



Comité d'examen des décès d'enfants

**Bilan des travaux
2021-2022**

*Bureau
du coroner*

Québec 

Table des matières

1. Bref historique	1
2. Mandat.....	2
3. Rencontres	3
4. Liste des membres	4
5. Résumé des travaux et constats.....	5
6. Recommandations	7
7. Prochaines étapes	7

1. Bref historique

Bien que le Comité d'examen des décès d'enfants (le « Comité ») ait officiellement vu le jour au début de l'année 2017, son origine est beaucoup plus ancienne. Dès 1997, le Bureau du coroner a mis sur pied un projet pilote auquel ont participé des médecins, des procureurs de la Couronne (aujourd'hui procureurs aux poursuites criminelles et pénales), des représentants du Directeur de la protection de la jeunesse et des policiers.

Ce comité est né de la volonté du D^r Jean Labbé, pédiatre au CHUL, de créer deux comités qui examineraient les décès des enfants de 0 à 5 ans (un comité à Québec et l'autre à Montréal). Les efforts ont finalement été concentrés à Québec.

L'objectif de ce premier comité était essentiellement de s'assurer de détecter les cas de bébés secoués et ainsi de repérer les infanticides.

Au fil du temps, le Comité a précisé son mandat et revu son fonctionnement interne, notamment pour encadrer l'accès aux documents confidentiels et éviter toute immixtion dans le travail du coroner investigateur. C'est ainsi qu'est né le Comité d'examen des décès d'enfants en janvier 2017.

Le mandat du Comité a aussi été étendu afin de couvrir tous les décès d'enfants âgés de moins de 18 ans. Le comité actuel regroupe des pédiatres, des policiers et des représentants du Directeur des poursuites criminelles et pénales, du Directeur de la protection de la jeunesse, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale et, bien sûr, du Bureau du coroner.

En marge de son travail d'analyse, ce comité a contribué à la création de cinq documents :

- un questionnaire que les corps policiers utilisent en cas de décès d'enfant ;
- un dépliant à l'intention des parents pour expliquer le rôle des policiers et des coroners ;
- un avis aux coroners quant à la définition appropriée à adopter lors de décès subit du nourrisson et à la meilleure façon de formuler la cause de décès dans le rapport d'investigation ;
- un avis aux coroners quant aux critères pour conclure à une asphyxie positionnelle ;
- un aide-mémoire lors d'un décès d'enfant.

2. Mandat

Relevant de la coroner en chef, le Comité exerce trois rôles en regard des décès de personnes âgées de moins de 18 ans survenus au Québec :

- Il procède à l'étude systématique de tous les cas de décès qui ont fait l'objet d'un avis au coroner et pour lesquels le coroner a terminé son investigation ou son enquête dans le but de :
 - dégager les principaux constats et enjeux systémiques liés aux décès d'enfants ;
 - dépister certains phénomènes de mortalité chez les enfants et faire des recommandations visant la prévention ;
 - identifier les facteurs de risque et les tendances marquantes qui émergent au fil du temps à l'égard des décès d'enfants ;
 - s'assurer de l'existence et de l'utilisation appropriée des outils, des protocoles et des méthodes d'investigation ou d'enquête des décès d'enfants au sein des organismes concernés.
- Lors de l'investigation du décès d'un enfant, le Comité fournit, à la demande expresse du coroner investigateur, des conseils pour éclairer ce dernier sur des questions spécifiques.

Si une expertise plus étoffée est requise, le Comité pourra cibler un membre ou un expert externe. Dans ce cas, l'expert sera rémunéré selon les tarifs gouvernementaux.

- Le Comité constitue un forum de discussion pour le partage des connaissances en lien avec les décès d'enfants. À ce titre, il contribue à :
 - bonifier, au besoin, les pratiques, les protocoles et les politiques internes des organismes en cause ;
 - promouvoir des pratiques exemplaires ;
 - favoriser l'uniformité des enquêtes à l'échelle du Québec.

3. Rencontres

La période de référence pour les travaux du Comité s'étend de septembre à juin. Du 1^{er} septembre 2021 au 30 juin 2022, le Comité s'est réuni à trois reprises :

- le 28 septembre 2021 ;
- le 27 janvier 2022 ;
- le 26 mai 2022

Les rencontres sont d'une durée d'environ deux heures. Elles ont eu lieu à distance, au moyen de la plateforme Teams.

4. Liste des membres

Voici la liste des personnes ayant participé au comité entre le 1^{er} septembre 2021 et le 30 juin 2022 :

Nom	Organisme	Précisions
D^r Yann Dazé	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	
M^{me} Caroline Brown	Direction de la protection de la jeunesse	
Me Éliane Beaulieu	Directeur des poursuites criminelles et pénales	Jusqu'au 28 septembre 2021
Me Marie-Ève Laramée	Directeur des poursuites criminelles et pénales	Depuis le 27 janvier 2022
M^{me} Sophie Lachance	Service de police de la ville de Québec	Depuis le et jusqu'au 28 septembre 2021
M. Éric Descarreaux	Service de police de la ville de Québec	Depuis le 27 janvier 2022
D^r Marc-André Dugas	CHU de Québec	Coprésident
M. Mathieu Gagné	Institut national de santé publique du Québec	
M. Jessie Houle	Sûreté du Québec	
M^e Géhane Kamel	Bureau du coroner	Coprésidente
M. Paul-André Perron	Bureau du coroner	
M. Donald Simpson	Service de police de la Ville de Montréal	Jusqu'au 27 janvier 2022
M. Denis Hogg	Service de police de la Ville de Montréal	Depuis le 26 mai 2022
M^{me} Mélanie Provencher	Service de police de la Ville de Montréal	
Me Pascale Boulay	Bureau du coroner	Depuis le 26 mai 2022
D^r Jean-François Turcotte	CHU de Québec, Bureau du coroner	Jusqu'au 28 septembre 2021
M^{me} Catherine Marcoux	Bureau du coroner	Technicienne

5. Résumé des travaux et constats

Les coroners interviennent systématiquement lorsque les causes probables d'un décès sont inconnues, ou lorsque le décès est survenu dans des circonstances violentes, obscures ou à la suite de négligence, soit environ 7 à 8 % de tous les décès qui se produisent annuellement au Québec. Parmi les décès signalés aux coroners, environ 3 % concernent des enfants âgés de moins de 18 ans.

En septembre 2019, le premier bilan formel du Comité d'examen des décès d'enfants a été acheminé à l'ensemble des coroners par la coroner en chef. La diffusion de nos travaux a permis au Comité de mieux se faire connaître et de devenir très progressivement une source de référence pour les avis et conseils aux coroners et collaborateurs. Force est de constater que malgré nos efforts, le Comité doit accentuer sa promotion. Les nouveaux coroners qui entrent en fonction reçoivent, depuis mars 2022, les informations relatives à notre comité et les références qui peuvent leur être utiles. Pour l'exercice 2022-2023, le Comité doit planifier des activités pour promouvoir son offre de soutien aux coroners et aux collaborateurs.

Nous avons également entamé des discussions avec la Commission des droits de la personne et de la jeunesse quant à nos rôles respectifs et des échanges plus formels ont débuté en 2021. Ces discussions sont toujours en cours.

Deux membres du Comité participent au comité des pathologistes pédiatriques qui se réunit mensuellement et font le pont avec le présent comité.

Nous avons discuté de l'uniformisation des rapports de police concernant les décès d'enfants et nous saluons la contribution des corps de police pour leur ouverture. Le SPVM a déposé auprès des membres du Comité, en 2021, la dernière version de son formulaire relatif aux investigations lors du décès d'un enfant de moins de 6 ans.

Nous collaborons également aux travaux en vue des ateliers à être présentés aux Journées annuelles de santé publique en novembre 2022, sous le thème du cododo.

Un aide-mémoire pour l'investigation d'un décès d'enfant a été élaboré et diffusé à l'ensemble des coroners. Il y est notamment prévu qu'en plus de la vérification du dossier médical, celle du dossier psychosocial devrait être effectuée.

Les recommandations des coroners en ce qui a trait aux décès des enfants sont analysées et discutées lors des réunions du Comité. Au dernier bilan, M. Perron et M. Gagné nous ont présenté 22 dossiers de décès d'enfants déposés entre 2016 et 2020 et comportant une ou des recommandations, peu importe la nature du décès. L'examen de ces dossiers a permis de brosser un portrait des principaux moyens de prévention mis de l'avant par

les coroners dans leurs recommandations concernant l'enfance et l'adolescence. Ce même exercice sera fait lors du prochain bilan pour couvrir les dossiers complétés de 2020 à 2022.

Il a été proposé d'examiner les statistiques de la mortalité chez les enfants depuis le début de la pandémie. Les médecins du CHUL ont constaté en clinique qu'il existe beaucoup de cas d'enfants qui n'ont été vus ni par un médecin ni par un travailleur social, un psychologue, un policier ou un membre du personnel de service de garde pendant la première année de pandémie. En conséquence, les cas de bébés hypotoniques, les cas de retard de développement ou les cas de report de chirurgies se sont multipliés. Il serait intéressant d'analyser les impacts éventuels de cette situation sur la mortalité à court, moyen ou long terme. Certaines données pourraient être accessibles à la fin de l'année 2022. Il faut considérer deux années en rétrospective pour bénéficier de données complètes. Mais il sera possible de donner un coup de sonde dans les statistiques de la dernière année, concernant la mortalité en général, pour en faire ressortir les anomalies.

Le Comité avait exprimé son intérêt à mieux observer la trajectoire des enfants décédés qui étaient suivis par la DPJ. Toutefois, il n'est pas possible d'établir quels sont les enfants pris en charge par la DPJ. Cette information n'est pas systématiquement consignée par le Bureau du coroner puisque la cause du décès d'un enfant n'est pas nécessairement liée au fait qu'il est pris en charge par la DPJ (exemple : accident de voiture). Par ailleurs, cette réflexion, lors du dernier bilan, nous a permis de faire le constat que le dossier d'un enfant décédé n'est pas nécessairement validé auprès de la DPJ et que cela peut avoir une conséquence dans le cas d'une fratrie. Les coroners seront donc invités à vérifier cette information auprès de la DPJ du territoire concerné. La Loi sur les services de santé et les services sociaux¹ prévoit d'ailleurs que :

« **19.** Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement :

1° sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions ».²

Une présentation a été faite aux membres du Comité par M^e Geneviève Thériault, de concert avec M. Paul-André Perron, quant aux décès d'enfants sur le territoire du Nord-du-Québec. Ce portrait de la mortalité des enfants dans le Nord-du-Québec a mis l'accent sur les différences entre les communautés inuites, criées et celles dites « du sud ». Nous avons certainement à apprendre de ces communautés et d'une meilleure connaissance de ce qui les distingue quant à la culture et à l'éducation des enfants.

¹ S-4.2 – Loi sur les services de santé et les services sociaux.

² Nos soulignés.

6. Recommandations

Afin de protéger la vie des enfants, le Comité recommande ce qui suit :

- Que la coroner en chef informe le Comité du suivi des discussions avec la Commission des droits de la personne et de la jeunesse afin de concerter nos actions de prévention ;
- Que le Comité de relecture informe le coroner de la possibilité de s'adresser à un membre du Comité pour référence le cas échéant ;
- Que la coprésidente du Comité informe le coroner qui reçoit un avis à la suite du décès d'un enfant de l'existence du Comité pour référence le cas échéant ;
- Que les formateurs qui dispensent la formation aux nouveaux coroners les informent de l'existence du Comité pour référence le cas échéant.

7. Prochaines étapes

Les membres du Comité conviennent :

- de continuer à surveiller les tendances de mortalité chez les moins de 18 ans ;
- de planifier des rencontres d'informations auprès de ses collaborateurs (milieux hospitaliers, services de police, etc.) ;
- d'offrir des outils de soutien aux coroners afin de faciliter et d'uniformiser l'analyse des cas de décès d'enfants de moins de 18 ans ;
- de poursuivre la vigie sur les dossiers dont la cause du décès est identifiée par le coroner investigateur comme étant l'asphyxie ;
- de soumettre à la coroner en chef un plan de communication pour 2022-2023 adressé aux coroners et collaborateurs quant aux notions de cododo, et ce, dès que les journées thématiques de santé publique auront eu lieu.

Déposé en août 2022 à Québec.