



Comité d'examen des décès d'enfants

**Bilan des travaux
2019-2021**

*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	5
6. Recommandations	7
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.

En marge de son travail d'analyse, ce comité a contribué à la création de deux 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.

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.

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

Le comité s'est réuni à 7 reprises en prévision du présent bilan :

- le 21 février 2019 ;
- le 15 mai 2019
- le 8 octobre 2019
- le 12 décembre 2019 ;
- le 24 septembre 2020
- le 18 février 2021
- le 3 juin 2021

Le présent bilan couvre la période du 1^{er} janvier 2019 au 3 juin 2021. Les rencontres sont d'une durée d'environ deux heures. Elles ont lieu dans les locaux du Bureau du coroner, à Québec et à Montréal (en visioconférence) ou par l'intermédiaire de la plateforme Teams. Les dates de référence pour les travaux du comité seront, à compter du prochain bilan, de septembre à juin.

De manière exceptionnelle, ce bilan a couvert une plus grande période de référence que prévu, compte tenu de la situation extraordinaire qui a prévalu au Québec, soit la pandémie de la COVID-19. Cette situation nous a forcés à annuler des rencontres au plus fort de la crise sanitaire.

4. Liste des membres

Voici la liste des personnes ayant participé au comité entre le 1^{er} janvier 2019 et le 30 juin 2020 :

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 Carmen Rioux	Directeur des poursuites criminelles et pénales	Départ à la retraite printemps 2021
M. Gino Dufour	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. Donald Simpson	Service de police de la Ville de Montréal	
M^{me} Mélanie Provencher	Service de police de la Ville de Montréal	
M^e Éliane Beaulieu	Directeur des poursuites criminelles et pénales	
D^r Jean-François Turcotte	CHU de Québec, Bureau du coroner	
M^{me} Catherine Marcoux	Bureau du coroner	Technicienne

5. Résumé des travaux

En septembre 2019, le premier bilan formel du Comité d'examen des décès d'enfants a été partagé à l'ensemble des coroners par la coroner en chef. La diffusion de nos travaux a permis au comité de sortir de l'ombre et de devenir progressivement une source de référence pour les avis et conseils aux coroners et collaborateurs.

En juin 2019, un avis a été transmis 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.

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 sont à prévoir en 2021/2022.

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

Les membres du Comité ont pu bénéficier d'une formation sur le phénomène du filicide.

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.

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

Nous avons donné une formation en conférence midi offerte aux coroners et à des collaborateurs du SPVM concernant le syndrome de la mort subite du nourrisson (SIDS).

Finalement, nous avons transmis aux coroners un avis concernant les décès par asphyxie positionnelle chez les enfants, et nous avons suggéré d'adapter les processus de contrôle qualité au Bureau du coroner afin de porter une attention aux rapports concernant cette cause de décès.

Nos constats

Les coroners interviennent systématiquement lorsqu'un décès est survenu dans des circonstances violentes, obscures ou à la suite de négligence, soit environ 7 à 8 % de tous les décès qui surviennent annuellement au Québec. Parmi les décès signalés au Bureau du coroner, environ 3 % concernent des enfants âgés de moins de 18 ans.

Pour le présent bilan, le Comité a convenu d'étudier les décès d'enfants de 0 à 12 mois dans un environnement de sommeil, pour lesquels le coroner a conclu à une asphyxie. Les

membres ont ainsi examiné quatre dossiers, ce qui leur a permis de faire les constats suivants :

- les conclusions des rapports pourraient être plus uniformes et être modulées davantage par la position de sommeil du bébé ;
- les rapports des coroners pourraient être plus complets ;
- la conclusion d'un décès par asphyxie positionnelle devrait s'appuyer sur une définition standardisée et conclure à un décès de cause indéterminée si les critères établis pour un tel décès ne sont pas satisfaits à la lumière de l'investigation.

Le Comité a donc encadré les concepts entourant les décès causés par une asphyxie positionnelle.

Définition de l'asphyxie positionnelle

Afin d'aider le comité à définir la notion de l'asphyxie positionnelle, D^r Dazé a présenté le concept médical pouvant expliquer ce phénomène sur le plan physiologique ainsi que les différentes façons de le concevoir. Le Comité a convenu d'élaborer un avis à être transmis à la coroner en chef pour adoption et diffusion auprès des coroners. Cet avis a été transmis à l'ensemble des coroners en novembre 2020. (voir annexe 1).

Les recommandations des coroners

En février et juin 2020, M. Perron et M. Gagné nous ont présenté 22 dossiers de décès d'enfants déposés entre 2016 et 2020 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.

Enfants suivis par la DPJ

Le Comité a 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 au 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). À cet égard, il n'est pas pertinent de le mentionner au rapport du coroner. De plus, la banque de données du Bureau du coroner ne contient aucune variable reflétant le suivi psychosocial des personnes décédées.

Une grille d'analyse a été élaborée en 2021 à titre d'aide-mémoire pour les coroners lors d'un décès d'enfant. Il y est notamment prévu qu'en plus de la vérification du dossier médical, celle du dossier psychosocial devrait être effectuée. Cette grille est à transmettre à l'ensemble des coroners d'ici l'automne 2021.

6. Recommandations

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

- De fournir des outils aux coroners afin de faciliter et d'uniformiser l'analyse des cas de décès d'enfants de moins de 18 ans ;
- D'assurer une vigie sur les dossiers dont la cause du décès est identifiée par le coroner investigateur comme étant l'asphyxie;
- De planifier pour 2021/2022 des communications aux coroners et collaborateurs quant aux notions de cododo ;
- D'établir des ponts avec la Commission des droits de la personne et de la jeunesse afin de concerter nos actions de prévention et d'assurer le suivi quant aux recommandations de la Commission Laurent.

7. Prochaines étapes

Les membres du comité conviennent :

- de diffuser un aide-mémoire sur les décès des enfants de 0 à 12 mois à l'intention des coroners, de manière à éviter l'oubli d'éléments importants recueillis lors de l'investigation ;
- de continuer à surveiller les tendances de mortalité chez les moins de 18 ans.