



Comité d'examen des décès d'enfants

**Bilan des travaux
2022-2023**

*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	8
7. Prochaines étapes	8

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 aux critères pour conclure à une asphyxie positionnelle ;
- un aide-mémoire lors d'un décès d'enfant.

2. Mandat

Relevant du 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 concernant les 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 2022 au 30 juin 2023, le Comité s'est réuni à trois reprises :

- le 29 septembre 2022 ;
- le 2 février 2023 ;
- le 8 juin 2023

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 2022 et le 30 juin 2023 :

Nom	Organisme	Précisions
D^r Yann Dazé	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	Jusqu'au 29 septembre 2022
D^{re} Marie-Ève Meehan	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	Depuis le 8 juin 2023
M^{me} Caroline Brown	Direction de la protection de la jeunesse	
M^e Marie-Ève Laramée	Directeur des poursuites criminelles et pénales	
M. Éric Descarreaux	Service de police de la ville de Québec	
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. Denis Hogg	Service de police de la Ville de Montréal	
M^{me} Mélanie Provencher	Service de police de la Ville de Montréal	
M^e Pascale Boulay	Bureau du coroner	
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 9 % de tous les décès qui se produisent annuellement au Québec. Parmi les décès investigués par les coroners, environ 3 % concernent des enfants âgés de moins de 18 ans, ce qui représente en moyenne 146 décès d'enfants par année.

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 au Comité et les références qui peuvent leur être utiles. Pour l'exercice 2022-2023, le Comité a réalisé des activités pour promouvoir son offre de soutien aux coroners et aux collaborateurs, notamment en effectuant un rappel mensuel quant aux outils mis à leur disposition et au soutien, le cas échéant, du Comité.

Deux membres du Comité participent au comité des pathologistes pédiatriques et du Centre Jeremy Rill qui se réunit mensuellement et font le pont avec le présent comité. Lors du comité de juin de 2023, il a été convenu que la co-présidente du présent comité accompagnée d'une pathologiste de l'hôpital général pour enfant tenteront une approche de collaboration avec le comité des revues de mortalité et morbidité. Ce projet, s'il se concrétise, pourrait devenir un projet pilote pour travailler la collaboration entre les milieux hospitaliers et les coroners pour une meilleure protection de la vie humaine.

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. Des formations sont données par un membre du Comité auprès des policiers, à leur demande. En 2022-2023, ces consultations-formations se sont données à 3 reprises.

Nous avons collaboré étroitement aux travaux et à l'atelier présenté aux Journées annuelles de santé publique le 13 mars 2023, sous le thème du cododo. Deux membres du Comité ont également fait partie des panélistes et ont contribué au succès de cette journée.

Un aide-mémoire pour l'investigation d'un décès d'enfant a été élaboré et diffusé à l'ensemble des coroners. Il est également transmis mensuellement aux coroners ayant eu un cas de décès d'enfant et un rappel est fait notamment qu'en plus de la vérification du dossier médical, celle du dossier psychosocial devrait être effectuée.

En février 2023, M. Hawkins, président de la Société de sauvetage est venu faire une présentation aux membres du Comité. Il se penche principalement sur les décès par noyade chez les enfants, tant dans les piscines résidentielles et publiques que dans les cours d'eau et plans d'eau du Québec, et analyse ce qui a été mis de l'avant au fil des années pour faire en sorte qu'il y ait de moins en moins d'enfants qui se noient.

Parmi les principaux impacts suscités par les recommandations émanant des enquêtes publiques ou investigations des coroners sur les noyades on note :

- Formation obligatoire en RCR pour les sauveteurs;
- Introduction des programmes Nager pour survivre et Nager pour survivre +, et recommandations multiples de la part des coroners quant à leur implantation obligatoire en dans les écoles;
- Règlement sur les piscines résidentielles en vigueur depuis 2010, auquel tous les propriétaires de piscines résidentielles devront se conformer. Les grandes bannières de l'Association des commerçants de piscines ont réagi en apportant son soutien à la Société de sauvetage dans cette cause. À noter que toutes les informations au sujet de ladite réglementation se retrouvent sur le site de la Société de sauvetage;
- Publication de plusieurs guides relatifs notamment au sauvetage en eaux vives, à l'encadrement sécuritaire des groupes d'enfants en milieu aquatique et de bonnes pratiques pour les propriétaires et des exploitants de sites riverains;
- Avec la participation de la RBQ et des fabricants, création de l'escalier à palier pour les tremplins de plus d'un mètre;
- Campagnes de sensibilisation et d'éducation diverses;
- Formation en ligne pour les accompagnateurs, les enseignants et les parents qui escortent des groupes d'enfants en milieu aquatique.
- Recommandations répétées sur l'encadrement sécuritaire et les règlements dans les bains publics.

Il faut noter que les noyades volontaires ne sont pas considérées dans les données de la Société de sauvetage.

Les recommandations des coroners en ce qui a trait aux décès des enfants sont analysées et discutées lors des réunions du Comité. Lors de la rencontre de juin 2023, M. Paul-André Perron et M. Mathieu Gagné nous ont présenté l'évolution entre 2000 et 2021 des cas de décès d'enfants dont la cause est indéterminée. Le vocable privilégié par les coroners jusqu'à 2017 pour déterminer les causes de décès de nature indéterminée était la mort subite du nourrisson. La présentation a permis de constater que depuis 2017, les coroners tendent davantage à conclure à une cause indéterminée, ce qui reflète les constats des différents rapports d'expertises en cours d'investigation. Les explications aux familles endeuillées sont donc primordiales dans les circonstances.

Il avait été proposé lors du dernier bilan 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, présentant un retard de développement ou s'étant vu reporter leur chirurgie se sont multipliés. Il serait intéressant d'analyser les impacts éventuels de cette situation sur la mortalité à court, moyen ou long terme. Il faut considérer deux années en rétrospective pour bénéficier de données complètes. Il sera sans doute possible de donner un coup de sonde dans les statistiques couvrant les années 2020 à 2023 pour en faire ressortir les anomalies le cas échéant.

En 2021, une présentation avait été faite aux membres du Comité par M^e Geneviève Thériault, de concert avec M. Paul-André Perron et M. Mathieu Gagné, 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. C'est dans cette optique de continuité à bien comprendre les réalités du Grand Nord qu'une présentation par la directrice de la Protection de la jeunesse a eu lieu en septembre 2022. Les recommandations des coroners doivent dès lors tenir compte du contexte social, économique et géographique lors des décès des enfants issus du Grand Nord. De plus, de concert avec les communautés inuites rencontrées et les pathologistes pédiatriques et du LSJML, une attention particulière sera portée quant aux traitements des dépouilles sachant que la prise en charge et les rites funéraires sont distincts au Grand Nord.

6. Recommandations

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

- 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 poursuivre les 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.
- Développer des canaux de communications plus fluides avec les centres hospitaliers.

Déposé en août 2023 à Québec.