants, Service d'aide à l'enfance

Nº de téléphone : 647-329-1835

Mme Kathy Kerr

Cadre de direction, Gestion du comité

Coordnatrice du CEDE5A

Coordnatrice des examens de décès d'enfants, Cas médicaux

Nº de téléphone : 647-329-1843

Toute personne désireuse de reproduire des données ou des renseignements tirés du présent rapport est priée de communiquer avec le Bureau du coroner en chef pour en vérifier l'exactitude.